

---

**TÍTULO:**

**ASPETOS CULTURAIS NO DIAGNÓSTICO DA ESQUIZOFRENIA**

Artigo de Revisão

Ana Beatriz Cordeiro de Medeiros <sup>1</sup>

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Contactos: [anabcmedeiros@gmail.com](mailto:anabcmedeiros@gmail.com)

<sup>1</sup> Aluna do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da  
Universidade de Coimbra, Portugal

ÍNDICE

<b>1 Resumo</b>	<b>4</b>
<b>2 Abstract</b>	<b>6</b>
<b>3 Introdução</b>	<b>8</b>
<b>4 Materiais e Métodos</b>	<b>10</b>
<b>5 Conceitos Gerais Acerca da Esquizofrenia</b>	<b>11</b>
5.1 Evolução do Conceito de Esquizofrenia	11
5.2 Epidemiologia	13
5-3 Etiologia	13
5.4 .Semiologia	15
5.5 Fisiopatologia	16
5.6 Critérios de Diagnóstico	17
<b>6.A Questão Cultural do Diagnóstico</b>	<b>19</b>
6.1 Diversidade Semiológica em Diferentes Culturas	20
6.1.1 Alucinações e Delírios	20
6.1.2 Sintomas Negativos	23
6.1.3 O Síndrome Ligado à Cultura	23
6.2 Cultura como Fator de Risco/Protetor	24
6.2.1.A Urbanidade	27
6.2.2 As Sociedades Tradicionais e o Sociocentrismo	28
6.2.3 As Minorias Étnicas e os Fenómenos Migratórios	31

6.2.3.1 A Densidade Étnica e a Quebra de Redes Sociais	33
6.2.3.2 O Fenómeno de “Stress Aculturativo” e o Conceito de “Derrota Social”	35
6.2.4 Os Países Em Desenvolvimento Além das Questões Culturais	37
6.3 Visão Social da Esquizofrenia em Diferentes Culturas	38
6.4 A Influência da Linguagem	41
6.5 O Viés Intercultural do Diagnóstico	42
6.5.1 O Conceito de Previsibilidade Cultural	43
6.5.1.1 Caso Específico das Alucinações	45
6.5.1.2 O Xamanismo	46
6.5.1.3 A Previsibilidade Cultural pela Lente do Ocidente	47
6.5.1.4.A Antipsiquiatria	47
6.5.1.4.1 Principais Impulsionadores da Antipsiquiatria	49
6.5.1.5 A Influência da Cultura do Médico	52
6.5.1.5.1 A Experiência de Maurice Temberlin	55
6.5.2 O Momento Atual e a Emergência da Globalização	56
6.5.2.1 A Globalização e a Consequente Atenuação das Diferenças Interculturais	57
6.6 Estratégias de Otimização Transcultural do Diagnóstico	59
<b>7 Discussão</b>	<b>63</b>
<b>8 Conclusão</b>	<b>66</b>
<b>9. Lista de Siglas e Acrónimos</b>	<b>68</b>
<b>10 Referências Bibliográficas</b>	<b>69</b>

*Nos indivíduos a loucura é algo raro, mas nos grupos, nos partidos, nos povos, nas épocas, é regra.*

Friedrich Nietzsche

## 1 Resumo

Neste trabalho, elaborou-se um resumo descritivo e crítico sobre o que tem sido publicado na área da antropologia psiquiátrica, particularmente em relação à esquizofrenia. Desenvolveram-se as questões culturais que acompanham o diagnóstico desta doença, numa tentativa de encontrar estratégias para distinção, por parte do médico, entre crenças/características culturais e sintomas. O propósito final foi o de contribuir para a otimização do diagnóstico de esquizofrenia, independentemente do contexto cultural, conseqüentemente melhorando a abordagem terapêutica, e, em última instância, a qualidade de vida do doente esquizofrénico.

A pesquisa bibliográfica foi elaborada na base de dados informática do *National Center for Biotechnology Information*, na secção *PubMed*. Foi paralelamente executada uma busca por literatura específica ao tema da antipsiquiatria e da antropologia psiquiátrica, organizada por autores recomendados a essas temáticas. A pesquisa foi ainda suplementada pela leitura de alguns capítulos recentes em compêndios de psiquiatria e de textos especificamente direcionados a tópicos do trabalho que necessitassem de informação adicional.

Grande parte da bibliografia reportou heterogeneidade cultural da esquizofrenia a nível semiológico, epidemiológico, prognóstico e do significado da própria patologia. Verificou-se que esta doença sofreu alterações classificativas ao longo dos tempos, demonstrando-se uma das doenças psiquiátricas mais controversas. Revelou-se que diversos aspetos culturais exercem influência no seu diagnóstico, tanto no doente como no médico. A comparação entre sociedades tradicionais e modernas, com as respetivas características de sociocentrismo e individualismo, mostrou-se uma das mais estudadas na esquizofrenia. Um importante fenómeno cultural que se revelou fortemente associado ao diagnóstico da doença foi o da migração com as conseqüentes minorias étnicas de imigrantes nos países de acolhimento. Demonstrou-se que a cultura ocidental, enquanto autora dos critérios de diagnóstico da

esquizofrenia poderá ter enviesado os padrões de normalidade mental, relacionando-se isto com o conceito de previsibilidade cultural. Comprovou-se a importante influência dos movimentos de antipsiquiatria para a criação do paradigma atual da doença mental. Verificou-se finalmente que muitos dos trabalhos que analisam as particularidades culturais da esquizofrenia não as associam de forma explícita à problemática do diagnóstico.

O trabalho mostrou-se importante para a compreensão da complexidade da abordagem cultural do diagnóstico da esquizofrenia. Apurou-se que, hoje em dia, ainda não existe uma avaliação clínica não culturalmente enviesada e universal desta doença. Averiguou-se finalmente que a psiquiatria do mundo atual, que tende para a globalização cultural, necessita de mais estudos antropológicos, que possibilitem a criação de algoritmos diagnósticos transculturais.

### **Palavras-Chave**

Esquizofrenia; Diagnóstico; Antropologia psiquiátrica; Antipsiquiatria; Minorias étnicas; Sociocentrismo; Previsibilidade Cultural; Globalização.

## **2 Abstract**

In this work, we elaborated a descriptive and critical summary about what has been published in the area of psychiatric anthropology, in particular about schizophrenia. Cultural questions developed during the study about the diagnosis of this disease, in an attempt to find strategies for the distinction, by the physician, between cultural beliefs and symptoms. The goal of this work is to contribute to the optimization the diagnosis of schizophrenia, regardless of cultural context, in order to improve the therapy approach, and, in last instance, the patients' quality of life.

The bibliographic research was drawn up on the informatics database of the *National Center for Biotechnology Information*, on the section *PubMed*. A parallel research was made searching through literature containing the themes of anti-psychiatry and psychiatric anthropology, organized by recommended authors on this issue. The search was completed by reading some recent chapters of textbooks of psychiatry and texts with specifically targeted topics that needed more information.

A large part of the bibliography reported a cultural heterogeneity of schizophrenia on the semiological, epidemiological and prognostic levels, and also in the proper meaning of the pathology. It was found that schizophrenia has changed his classifications over time, demonstrating to be one of the most controversial psychiatric disorders. It was shown that several cultural aspects have influence on the diagnosis of schizophrenia, both on the physician as in the patient points of view. The comparison between traditional and modern societies, and the respective characteristics of sociocentrism and individualism reveled to be one of the better studied cultural aspects in schizophrenia. An important cultural phenomenon that proved to be strongly associated to the diagnosis of schizophrenia was the migration and the consequent ethnic minority immigrants in host countries. The western culture, as the author of the criteria of diagnosis of schizophrenia, may have biased the mental normality standards, which are related with the cultural predictability concept.

The anti-psychiatry movements were very important to the creation of the current paradigm of mental illness.

Many of the works analyzed the cultural variations of schizophrenia, however, without explicitly associating these differences to the problematic of diagnosis.

The work was considered important to understand the complexity of the cultural approach to the diagnosis of schizophrenia. It was documented that, nowadays, there is not yet a clinical un-culturally biased and universal approach of schizophrenia. It was finally shown that the psychiatry of our current world, which tends to cultural globalization, needs more anthropological studies, enable to create diagnosis algorithms that could be transcultural.

**Key Words**

Schizophrenia; Diagnosis; Psychiatric Anthropology; Antipsychiatry; Ethnic minorities; Sociocentrism; Cultural previsibility; Globalization;



### 3 Introdução

Ao longo da História da Humanidade, as definições de “loucura”, a sua transformação em patologia médica -portanto o surgimento da psiquiatria- e, por fim, a posição dessa especialidade médica na sociedade foram-se alterando. No seu livro, *Histoire de la Folie*, Michel Foucault descreve as práticas sociais e institucionais sobre a loucura, a fim de evidenciar de que forma essas práticas conceberam novos tipos de saber, conceitos, técnicas, subjetivações e sujeitos de conhecimento.<sup>(1)</sup> O processo evolutivo da psiquiatria reflete uma estreita relação entre esse campo da medicina, a cultura e o pensamento de cada época, que modela, ainda hoje, juízos de valor acerca do tema. Após o seu surgimento, em diversos períodos, houve quem defendesse a sua invalidade, colocando em causa a intromissão médica nos fenómenos da mente humana., no chamado movimento antipsiquiatria. Atualmente, embora a validade e utilidade da psiquiatria enquanto especialidade médica sejam oficialmente admitidas, não se descarta a influência dos aspetos socioculturais nas doenças da mente. O estudo da relação entre fenómenos culturais e patologia psiquiátrica foi primeiramente abordado por Kraepelin, no início do século XX, com a publicação de dois artigos acerca das suas experiências com doentes mentais de Java, introduzindo a expressão “psiquiatria cultural”<sup>(2)</sup>. Bronislaw Malinowski, um dos mais conceituados antropologistas do século XX, abordou as questões dos sistemas sociais e da etnografia, e a sua influência na estruturação de processos mentais. Hoje em dia, esta temática é aprofundada pela antropologia psiquiátrica, campo da antropologia aplicado à psiquiatria que analisa as influências do contexto sociocultural nas patologias psiquiátricas, explicando a plasticidade cultural e social de cada doença. Contudo, a consciência da importância dessa disciplina é relativamente recente. A classificação das doenças psiquiátricas da 4ª edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) foi a que estreou a incorporação de antropologistas no diálogo de elaboração dos critérios de diagnóstico da esquizofrenia<sup>(3)</sup>, embora não haja ainda nenhuma comprovação da ligação etiológica entre fatores sociais e

culturais e essa doença.<sup>(4)</sup> Atualmente, em Portugal, as questões antropológicas da psiquiatria são exploradas por médicos como José Gameiro, Afonso de Albuquerque, José Manuel Jara e Manuel Quartilho, com obras publicadas no tema.

A particularização, neste trabalho, dos conceitos gerais da antropologia psiquiátrica à esquizofrenia possui, por um lado, uma justificação intrínseca à própria definição da doença, nomeadamente o seu carácter psicótico que proporciona uma vasta abordagem no campo do juízo que o indivíduo faz do real, onde encontramos a cultura. De facto, sabe-se que há uma variação em termos de incidência, sintomas, história natural e prognóstico da doença em diferentes culturas<sup>(5)(6)</sup>. Por outro lado, uma justificação extrínseca à doença, no dito real, e na visão que a sociedade cultural faz do doente esquizofrénico.

O estabelecimento de um diagnóstico é importante em qualquer área da medicina, pois, numa perspetiva social e de saúde pública, permite uma apreciação mais eficaz e económica do doente, ao simplificar o raciocínio, diminuir a complexidade dos fenómenos clínicos, facilitar e promover a comunicação entre profissionais de saúde, ajuda a prever a evolução das doenças e auxiliar na investigação das causas e na decisão do melhor tratamento.<sup>(7)(8)</sup> Na visão do doente ou da sua família, confere alívio e ativação de comportamentos pró-saúde.<sup>(8)</sup> A esquizofrenia, F20.9, segundo a classificação da *International Classification of Diseases* (ICD-10), 295.90, de acordo com a classificação da DSM-5, comporta critérios de diagnóstico bem estipulados, que reconhecem a importância da consideração dos fatores socio-económico-culturais do doente. Na DSM-5, enfatiza-se particularmente o cuidado a ter com a assunção da presença de delírios e alucinações, de discurso desorganizado ou de perturbações do afeto, todos passíveis de se tornarem ordinários à luz da cultura do doente, mesmo que parecessem, em primeira instância, patológicos segundo a cultura do médico.<sup>(9)</sup> Todavia, sabe-se ser difícil objetivar o fator cultura na doença, dado ser propriedade da interação humana<sup>(3)</sup>, e esta ser subjetiva por natureza. Uma

abordagem antropológica do diagnóstico da esquizofrenia é de significativa relevância nos dias que correm, em que um mundo globalizado proporciona relações interpessoais que são também interculturais, e que se espelham naquela entre médico e doente.

Neste trabalho, apresenta-se um resumo descritivo e crítico sobre o que tem sido publicado nesta área, desenvolvendo-se as questões culturais que acompanham o diagnóstico de esquizofrenia, numa tentativa de encontrar estratégias para distinção, por parte do médico, entre crenças/ características culturais e sintomas e, com isso, otimizar-se a definição do diagnóstico de esquizofrenia, independentemente do contexto cultural, consequentemente melhorando a abordagem terapêutica, e, em última instância, a qualidade de vida do doente esquizofrénico.

#### **4 Materiais e Métodos**

A pesquisa bibliográfica para este trabalho foi elaborada na base de dados informática, do *National Center for Biotechnology Information* (NCBI), na secção *PubMed*. Recorreu-se à pesquisa por diversos conjuntos de palavras-chave, de modo a abranger o maior número possível de documentos com interesse. Os termos utilizados foram: “antropologia psiquiátrica”, “esquizofrenia + cultura”, “esquizofrenia + social”, “alucinações + cultura”, “antipsiquiatria” “diagnóstico + esquizofrenia”, “diagnóstico + esquizofrenia + cultura.”

Foram seleccionados documentos sem estabelecimento de limite temporal de publicação, pois um dos objetivos do trabalho era compreender a evolução cronológica do tema. A língua utilizada nos artigos foi fator de exclusão, seleccionando-se artigos publicados em inglês, português, italiano e espanhol. Desta seleção obteve-se um total de 127 artigos. De seguida procedeu-se à leitura dos *abstracts/resumos* dos artigos agrupando-os por subtemas, nomeadamente: “conceitos gerais acerca da esquizofrenia”; “diferenças semiológicas em diferentes culturas”; “cultura como fator de risco/fator protetor”; “visão social em diferentes

culturas” e “veracidade do diagnóstico”. Os artigos que não contemplavam nenhum destes tópicos foram excluídos. Desta seleção resultou um total de 73 artigos.

Além dessa pesquisa, foi paralelamente elaborada uma busca por literatura específica ao tema da antipsiquiatria e da antropologia psiquiátrica, organizada por autores recomendados a essas temáticas, nomeadamente Michael Foucault, Thomas Szasz, David Cooper, Franco Basaglia, Bromislaw Malinowski, José Gameiro, Afonso de Albuquerque, Manuel Quartilho e José Manuel Jara. A pesquisa foi ainda suplementada pela leitura de alguns capítulos recentes em compêndios de psiquiatria e de textos especificamente direcionados a tópicos do trabalho que necessitassem de informação adicional.

## **5 Conceitos Gerais Acerca da Esquizofrenia**

### **5.1 Evolução do Conceito de Esquizofrenia**

Kraepelin, defensor da origem biológica das doenças psiquiátricas, definiu todos os sintomas que ainda hoje se observam na esquizofrenia, designando-a por demência precoce, sem, no entanto, identificar nenhum como essencial para o diagnóstico. Bleuler foi o autor da palavra “esquizofrenia”, e propô-la como um conceito aperfeiçoado da demência precoce de Kraepelin. Contrariamente a este, Bleuler preocupou-se em definir cada sintoma sem definir a doença como uma única entidade clínica, mas sim como um “conjunto de esquizofrenias.”

Schneider, em 1948, definiu os sintomas de primeira ordem (SPO) (Quadro 1). Os SPO de Schneider exerceram grande influência sobre a psiquiatria britânica, sobretudo na elaboração do diagnóstico da esquizofrenia. Os conceitos de Kraepelin, Bleuler e Schneider formaram a base para a compreensão desta doença, e suportam os conceitos dos psiquiatras sobre ela, estando presentes nos critérios diagnósticos existentes hoje em dia.<sup>(10)</sup>

Nos Estados Unidos da América (EUA), sobretudo devido às influências de Meyer e Sullivan, no início do século XX, houve uma expansão do conceito da esquizofrenia. De acordo com eles, a segunda edição do DSM apresentava um conceito de esquizofrenia muito amplo, com uma descrição de sintomas pouco elaborada, sendo considerado psicótico todo o doente que fosse “incapaz de atender às demandas da vida diária”.<sup>(9)</sup>

Sintomas de Primeira Ordem de Schneider
1-Ouvir os próprios pensamentos em voz alta (sonorização do pensamento)
2-Escutar vozes sobre a forma de argumento e contra-argumento
3-Escutar vozes que acompanham as próprias actividades e comentam-nas
4-Ter vivências de experiência corporal
5-Ter roubo do pensamento e outras formas de influência do pensamento
6-Sentir tudo como sendo feito por outros no campo dos sentimentos, pulsões e vontade
7-Ter percepção delirante

Quadro 1 – Sintomas de Primeira Ordem de Schneider, adaptado de SM N. *Subjective Meaning of Taking Antipsychotic Medication for Patients with Schizophrenia in Japan*. WCPRR. 2008;191–7

A restrição do conceito iniciou-se da década de 1970, quando investigadores da Universidade de Washington publicaram os primeiros critérios diagnósticos de doenças mentais estruturados, nos quais os critérios para esquizofrenia se tornaram restritos, com a inclusão de sintomas “schneiderianos” e “bleulerianos”, assim como de um período mínimo de doença de seis meses<sup>(10)</sup>.

Atualmente existem dois sistemas de classificação das doenças mentais. Em 1952 foi publicado o DSM-I, da Associação Americana de Psiquiatria, cuja 5.ª edição, DSM-5, saiu em 2013. Este manual apresenta um sistema de classificação que tenta separar as doenças mentais em categorias diagnósticas baseadas tanto nas descrições dos sintomas (o que dizem e como

atuam os doentes em relação aos seus pensamentos e sensações) como no curso da doença. A ICD, que conta hoje em dia com 10 revisões (ICD-10), um livro publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), utiliza categorias diagnósticas semelhantes às do DSM-5, pretendendo que o diagnóstico das doenças mentais específicas seja feito de uma forma mais consistente e normalizada em todo o mundo.

