



**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO  
GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO  
INTEGRADO EM MEDICINA**

**ANA ISABEL COUTO GONÇALVES**

***CULTURA E ESQUIZOFRENIA***

**ARTIGO DE REVISÃO**

**ÁREA CIENTÍFICA DE PSIQUIATRIA**

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:  
PROFESSOR DOUTOR MANUEL JOÃO QUARTILHO**

**SETEMBRO/2015**

“Na ciência, como na arte e na vida, só aquilo que é realidade para a cultura, é realidade para a natureza.”

Fleck (1934/1986, p. 81)

“Em suma, devemos descer aos detalhes, passar por alto rótulos equívocos, abandonar os tipos metafísicos e as similitudes vazias para captar firmemente o carácter essencial de, não apenas as diversas culturas, mas as diversas classes de indivíduos que vivem no seio de cada cultura, se pretendemos encontrar a humanidade cara a cara.”

Geertz, C. (2001, p. 58)

“O esquizofrénico afoga-se nas mesmas águas onde o místico nada com prazer.”

Joseph Campbell (*In* Mintz, 1983, p. 158)

## **Resumo**

O presente trabalho analisa a relação entre a psiquiatria e a cultura, apreendendo alguns dos momentos e dos contributos históricos neste domínio e focando-se, especificamente, no impacto e nas variações que as diferenças culturais são suscetíveis de induzir na natureza e manifestações da doença mental que mais curiosidade tem despertado em psiquiatria, a esquizofrenia.

Implementou-se um método de revisão da literatura, recorrendo-se, para tal, a obras clássicas no âmbito da psiquiatria transcultural e da psiquiatria cultural, bem como a artigos científicos e de revisão, uns com enfoques mais diacrónicos e outros com incidência mais recente.

Os resultados do trabalho são conclusivos ao apontarem a forma diversa como a esquizofrenia afeta e se manifesta em indivíduos oriundos ou vinculados a diferentes contextos culturais, avaliando, ainda, a forma como a migração, enquanto processo relevante de aculturação e de adaptação a uma nova cultura, influencia a incidência/prevalência e as características e manifestações da esquizofrenia. Este trabalho considera, também, a influência do contexto cultural no curso e no prognóstico da doença. As práticas diagnósticas e terapêuticas, condicionadas pelas variadas manifestações sintomáticas da doença e pelas crenças do doente acerca do agente causal são também abordadas, dada a sua grande variabilidade entre o Ocidente e algumas comunidades orientais. Um diagnóstico e tratamento eficazes da esquizofrenia, assim como das demais doenças mentais, necessitam de ter em conta os indivíduos concretos e as suas realidades socioculturais de inserção e interação.

A partir da análise dos resultados patenteados neste trabalho de revisão, são delineadas algumas recomendações no âmbito da necessidade de incorporação da variável cultura na abordagem do doente mental em investigação e em consulta de psiquiatria, para que o

diagnóstico e tratamento façam sentido não só para o médico, mas também para qualquer doente que se lhe apresente.

**Palavras-chave:** psiquiatria; psiquiatria cultural; cultura; migração; esquizofrenia; diagnóstico; etiologia; sintomas; tratamento; curso/prognóstico.

## **Abstract**

This paper examines the relationship between psychiatry and culture, learning some of the moments and historical contributions in this area and focusing, specifically, on the impact and variations that cultural differences are likely to induce in the nature and in the manifestations of the mental disease that has aroused more curiosity in psychiatry, schizophrenia.

It was implemented a method of literature review, using up to this end the classics within transcultural psychiatry and cultural psychiatry, as well as scientific articles and reviews, ones with more diachronic approaches and others with more recent incidence.

Work results are conclusive to point out the different ways in which schizophrenia affects and is manifested in individuals originating from or linked to different cultural contexts, assessing also the way migration, as an important process of acculturation and adaptation to a new culture, influences the incidence/prevalence and the characteristics and manifestations of schizophrenia. This paper also considers the influence of cultural context in the course and prognosis of the disease. Diagnostic and therapeutic practices, conditioned by different symptomatic manifestations of the disease and the patient's beliefs about the causal agent are also addressed, given its great variability between the West and some eastern communities. An effective diagnosis and treatment of schizophrenia, as well as of other mental diseases, need to take into account the specific individuals and their socio-cultural realities of insertion and interaction.

From the analysis of the results patented in this work of revision, we outline some recommendations on the need to incorporate the variable culture in the mental patient approach in research and in the psychiatric appointment, so that diagnosis and treatment make sense not only to the doctor, but also to any patient who submit to him.

**Keywords:** psychiatry; cultural psychiatry; culture; migration; schizophrenia; diagnosis; etiology; symptoms; treatment; course/prognosis.