### 5.2 Epidemiologia

A prevalência da esquizofrenia é de cerca de 1% a nível mundial e a sua incidência de 1,5/10000. Ocorre mais frequentemente no sexo masculino (na ordem de 1,4:1). O diagnóstico é mais tardio nas mulheres, e o prognóstico pior nos homens.<sup>(11)</sup> A doença apresenta um pico de surgimento no início da idade adulta, na faixa etária dos 15-24 anos, em ambos os sexos. Contudo, esse pico é mais marcado para os homens, apresentando as mulheres um segundo pico na faixa dos 55-64 anos.<sup>(12)</sup> Incorpora a lista das dez maiores causas mundiais de incapacidade a longo-prazo.<sup>(13)</sup>

### 5.3 Etiologia

Em termos etiológicos, hoje em dia não existe um modelo completamente explicativo para a esquizofrenia. Atribui-se sobretudo uma natureza multifatorial, apontando-se diversos fatores de risco.<sup>(14)(15)</sup> A hereditariedade parece ser um fator bastante influente, com um coeficiente de correlação de cerca de 0,81. O tipo de transmissão genética não aparenta ser o mendeliano, mas antes uma contribuição, ainda por definir, de vários genes.<sup>(13)(15)</sup> Todavia, a baixa percentagem de concordância em gémeos homozigóticos, cerca de 50%, demonstra que as questões ambientais desempenham também um importante papel.<sup>(16)</sup> Os fatores de risco ambientais podem ser divididos em biológicos e sociais.<sup>(17)</sup> No primeiro grupo, inclui-se a estação do ano de nascimento, parecendo haver um maior número de doentes esquizofrénicos

nascidos no inverno, sendo o risco relativo para desenvolver esquizofrenia cerca de 10% mais elevado comparativamente aos nascimentos no verão. A justificação para este facto poderá estar em infeções virais, mais frequentes no outono, nomeadamente a gripe, que, acometendo a grávida no seu segundo trimestre de gravidez, levariam a um maior risco de esquizofrenia no recém-nascido. Um outro aspeto biológico a apontar como fator de risco é o das complicações no período perinatal, que possam ser causa de malnutrição, prematuridade extrema e hipóxia no puerpério. Nesses primeiros dois fatores, não está demonstrada uma relação direta com o aparecimento da doença, supondo-se haver antes uma ativação de vulnerabilidade genética pré-existente que, por sua vez, aumenta o risco de desenvolver a esquizofrenia. Por outro lado, no caso específico das complicações obstétricas coloca-se também a hipótese de estas serem a consequência de anormalidades no desenvolvimento cerebral características da esquizofrenia, presentes *a priori*, e não a sua causa.<sup>(13)</sup> A idade dos progenitores também parece influenciar o aparecimento de esquizofrenia, encontrando-se uma incidência crescente da doença, diretamente relacionada com o aumento da idade dos pais. Ainda referente às questões biológicas, sabe-se que alguns vírus, como o vírus *Toxoplasma gondii*, o vírus Herpes simplex e o vírus da Rubéola demonstram maior prevalência em doentes esquizofrénicos. Doenças auto-imunes, particularmente a doença celíaca e doenças da tiróide, também aparentam ocorrer concomitantemente de forma frequente com a esquizofrenia, embora não esteja demonstrado de forma consistente se se tratam de causas ou consequências da doença ou do seu tratamento.<sup>(12)(18)</sup>

Passando para os fatores de risco sociais, encontramos entre eles as adversidades durante a infância, como perda de um dos progenitores ou a sua separação, abuso sexual, *bullying*, e adversidades na vida adulta, como eventos de vida stressantes, isolamento social ou o abuso de drogas ilegais, nomeadamente estimulantes e canabinoides. Reconhece-se ainda a etnicidade, a urbanidade e a migração como fatores sociais com impacto no desenrolar da

esquizofrenia.<sup>(19)(13)(18)(15)</sup> Esses últimos três tópicos, de cariz mais cultural, serão abordados mais pormenorizadamente adiante no trabalho.

De um modo geral, hoje em dia, parece assente que todos os fatores de risco mais bem estudados, sociais ou biológicos, atuam numa base de vulnerabilidade genética, provocando uma desregulação das vias dopaminérgicas<sup>(20)</sup> a qual, por sua vez, será a principal desencadeante dos sintomas positivos da esquizofrenia (figura 1). O próximo passo será então o entendimento mais pormenorizado da contribuição de cada um.

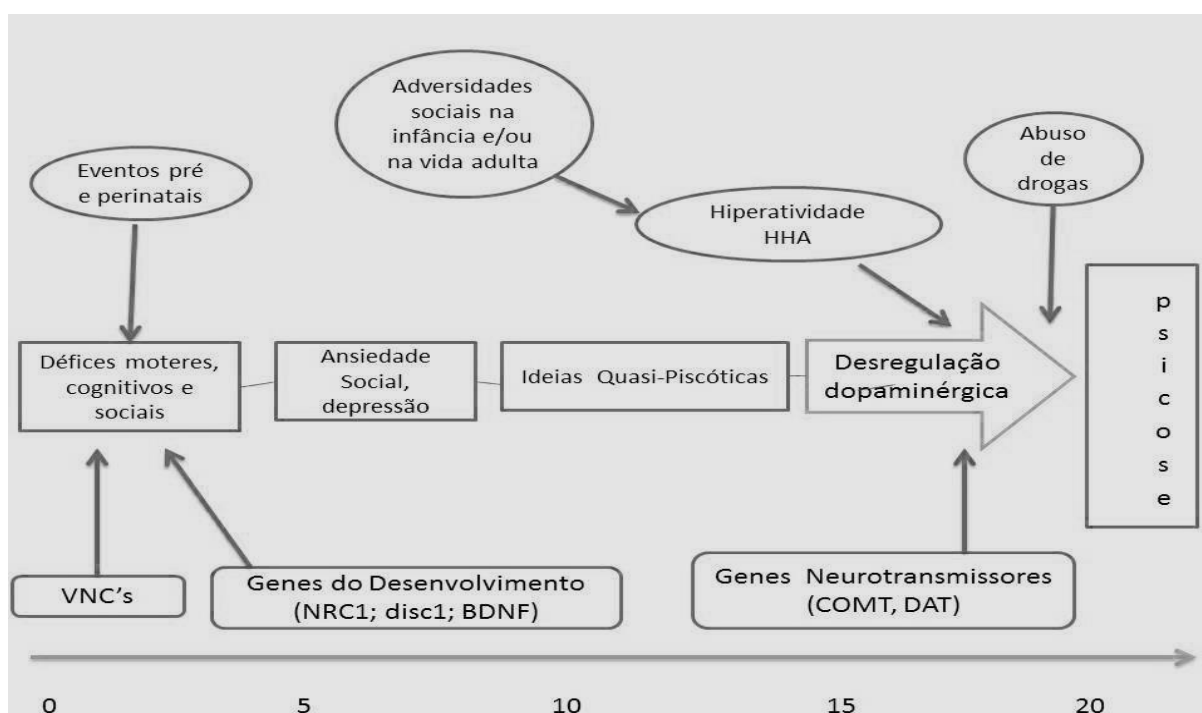


Figura 1- Desenvolvimento em cascata da esquizofrenia, adaptado de S. Stilo, R.Murray, Robin M, *The epidemiology of schizophrenia: replacing dogma with knowledge*, 2010  
 VNV'S- variações do número de cópias, HHA- hipotálamo-hipófise-adrenal

#### 5.4 Semiologia

A clínica da esquizofrenia envolve uma variedade de alterações cognitivas, comportamentais e emocionais, sem nenhum sintoma patognomónico. Trata-se de uma doença de clínica heterogénea, com uma grande variação entre indivíduos. O diagnóstico



assenta num conjunto de sintomas associados a evidências de disfunção social.<sup>(9)</sup> Podem descrever-se quatro fases sequenciais na história natural da doença: pré-mórbida, prodrómica, psicótica ativa e residual. Os chamados sintomas positivos constituem a fase psicótica ativa, enquanto os sintomas negativos apresentam-se nas fases prodrómica e residual. Alterações de humor podem ser concomitantes à fase psicótica.

Associadamente podem ainda ser encontrados afetos inapropriados e humor disfórico, manifestado sobre a forma de depressão, ansiedade ou irritabilidade. Por vezes, estão presentes também distúrbios de sono, anorexia, despersonalização<sup>(9)</sup> e ainda anormalidades neurológicas como discinesia, parkinsonismo e diminuição da perceção da dor.<sup>(21)</sup> Comumente desenvolvem-se défices cognitivos, que incluem decrementos na memória declarativa, memória de trabalho, linguagem e outras funções executivas.

O disfuncionamento social é parte integrante da semiologia da doença. Há dificuldade na aferição das intenções das outras pessoas. Muitas vezes o doente não tem *insight* acerca da patologia, demonstrando despreocupação sobre os sintomas (anosognosia).<sup>(9)</sup>

### 5.5 Fisiopatologia

O achado neurobiológico mais comum na esquizofrenia é o alargamento ventricular, particularmente dos ventrículos lateral e terceiro, acompanhado por uma redução geral do volume cerebral e da massa cinzenta cortical. Imagens de tomografia por emissão de positrões (PET) permitem identificar anormalidades no fluxo sanguíneo no lobo frontal, tálamo e cerebelo. A ressonância magnética funcional sugere disrupção funcional em circuitos cerebrais, mais do que em regiões específicas.<sup>(13)</sup>

E. Torrey, psiquiatra americano e investigador no campo da esquizofrenia, avaliou o cérebro de indivíduos esquizofrénicos não tratados com antipsicóticos, demonstrando que as alterações estruturais e funcionais observadas eram decorrentes do processo patológico e não

dos efeitos da medicação. Todas as alterações cerebrais encontradas podem, no entanto, ser encontradas noutras doenças e, ocasionalmente em indivíduos normais, não existindo nenhuma que constitua um sinal patognomónico da esquizofrenia.<sup>(21)</sup>

## 5.6 Critérios de Diagnóstico

Segundo a DSM-5, a esquizofrenia tem os seguintes critérios de diagnóstico:

Critérios de Diagnóstico da DSM-5 para a Esquizofrenia	
	Dois (ou mais) dos seguintes, cada um presente por um período significativo de tempo durante um mês (ou menos se tratados com sucesso). Pelo menos um deles deve ser (1), (2) ou (3)
A	1 Delírios
	2 Alucinações
	3 Discurso desorganizado (descarrilamento de ideias ou incoerência frequentes)
	4 Comportamento amplamente desorganizado ou catatónico
	5 Sintomas Negativos
B	Por um determinado período de tempo desde o começo da patologia, o nível de funcionamento de uma ou mais áreas, como trabalho, relações interpessoais, ou cuidados pessoais encontra-se num nível marcadamente abaixo do anterior ao começo. (ou quando o começo se dá na infância ou adolescência, não há o atingimento expetado a nível interpessoal, académico ou ocupacional)
C	Os sinais da perturbação mantêm-se pelo menos por 6 meses. Esse período de tempo tem de incluir pelo menos 1 mês de sintomas (ou menos se tratado com sucesso) que vão ao encontro dos critérios de A (isto é, sintomas positivos) e deve incluir períodos

	<p>prodômicos ou de sintomatologia residual, durante os quais os sinais da doença devem manifestar-se apenas por sintomas negativos ou por dois ou mais sintomas listados em A atenuados (como por exemplo, crenças estranhas ou experiência perceptivas incomuns).</p>
D	<p>Exclusão de perturbações esquizoafetivas ou perturbações do tipo depressivo ou bipolar com traços psicóticos por 1) inexistência de episódios depressivos major ou maníacos concomitantes à fase de sintomas positivos, ou 2) caso tenham ocorrido episódios relacionados com humor durante a fase de sintomas positivos, esses estiveram presentes num espaço de tempo minoritário da duração total da fase positiva e da residual</p>
E	<p>A doença não é atribuída ao efeito psicológico de uma substância (como abuso de drogas ou um medicamento) ou a outra condição médica.</p>
F	<p>Havendo história de autismo ou um distúrbio de comunicação desenvolvido na infância, o diagnóstico adicional de esquizofrenia é feito apenas se delírios ou alucinações proeminentes coexistem com os outros sintomas de esquizofrenia, pelo menos durante 1 mês (ou menos se tratado com sucesso).</p>

Quadro 2 – Critérios de Diagnóstico da Esquizofrenia, Adaptado de *American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5, 2013*

O sistema de classificação da OMS, cujo código para a esquizofrenia é o F20, não define critérios para uma entidade patológica única. Começa logo por referir perturbações esquizofrénicas, apresentando nove subtipos com características próprias (quadro 3).

F20.0	Esquizofrenia Paranoide
F20.1	Esquizofrenia hebefrénica
F20.2	Esquizofrenia Catatónica
F20.3	Esquizofrenia Indiferenciada
F20.4	Depressão Pós Esquizofrénica
F20.5	Esquizofrenia Residual
F20.6	Esquizofrenia Simples
F20.8	Outras Esquizofrenias
F20.9	Esquizofrenia, inespecífica

Quadro 3 –Subdivisões da F20-Esquizofrenia, Adaptado de *ICD-10, Version 2015*, <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en>.

## 6 A Questão Cultural do Diagnóstico

A DSM-5 refere a importância de considerar os fatores socioeconómicos e culturais no diagnóstico da esquizofrenia. Hoje em dia, não só em psiquiatria, como nas outras especialidades da medicina, o modelo biopsicossocial é o mais utilizado. Este surgiu, segundo M. Quartilho, como resposta ao “imperativo cultural” do modelo biomédico, nos anos 70, de modo a analisar o doente numa dupla condição de sujeito e de organismo, com mente e com cérebro e inscrito num contexto social.<sup>(7)</sup>

A aceção diagnóstica de uma doença requer um conhecimento prévio da sua semiologia. Deste modo, a inserção da cultura no processo diagnóstico da esquizofrenia, implica a compreensão da influência dessa mesma cultura nos sintomas da doença. Essa apreensão é aqui abordada segundo três perspetivas. Em primeiro lugar, a diversidade

semiológica em diferentes culturas; em segundo lugar, a cultura como fator de risco, ou fator protetor para o desenrolar da doença, utilizando-se a comparação países desenvolvidos vs países em desenvolvimento ou de sociedades tradicionais/sociedades modernas e a questão das minorias étnicas; por último, aborda-se a visão social da doença em diferentes culturas. Explora-se ainda o modo como a cultura do médico, e em particular do médico ocidental, pode enviesar o diagnóstico da esquizofrenia. Finalmente apreciam-se essas questões num mundo atual que tende para a globalização.

### 6.1 Diversidade Semiológica em Diferentes Culturas

Diversos estudos têm demonstrado dissemelhanças consistentes tanto na forma como no conteúdo dos sintomas da esquizofrenia, entre diferentes culturas.<sup>(16)(22)(23)(24)(25)</sup> Apenas um estudo de 2004, relata que as análises da OMS apontam para similaridade no curso da doença em diversos países e culturas, incluindo países desenvolvidos e em desenvolvimento.<sup>(13)</sup>

#### 6.1.1 Alucinações e Delírios

Na década de 60 do século XX, Murphy et al publicaram os resultados da primeira investigação transcultural a larga escala acerca da frequência de diferentes tipos de alucinações na esquizofrenia, concluindo que alucinações visuais e táteis eram mais frequentes em doentes africanos e do sudoeste asiático. Vinte anos mais tarde, um outro estudo transcultural avaliou doentes esquizofrénicos de um hospital de Londres provenientes de 9 etnias. O achado principal foi o de níveis mais elevados de alucinações visuais e auditivas nos doentes de origem não-europeia, comparando com os ingleses e europeus.<sup>(26)</sup>

Num estudo de Bhugra et al de 1999, comparando asiáticos e caucasianos esquizofrénicos, achou-se uma maior frequência de alucinações auditivas no grupo de caucasianos. Os asiáticos tinham mais sintomas negativos e do tipo afetivo.<sup>(27)</sup>

Em 2001, Kim et al elaboraram dois estudos acerca da transculturalidade da semiologia da esquizofrenia. O primeiro comparando a frequência e o conteúdo dos delírios em 3 grupos de doentes esquizofrénicos, um da cidade de Seoul, outro da cidade de Shangai o terceiro da cidade de Taipei, encontrando diferenças significativas entre as 3 amostras populacionais. Atribuiu essas diferenças a variações socioculturais e de contexto político existentes entre os grupos. O delírio de grandiosidade foi o mais comum entre a população de Seoul e o menos frequente na população de Shangai. Por outro lado, os delírios de culpa foram extremamente elevados no grupo de Seoul comparativamente aos outros dois grupos. Um segundo estudo comparou as alucinações nas populações de Shangai e Seoul, concluindo que a frequência com que ocorriam não diferia entre os 2 grupos, mas o seu conteúdo sim. Em Shangai predominavam os temas políticos, enquanto em Seoul os de carácter religioso. Estes trabalhos demonstraram que as temáticas e o conteúdo dos delírios e alucinações na esquizofrenia são influenciados pelas experiências culturais ou políticas do doente do momento.<sup>(28)(22)</sup>

Em 2006, Stompe et al, com dados do *International Study on Psychotic Symptoms* (ISPS), elaboraram um estudo incluindo 1080 doentes com esquizofrenia diagnosticada segundo os critérios da DSM-IV, originários da Áustria, Polónia, Lituânia, Geórgia, Paquistão, Nigéria e Gana, avaliou a percentagem de variação sensível à cultura no conteúdo dos delírios e alucinações desses doentes. (gráfico1). Averiguaram que entre 15% a 30% da frequência dos conteúdos dos delírios e tipos de alucinações poderia ter como causa diferenças na cultura de origem do doente. Por outro lado, entre 70% a 85% da variação na prevalência de sintomas psicóticos mostrou-se não depender da cultura de origem. Uma vez

que outros possíveis fatores foram controlados, estes resultados confirmaram que a diversidade semiológica na esquizofrenia pode ser, em parte, explicada pela cultura do doente.<sup>(26)(16)(29)(30)</sup>