## **Índice:**

<b>1. Introdução.....</b>	<b>1</b>
<b>2. Materiais e métodos.....</b>	<b>5</b>
<b>3. Psiquiatria e cultura.....</b>	<b>7</b>
<b>3.1 Breve historial da relação entre psiquiatria e cultura.....</b>	<b>8</b>
<b>3.2 A imprescindibilidade da cultura para a psiquiatria.....</b>	<b>11</b>
<b>3.3 Concetualizações e operacionalizações do constructo cultura.....</b>	<b>26</b>
<b>4. Esquizofrenia: epidemiologia, etiologia, sintomas e tratamento.....</b>	<b>33</b>
<b>5. Cultura e esquizofrenia.....</b>	<b>36</b>
<b>5.1 Cultura e incidência/prevalência da esquizofrenia.....</b>	<b>41</b>
<b>5.2 Migração e esquizofrenia.....</b>	<b>43</b>
<b>5.3 Cultura e perceção/diagnóstico da esquizofrenia.....</b>	<b>52</b>
<b>5.4 Cultura e sintomas da esquizofrenia.....</b>	<b>57</b>
<b>5.5 Cultura e causas da esquizofrenia.....</b>	<b>61</b>
<b>5.6 Cultura e emoções na esquizofrenia.....</b>	<b>65</b>
<b>5.7 Cultura e tratamento da esquizofrenia.....</b>	<b>70</b>
<b>5.8 Cultura e curso/prognóstico da esquizofrenia.....</b>	<b>75</b>
<b>6. Conclusão.....</b>	<b>82</b>
<b>Agradecimentos.....</b>	<b>86</b>
<b>Referências bibliográficas.....</b>	<b>87</b>

## **1. Introdução**

O presente trabalho aborda o tema da relação entre a esquizofrenia e a cultura, tanto numa perspectiva de diacronia histórica, como carreando enfoques conceituais e operativos dos constructos em causa, assim como sugestões de pistas de investigação e de intervenção no âmbito da convergência dos domínios considerados. No essencial, enfatizam-se as pontes entre as tradições identificadas, de um lado, com a psiquiatria ocidental, ancorada na biomedicina e servida por psiquiatras treinados em modelos, nosologias e estratégias/técnicas de base eurocêntrica, e, de outro, com a antropologia médica e a psiquiatria transcultural e cultural, firmando contributos dos avanços teóricos e empíricos nestas áreas.

Em conformidade, estuda-se o impacto da cultura e da diversidade cultural na psiquiatria e, especificamente, na esquizofrenia. Toma-se como ponto de partida a orientação pioneira de Kleinman, [1] a qual viria, na década de 80, a emprestar um impulso decisivo ao que ficou conhecido como "a nova psiquiatria transcultural". Quase em simultâneo, os fatores de ordem cultural passam a ser incluídos, no DSM-IV, como um componente da avaliação multiaxial das perturbações mentais (Eixo IV), ainda que a cultura conserve aí uma natureza exótica e um estatuto apendicitário. Atualmente, no DSM-5, a cultura impõe-se já um pouco mais no diagnóstico das mais variadas doenças mentais, enfatizando, assim, a sua relevância na psiquiatria contemporânea, resultante do valor fundamental do contexto social e do significado da experiência humana. Especificamente, recentra-se este trabalho no estudo das influências culturais sobre a etiologia da esquizofrenia, sobre os diagnósticos psiquiátricos, sobre os reportes dos sintomas, sobre as variações no desenvolvimento da doença e na



distribuição e prevalência da mesma, assim como nos tratamentos propostos (e sua eficácia) e na interação entre médico e doente.

Nesta fase, o trabalho confinar-se-á à revisão da literatura, visando subsidiar as concetualizações, as abordagens e os modelos teóricos que suportem futuros trabalhos empíricos nesta e em outras áreas da psiquiatria.

Se é verdade que, como sustentam Kleinman [2] e Littlewood e Lipsedge, [3] a cultura permeia todas as facetas do comportamento e do funcionamento humanos, tornando imprescindível a consideração e a avaliação do seu impacto nos contextos clínicos, também não podemos ignorar que as sociedades ocidentais têm vindo a sofrer profundas alterações nas características dos seus tecidos sociodemográficos, salientando-se o facto de a mestiçagem cultural e a pluriethnicidade se estarem a tornar normativas. [4, 5]

Esta condição multicultural é assaz impressiva nos países europeus, onde se acolhem indivíduos que se percecionam a si mesmos como pertencentes a mais do que uma cultura [6] e onde irrompem subculturas otimizadas para suportar a interação entre pessoas providas de diferentes contextos regionais, culturais e mundividências. Em concomitância, Borja e Castells [4] consideram que para este fenómeno de diversificação e pluralização étnica e cultural têm concorrido dois processos convergentes, a saber, a globalização da economia e a aceleração do processo de urbanização. Para estes autores, a diversidade cultural assume, na atualidade, as três dimensões seguintes: a presença de imigrantes ou de genealogicamente imigrantes; as diferenças regionais; a mobilidade migrante das zonas rurais para as cidades.

Especificamente, a multiculturalidade da sociedade portuguesa facilmente se constata na presença de distintas segmentações culturais de base regional, étnica, educacional/profissional e local, as quais não devem nem podem ser negligenciadas pela psiquiatria, uma vez que as mesmas são diferentemente co-constitutivas do comportamento e do (dis)funcionamento mental dos indivíduos. Muita da diversidade é, entre nós, de natureza

intracultural e decorre também da diferenciada disponibilidade de artefactos e ideofactos culturais e de crenças básicas a nível rural e urbano, podendo assumir matizes intermédios em consequência da migração de indivíduos culturalmente vinculados a comunidades rurais para cinturas urbanas relativamente incaracterísticas (corporizando o fenómeno de litoralização crescente), onde predominam as disparidades culturais e a falta de suporte social. Em síntese, a multiculturalidade da sociedade portuguesa é induzida pela coexistência de distintas nacionalidades, etnias, regiões, confissões religiosas, classes sociais e, até, níveis de pobreza.

Também a diversificação étnica e cultural da população clínica tem acarretado profundas transformações nas teorias, nos modelos de treino e nos procedimentos de diagnóstico, avaliação e tratamento dos indivíduos disfuncionais. Uma eventual inadequação dos serviços psiquiátricos prestados poderá decorrer, entre outros fatores, da conjuntura histórica da sub-representação das minorias étnicas no campo da saúde mental, tanto a nível da sua inacessibilidade aos estudos e aos recursos da psiquiatria, como no que concerne à ausência de membros procedentes das mesmas na tradicional coorte de investigadores e clínicos. [7] É, pois, iniludível que a cultura das pessoas tem profundas implicações na perceção e na avaliação que fazem do seu funcionamento, bem como nos itinerários terapêuticos que decidem ou não prosseguir, em conformidade com as suas crenças de saúde e doença favoritas, cujo conteúdo é marcadamente cultural e, como tal, suportivo de sistemas de significação e de decisão/ação desiguais. Assim sendo, os atos de deteção, designação, descrição, prescrição e desenvolvimento típicos de planos de diagnóstico e de tratamento adequados envolvem, incondicionalmente, a consideração do sistema sociocultural de pertença dos indivíduos, o que pressupõe uma avaliação e uma integração compreensiva da identidade cultural de cada sujeito e dos múltiplos contextos em que ocorrem os seus distúrbios.

Com o presente trabalho visa-se a prossecução de um núcleo de objetivos consubstanciado nas seguintes vertentes cognoscitivas, analíticas e epistemológicas: conhecer contribuições teóricas e empíricas no estudo da relação entre cultura e psiquiatria e entre cultura e distintas dimensões ou facetas implicadas na esquizofrenia; apreender concetualizações de cultura que sejam suscetíveis de proporcionar operacionalizações do constructo para fins de investigação e de intervenção clínicas; documentar, com base na literatura disponível, impactos e variações que fatores culturais introduzem na etiologia, manifestações e curso da esquizofrenia; enriquecer o debate em torno do lugar e do papel da cultura na psiquiatria e, em particular, na abordagem da esquizofrenia.

Por derivação, propomo-nos também mostrar a importância em ser adotada, quer uma perspectiva transcultural de comparação da doença mental entre diferentes culturas, quer, sobretudo, uma abordagem focada nos processos e nas dinâmicas locais e quotidianas que emergem numa cultura concreta e que são impactantes na saúde e na doença dessa população, uma vez concetualizado e operacionalizado o constructo cultura em cada sociedade, região, grupo, família, condição socioeconómica específica, indivíduo e interação.

## 2. Materiais e métodos

Para a concretização deste trabalho recorreu-se, num primeiro momento, a obras clássicas que, entre as décadas de 70 e 90 do século XX, debateram a questão da cultura na psiquiatria, e que, maioritariamente, foram disponibilizadas pelo Professor Catedrático da UTAD (Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro), Prof. Dr. Vasconcelos Raposo, procurando seguir o percurso histórico da relação entre a psiquiatria e a cultura e privilegiando a sua evolução. Neste âmbito, realçam-se também os inestimáveis conteúdos colhidos no livro “Cultura, medicina e psiquiatria”, [7] da autoria do orientador desta tese, Prof. Dr. Manuel João Rodrigues Quartilho.