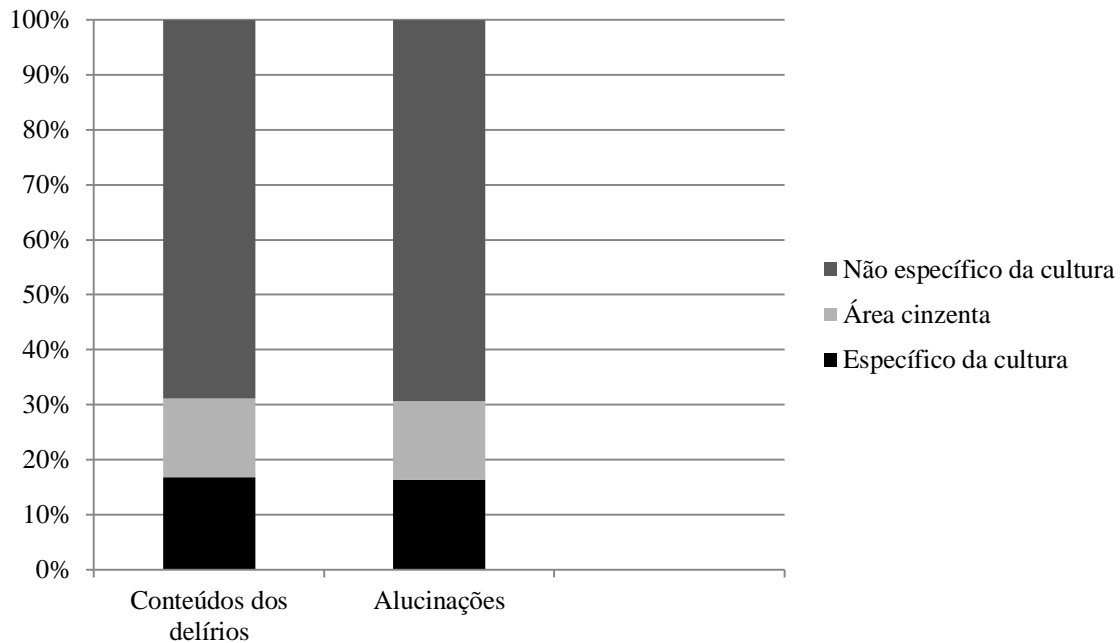


Gráfico 1-Influência estimada da cultura nos sintomas psicóticos da esquizofrenia, adaptado de Stompe et al, *The pathoplastic effect of culture on psychotic symptoms in schizophrenia*. 2006

Um ano depois, o mesmo grupo de autores publicou mais resultados sobre os mesmos dados, mas acerca da variação na distribuição de síndromes alucinatorias nos diferentes países, encontrando diferenças significativas. Nenhum doente do Paquistão expressou delírio de identidade, o qual, por sua vez, foi bastante frequente entre doentes europeus.<sup>(30)(27)</sup> Este achado parecia ser reflexo da diferença existente na estrutura social entre os países mais tradicionais, como o Paquistão e os mais modernos, como os europeus.

### 6.1.2 Sintomas Negativos

Os sintomas negativos e os défices neuropsicológicos são comuns na maioria das culturas. Foram encontradas diferenças na frequência e no tipo de sintomas negativos entre doentes da Índia e do Reino Unido (RU). Sintomas como anorexia, insónia e anedonia pareceram mais incomodativos para os doentes na Índia, comparados com a agressividade e sintomas positivos entre os doentes do RU.<sup>(30)</sup>

### 6.1.3 O Síndrome Ligado à Cultura

Ainda no final do século XIX, o termo “psiquiatria exótica” já tinha sido utilizado por médicos coloniais na descrição de distúrbios mentais encontrados em asiáticos e africanos.<sup>(31)(32)</sup>

O termo “síndrome ligado à cultura”, segundo Niehas et al, referia-se a qualquer questão recorrente e específica de uma determinada região do globo, que se caracterizasse por comportamentos e experiência aberrantes, que não se encaixassem em nenhum conjunto de critérios de diagnóstico convencional da psiquiatria ocidental. Os síndromes ligados à cultura que incluíam características de esquizofrenia eram três<sup>(33)</sup> (quadro 3): *Amok*, característico do sudoeste asiático e Malásia, referia-se a uma *rampage* súbita, geralmente com homicídio e suicídio, terminando com exaustão e amnésia; Cólera, na Guatemala, caracterizava-se por explosões emocionais violentas, alucinações, delírios e birras e *Latah* Sudeste asiático, Malásia, em certas tribos de África e do Japão, com reação de obediência automática, ecopraxia e ecolalia.

Na DSM-5, o termo “Síndrome Ligado à Cultura” foi substituído por três novos termos: “Síndromes Culturais”, “Idiomas Culturais de Aflição” e “Explicações Culturais”. Estes termos denotam a forma como os modos culturais de expressão ou comunicação do stress podem refletir um conjunto de sintomas específicos (*clusters*), expressões comuns para



stress que podem não envolver sintomas específicos (idiomas), ou envolver modelos causais explícitos ou atribuições. A apresentação clínica do doente pode ser influenciada por esses conceitos culturais e modos de expressão.<sup>(34)</sup>

Designação	Geografia	Clínica
Amok	Sudeste asiático e Malásia	Rampage súbita, geralmente com homicídio e suicídio, terminando com exaustão e amnésia;
Cólera	Guatemala	Explosões emocionais violentas, alucinações, delírios e birras
Latah	Sudeste asiático, Malásia, em certas tribos de África e do Japão	Reação de obediência automática, ecopraxia e ecolalia

Quadro 3- Síndromes ligados à cultura com semiologia semelhante à esquizofrenia, Adaptado de Engstrom EJ. *Cultural and social history of psychiatry, Psychiatry; Curr Opin Psychiatry* 2008, vol21, pp 585-592

## 6.2 Cultura como Fator de Risco/Protetor

### Na incidência da doença

O valor inicialmente aqui referido para a incidência da esquizofrenia é de carácter global, e, de facto, a doença parece estar presente em todas as culturas do mundo.<sup>(27)</sup> Todavia, sabe-se que esse valor é na verdade culturalmente heterogéneo.<sup>(13)(35)(18)(24)(36)</sup> Uma revisão sistemática mostrou uma variação de 7,7 a 43 por 100000 habitantes.<sup>(19)</sup> Num artigo de 2009 que reviu trabalhos sobre incidência da esquizofrenia publicados após 1985, encontrou-se grande variação nos valores achados (Gráfico 1). As barras negras representam estudos da

autoria da OMS. Estes revelaram uma variação menor, talvez pela uniformização dos critérios de diagnóstico aplicados.

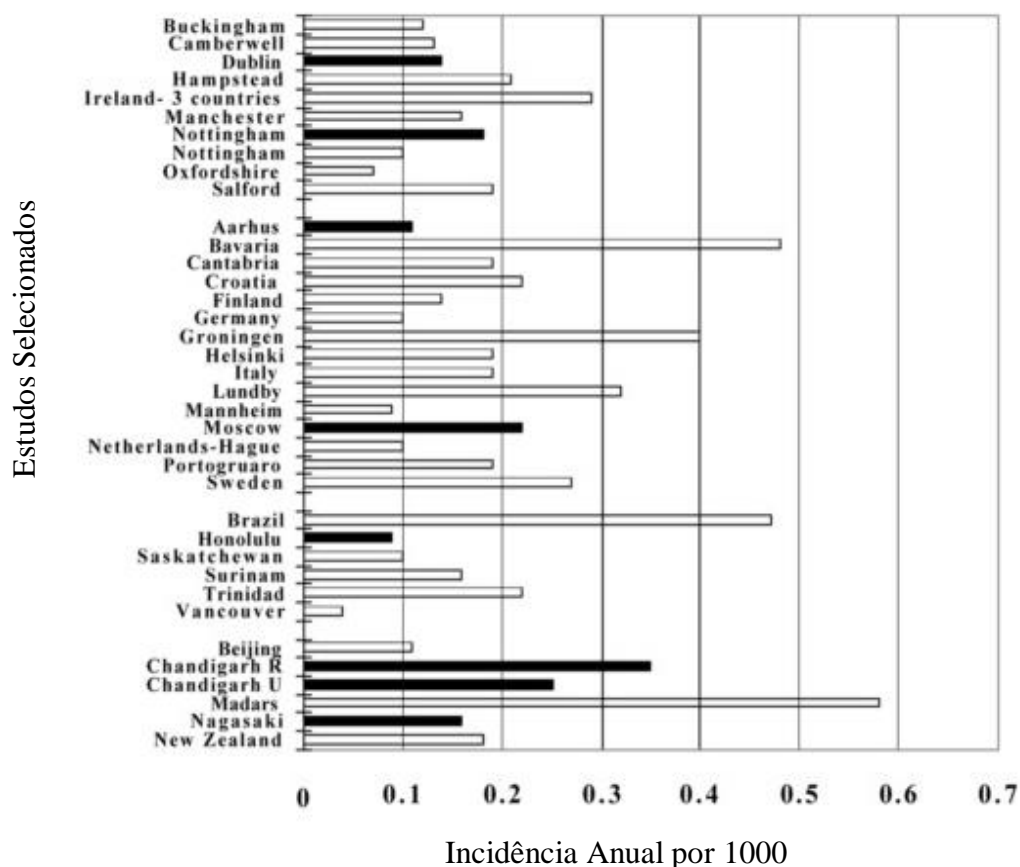


Gráfico 1 - Incidência da Esquizofrenia em estudos selecionados publicados após 1985, adaptado de, Messias E. et al, *Epidemiology of Schizophrenia : Review of Findings and Myths*, *Psiquiatr Clin North Am*2009, vol 3, pp 323-338 ,

O gráfico mostra uma variação máxima maior que uma ordem de magnitude (a mais baixa de um estudo de Vancouver, com o valor de 0,04/1000/ano, e a mais alta de um estudo de Madras, com valor de 0,58/1000/ano). Considerou-se que ambos estes estudos tinha sido bem concecionados e as suas estimativas eram credíveis.<sup>(37)</sup>

Os dados existentes acerca da genética subjacente à esquizofrenia indicam uma ubiquidade mundial dos genes.<sup>(38)</sup> Contudo, como se viu no tópico referente à etiologia da doença, o seu carácter multifatorial faz com que o ambiente tenha um papel importante na

ativação desse substrato genético. A distinção mais evidente faz-se entre países desenvolvidos e em desenvolvimento.

No prognóstico da doença:

No que toca ao prognóstico, diversos trabalhos publicados evidenciam um melhor curso clínico da doença nos países em desenvolvimento, comparativamente aos países desenvolvidos<sup>(4)(26)(25)(6)(24)(39)(40)(41)</sup> (tabela 1).

Países Desenvolvidos	Amostra	Percentagem sem sintomas	Percentagem com psicose crónica
Inglaterra	50	6	40
Dinamarca	64	5	14
Rússia	66	17	21
EUA	65	6	23
<b>Países em Desenvolvimento</b>			
Índia	73	42	10
Colombia	91	11	21
Nigéria	68	34	10

Esta tabela refere-se ao estudo piloto a nível internacional da esquizofrenia (IPSS), que analisou o *follow-up* da doença durante 2 anos após o primeiro surto psicótico nos 9 países supracitados, estabelecendo uma primeira comparação a esse nível entre países desenvolvidos e em desenvolvimento. Nesse estudo, datado de 1979, concluiu-se já que os esquizofrénicos dos 3 países em desenvolvimento analisados tinham um melhor *outset* do que

os doentes dos 6 países desenvolvidos.<sup>(42)</sup> Em 1992, um estudo da *Determinants of Outcomes of Severe Mental Disorder* (DOSMD), atribuiu os resultados do IPSS às diferenças culturais entre países desenvolvidos e em desenvolvimento.<sup>(41)</sup> O resultado foi o mesmo para os 2 anos seguintes ao diagnóstico e também para os 10 anos.<sup>(6)(36)(40)(41)(43)(30)</sup> Sabe-se igualmente que, analisando o curso da doença após o primeiro episódio psicótico, parece haver uma menor propensão à cronicidade nos doentes de países em desenvolvimento, os quais apresentam também uma menor ocorrência de sintomatologia residual após 5 anos.<sup>(12)</sup>

Outros estudos, como se abordará adiante, enfatizam a relação entre sociedades tradicionais/sociedades não tradicionais, e não explicitamente a distinção países desenvolvidos/países em desenvolvimento apontando um curso mais benigno da doença no primeiro grupo, como se refere adiante.<sup>(38)</sup> Outros ainda debruçam-se sobre aspetos específicos, relacionados com o desenvolvimento/modernismo. Um dos mais bem caracterizados é a urbanidade. Uma última tónica grandemente estudada em matéria antropológica da esquizofrenia são as minorias étnicas, decorrentes de fenómenos migratórios.

#### 6.2.1.A Urbanidade

##### Na incidência da doença

Recuperando aqui o tópico da urbanidade, dos fatores de risco ambientais, sabe-se que o risco de desenvolver a esquizofrenia é cerca de 2 a 4 vezes superior para residentes nos centros citadinos, quando comparado com aqueles habitantes de zonas rurais.<sup>(44)(38)</sup>

Um conceito indissociável do de urbanidade é o de ocidentalização. Na primeira metade do século XIX, psiquiatras franceses relacionaram pela primeira vez os processos de industrialização e de urbanização com o aumento das doenças mentais. No final desse mesmo século, foram também publicados dados acerca da baixa prevalência de doenças mentais

crónicas entre populações tribais.<sup>(33)</sup> Porém, o desenvolvimento da ideia de que a ocidentalização contribui especificamente para um aumento da incidência da esquizofrenia começou a ser desenvolvida no início do século XX por Krapelin.<sup>(40)</sup> Nos anos posteriores, um pouco por toda a Europa e nos EUA, foram realizadas pesquisas acerca dessa temática.<sup>(32)</sup> J.M. Jara, no livro *Causas da Psiquiatria, Questões de Saúde Mental*, designa mesmo que, em termos de etnopsiquiatria, a sociedade ocidental é causadora da psicopatologia.<sup>(45)</sup>

A justificação para esse facto permanece pouco clara, colocando-se como hipóteses particularidades do ambiente físico (composição ambiental) ou no ambiente cultural (objetivos de vida) da cidade que condicionem processos biológicos capazes de desencadear a esquizofrenia.<sup>(11)</sup> Mais recentemente, estudos têm comprovado essa ideia, mostrando que 1/3 de toda a incidência da esquizofrenia poderá ser causada por fatores, ainda desconhecidos, que operam no ambiente citadino e, interagindo com a base genética vulnerável em crianças e adolescentes, confira maior risco de desenvolver a doença.<sup>(44)</sup>

## 6.2.2 As Sociedades Tradicionais e o Sociocentrismo

### Na incidência da doença:

Na década de 60 do século XX, Murphy demonstrou que a rápida ocidentalização de pequenas sociedades tradicionais indígenas estaria associada ao desenvolvimento de patologia psicossocial,<sup>(26)</sup> iniciando a tese, hoje defendida também por outros, de que a esquizofrenia é mais comum nas sociedades não-tradicionais.

As sociedades tradicionais são tidas em termos sociológicos como coletivistas, situando os objetivos e desejos individuais em segundo plano, e enfatizando a pertença a/a contribuição para uma família ou um grupo social. Por sua vez, as sociedades modernas caracterizam-se pela individualidade, protagonizando as necessidades e desejos do indivíduo,

e encorajando cada pessoa a lutar pelos seus objetivos próprios, mais do que aqueles da sua família ou grupo social,<sup>(16)</sup> valorizando a experiência interna do bem-estar.<sup>(7)</sup>

Esta ideia é explorada no conceito de “sociocentrismo”, uma escala de caracterização das relações interpessoais nas sociedades, que varia desde o forte individualismo, característico dos países desenvolvidos (ou modernos), até ao forte coletivismo, dos países em desenvolvimento (ou tradicionais).<sup>(16)(25)(48)</sup>

Em 1982, Murphy, na continuidade do seu trabalho, realizou um estudo de revisão de dados antropológicos da Irlanda e da Ístria, que lhe permitiu defender que situações de exigência pessoal despropositadamente complexas dessas sociedades seriam as responsáveis por elevados índices de esquizofrenia. Especulou que entre os Tongans e os Taiwanenses, os índices de esquizofrenia seriam menores, por serem culturas menos individualistas.<sup>(49)</sup> Num estudo longitudinal de Goater et al de 1999, encontraram-se índices elevados da incidência de esquizofrenia em todos os grupos étnicos de raça não caucasiana analisados, habitantes no RU, em comparação com os habitantes caucianos.<sup>(27)</sup>

Parecendo contrariar estas ideias, John S. Allen, em 1992, propôs que as sociedades tradicionais eram esquizofrénicas quando comparadas com as não tradicionais. A justificação estaria no facto de as sociedades tradicionais exigirem um maior número de redes sociais a cada indivíduo, e de possuírem regras e papéis sociais definidos de forma implícita, requerendo uma maior competência social. A exigência social, desencadearia stress social e, em indivíduos com predisposição genética para a esquizofrenia, conduziria ao desenvolvimento da doença. Contudo, nesse mesmo estudo, Allen concluiu que a esquizofrenicidade das sociedades tradicionais levaria, em última instância, a uma menor incidência da esquizofrenia. A sua explicação estaria na reduzida fertilidade da população com esquizofrenia, comparativamente à das pessoas sem doença, que provoca, assim, uma seleção negativa sobre os genes de suscetibilidade para a doença. Sendo as sociedades

tradicionais mais esquizofrénicas, a seleção negativa sobre os genes da esquizofrenia seria maior e, assim, a longo prazo, a incidência da doença seria menor.<sup>(38)</sup>

No prognóstico da doença:

Barrio, psiquiatra americana, publicou em 1997 e reanalisou em 2001 os resultados de um estudo longitudinal sobre 163 doentes com o diagnóstico de esquizofrenia na Califórnia (EUA) de origem afro-americana, latina e de grupos não minoritários, sob a premissa de que o curso da esquizofrenia é mais benigno em sociedades sociocêntricas/tradicionais. Elaborou, assim, o primeiro estudo longitudinal acerca da relação entre cultura e esquizofrenia que utilizou uma curva de crescimento como modelo estatístico de avaliação de dados. Colheu a cada 6 meses, durante 3 anos, dados indicativos de sociocentrismo em cada um desses 3 grupos, utilizando a empatia e competência social como indicadores do grau de sociocentrismo.<sup>(50)</sup> O modelo explicativo da hipótese sociocêntrica apresentado no estudo de 1997 encontra-se aqui ilustrado<sup>(50)</sup>(Figura 2).

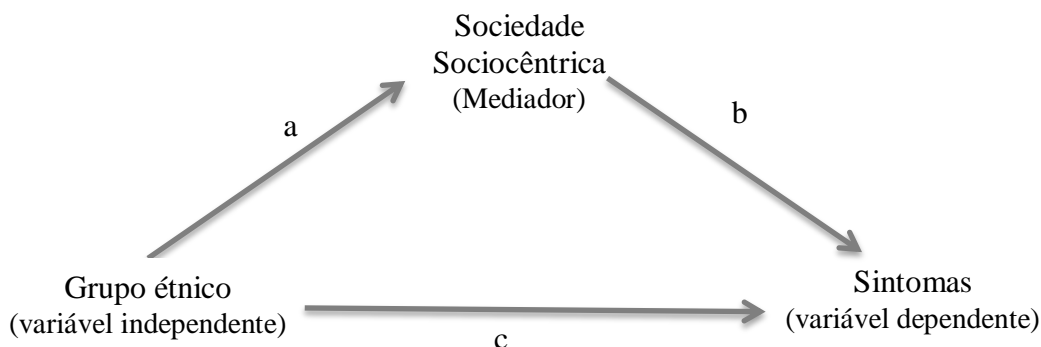


Figura 2, Variáveis sociocentrismo como mediador da relação entre grupos étnicos e sintomas da esquizofrenia., adaptado de J.S.Brekke e C.Barrio, *Cross-Ethnic Symptom Differences in Schizophrenia: The Influence of Culture and Minority Status, Schizophrenia Bulletin*, Vol 23, no2, 1997 a:indicadores sociocêntricos “competência social” e “empatia” avaliados em cada grupo. b:relação entre o sociocentrismo e a apresentação sintomática (curso mais benigno nos grupos minoritários) c:relação direta entre a etnicidade e os sintomas, sem o sociocentrismo como intermediário.

Os medidores sociocentrics “empatia” e “competência social” diferenciavam o grupo étnico não minoritário dos grupos minoritários (a). Os dois indicadores estariam relacionados com a variabilidade sintomática entre os 3 grupos étnicos (b), nomeadamente com o melhor curso clínico dos grupos minoritários.

Segundo o modelo, se as vias a e b fossem ambas estatisticamente significativas, a via c tornar-se-ia sem significado estatístico ou esse atenuar-se-ia. Ou seja, não tanto a etnia mas sim as características sociocêntricas do individuo seriam responsáveis pelas diferenças no curso clínico.<sup>(50)</sup>

Allen, na sua teoria das sociedades esquizofrénicas, também explica o melhor prognóstico da doença nas sociedades tradicionais. O maior peso dos fatores ambientais nessas sociedades permite o desenvolvimento de esquizofrenia mesmo em pessoas geneticamente pouco vulneráveis. Por contrário, nas sociedades não tradicionais, uma vez que o ambiente não é propício ao desenvolvimento da doença, é necessário haver uma base genética mais forte para o desencadear da doença. Deste modo, o prognóstico é melhor nas sociedades tradicionais.<sup>(38)</sup>

### 6.2.3 As Minorias Étnicas e os Fenómenos Migratórios

#### Na incidência da doença

A variação da incidência da esquizofrenia entre diferentes populações parece também estar relacionado com questões migratórias e, conseqüentemente, com minorias étnicas dos imigrantes no país de acolhimento.<sup>(13)(14)(51)(25)</sup>

Investigações retrospectivas, utilizando ainda os critérios de classificação da DSM-IV, acerca de bases de dados canadianas das primeiras décadas do século XX, encontraram um aumento de mais de 50% na incidência de esquizofrenia nos imigrantes nesse país, em comparação com os nativos.<sup>(51)</sup>



Estudos datados da década de 50 do século XX apontavam para uma maior incidência de esquizofrenia na população de raça negra residente em Nova Iorque, comparativamente à população branca. A explicação, já nesta data, parecia ser migratória e não devido a questões do património genético diferente entre as duas raças.<sup>(35)(17)</sup> Essa hipótese foi oficialmente proposta por Malzberg que, analisando o fenómeno, encontrou índices de esquizofrenia identicamente elevados para imigrantes nova-iorquinos, tanto brancos como negros. Por outro lado, concluiu que a grande diferença de incidência encontrada entre negros e brancos se devia aos índices elevados de imigrantes de origem africana.<sup>(17)</sup>

No RU, estudos mais recentes com imigrantes provenientes de África e das Caraíbas, mostraram índices de esquizofrenia nesses imigrantes e na sua descendência direta superiores aos da população nativa local.<sup>(12)(35)(18)(52)</sup> No caso dos imigrantes caribenhos, demonstrou-se um risco 7 vezes maior de esquizofrenia e outros distúrbios psicóticos do que o da população inglesa de raça branca, com as variáveis “estatuto social” e “idade” ajustadas. Estudando o risco absoluto desses grupos de imigrantes desenvolverem esquizofrenia no RU, e comparando-o com o risco da doença no seu país de origem, verificou-se que o primeiro valor era bastante superior.<sup>(12)</sup>

Partindo do conhecimento dessas ideias, duas investigadoras portuguesas levaram a cabo um estudo comparativo entre os doentes brancos e negros internados no departamento de psiquiatria do hospital Fernando Fonseca, na Amadora, entre 1 de janeiro de 2004 e 30 de junho de 2007. Verificaram que 19.3% dos doentes eram negros, valor superior ao da percentagem de habitantes dessa raça no município da Amadora, segundo os censos de 2001 (10,5%). Esses resultados sugeriam, assim, uma sobre-representação da população africana desse concelho no departamento psiquiátrico do hospital. Contudo, as autoras referiram a dificuldade em analisar o significado destes dois diferentes valores. Em primeiro lugar, pelo facto de muitos dos doentes negros não serem imigrantes de primeira geração, em segundo

lugar, por alguns imigrantes não estarem legalizados como tal, não entrando assim nos números dos censos, e, em terceiro lugar, pelo facto de o estudo ter sido realizado com um diferimento de 3 anos após o apuramento dos últimos censos, podendo, assim, já não retratar a realidade da época.<sup>(53)</sup>

#### 6.2.3.1 A Densidade Étnica e a Quebra de Redes Sociais

A explicação hoje em dia mais consistente para o maior risco de esquizofrenia em populações imigrantes é a do conceito de “densidade étnica”. Weschler e Pugh, em 1967, estudaram a incidência de esquizofrenia em diferentes grupos sociais de Massachusetts, agrupados segundo determinadas categorias, como natalidade, ocupação profissional, entre outros, concluindo que o valor era tanto mais elevado, quando menor fosse a representação do grupo em análise na população geral.<sup>(17)</sup> Ainda outros estudos que analisaram a incidência de esquizofrenia em população africana a residir nos EUA ou no RU, concluíram que esta aumenta à medida que a relação população negra/população branca é maior, quer num país quer no outro.<sup>(6)(18)</sup>

A ideia é a de que haverá um risco aumentado de desenvolver esquizofrenia associado à vivência num contexto cultural no qual o indivíduo se pode sentir isolado ou diferente da maioria da população, isto é, num sítio no qual a densidade da sua etnia seja baixa.<sup>(5)(12)(32)(6)</sup> Apoiando essa ideia, alguns estudos mostraram que imigrantes africanos nos EUA demonstravam um risco cerca de 3 vezes maior de serem diagnosticados com esquizofrenia, quando comparados com os imigrantes de origem europeia no mesmo país.<sup>(5)(6)</sup>

Uma outra forma de explicação tem a ver com a noção de “quebra de redes sociais” que o movimento de emigração proporciona. Num estudo de 1987, Muriel Hammer et al defenderam esse conceito. À data, lançaram o desafio de se explorar melhor essa noção por meio de estudos comparativos acerca da incidência de esquizofrenia em imigrantes, cujo

processo de deslocamento para outro país tivesse sido feito em grupo, mantendo hábitos de origem no país de acolhimento, e de imigrantes que estivessem sozinhos ou que tivessem pouco contacto com a sua cultura de origem.<sup>(17)</sup>

Malzberg, ainda no seu trabalho supracitado de análise dos índices elevados de esquizofrenia em imigrantes africanos nova-iorquinos, fez um terceiro achado, que vai ao encontro da ideia da “quebra de redes sociais”. Deparou-se com o facto de os índices mais elevados de esquizofrenia estarem presentes sobretudo nos imigrantes vindos há 5 anos ou menos, e que os imigrantes com mais tempo de prevalência na cidade tinham índices quase iguais aos da população local. Uma vez que as conexões sociais possuem uma natureza cumulativa, com uma determinada necessidade cronológica de estabelecimento, os imigrantes mais recentes ainda não possuíam, segundo ele, novas redes sociais consistentes, e/ou ainda estariam conetados às redes sociais antigas, enquanto os imigrantes mais antigos já teriam tido tempo de criar uma interconexão de contactos sociais locais.<sup>(15)</sup>

Em 2010, Bhugra et al, partindo de achados anteriores de que a incidência de esquizofrenia era maior entre imigrantes africanos e carabinenses no RU, porém não entre imigrantes asiáticos, investigaram a hipótese de que o não distanciamento dos asiáticos em relação à sua cultura de origem poderia ser o fator para o não desenvolvimento da esquizofrenia em índices tão altos nessa população. De facto, concluíram que o grupo de doentes asiáticos não apresentava qualquer desvio cultural em relação ao seu grupo de controlo, enquanto o grupo de doentes africanos e carabinenses eram menos tradicionais que os seus controlos.<sup>(54)</sup>

M. Quartilho, no seu livro *Saúde Mental*, refere o conceito de coesão social, como o conjunto de instituições que estruturam o governo da sociedade, procurando prevenir ou garantir a ausência de conflito. Explica assim uma transposição da responsabilidade do bem estar das populações do indivíduo para a comunidade, sendo os fatores de risco para o mal

estar, não só individuais como sociais.<sup>(7)</sup> Deste modo, identifica-se com os achados que apontam a perda de redes sociais enquanto fator de risco para a patologia mental, neste caso para a esquizofrenia.

#### 6.2.3.2 O Fenómeno de “Stress Aculturativo” e o Conceito de “Derrota Social”

A quebra de redes sociais conduz-nos impreterivelmente aos conceitos de “stress aculturativo” e de “derrota social”. Este último conceito foi introduzido pelo psiquiatra Jean Paul Selten. Utilizando como analogia o modelo animal classicamente estudado de um rato macho (intruso) que é colocado na gaiola de outro rato macho (residente), e é atacado por este, e obrigado a comportar-se de forma submissa, Selten explica a maior incidência de esquizofrenia nas populações imigrantes. As experiências demonstraram que o fenómeno de derrota aumentava a atividade dopaminérgica na via do sistema mesolímbico, num processo semelhante ao que se pensa atualmente desencadear os sintomas psicóticos na esquizofrenia. Selten acrescentou ainda à sua teoria o facto de que a vivência a longo termo numa sociedade estranha poderia agravar o fenómeno, bem como que o regresso ao país de origem o mitigava. Além disso, para que todo esse fenómeno levasse à esquizofrenia propriamente dita, teria de acontecer sob uma base de vulnerabilidade genética.<sup>(6)(14)</sup>

Num estudo de 2012, Danni Li et al analisaram os delírios de doentes com diagnóstico de esquizofrenia, de um hospital de Toronto, e concluíram que o seu conteúdo estava fortemente relacionado com a experiência de vida do individuo até então. Nos doentes provenientes de minorias étnicas imigrantes, delírios de perseguição eram mais comuns naqueles que experienciaram “derrota social”. Colocaram a hipótese de que a “derrota social” pudesse desencadear sistemas de pensamento disfuncionais negativos, com atribuição externa, os quais poderiam constituir a base cognitiva para os delírios de perseguição.<sup>(14)</sup>

As minorias etnoculturais podem de facto contactar com stressores associados a seu estatuto social. O estatuto de imigrante tem-se mostrado um potente determinante social de saúde em refugiados, independente da existência de trauma pré migratório.<sup>(34)</sup>

Na década de 70 do século XX, Deveneux designou a esquizofrenia como uma “psicose étnica” derivada de um processo de aculturação e opressão. Ambiguidades de comunicação e contradições que surgem em determinadas culturas durante períodos de mudança ou em contextos interculturais poderiam resultar em psicopatologia. Essas ideias vão ao encontro do fenómeno de stress aculturativo.<sup>(46)</sup>

Concluindo, hoje em dia, há diversas evidências da relação entre os fenómenos migratórios e o desenvolvimento de patologia mental. Entre os transtornos psiquiátricos, os do foro psicótico são os que reúnem maior quantidade e qualidade de evidência.<sup>(51)</sup> Porém pouco se sabe entre os aspetos sociais negativos da experiência da imigração e a natureza das manifestações clínicas da doença.<sup>(14)(18)</sup> Um estudo de 2011, de Ampadu que estudou o impacto da imigração no desenvolvimento de esquizofrenia em adolescentes, não encontrou nenhum fator ou conjunto de fatores que explicasse uma incidência mais elevada de esquizofrenia em imigrantes, comparativamente aos locais.<sup>(55)</sup>

De um modo geral, os mecanismos pelos quais a cultura ou a sociedade envolvente atuam como fatores de risco ou como fatores protetores na esquizofrenia não estão ainda esclarecidos.<sup>(5)(26)</sup> A evidência de que a segunda geração de imigrantes poderá sofrer mais que a primeira<sup>(51)</sup> contempla tanto a noção de densidade étnica, como a de stress aculturativo. Nesses casos, a primeira geração mantém comunidades fechadas, praticando a sua antiga cultura, (densidade étnica) enquanto a segunda se encontra dividida entre a cultura dos pais e a cultura do país de acolhimento. (stress aculturativo). Os conceitos acerca de migração e esquizofrenia podem ser todos encadeados. Começando no fenómeno de emigração, este conduz à baixa densidade étnica dos imigrantes e à perda das suas redes sociais antigas,

desencadeando stress aculturativo. Por sua vez, o stress poderá ser responsável pelos mecanismos não adaptativos implícitos na derrota social, proporcionando-se, assim, o desenvolvimento da esquizofrenia (figura 3).

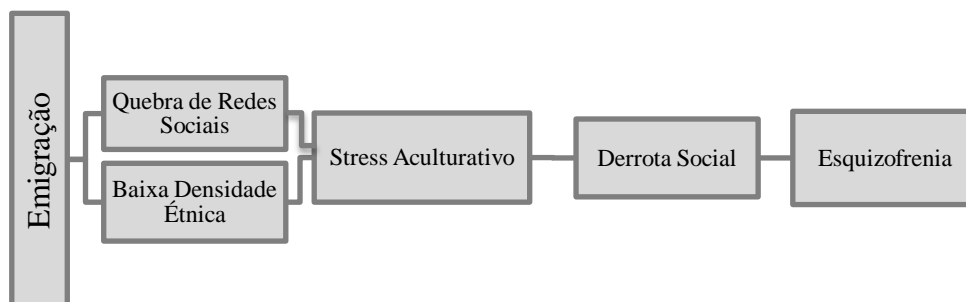


Figura 3- Cadeia de Fatores sociais associados à emigração influentes na esquizofrenia

#### 6.2.4 Os Países Em Desenvolvimento Além das Questões Culturais

Uma outra abordagem das diferenças da esquizofrenia nos países em desenvolvimento passa por analisar as questões ambientais, e não tanto culturais, presentes nesses países. Em primeiro lugar, o diagnóstico pode ser dificultado por problemas de saúde concomitantes, como infecções, parasitoses, e desnutrição, capazes de reproduzir sintomas psicóticos, mascarando, a esquizofrenia<sup>(13)</sup>

Torrey, no entanto, explora estes fatores ambientais dos países em desenvolvimento de forma inversa. Caracteriza o ambiente dos países em desenvolvimento como stressantes e assim, favorecedores do desenvolvimento da esquizofrenia.<sup>(38)</sup>

A distinção países desenvolvidos/em desenvolvimento poderá, nalguns casos, mostrar-se demasiado simplista<sup>(26)</sup> tendo em conta o contexto atual. As contingências político-económico-sociais de alguns países africanos, da América Latina e da Ásia poderão, hoje em dia, funcionar como stressores para o prognóstico da esquizofrenia. As situações de pobreza, desigualdade social e violência nesses países influenciam negativamente o desenrolar da patologia. Seria então necessário estudar-se mais cuidadosamente essas questões em cada país

em particular, de modo a desmistificar a ideia de equivalência entre os conceitos “país em desenvolvimento”/ “bom prognóstico para a esquizofrenia” e assegurar cuidados de saúde mental de qualidade nesses locais.<sup>(56)</sup>

Edgerton e Cohen, em 1994, ao elaborar uma revisão acerca da comparação do prognóstico da esquizofrenia em países desenvolvidos ou em desenvolvimento, concluíram que a evidência para um melhor curso da doença nos países em desenvolvimento não era clara. Defenderam que um curso favorável da doença também se verifica em algumas sociedades industrializadas. Acrescentaram a dúvida de que as diferenças encontradas entre os dois tipos de países se devam à cultura. Preconizaram uma observação mais sólida dos doentes esquizofrênicos no seu país de origem antes de se avançar com estudos de comparação transcultural.<sup>(41)</sup>

### 6.3 Visão Social da Esquizofrenia em Diferentes Culturas

Explicações subjetivas para os processos de doença diferem entre culturas.<sup>(57)</sup> O estigma associado à esquizofrenia, irrefutavelmente existente nas sociedades ocidentais, no trabalho, em casa e mesmo em questões de auto-estigma pode contribuir para um pior curso clínico desta doença.<sup>(13)(58)</sup> A forma como a família do doente vê a esquizofrenia também influencia o seu desenrolar. Um comportamento hostil e crítico dos familiares para com o doente parece contribuir para um agravamento dos sintomas e um maior número de hospitalizações.<sup>(5)</sup> A. Albuquerque, na sua obra *A Discriminação do Doente Psiquiátrico no Ocidente*, explora a negação dos familiares e dos próprios doentes acerca da eminência e uma possível patologia mental. Muitas vezes, não é atribuído um significado real aos primeiros sintomas, buscando-se justificações em situações stressantes do dia-a-dia. Segundo o autor, ainda hoje permanece a ideia de “mau comportamento” com necessidade de punição ou castigo, mais do que a aceitação da existência de uma doença mental. Este comportamento

hostil que parte da própria família poderá ser responsável por um atraso na procura do médico, e conseqüentemente, no diagnóstico e no tratamento, piorando o prognóstico.<sup>(59)</sup> J.M. Jara, em *Causas da Psiquiatria, Questões de Saúde Mental*, aborda a questão da estigmatização da doença mental em Portugal. Diz que os problemas associados às doenças mentais, muitas vezes não resultam apenas da doença em si, mas também de preconceitos enraizados contra essas doenças e contra o doente.<sup>(45)</sup>

Por contrário, o facto de algumas culturas atribuírem outras denominações à doença, como “pensamento excessivo” na China e na Índia, pode contribuir para a desestigmatização do doente e, conseqüentemente, para o seu melhor prognóstico. Nessas culturas, muitas famílias tentam “normalizar” o quadro clínico do seu familiar esquizofrénico, reconhecendo os seus comportamentos como socialmente incomuns, mas não lhes atribuindo um significado patológico,<sup>(5)</sup> nem os culpabilizarem ou castigarem por esse comportamento.

O estigma que a sociedade faz da toma de medicação antipsicótica, parece também influenciar de forma negativa o curso da doença, pela não-adesão à terapêutica. Num estudo levado a cabo no Japão, com uma amostra de 11 doentes com esquizofrenia ou distúrbio esquizoafetivo, a totalidade dessa amostra expressou receios acerca do estigma associado à toma da medicação e dos seus efeitos adversos, embora reconhecessem a sua eficácia na melhoria dos sintomas.<sup>(60)</sup>

Uma explicação para o achado da melhor evolução da doença nos países em desenvolvimento, prende-se em parte com a explicação que as suas sociedades têm para os sintomas da esquizofrenia.<sup>(36)(4)</sup> A crença de que há algo de sobrenatural a atuar sobre o doente atenua o sentimento de culpa, sentido pelos doentes em recuperação dos países desenvolvidos, melhorando assim, o curso da doença. Por outro lado, a ignorância científica da doença por parte das populações dos países em desenvolvimento, conduz a uma melhor aceitação das alucinações e delírios.<sup>(4)</sup>



Um estudo da OMS, de 1995, mostrou que, na região do pacífico ocidental, a maioria dos doentes com critérios de diagnóstico de esquizofrenia não recorre ao médico psiquiatra, como primeira escolha. De entre 5 países analisados (Japão, Coreia, China, Filipinas e Malásia) apenas no Japão a percentagem desses doentes que tinha sido consultada por um psiquiatra em primeira análise excedeu os 50%. De um modo geral, os doentes não reconheciam ter uma patologia de origem mental, mas antes um “mal da alma”.<sup>(31)</sup>

Alguns afro-americanos vêem a doença mental como uma forma de castigo ou feitiçaria. O início da doença e o seu tratamento são vistos como uma vergonha e sugerem incapacidade para assumir responsabilidades sociais.<sup>(26)</sup>

Em 1988, um outro estudo comparou a visão que anglo-americanos e mexicano-americanos possuem acerca da esquizofrenia que acomete familiares seus de primeiro grau, concluindo que é diversa. O grupo de imigrantes mexicanos considerava a denominação de “doença dos nervos” adequada para os distúrbios esquizofrénicos, enquanto a maioria dos imigrantes ingleses não fazia essa denominação, reconhecendo uma patologia psiquiátrica.<sup>(61)</sup>

Bhugra et al, no seu estudo supracitado de de 2001, encontrou ainda nos caucasianos maior culpabilização do outro pelo aparecimento da sua doença mental, comparativamente aos asiáticos, que assumiam a responsabilidade do surgimento da doença, bem como do seu tratamento. Estes resultados poderiam refletir as expetativas que a cultura ocidental criou sobre os asiáticos, nomeadamente de serem mais estóicos e controlados que outros grupos culturais.<sup>(27)</sup>

Outro estudo de 2012, realizado sobre doentes com esquizofrenia num hospital em Mali, demonstrou que os doentes atribuíam os sintomas de primeira ordem, como delírios e alucinações a bruxas ou feiticeiros.<sup>(57)</sup>

Por fim, importa referir que o estudo da análise comparativa da visão social da esquizofrenia em diferentes culturas é relativamente recente. Na década de 70 do século XX,

a comunidade psiquiátrica acordava na ideia de que os distúrbios psicóticos eram vistos de igual forma nas diferentes culturas, e que essa similaridade era tanto maior quanto mais severo fosse o distúrbio.<sup>(42)</sup>

#### 6.4 Influência da Linguagem

A linguagem é uma particularidade da cultura que pode influenciar o modo com a sociedade descreve e encara a doença.<sup>(27)</sup> Por outro lado, a linguagem está estreitamente relacionada com o pensamento, podendo ser causa direta das diferenças semiológicas interculturais. Uma competência linguística mais elaborada poderá revelar-se por delírios mais complexos e sistematizados e pior prognóstico. Uma capacidade linguística baixa pode prevenir a construção de delírios.<sup>(30)</sup>

Malinovski, na sua obra *Magic, Science and Religion and Other Essays*, aborda a questão do significado na linguagem primitiva, e o contributo da sua análise para a compreensão da cultura e psicologia dos povos que a utilizavam. Considera ainda que a função dessa linguagem era ser “modo de ação” mais do que “referência de pensamento”.<sup>(62)</sup>

O individualismo que caracteriza as sociedades modernas, e que enfatiza a racionalidade do pensamento em detrimento do emocional-social, pode levar a um subentendimento e ambiguidade dos vocábulos relacionados com as emoções.<sup>(47)</sup>

Na sua origem, “esquizofrenia” é um vocábulo formado a partir das expressões gregas “esquizo” – “mente” e “frenos”-cisão. Etimologicamente significará “cisão da mente”. Nos dias de hoje, a generalidade dos países ocidentais faz uso da palavra sem se debruçar sobre esse seu significado. Já em certas culturas com línguas ideográficas, como a chinesa e a japonesa, os símbolos usados para a escrita de “esquizofrenia” representam, precisamente “mente”, “divisão” e “doença”, conferindo um carácter mais estigmatizante ao termo.<sup>(16)</sup>

Doentes de culturas diferentes, não só dão um diferente significado aos sintomas como também os expressam de uma forma que poderá ser incompreendida pelo médico.<sup>(27)</sup> Por outro lado, a identificação de discurso desorganizado, um dos sintomas da esquizofrenia, pode ser dificultada pela variação no estilo narrativo da cultura. A avaliação do afeto requer sensibilidade para as diferenças nos estilos de expressão emocional, contacto visual, e linguagem corporal<sup>(9)</sup>

### 6.5 O Viés Intercultural do Diagnóstico

Para muitos psiquiatras, a relevância da cultura na altura do diagnóstico está longe de ser fundamental. Grande parte dos psiquiatras ocidentais tende a ver a doença mental como “culturalmente livre”.<sup>(27)</sup> Na particularidade da esquizofrenia, este facto acentua-se, talvez por a doença comportar a reputação, entre as patologias mentais, de uma das mais genético/biologicamente explicáveis, e pelo facto de o indivíduo esquizofrénico ser caracteristicamente bizarro, o que poderá mascarar diferenças culturais.<sup>(16)</sup> Dos vários métodos explicativos possíveis para as doenças mentais, descritos por M. Quartilho em *Saúde Mental*, nomeadamente, o “conceito de doença”, a “dimensão da personalidade”, o “comportamento” e a “história de vida”, a esquizofrenia, ainda que com causas obscuras, poder-se-ia encaixar no primeiro grupo; isto é; assumindo-se a existência de uma anomalia biológica ou de carácter funcional ou estrutural, com uma lógica científica como base do encaminhamento para aquilo que o doente tem.<sup>(7)</sup> J.M. Jara define a esquizofrenia como uma doença com causa e mecanismos patogénicos, evolução natural, sinais e sintomas que permitem um diagnóstico, uma previsão de evolução e tratamento. Afirma que a pessoa com esquizofrenia *tem* uma doença, e não *é* uma doença.<sup>(45)</sup>

Numa publicação de 2004, com os critérios de diagnóstico da esquizofrenia da DSM-IV, relatou-se que, embora conhecida a heterogeneidade cultural e demográfica da doença,

essas diferenças atenuavam-se aquando da aplicação estrita dos critérios de diagnóstico da doença. Estudos da OMS da mesma época relataram também uma incidência similar em cerca de dez países de variadas culturas, como foi acima observado no gráfico 1.<sup>(13)</sup>

#### 6.5.1 O Conceito de Previsibilidade Cultural

Retomando o achado de que as minorias étnicas imigrantes são mais frequentemente diagnosticadas com esquizofrenia, será legítimo colocar-se em causa da validade desse diagnóstico. Alegar-se-á o facto de as questões próprias da cultura de uma minoria serem incompreendidas pelo médico na altura do diagnóstico.<sup>(5)(6)(36)(52)</sup> Ideias aparentemente delirantes para uma cultura (como as relacionadas com feitiçaria) podem ser normais noutras.<sup>(9)</sup>

Segundo o conceito de “previsibilidade cultural”, a esquizofrenia deve ser entendida como uma manifestação de um fenómeno mais amplo, caracterizado por reduzida previsibilidade cultural. A previsibilidade relaciona-se com códigos culturais de comportamento. O uso de códigos culturais, conscientes ou inconscientes, é feito de forma diferente por cada indivíduo dentro de um mesmo grupo social. Essas diferenças no uso de códigos poderão rotular os indivíduos como criativos ou como de comportamento incongruente.

A relação entre a previsibilidade cultural e as redes sociais faz-se através de um mecanismo de *feedback*. Os organismos sociais usam e exigem *feedback* contínuo de interação e comunicação com outros organismos, alterando ou mantendo os seus comportamentos. O que constitui um *feedback* adequado pode variar ao longo da vida e em determinadas situações, possuindo, porém, padrões regulares determináveis. Segundo esta teoria, no indivíduo esquizofrénico, há uma falha na transmissão de um *feedback* adequado, que mantenha os modos comportamentais congruentes com os comportamentos e expectativas

dos seus grupos sociais.<sup>(17)</sup> Malinovski, no seu livro *A Scientific Theory of Culture and Other Essays*, defende que o padrão cultural de vivência significa demandas e determinantes impostos no comportamento humano.<sup>(63)</sup> Retomando o conceito de xamanismo, há quem infira que, a principal diferença entre um xamã e um esquizofrénico está na aceitação cultural do seu comportamento.<sup>(64)</sup>

Metzl pôs em causa o aumento no diagnóstico de esquizofrenia nas décadas de 1960 e 1970 em indivíduos de raça negra residentes nos EUA, pois esse aumento teria ocorrido em simultâneo com a denúncia civil de rituais culturais desses indivíduos por serem considerados agressivos e paranóides.<sup>(5)</sup>

Mais recentemente, diversos autores debruçaram-se sobre a desproporção positiva no diagnóstico de esquizofrenia entre imigrantes marroquinos na Holanda, comparada com a população nativa. Alguns estudos afirmaram existir um viés cultural do médico no reportar de episódios psicóticos, e outros estudos concluíram que os sintomas psicóticos, como as alucinações, não deveriam ser considerados patológicos entre os marroquinos residentes na Holanda, se não mostrassem ter impacte no funcionamento quotidiano do indivíduo. Esses autores acreditam que os eventos relatados como psicóticos pelos psiquiatras holandeses poderiam ser atribuídos a um traço possessivo da personalidade comum na cultura marroquina.<sup>(5)</sup>

Em 1934, o antropologista A.I. Kroeber, considerou os rituais mágico-religiosos das civilizações primitivas, como equivalentes culturais aos sistemas psicopatológicos dos psicóticos das sociedades ocidentais da altura. Uns anos mais tarde, um outro antropologista denominou a “religião primitiva” de “esquizofrenia organizada”. No livro *Patterns of Culture*, de 1934, R. Benedict classificou algumas culturas indígenas em termos de patologias psiquiátricas. Acompanhando a mesma ideia, Devereux, nos anos 50 do século XX, afirmou que cada grupo étnico teria a sua própria neurose ou psicose e, na década seguinte, definiu a

esquizofrenia como sendo a psicose étnica característica das sociedades ocidentais. Na década de 60, investigações italianas em Madagáscar e em África do Sul encontraram formas agudas de psicose entre a população local, diferentes da esquizofrenia.<sup>(32)</sup>

As ideias do esquizofrénico são vistas como inteligíveis e inaceitáveis. Karl Jaspers definia a esquizofrenia pela incompreensibilidade dos seus sintomas.<sup>(65)</sup> Malinovski defendia que apenas um contacto quotidiano dos antropologistas com a população alvo do seu estudo poderia leva, de facto à compreensão da mesma.<sup>(63)</sup>

#### 6.5.1.1 Caso Específico das Alucinações

As alucinações, de facto, constituem o sintoma da esquizofrenia que melhor demonstra uma perda de contacto com a realidade, a qual, por sua vez, define o que chamamos de psicose.<sup>(6)</sup> Culturas diferentes têm diferentes definições daquilo que constitui a realidade, e algumas admitem como normal a existência de fenómenos sobrenaturais. Esta perspectiva influencia aquilo que pode ou não ser considerado como alucinação pelo médico.<sup>(22)</sup>

O principal critério para considerar os fenómenos alucinatórios como não patológicos é o facto de a população os valorizar, de serem entendidos à luz das crenças culturais em questão e de não estarem associados à toma de substâncias psicoativas. Um bom exemplo de fenómenos desse tipo na nossa sociedade é a crença religiosa nas aparições do divino. De facto, nestes casos, o que poderia ser considerado alucinação visual com conteúdo religioso, é apenas parte da experiência religiosa normal da população.<sup>(9)</sup>

Entre um grupo de pessoas da Amazónia, designado Bororo, um iniciante a xamã é identificado assim que ele tiver o sonho de estar a sobrevoar a Terra, como um abutre, tendo a visão de uma nuvem de fumo que indica a emergência de uma doença. De seguida, ele deve ainda ver uma pedra ou um formigueiro a mover-se, e deve ouvir uma voz, quando estiver sozinho na floresta, que lhe pergunte para onde está a ir.<sup>(22)</sup>

#### 6.5.1.2 O Xamanismo

Um Xamã é um líder espiritual e cerimonial de uma cultura indígena praticante de xamanismo. O termo *Shaman* tem origem na tribo *Tungus*, no norte da Ásia. O Xamã, reconhecido por saber e ter influência sobre os espíritos do bem e do mal, experimenta estados alterados de consciência, nos quais está desconetado da realidade, com vista a encontrar e interagir com esses espíritos, conseguindo praticar divinações e curas a outros membros da tribo. Torna-se, assim, um intermediário entre o mundo dos homens e o mundo dos espíritos. O termo xamanismo, inventado por antropologistas, refere-se às práticas culturais dos grupos liderados por um Xamã, e expandiu-se aplicando-se a diversas práticas mágico-religiosas encontradas em diferentes tribos, de outras partes da Ásia, de África, da Austrália e da América.<sup>(64)</sup>

As relações entre o xamanismo e a esquizofrenia são frequentemente alvo de debate académico. Embora repleto de fenomenologia que poderá em muitos pontos sobrepor-se àquela experimentada por um esquizofrénico durante um surto psicótico, certos autores consideram que o estado de alteração da consciência característico dos rituais xamânicos não deve ser confundido com a psicose.<sup>(66)</sup> Outros colocam como hipótese serem ambos uma mesma entidade, como é exemplo Anthony Wilkins. No seu artigo *Shamans equal to Schizophrenics*, esse autor defende que a biomolécula dimetilriptamina é a ligação fisiológica entre o xamanismo e a esquizofrenia, enquanto a cultura é o que os separa em termos de definição. A molécula encontrar-se-ia em concentrações sanguíneas sobrelevadas, tanto nos xamãs, como nos esquizofrénicos. Contudo, as definições sociais atribuiriam poderes sobrenaturais ao xamã e um estado de doença mental ao esquizofrénico.<sup>(67)</sup> O facto de um xamã, com comportamento semelhante a um esquizofrénico ser considerado líder religioso, enfatiza o poder do rótulo social.<sup>(38)</sup>

### 6.5.1.3 A Previsibilidade Cultural pela Lente do Ocidente

Os critérios oficiais e universalmente utilizados para o diagnóstico da esquizofrenia, quer os da DSM-5, da Associação Americana de Psiquiatria, quer os ICD-10 da Classificação Internacional das Doenças, da OMS, foram elaborados pela sociedade moderna ocidental. Poder-se-á concluir que apenas uma visão moderna e ocidental será capaz de diagnosticar uma esquizofrenia, como a definiu. Fabrega defendeu que os sintomas positivos da esquizofrenia para serem diagnosticados como patológicos e indicadores de esquizofrenia, requeriam assunções modernas e ocidentais acerca da ação humana e da realidade social, particularmente a nível individual.<sup>(49)</sup>

Michael Foucault, em *Histoire de la Folie*, pretendeu mostrar como a cultura ocidental foi absorvendo o conceito de “razão” e subordinando o conceito de “loucura”. Demonstrou-nos que a distinção entre o normal e o patológico não se restringe à medicina, mas também, e antes disso, aos padrões impostos pela sociedade. No caso, a evolução da cultura ocidental foi incorporando o conceito de razão, ao qual o conceito de “loucura” se foi subordinando. Quando este foi adotado pela medicina, já a base de exclusão social do louco lhe estaria impregnada. Foucault, nessa obra, assume a razão como contrária à natureza humana, havendo uma má apreensão da loucura como patologia.<sup>(1)</sup>

### 6.5.1.4.A Antipsiquiatria

Neste contexto, é adequado referir-se o movimento de antipsiquiatria que se formou nas décadas de 60 e 70 do século XX, sobretudo com a contribuição de Michel Foucault em França, Ronald David Laing no RU, David Cooper em África do Sul, Thomas Szasz nos EUA e Franco Basaglia em Itália,<sup>(68)</sup> e que ainda hoje perdura. O termo “antipsiquiatria” foi pela primeira vez utilizado por David Cooper, em 1967. A esquizofrenia, conhecida como uma das mais devastadoras doenças mentais e uma das menos bem compreendidas, foi o principal alvo



do movimento anti-psiquiátrico.<sup>(69)</sup> Gameiro descreve a esquizofrenia como o quadro nosológico mais complexo da psiquiatria, e que mais controversa etiológica possui. Assim, constitui o ponto frágil que a antipsiquiatria tomou.<sup>(70)</sup> As ambições científicas da medicina hospitalar, e a sua tentativa de identificar uma doença que correspondesse àquilo que popularmente era conhecido como insanidade, e que no início do século XX começou a ser conhecida como esquizofrenia, iniciaram a tendência para que o conhecimento predominante dos distúrbios mentais fosse médico.<sup>(43)</sup>

O movimento resultou de uma ação recíproca única entre um pequeno grupo de pensadores e um clima político preparado para receber as suas mensagens. A principal mensagem da antipsiquiatria relacionava-se com a necessidade de uma mudança no paradigma da compreensão da doença mental, e, implicativamente o levantar de questões acerca dos sistemas de internamento dos supostos doentes mentais, que se mostravam abusivos e marginalizantes, e pareciam pretender apenas excluir aqueles que erradamente eram vistos como diferentes, impedindo os seus comportamentos naturais através de medicação. O movimento de contracultura, iniciado na década de 1960, identificou-se com a temática da antipsiquiatria, e providenciou uma plataforma na qual eles puderam pronunciar-se com grande influência social.<sup>(66)</sup>

Assim, a psiquiatria foi desafiada, e, nos dias presentes, a antipsiquiatria apresenta-se com grande repercussão na imagem pública da psiquiatria, e permanece uma última influência para aqueles que seguem padrões contra uma das mais controversas especialidades médicas; mas, sobretudo, como um analisador de fronteiras da psiquiatria, trazendo-a para o terreno social.<sup>(67)(70)</sup>

#### 6.5.1.4.1 Principais Impulsionadores da Antipsiquiatria

Michael Foucault, na obra supracitada descreve o contexto social da doença mental, mostrando como interesses económicos e culturais sempre a definiram. Segundo ele, a psiquiatria terá surgido como uma forma de diferenciar as pessoas com desordens mentais do grupo generalizado de indivíduos com problemas sociais. Os pobres, os criminosos e os insanos eram todos isolados da sociedade, como se se tratasse de uma condenação a ficarem incapacitados para competir por um emprego remunerado. No início dos anos 1800, os homens loucos começaram a ser separados dos prisioneiros e dos mendigos, e forçados a ir para hospitais sob a administração de médicos. Nessa altura, segundo Foucault, a loucura foi reinventada como doença, e o tratamento inumano terá começado. Essa inumanidade consistiu em classificações, custódias e coerção pela autoridade psiquiátrica, a qual funcionava como um braço do Estado, livrando-o dos indivíduos procurados pela lei, e tornando-se, posicionada entre a polícia e o tribunal, uma terceira força de repressão.<sup>(1)</sup>

Laing, na sua obra *The Divided Self*, questiona a veracidade do diagnóstico da doença mental, em particular da psicose, explorando o significado do rótulo de “psicótico” dado por um médico, tanto na sua estrita definição quanto na estigmatização que comporta, em comparação com a consideração que ele faz de quem tem perante a sociedade comportamentos de psicótico, e não é considerado como tal.<sup>(71)</sup> Considerava que os delírios paranóides não constituíam sinais de uma doença, mas reações compreensíveis a uma ordem social inescapável e persecutória. Segundo a sua visão, a esquizofrenia era uma luta existencial pela liberdade pessoal, que poderia ser resolvida através da remediação social.<sup>(68)</sup>

Thomas Szasz também explorou o contexto social que rodeia a doença mental. Em 1957 escreveu o seu artigo mais influente: *The Myth of Mental Illness*. Nas três décadas seguintes, esse foi rejeitado por pelo menos seis jornais psiquiátricos, incluindo o *American Journal of Psychiatry*, até que fosse finalmente aceite pelo *American Psychologist*. Uma vez

que não estavam descritas lesões cerebrais subjacentes à esquizofrenia, Szasz defendia que a sua classificação enquanto doença era apenas uma ficção perpetuada por uma psiquiatria organizada que pretendia apenas ter poder.<sup>(68)(72)(73)</sup> Um outro conceito defendido por Szasz era o de que a tendência para o ser humano viver em sociedade influenciaria fortemente a sua natureza. Explorou o conceito da etnicidade em psiquiatria. Referia que qualquer ação humana tem lugar num contexto de valores sociais, tendendo para a coesão de e a pertença a um determinado grupo.<sup>(74)</sup>

David Cooper, também defensor da inexistência da esquizofrenia como doença mental, proponha tratar-se esta de uma reação não adaptativa ao stress, que começava na família e extendia-se à sociedade<sup>(69)</sup>; isto é, como uma situação de crise micro-social que vai alcançando dimensões macro-sociais.<sup>(70)</sup> No seu texto *Villa 21*, critica o funcionamento da unidade do hospital psiquiátrico villa 21, em Londres, nos anos 60 do século XX.<sup>(75)</sup>

Em Itália, Franco Basaglia adotou uma posição anti-institucionalista. Aquando do seu trabalho num asilo em Trieste, criou a lei 180 com base nos conceitos da psiquiatria social anglo-saxónica dos anos 1960's. Considerava que os distúrbios mentais não eram doenças, mas antes uma expressão das necessidades humanas. Com isto, eliminou do país os hospitais psiquiátricos para tratamento de doentes com psicoses crónicas, e criou unidades hospitalares psiquiátricas em cada hospital distrital para internamentos de curta duração, voltando a tónica da abordagem da doença para a comunidade.<sup>(70)</sup> A sua iniciativa acabou por desenvolver um movimento pela Europa e pelo mundo, com o encerramento de centenas de instituições psiquiátricas.<sup>(76)(68)</sup>

Giorgio Antonucci, médico italiano, no seu livro *Il Pregiudizio Psichiatrico*, defende que a psiquiatria é desprovida de conteúdo científico, com uma falta de conhecimento que aniquila a pessoa, em vez de tentar compreender as dificuldades da vida individual e social. Acusa o psiquiatra de formatar a sua cultura ao doente, que fica aniquilado da sua identidade

própria, e deixa de possuir o direito de fazer escolhas livres. Na mesma obra, Antonucci referencia um artigo do jornal *New York Times*, de 1968, que fala do sobrediagnóstico de esquizofrenia nas classes mais baixas da sociedade, em diversos países. O artigo coloca como questão se de facto a esquizofrenia se desenvolve mais nas classes pobres, ou se os pobres, acometidos com a doença são mais facilmente rotulados com esse diagnóstico pelos psiquiatras. A obra critica também o institucionalismo dos internamentos psiquiátricos, referenciando Basaglia e Foucault, e associa-o, na realidade italiana, a uma forma de opressão política, ilustrada com o caso de Sabbatini, um político contra o regime, internado no manicóquio judiciário de *Castiglione delle Stiviere*, diagnosticado, por três psiquiátricas, de doente mental perigoso.<sup>(77)</sup>

Algumas obras literárias abordam também a questão da validade do diagnóstico psiquiátrico. No seu livro, *One Flew Over The Cuckoo's Nest*, adaptado para um musical da Broadway e, mais tarde, ao cinema, Ken Kesey explora a ideia do falso diagnóstico de insanidade na personagem McMurphy, buscando a temática da anti-instituição psiquiátrica, defendida por Foucault e Basaglia. Ao longo da história, a sanidade vai ficando do lado de McMurphy, internado na instituição, e a insanidade do lado desta e dos modos de tratamento psiquiátricos tradicionais. O leitor é encorajado a valorizar como “normais” estados de percepção alternativos, que pela instituição psiquiátrica são admitidos como patológicos. Por exemplo as alucinações do doente Bromden sobre máquinas escondidas podem parecer de facto loucura, mas, na verdade elas revelam o seu medo sobre o poder opressivo que o hospital exerce sobre os doentes. O poder institucional é que decidia a sanidade ou insanidade dos doentes e, deste modo, definia a realidade.<sup>(78)</sup>

Allen, no seu artigo acerca da possível esquizofrenicidade das sociedades tradicionais, defende ser demasiado simplista falar-se de pessoas com e pessoas sem esquizofrenia,

referindo que a avaliação dos riscos de desenvolver a doença, tanto biológicos como ambientais, é complexa e influenciada por diversas variantes.<sup>(38)</sup>

Lawrence Stevens, em *Schizophrenia, a non existense disease*, afirma que a “esquizofrenia é um dos grandes mitos do nosso tempo”. Defende que o conceito é inespecífico e abrange quase tudo o que uma pessoa pode fazer, pensar ou sentir, que seja do desagrado de outras pessoas ou do próprio. Descreve várias definições de esquizofrenia, feitas por profissionais da área, para concluir que não há um consenso em relação ao termo.<sup>(79)</sup>

O Modelo do Mito da Doença Mental, descrito para a esquizofrenia, por Richard Gosden, num artigo de 1999, tem como premissa básica a impossibilidade de existência de doenças mentais pelo facto de a mente ser um conceito abstrato sem uma realidade física. O autor argumenta que a utilização do termo “doença” para caracterizar padrões não usuais de pensamento ou comportamento é metafórica, tal como o é o uso do mesmo termo em expressões como “piada doente” ou “sociedade doente”. Segundo esta teoria, os indicadores de esquizofrenia enquadram-se em experiências psicológicas ou comportamentais normais, que apenas são definidas em termos patológicos quando excedem os limites da tolerância cultural. Por outro lado, acredita que a profissão médica terá criado uma categoria de indivíduos esquizofrénicos, que de outro modo não existiria, manufacturando pessoas para que encaixem nessa categoria. Da análise conjunta dos critérios de diagnóstico da esquizofrenia, Gosden concluiu que não é necessário que uma pessoa tenha um funcionamento mental anormal para ser diagnosticada com a doença.<sup>(74)</sup>

#### 6.5.1.5 A Influência da Cultura do Médico

A importância da consideração dos fatores culturais no diagnóstico da esquizofrenia enfatiza-se quando o médico e o doente não partilham a mesma cultura.<sup>(9)</sup> Não só a cultura do doente tem influência na assunção diagnóstica, como também, e talvez com maior

importância, a cultura do médico.<sup>(22)(6)(80)</sup> A sociedade modula também a interpretação que o médico tem dos sintomas e as suas definições de doença, podendo, deste modo, enviesar o diagnóstico.<sup>(8)(16)(6)</sup> Rowe refere que os psiquiatras têm também as suas próprias crenças, que explicam a forma como eles estruturam a sua comunicação com o doente. Jenner et al em *Esquizofrenia, Uma Doença ou Alguns Modos de Se Ser Humano*, afirmam: “os psiquiatras têm levado demasiado tempo a aprender aquilo que os físicos sabem desde há muitos anos: que o observador é sempre parte da experimentação.”<sup>(65)</sup>

A medicina ocidental, a fim de se reconhecer como ciência independente de valores morais e juízos de valor, e eticamente ao serviço de todo o tipo de doente, poderá correr o risco de descurar a relação social entre médico e doente e entre a experiência do sofrimento e a compreensão das razões desse sofrimento.<sup>(79)(43)</sup>

Apesar do melhor esforço por parte do médico, a sua assunção diagnóstica pode ser influenciada por estereótipos, discriminações, racismo entre outros filtros culturais.<sup>(34)</sup> As classificações das doenças mentais resultam de consensos entre psiquiatras. Assentam na interpretação da experiência do doente, em função da orientação teórica do psiquiatra e do seu estatuto social. Tratar-se-á de uma “simplificação abusiva” que obscurece fatores pessoais, culturais e económicos.<sup>(7)</sup>

A ideia do “campo comportamental”, descrita por Laing, defende que os comportamentos do doente são função dos comportamentos do médico, analisados a partir do seu campo comportamental e que, assim, o doente psiquiátrico padrão é função do psiquiatra padrão e da instituição mental padrão.<sup>(71)</sup> O “comportamentismo”, descrito por Malinovski na já citada obra *A Scientific Theory of Culture and Other Essays*, implica, segundo ele que, lidando com pessoas de uma diferente cultura, é perigoso criar-se uma relação de empatia desde início, uma vez que estamos a admitir que sabemos o que a outra pessoa está a pensar ou a sentir.<sup>(63)</sup>

Lawrence Stevens afirma que o diagnóstico de esquizofrenia é apenas uma forma de reflexão que médico faz acerca dos comportamentos e pensamentos do indivíduo, e da forma como esses deveriam ser, de acordo com o seu ponto de vista, assumindo que esses comportamentos e pensamentos terão por base uma disfunção biológica.<sup>(79)</sup> Na mesma obra supracitada, Laing defende que o médico deva olhar ao comportamento do psicótico segundo o seu próprio ponto de vista, tornando, dessa forma, grande parte desse comportamento compreensível.<sup>(71)</sup>

A exploração da questão do sobrediagnóstico de esquizofrenia em afroamericanos nos EUA tem encontrado como justificação mais válida o viés do médico, em detrimento da outra possível explicação que se prendia com semiologia da doença mais exuberante dos negros em comparação com os brancos, embora se continue a admitir essa diferença semiológica.<sup>(6)</sup>

O estudo português supramencionado, que compara o número de doentes imigrantes negros e nativos brancos no departamento de psiquiatria do hospital Fernando Fonseca, admite que os resultados de aparente sobre-representação da população negra podem dever-se ao gap cultural existente entre esses doentes e os médicos, os quais eram na sua totalidade brancos e portugueses.<sup>(53)</sup>

Em 2004, Barnes conduziu um estudo no estado de Indiana (EUA), com 2404 doentes diagnosticados com esquizofrenia ou perturbações do humor. Comparou os doentes americanos de raça caucasiana com aqueles de origem africana. Verificou que os afro-americanos eram cerca de 5 vezes mais predispostos a receber o diagnóstico de esquizofrenia do que os americanos caucasianos. Propôs como possível explicação para esse achado, além das possíveis diferenças na apresentação dos sintomas da esquizofrenia entre as duas culturas, o viés cultural do médico, e a sua incompreensão dos sintomas de doentes com culturas diferentes da sua.<sup>(81)(27)</sup>

Alguns estudos têm documentado um sobrediagnóstico da esquizofrenia nos EUA em relação ao RU. A explicação seria o facto de os médicos americanos darem maior ênfase aos sintomas positivos da doença comparativamente às alterações de humor, na altura do diagnóstico.<sup>(52)</sup>

#### 6.5.1.5.1.A Experiência de Maurice Temberlin

Uma ideia defendida por Rosehan é a de que, a fim de concordar com os *standarts* clínicos implementados, os psiquiatras e psicólogos identificam sintomas patológicos em indivíduos normais, de modo a encaixar-lhes num diagnóstico pré-fabricado. Maurice Temberlin demonstrou esse fenómeno, numa experiência que envolveu 25 psiquiatras, 25 psicólogos e 45 estudantes de psicologia, pedindo-lhes que diagnosticassem um homem mentalmente saudável. Antes da observação desse homem, os profissionais em estudo foram informados por psiquiatras conceituados do suposto diagnóstico de doença mental do indivíduo. Assim, tinham uma ideia preconcebida da sua doença, antes da observação. O homem era um ator, a quem foi entregue um guião de critérios de “homem mentalmente saudável” que ele teria de cumprir durante a entrevista. Desta experiência averiguou-se que os psiquiatras demonstraram-se particularmente vulneráveis a ser enganados pela sugestão de prestígio (tabela 2).

Sugestão de prestígio de diagnóstico de Psicose			
	Psicose	Neurose	Mentalmente saudável
Psiquiatras (25)	15	10	0
Psicólogos Clínicos (25)	7	15	3
Estudantes de Psicologia (45)	5	35	5

Tabela 2- Resultados da Experiência de Temerlin, Adaptado de Gosden, Richard, *The Myth-Of-Mental-Illness Model : Schizophrenic Symptoms as Manufactured Artefacts*, 1999



Na presença de uma sugestão de prestígio de diagnóstico de psicose, nenhum dos psiquiatras identificou o entrevistado como mentalmente saudável, embora 10 tivessem discordado do diagnóstico, identificando uma neurose, em vez da psicose. No grupo dos psicólogos, 3 não identificaram nenhuma patologia mental, o que também ocorreu com 5 estudantes. Numa tentativa de explicar o porquê de os psiquiatras serem mais facilmente conduzidos erroneamente a diagnosticar como psicótica uma pessoa mentalmente saudável, Termerlin argumentou que estes, sendo médicos, caracteristicamente sob uma incerteza diagnóstica, seguem a regra implícita de “quando em dúvida, diagnosticar doença”, por ser um erro menos perigoso diagnosticar uma doença inexistente do que alegar saúde quando, de facto, uma doença estava presente.<sup>(74)</sup>

#### 6.5.2 O Momento Atual e a Emergência da Globalização

Hoje em dia, o debate não se centra na questão da existência ou não da esquizofrenia, mas antes no traçar das fronteiras de uma correta categorização da doença, que permitam inferir uma relação lógica entre causas, curso da doença e seu prognóstico. Assim, discute-se a existência de uma doença singular ou de um síndrome clínico, com mais de uma doença, responsável por um mesmo conjunto de sintomas.<sup>(6)</sup> A dificuldade do estabelecimento definitivo do conceito de esquizofrenia reside no fato de ser poliético, heterogéneo e que alberga outros subconceitos, às vezes conflituantes entre si. Talvez por essa razão, Hoenig, que traduziu a *Psicopatologia Geral* de Karl Jaspers para o inglês, tenha afirmado que o capítulo final da história do conceito de esquizofrenia ainda não foi escrito e que se espera poder acontecer no próximo século.<sup>(10)(66)</sup>

A aceitação de que a semiologia da esquizofrenia não é globalmente homogénea é quase unânime. Se há validade nos resultados que mostram que as diferenças interculturais da semiologia da esquizofrenia se devem, de facto, ou pelo menos em parte, à cultura, poder-se-á

assumir que o fenómeno da globalização atual suavize essas diferenças, uniformizando aos poucos as características da doença à escala mundial.<sup>(26)(31)(30)</sup>

Desde o final do século XX que a psiquiatria tem estado ao dispor das ideias de sociólogos, antropologistas, historiadores, filósofos e psicólogos. Este facto faz entender a importância de questões éticas, de ideias e valores morais para o diagnóstico e tratamento dos transtornos psiquiátricos.<sup>(23)</sup> Porém, no caso da esquizofrenia, com a ausência de biomarcadores para a esquizofrenia, e para as doenças psiquiátricas no geral, a psiquiatria permanece uma interpretação subjetiva (a do médico) de uma outra interpretação subjetiva (a inicial, do doente) acerca de sintomas.<sup>(80)</sup> J.Fish, psicólogo americano, defende que enquanto não houver critérios de diagnóstico neurobiológicos para a esquizofrenia, nada se poderá fazer para acrescentar à argumentação da sua existência. Jenner et al, na obra supracitada, descrevem a psiquiatria como resultado de uma luta política prolongada entre as instituições e os corpos de profissionais, cujas fronteiras foram definidas como as fronteiras de qualquer país, podendo, assim, ser alteradas a qualquer momento.<sup>(65)</sup>

#### 6.5.2.1 A Globalização e a Consequente Atenuação das Diferenças Interculturais

A globalização poderá contribuir para uma uniformização dos critérios de diagnóstico da esquizofrenia. Uma vez que na definição de globalização estão implícitos os conceitos de “ocidentalização” e de “urbanidade”<sup>(31)</sup>, poder-se-ia começar a desenvolver a tendência, por parte do médico da nossa sociedade, para o descurar das marcas de outras culturas no momento do diagnóstico da doença mental. Ainda assim, é importante referir que a globalização consiste num processo antropológico a longo prazo, ao longo do caminho assistindo-se a fenómenos de interculturalidades, aquisição de novas crenças e perda de outras, tornando ainda de maior realce a inclusão da cultura do doente no diagnóstico. Uma estratégia de abordagem da esquizofrenia nesse cenário de fluxo cultural poderá passar por

um enfoque na diversidade de experiências culturais vividas por cada indivíduo em particular, mais do que salientar a sua raça ou etnia.<sup>(82)</sup>

O estudo de Barrio supracitado, de 2001 ilustra bem a necessidade de uma observação longitudinal dos influentes culturais no curso da esquizofrenia, mostrando o dinamismo de ambas as medidas sociocêntricas utilizadas (gráficos 2, 3 e 4).<sup>(48)</sup>

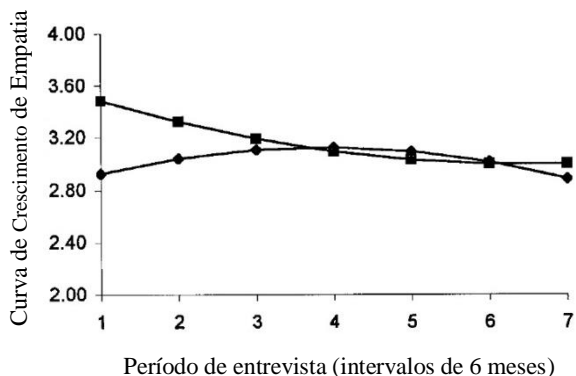


Gráfico 2, Curva de crescimento de Empatia em função do tempo de entrevista e bi-etnia. Diamantes: grupo não minoritário. Quadrados: Grupos minoritários, adaptado de Barrio, *C Culture and schizophrenia: a cross-ethnic growth curve analysis, The Journal of nervous and mental disease*, 189:676 – 684,2001

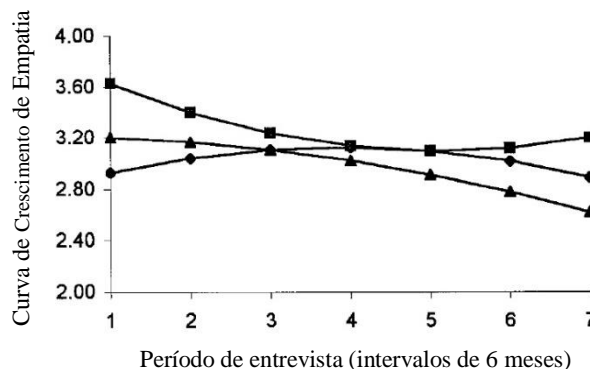


Gráfico 3, Curva de crescimento de Empatia em função do tempo de entrevista e da etnia. Diamantes: grupo não minoritário. Quadrados: grupo afro-americano; triângulos: grupo latino-americano, adaptado de Barrio, *C Culture and schizophrenia: a cross-ethnic growth curve analysis, The Journal of nervous and mental disease*, 189:676 – 684,2001

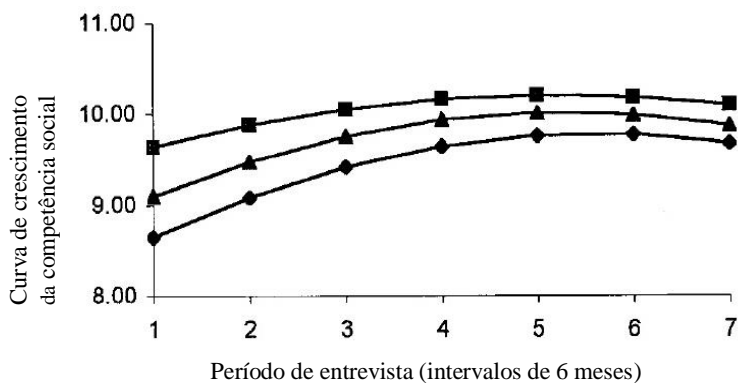


Gráfico 4, Curva de crescimento da Competência Social em função do tempo de entrevista e da etnia. Diamantes: grupo não minoritário. Quadrados: grupo afro-americano; triângulos: grupo latino-americano, adaptado de Barrio, *C Culture and schizophrenia: a cross-ethnic growth curve analysis, The Journal of nervous and mental disease* 189:676 –684,2001

Além disso, pelo facto de estudar variáveis sociocêntricas num contexto de baixa densidade étnica, abraça o conceito de globalização, no modo como elas se modificam na presença de uma cultura diferente da originária do

indivíduo. A curva “empatia” mostrou-se relacionada com a etnicidade dos grupos, uma vez que o seu desenho foi inverso no grupo não minoritário, relativamente ao minoritário, (gráfico 2) enquanto a curva “competência social” não, mostrando o mesmo desenho nos 3 grupos (gráfico 4). O grupo das não minorias quase não apresentou grande variação nos níveis de empatia (gráfico 3).<sup>(47)</sup>

#### 6.6 Estratégias de Otimização Transcultural do Diagnóstico

A integração dos aspetos culturais no algoritmo diagnóstico da esquizofrenia implica a uniformização o conceito de “cultura” entre a comunidade psiquiátrica. Malinovski afirmava a necessidade de os antropologistas compreenderem o significado da cultura enquanto contexto amplo do comportamento humano, e enquanto processo e produto, de modo a legitimarem o seu conhecimento como científico.<sup>(63)</sup> Atualmente, os antropologistas usam o termo cultura para descrever padrões de significado partilhados que são aprendidos no seio de determinada sociedade. Inclui conhecimento, crenças, arte, leis, moralidades, costumes, e qualquer outra capacidade ou hábito adquirido por um ser humano enquanto membro de uma sociedade.<sup>(22)</sup>

Os padrões culturais, segundo Malinovski, acrescentam às necessidades básicas, inerentes a qualquer grupo humano, imposições comportamentais que são transmitidas entre gerações. A cultura, nessa perspetiva, funciona como forma de organização do ser humano em grupos permanentes. Trata-se do conceito de “instituição cultural”. Avaliar a cultura segundo as suas instituições (família, religião, política, entre outras) poderá possibilitar uma análise por tópicos concretos e transcendental a todas as culturas existentes no mundo.<sup>(63)</sup>

Mesmo que não se utilize o conceito de “instituição cultural”, a tentativa de objetivação da cultura poderá fazer-se com o seu desmembramento em domínios culturais, como os de interação familiar, género, religião, raça, entre outros. Cada domínio cultural deverá ser avaliado idealmente de forma isolada, numa determinada amostra populacional,

procedendo-se à uniformização, sempre que possível, dos outros domínios, de modo a concluir-se acerca da influência efetiva de cada um deles na patologia.<sup>(3)</sup>

Antropologicamente, e como visto no tópico da globalização, confere-se ainda importância ao facto de, ao longo do tempo, diferentes grupos de seres humanos desenvolvem diferentes hábitos e diferentes interpretações da realidade. O tempo aparece-se assim como fator de mudanças culturais.<sup>(21)(63)</sup> Pio Abreu, psiquiatra português, no seu livro *O Bailado da Alma*, refere esta questão da importância do tempo para a compreensão da alma (versão científica da mente).<sup>(83)</sup>

Deste modo, a pesquisa etnográfica implica um trabalho de campo moroso, feito por antropologistas em conjunto com psiquiatras, junto dos doentes e das suas famílias, analisando a sua vivência com a doença num determinado contexto social.<sup>(5)</sup>

Finalmente é importante entender-se que a diversidade cultural existe mesmo dentro de um mesmo grupo étnico, e, por vezes, essas são mais relevantes que diferenças culturais entre diferentes grupos.<sup>(82)</sup>

Uma vez esclarecido o conceito de cultura e a melhor estratégia para a sua análise, poderão existir pelo menos duas possibilidades de abordagem, tendo em vista a otimização do diagnóstico da esquizofrenia. Uma delas, denominada de “divergente” pretenderia encontrar as particularizações culturais de cada doente. A outra, “convergente” teria como objetivo descobrir uma base comum a todas as culturas, que permita a identificação da patologia.

O modelo patoplástico, enfatizado por R. Linton, parece ser uma forma de integração das duas vias. Promove a incorporação dos fatores socio-culturais no diagnóstico da doença mental, propondo que os sintomas da esquizofrenia são invariáveis na sua forma, sendo, porém, no seu conteúdo, modelados pela cultura do doente<sup>(3)(84)(26)(43)(30)</sup>, mas não descurando um substrato biológico, comum a qualquer indivíduo, independentemente da sociedade que habita ou da sua origem cultural.<sup>(32)(85)(43)(30)</sup> Essa distinção entre fatores patogénicos

(substrato biológico comum) e patoplásticos (culturalmente variáveis) tem origem no século XIX na Alemanha, com a diferenciação entre os conceitos forma e conteúdo, aplicada a diversas áreas das artes e humanidades. Na psiquiatria a relação forma/conteúdo, equivaleria à relação biologia/cultura numa determinada doença. Contudo, a separação entre os dois termos dificulta-se, devido à inexistência de alterações biológicas concretas no diagnóstico da esquizofrenia.<sup>(43)</sup>

O Modelo Evolutivo de Warner (Quadro 4) parece ser uma boa esquematização do modelo patoplástico, e um bom auxiliar, embora simplista, para a integração antropológica do diagnóstico da esquizofrenia. Este modelo estrutura a patologia em 4 níveis, com altura de vida do indivíduo em que ocorrem e com os fatores influentes em cada um deles, bem como a sua consequência final. Segundo Warner, o primeiro nível da doença ocorre por ocasião pré e peri natal, durante a qual a predisposição genética, os fatores intra-uterinos, traumatismos no parto, e a ligação parental ditam a predisposição para a doença. Num segundo nível, durante o desenvolvimento da criança, desencadeia-se a vulnerabilidade à esquizofrenia. Nesta etapa, intervêm fatores como: traumatismo craniano, infeções, aprendizagem e padrões de comunicação familiar. O terceiro nível constitui os precipitantes da psicose, fazendo deles parte o uso de drogas e acontecimentos de vida ou ambiente stressantes. Este nível culmina com o primeiro episódio de esquizofrenia. O quarto e último nível (peri e pós psicótico) pode ser influenciado, mais uma vez pelo consumo de drogas, pelo ambiente familiar e social, incluindo stress, estigma e isolamento e ainda pelos padrões dos cuidados institucionais. Nota-se neste modelo o impacto mais forte dos fatores biológicos nos níveis iniciais, ao passo que os fatores sociais se vão revelando nos níveis posteriores, modelando os primeiros.

<p>Nível 1 Pré Natal e Peri Natal</p> <p>Predisposição para a esquizofrenia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Predisposição genética</li> <li>• Factores Intra Uterinos</li> <li>• Traumatismos no parto</li> </ul>
<p>Nível 2 Peri Desenvolvimento</p> <p>Vulnerabilidade à esquizofrenia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traumatismo craniano</li> <li>• Infeções</li> <li>• Aprendizagem</li> <li>• Padrões de Comunicação Familiar</li> </ul>
<p>Nível 3 Precipitantes da Psicose</p> <p>Episódio de esquizofrenia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de drogas</li> <li>• Acontecimentos de vida stressantes</li> <li>• Ambiente stressante</li> </ul>
<p>Nível 4 Período psicótico e pós psicótico</p> <p>Evolução e Prognóstico</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de drogas</li> <li>• Família stressante</li> <li>• Estigma social</li> <li>• Isolamento social</li> <li>• Padrões de cuidados institucionais</li> </ul>

Quadro 4 – Adpatação do Modelo Evolutivo de Warner, adaptado de J. Gameiro, *Voando sobre a Psiquiatria - Análise epistemológica da psiquiatria contemporânea*, 1992

Uma última forma de criar critérios de diagnósticos transculturais, na impossibilidade da concretização das estratégias anteriores, uma numa base de coadjuvância, poderá passar apenas pela investigação no campo biológico/neurológico/genético. Neste, caso, por exemplo, a mudança do objeto de estudo poderá ser uma contribuição. Assim, a análise de sociedades estáveis, em vez de se analisar grupos sociais problemáticos, poderá fazer emergir os fenómenos etiológicos intra-pessoais biológicos da doença.<sup>(43)</sup>

A inclusão destas alterações biológicas na lista de critérios de diagnóstico poderia contribuir para a neutralização cultural da interpretação dos sintomas. Porém, a investigação em torno da esquizofrenia tem provado ser difícil encontrar um denominador comum a todos os doentes esquizofrénicos, dada a grande diversidade da apresentação clínica da doença.<sup>(74)</sup>

## **7 Discussão**

Os modelos etiológicos da esquizofrenia consideram a influência dos fatores culturais, ainda que de modo pouco explícito. A grande maioria dos estudos referidos aponta para a heterogeneidade cultural da esquizofrenia. Muitos deles abordam essa variação a nível semiológico, epidemiológico, prognóstico e do próprio significado dado à patologia. Contudo, parece um pouco descurada a importante e prática implicação que essas variações têm no diagnóstico da doença. Raros estudos estudaram as diferenças semiológicas interculturais a nível dos sintomas negativos. As alucinações e delírios foram os sintomas mais analisados.

Um dos fatores de diferenciação mais analisado na diferenciação cultural da esquizofrenia foi o da relação países desenvolvidos/países em desenvolvimento ou o de sociedades tradicionais/sociedades não tradicionais. A ideia geral retirada foi a de que as sociedades não tradicionais ou os países desenvolvidos são fator de risco social ao aparecimento da doença.

O fenómeno da migração mostrou-se um dos fatores específicos mais explorados, atuando como fator de risco social no aparecimento de esquizofrenia e no seu prognóstico. Quatro conceitos explicativos associados foram apresentados: o da densidade étnica, o da quebra das redes sociais, o do stress aculturativo e o da derrota social. Embora expostos em tópicos separados, é importante não descurar a sua inter-relação. Nomeadamente no facto de uma forte densidade étnica no país de acolhimento, segundo os resultados apresentados,



diretamente positiva na prevenção do desenvolvimento da esquizofrenia, poder atenuar o stress aculturativo, acrescentando-lhe um carácter preventivo indireto.

Importa salientar que apesar do carácter social dos tópicos abordados, alguns estudos, não descuram a genética patológica enquanto terreno onde se semeiam os fatores culturais. Os mais evidentes neste aspeto são os estudos de Allen, no prognóstico da doença na esquizofrenicidade das sociedades tradicionais, nas quais a competência social exige-se numa base de vulnerabilidade genética não adaptativa.

A relação países desenvolvidos/países em desenvolvimento, embora com algumas diferenças assinalativas, demonstrou-se se demasiado simplista, sobretudo a nível do prognóstico da doença. Esta evidência poder-nos-ia conduzir à inferência de que a cultura enquanto fator de risco ou fator protetor para a esquizofrenia, atuará mormente no aparecimento da patologia. Uma vez instalada a doença, não existem tantas evidências de grande variação países desenvolvidos/países em desenvolvimento no seu curso. Por outro lado, no tópico da visão cultural, parece estar demonstrado impacte no prognóstico.

Um outro ponto de ressalve é o de que o processo de abordagem cultural aqui exposto pode ser dividido em homogéneo e heterogéneo ou em intrínseco e extrínseco. Os primeiros (homogéneo ou intrínseco) referem-se às diferenças encontradas quando se comparam culturas diferentes, cada uma analisada em si própria. Isto é, a avaliação do indivíduo no seu meio cultural de origem, como é o caso das diferenças entre culturas tradicionais/culturas modernas e do tópico da visão social da doença em diferentes culturas. Os segundos (heterogéneo ou extrínseco) dizem respeito à fusão cultural e à avaliação do indivíduo num contexto cultural diferente do seu de origem. Estes evidenciam-se no tópico da migração, da previsibilidade cultural ou de globalização.

Por outro lado, analisou-se neste texto a própria assunção diagnóstica da esquizofrenia por parte de médicos em relação a doentes com cultura diferente da sua, colocando-se em

causa a veracidade desse diagnóstico. Aqui surge o aspecto que completa a dicotomia da abordagem cultural do diagnóstico da esquizofrenia: por um lado há a verdadeira variabilidade cultural da doença; por outro lado, há apenas variedade cultural que é invalidamente categorizada de patológica por aqueles que não a compreendem. As questões relacionadas com antipsiquiatria evidenciam a complexidade, porém imprescindível, da incorporação da cultura no diagnóstico da esquizofrenia.

A ocidentalização, o modernismo e, gradativamente, a globalização, são conceitos que emergem das ideias anteriores, tornando-se a bolha social que envolve a esquizofrenia. São os principais impulsionadores sociais do aparecimento da doença ou, no campo da antipsiquiatria, são os principais impositores dos padrões de sanidade mental aceites atualmente, e conseqüentemente, responsáveis por enviesar o diagnóstico.

Hoje em dia, é tomada como certa a validade da psiquiatria enquanto especialidade médica e, conseqüentemente a existência da esquizofrenia enquanto doença psiquiátrica. A antipsiquiatria existirá como chamada de atenção para o encarar da doença mental, particularmente da esquizofrenia, com uma grande particularização cultural, necessitando o médico de estar desperto às questões antropológicas que a envolvem. Embora não referido nos estudos encontrados acerca de antipsiquiatria, é importante salientar que o desenvolvimento de farmacologia eficaz ao combate dos sintomas suporta a validade da existência da esquizofrenia enquanto patologia mental, e terá contribuído para a melhor incorporação do doente na sociedade.

As estratégias de incorporação cultural no diagnóstico da esquizofrenia passam, em primeiro lugar, pelo despertar para a sua importância entre os psiquiatras. Em segundo lugar, por uma uniformização e objetivação conceito cultura. Em terceiro lugar pelo trabalho de campo conjunto e continuado entre antropologistas, psiquiatras, sociólogos. Todos esses processos conduzirão à aceitação e adoção do modelo patoplástico. Uma outra estratégia,

complementar das anteriores, passa pelo aprofundamento da investigação dos substratos biológicos/genéticos na etiologia da esquizofrenia, que poderão contribuir também para a uniformização transcultural. Contudo, essa investigação deverá expandir-se a nível global e não cingir-se ao que hoje em dia se verifica com a grande parte das amostras dos estudos em esquizofrenia a envolver amostras populacionais homogéneas, nomeadamente de doentes pertencentes a países desenvolvidos, com um contexto socio-político-económico semelhante, tendo sido já utilizada a designação WEIRD (*Western, Educated, Industrialized, Rich, Democratic societies*) para descrever essas populações. Acrescenta-se o facto de os autores das pesquisas partilharem também desse mesmo contexto.<sup>(22)</sup> Este fenómeno limita o conhecimento científico tanto a nível biológico, como acerca da influência da cultura na doença. Dever-se-ia possibilitar a abrangência de mais países tanto a nível de pesquisadores como de objetos de estudos de modo a, de facto, incorporar a cultura na doença de modo mais fidedigno possível. Aqui importa salvaguardar também os estudos de Barrio. Embora a autora tenha a pretensão de elaborar a análise comparativa entre sociedades sociocêntricas/individualistas numa perspetiva longitudinal, descarta o facto de estar a observar os grupos supostamente sociocêntricos, num contexto cultural diferente do seu originário. Uma abordagem menos enviesada das características sociocêntricas na doença passaria por analisar cada grupo étnico inserido na sua cultura de origem.

## 8 Conclusão

A presunção ideal seria a de se conseguir uma avaliação clínica não culturalmente enviesada e universal das doenças psiquiátricas. Como no analogismo de Kraepelin entre a doença mental e uma matrioska, os determinantes biológicos que especificam uma determinada doença mental estariam rodeados por uma série de invólucros culturais de confundimento, os quais teriam de ser retirados na altura do diagnóstico, de modo a que a

doença real se revelasse.<sup>(43)</sup> Todavia, essa meta é hoje em dia, ainda irrealista.<sup>(16)</sup> A esquizofrenia, caracterizada como patologia heterogénea, é abordada também de forma heterogénea (bioquímica, psicogénese, neuropsicologia, sociogénese, dinâmica familiar, entre outros). Segundo Gameiro, ainda não se atingiu uma epistemologia que permita integrar as diversas vias de investigação que atravessam a psiquiatria e que dentro dela se opõem em simetrias estéreis. Permanece a separação concetual das diversas vias de investigação sobre a psicose sem uma linguagem que as una e que permita constituir um sistema. Como afirma M. Quartilho: Talvez nenhuma forma de conhecimento, afinal, seja capaz de reproduzir o mundo tal como ele é.<sup>(7)</sup>

Na elaboração da DSM-5 parece ter havido um esforço para se realçar os aspetos culturais nos critérios de diagnóstico da esquizofrenia. Contudo, permanecendo os critérios como produto da interpretação do médico de um conjunto de sintomas, que são, por sua vez, interpretação do doente, a subjetividade contínua inerente.

Este trabalho conseguiu resumir e criticar a evolução da incorporação da cultura no diagnóstico da esquizofrenia, e salientar a importância da sua abordagem atual, despertando para a necessidade de mais estudos que mostrem a disparidade diagnóstica em diferentes culturas, numa tentativa de se perceber quais são essas diferenças, a que se devem, e de que modo se poderá desenvolver estratégias de otimização diagnóstica transcultural.

A esquizofrenia foi tomada como exemplo, por questões de aplicabilidade da análise cultural, pela riqueza de abordagem que proporciona, por ser uma das patologias mentais que mais discussão suscita no campo antropológico e, ainda, pela utilidade clínica do seu estudo, sendo uma doença com prognóstico reservado e com implicações no doente, na família e na sociedade que o rodeia. Porém, esta particularização de uma patologia pretende também ser uma epígrafe para a importância da investigação da cultura na psiquiatria em geral.

## 9 Lista de Siglas e Acrónimos

DMS	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
DOSMD	<i>Determinants of Outcomes of Severe Mental Disorder</i>
EUA	Estados Unidos da América
ICD	<i>International Classification of Diseases</i>
IPSS	<i>International Study on Psychotic Symptoms</i>
NCBI	<i>National Center for Biotechnology Information</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PET	<i>Positron Emission Tomography</i>
RU	Reino Unido
SPO	Sintomas de Primeira Ordem
WEIRD	Western, Educated, Industrialized, Rich, Democratic societies

## 10 Referências Bibliográficas

1. Foucault M. História da Loucura. Perspectiva E, editor. 1972.
2. Stompe T WR. Cultural Psychiatry: Perspectives for the next decade. WCPRR. :44–6.
3. Jenkins JH BR. Schizophrenia, Culture, and Subjectivity- The Edge of Experience. Cambridge University Press, editor. 2007.
4. Mateus MD, Quirino J, Mari JDJ. Popular conceptions of schizophrenia in Cape Verde , Africa Concepções populares da esquizofrenia em Cabo Verde , África. 2005;27(May 2004):101–7.
5. Myers N. Update: Schizophrenia Across Cultures. Curr Psychiatry Rep. 2011;(DOI 10.1007/s11920-011-0208).
6. Luhmann TM. Social defeat and the culture of chronicity: or, why schizophrenia does so well over there and so badly here. Cult Med Psychiatry [Internet]. 2007 Jun [cited 2014Dec26];31(2):135–72
7. Quartilho M. Saúde Mental, O Estado da Arte 10. Coimbra I da U de, editor. 2010.
8. Olafsdottir S PB. Constructing illness: How the public in eight Western nations respond to a clinical description of “schizophrenia. Soc Sci Med. 2011;73 (2011):928–38.
9. America Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5. 2013.
10. Elkis H. A evolução do conceito de esquizofrenia neste século. 2000;22(Supl I):23–6.

11. Fischer, B.A. BRW. Schizophrenia: Epidemiology and pathogenesis [Internet]. [cited 2015 Jan 17].
12. Messias E, Chen C, Eaton W. Epidemiology of Schizophrenia: Review of Finding and Myths. *Natl Institutes Heal*. 2007;30(3):323–38.
13. Mueser KT, McGurk SR. Schizophrenia. *Lancet* [Internet]. 2004 Jun 19;363(9426):2063–72.
14. Li D, Law S, Andermann L. Association between degrees of social defeat and themes of delusion in patients with schizophrenia from immigrant and ethnic minority backgrounds. *Transcult Psychiatry* [Internet]. 2012 Nov [cited 2014 Dec 28];49(5):735–49.
15. Mederos LEA, Biológicas C, Auxiliar P, Auxiliar I. Esquizofrenia : genética , ambiente social y complejidad Schizophrenia : Genetics , Social Environment and Complexity. :186–8.
16. Banerjee A. Cross Cultural Variance of Schizophrenia in Symptoms, Diagnosis and Treatment. *Georg Undergrad J Heal Sci*. 2012;6 (2).
17. Hammer M, Makiesky-Barrow S, Gutwirth L. Social Networks and Schizophrenia\*. *Schizophr Bull* [Internet]. 1978 Jan 1;4(4):522–45.
18. Mura G. Schizophrenia: from Epidemiology to Rehabilitation. *Clin Pract Epidemiol Ment Heal*. 2012;8:52–66.
19. Stilo SA, Murray RM. The epidemiology of schizophrenia: replacing dogma with knowledge. 2010;305–15.

20. Van Os J, Kapur S. Schizophrenia. *Lancet* [Internet]. 2009 Aug 22 [cited 2014 Jul 12];374(9690):635–45.
21. Torrey E. Studies of individuals with schizophrenia never treated with antipsychotic medications: a review. *Schizophr Res* [Internet]. 2002 Dec 1;58(2-3):101–15.
22. Larøi F, Luhrmann TM, Bell V, Christian W a, Deshpande S, Fernyhough C, et al. Culture and hallucinations: overview and future directions. *Schizophr Bull* [Internet]. 2014 Jul [cited 2014 Dec 15];40 Suppl 4(4):S213–20.
23. Fabrega HJ. Culture and history in psychiatric diagnosis and practice. *Psychiatr Clin North Am. United States*; 2001 Sep;24(3):391–405.
24. Kulhara P, Chakrabarti S. Culture and schizophrenia and other psychotic disorders. *Psychiatr Clin North Am. United States*; 2001 Sep;24(3):449–64.
25. Brekke JS BC. Cross-Ethnic Symptom Differences in Schizophrenia: The Influence of Culture and Minority Status. *Schizophr Bull*. 1997;23(2).
26. Stompe T, Karakula H, Rudalevi P, Chaudhry HR, Idemudia EE, Gscheider S. The pathoplastic effect of culture on psychotic symptoms in schizophrenia. 2006;
27. Judy M. Versola-Russo P. Cultural and Demographic Factors of Schizophrenia. *The International Journal of Psychosocial Rehabilitation*; 2006.
28. Kim K. Delusions an hallucinations in East Asians with Schizophrenia. *WCPRR*. 2006;37-42.



29. Bauer SM, Schanda H, Karakula H, Olajosy-Hilkesberger L, Rudaleviciene P, Okribelashvili N, et al. Culture and the prevalence of hallucinations in schizophrenia. *Compr Psychiatry*. United States; 2011;52(3):319–25.
30. Viswanath B.;Chaturvedi,S.K. Cultural Aspects of Major Mental Disorders.; Department of Psychiatry, National Institute of Mental Health and Neurosciences (NIMHANS), India
31. M N. Globalization and the Meaning of Psychiatry. *WCPRR*. :3–11.
32. Jilek W. The early history of cultural psychiatry (1820-1980). *WCPRR*. :3–15 – 98766.
33. Engstrom EJ. Cultural and social history of psychiatry. *Curr Opin Psychiatry*. Institute for the History of Medicine, Humboldt University, Berlin, Germany. 2008;21:585–92.
34. Mattila T, Koeter M, Wohlfarth T, Storosum J, van den Brink W, de Haan L, et al. Impact of DSM-5 Changes on the Diagnosis and Acute Treatment of Schizophrenia. *Schizophr Bull* [Internet]. 2014;1–7.
35. Cooper B. Immigration and schizophrenia : the social causation hypothesis revisited \*. 2001;
36. Marcolin MA. The prognosis of schizophrenia across cultures. *Ethn Dis*. UNITED STATES; 1991;1(1):99–104.
37. Erick Messias, Chuan-Yu Chen WWE. Epidemiology of Schizophrenia : Review of Findings and Myths. 2009;30(3):323–38.
38. Allen JS. At Issue : Are Traditional Societies Schizophrenogenic ? 1992;357–64.

39. Kurihara T. [Outcome of schizophrenia in Asia: from the viewpoint of comparison between developed and developing countries]. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. Japan; 2014;116(1):3–14.
40. Padma T V. Developing countries: The outcomes paradox. *Nature* [Internet]. Nature Publishing Group, a division of Macmillan Publishers Limited. All Rights Reserved.; 2014 Apr 3;508(7494):S14–5.
41. Edgerton RB, Cohen A. Culture and schizophrenia: the DOSMD challenge. *Br J Psychiatry*. ENGLAND; 1994 Feb;164(2):222–31.
42. Jenkins J. Ethnopsychiatric Interpretations of Schizophrenic illness: The Problem of Nervios Within Mexican-American Families. *Cult Med Psychiatry*. 1998;301–29.
43. Littlewood R. Psychiatry's Culture. *Int J Soc Psychiatry*. 1996;vol.42(no.4):245–68.
44. Krabbendam L, van Os J. Schizophrenia and urbanicity: a major environmental influence--conditional on genetic risk. *Schizophr Bull* [Internet]. 2005 Oct [cited 2014 Dec 26];31(4):795–9.
45. Jara JM. Causas da Psiquiatria, *Questões de Saúde Mental*. 2006.
46. Stompe T, Bauer S, Karakula H, Rudaleviciene P, Okribekasvili N, Chaudhry EE et al. Paranoid-hallucinatory Syndromes in Schizophrenia – Results of the Internacional Study on Psychotic Symptoms. *WCPRR*. :63–8.
47. Scheff T. A social/emotional theory of “mental illness.” *Int J Soc Psychiatry*. 2012;
48. Barrio C. Culture and schizophrenia: a cross-ethnic growth curve analysis. *J Nerv Ment Dis*. 2001;189(10):676–84.

49. Littlewood R, Dein S. Did Christianity lead to schizophrenia? *Psychosis, psychology and self reference. Transcult Psychiatry* [Internet]. 2013 Jun [cited 2014 Dec 28];50(3):397–420.
50. J.S.Brekke e C.Barrio. Cross-Ethnic Symptom Differences in Schizophrenia:The Influence of Culture and Minority Status,. *Schizophr Bull.* 1997;Vol 23,(no2).
51. Cabrera SAS, Cruzado L. Migración como factor de riesgo para la. 2014;77(2).
52. Escobar JI. Diagnostic Bias: Racial and Cultural Issues. *Psychiatr Serv.* 2012;63(9):847.
53. Alexandre J, Ribeiro R, Cardoso G. Ethnic and clinical characteristics of a Portuguese psychiatric inpatient population. *Transcult Psychiatry* [Internet]. 2010 Apr [cited 2014 Dec 28];47(2):314–21.
54. Bhugra D, Leff J, Mallett R, Morgan C, Zhao J-H. The culture and identity schedule a measure of cultural affiliation: acculturation, marginalization and schizophrenia. *Int J Soc Psychiatry.* England; 2010 Sep;56(5):540–56.
55. Ampadu E. The impact of immigration on the development of adolescent schizophrenia. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* United States; 2011 Aug;24(3):161–7.
56. Burns J. Dispelling a myth : developing world poverty , inequality , violence and social fragmentation are not good for outcome in. 2009;200–5.
57. Napo F, Heinz A, Auckenthaler A. Explanatory models and concepts of West African Malian patients with psychotic symptoms. *Eur Psychiatry.* France; 2012 Jun;27 Suppl 2:S44–9.

58. Weisman AG. Understanding cross-cultural prognostic variability for schizophrenia. *Cult Divers Ment Health*. UNITED STATES; 1997;3(1):23–35.
59. Albuquerque A de. *A Discriminação do Doente Psiquiátrico no Ocidente*, 2013.
60. M N. Subjective Meaning of Taking Antipsychotic Medication for Patients with Schizophrenia in Japan. *WCPRR*. 2008;191–7.
61. Jenkins J. . Conceptions of Schizophrenia as a Problem of Nerves: a Cross-Cultural Comparison of Mexican-Americans and Anglo-Americans. *Soc Sci Med*. 1998;Vol 26, No:1233–43.
62. Rawls J, Malinowski B, Redfield R. Magic, Science, and Religion and Other Essays. *Philos Rev [Internet]*. 1948;57:628.
63. Bronislaw M. *A Scientific Theory of Culture and Other Essays*. 1961.
64. Silverman J. Shamans and Acute Schizophrenia. *Am Anthropol [Internet]*. 1967;69:21–31.
65. F.A. Jenner, J.A. Zagalo-Cardoso, J.A. Cunha-Oliveira MDM. *Esquizofrenia, uma doença ou alguns modos de se ser humano*. Caminho, editor. Lisboa; 1992.
66. Kelemen O, Keri S. Reconceive shamanism related theory of schizophrenia. *Psychiatr Hung*. Hungary; 2014;29(1):4–13.
67. Wilkins A. *Shamans Equal Schizophrenics*. Texas A&M Univ. 2012;
68. Foucault M, Britain G, Szasz T, States U, Basaglia F, Forum TO, et al. Evolution of the Antipsychiatry Movement Into Mental Health Consumerism. 2006;57(6):6–9.

69. Ralley O. The Rise Of Anti-Psychiatry: A Historical Review; University of Manchester, 2012
70. Gameiro J. Voando sobre a Psiquiatria - Análise epistemológica da psiquiatria contemporânea. 1992.
71. Laing RD. The Diveded Self. 1960.
72. Mcdonald H. SchizoDhrenia : The Sicred Symbol of Psychiatry by Thomas Szasz R . D . Laing : The Philosophy and Politics of Psychotherapy by Andrew Collier The Relevance of Liberalism edited by Zbigniew Brzezinski.
73. Szasz, T., The Myth of Mental. 1960;(2):113–8.
74. Gosden R. 8 . The Myth-Of-Mental-Illness Model: Schizophrenic Symptoms as Manufactured Artefacts. 1999;11:259–83.
75. Cooper, D. Villa 21, an experiment in anti-psychiatry; 1975
76. Altamura a C, Goodwin GM. How Law 180 in Italy has reshaped psychiatry after 30 years: past attitudes, current trends and unmet needs. Br J Psychiatry [Internet]. 2010 Oct [cited 2014 Dec 17];197(4):261–2.
77. Antonucci G. Il Pregiudizio Psichiatrico,1989.
78. Kesey K. one flew over the cuckoo ' s nest, 1975.
79. Stevens L. Schizophrenia a nonexistent disease,1992.

80. Aggarwal NK, Zhang XY, Stefanovics,E. et al, Evaluations for Psychiatric Instruments and Cultural Differences: The PANSS in China and United States. *J Nerv Ment Dis.* 2012;29(9):997–1003.
81. Banerjee A. Cross-Cultural Variance of Schizophrenia in Symptoms , Diagnosis and Treatment. 2012;6(2):18–24.
82. DelVecchio Good M-J, Hannah SD. “Shattering culture”: perspectives on cultural competence and evidence-based practice in mental health services. *Transcult Psychiatry* [Internet]. 2014 Dec 5 [cited 2014 Dec 28];0(0):1–24.
83. Abreu JLP. *O Bailado da Alma*, 2014.
84. Wolfgang G. JILEK, M.D.,M.Sc.,M.A.,Dipl.Psych.,FRCP , Cultural Factors In Psychiatric Disorders, Past Chairman, Transcultural Psychiatry Section,World Psychiatric AssociationPaper presented at the 26th Congress of the World Federation for Mental Health, July 2001
85. Hicks MH, Kleinman A, Yang L. The social course of schizophrenia: local and societal factors. *Kaohsiung J Med Sci. TAIWAN*; 1998 Jul;14(7):432–47.