Ainda no quadro da relação entre a psiquiatria e a cultura, empreenderam-se pesquisas nas bases de dados da APA (*American Psychological Association*), da *Intech Books*, da RCAAP (Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal), da b-on (Biblioteca do Conhecimento Online), da *Elsevier* e da *Annual Reviews*, tendo sido, ainda, possível aceder a vários artigos através do serviço VPN (*Virtual Private Network*) da UTAD. A pesquisa de artigos através destas fontes foi realizada utilizando os termos “psychiatry”, “culture”, “transcultural psychiatry” e “cultural psychiatry”, tendo sido selecionados artigos científicos e de revisão sem uma imposição de delimitação temporal para que, para além das informações mais atuais acerca do tema, pudessem ser feitas comparações de natureza evolutiva. Foi também através de obras clássicas que foram conhecidas, numa fase inicial, as várias teorias que, já nos anos 70, começavam a surgir, fundadas em possíveis interpretações e causalidades culturais da esquizofrenia. Para melhor compreender as bases da esquizofrenia, recorreu-se à

base de dados *Pubmed*, utilizando o termo “schizophrenia” e selecionando os artigos relacionados com a epidemiologia, as causas, os sintomas e os tratamentos existentes, servindo-nos, por vezes, quando necessário, dos respetivos termos em inglês, como forma de restringir a pesquisa. Para compreender a relação entre a cultura e a esquizofrenia, utilizaram-se as mesmas bases de dados que tinham sido já previamente utilizadas para o entendimento da psiquiatria transcultural e cultural, recorrendo aos termos “schizophrenia” e “culture”, tendo sido feita a seleção de artigos científicos e de revisão, também sem limite temporal de data, pelo mesmo motivo da pesquisa referente à psiquiatria e à cultura. A realização deste trabalho foi, ainda, complementada pelo recurso a artigos e livros mencionados nas referências bibliográficas, os quais constituem parte de um espólio bibliográfico de família.

Do vasto e diversificado conjunto de aportes conceituais, de enfoques teóricos e de resultados descritos, que foram objeto de leitura, selecionaram-se apenas os conteúdos admitidos como mais significativos e mais consonantes com os objetivos desta revisão bibliográfica, dadas também as restrições e os confinamentos metodológicos impostos a este tipo de trabalhos.

### **3. Psiquiatria e cultura**

As mudanças fácticas nos padrões de doença, ocorridas no decurso do século XX, precipitaram uma viragem na concetualização da saúde e da doença, de tal modo que, a partir do início da década de 70, o modelo biomédico, até aí dominante, foi enfraquecendo na sua omnisciência, mercê da manifesta inadequação teórica e operacional face à etiologia, ao curso e à terapêutica das doenças, entretanto, emergentes. [8, 9] Foi-se, assim, cimentando a convicção da relevância das dinâmicas psicológicas de natureza cognitiva, motivacional e emocional, bem como das opções comportamentais e dos estilos de vida, para a compreensão dos processos da saúde e da doença (para explicitações detalhadas dos modelos biomédico e psicossocial, *vide* [10, 11]).

Mercê desta evolução, e no caso específico da psiquiatria, prossegue a necessidade de cimentar uma abordagem alternativa que supere o dualismo e o positivismo constitutivos do que na literatura é denominado como modelo biomédico, [10, 12] modelo médico-sanitário [13] ou apenas modelo médico. [14] O modelo biomédico assenta em pressupostos dualistas ao defender uma total separação entre o corpo, mera entidade física que recai no âmbito estrito da saúde física, e a mente, entidade espiritual e psíquica que se enquadra no domínio da saúde psicológica. Para Eisenberg e Kleinman, [15] a medicina ocidental moderna, a quem o modelo se aplica, assenta apenas nas ciências biológicas, pelo que os médicos se ocupam da doença em termos exclusivamente fácticos, interessando-se pelos agentes, mecanismos e terapêuticas da doença assim considerada. No entanto, a etiologia dos distúrbios mentais é uma matéria complexa e diversificada que excede os limites estreitos da causalidade biomédica.

Por tudo isto, e numa sociedade crescentemente multicultural, torna-se imprescindível a assunção, por parte da psiquiatria, de uma abordagem cultural dos processos comportamentais e psíquicos, suportada no desenvolvimento de habilidades que sejam culturalmente competentes, apropriadas e sensíveis. [16]

O conhecimento cultural específico de cada doença não assenta nos achados diagnósticos que a definem, mas sim nas suas implicações pessoais e sociais. [17] A cultura molda a expressão da sintomatologia pelos doentes, a lógica do diagnóstico, as práticas médicas e as interações clínicas com normas e expectativas. [18]

### **3.1 Breve historial da relação entre psiquiatria e cultura**

Embora alguns psiquiatras, nomeadamente Junk e Kraepelin, tivessem alertado para a existência de possíveis fatores culturais na etiologia dos distúrbios mentais, o campo da psiquiatria transcultural apenas começou a ganhar um forte impulso há cerca de 50 anos, como evidenciado pelos trabalhos de um simpósio da Fundação Ciba realizado em Londres, em 1965. O simpósio focou-se na definição de psiquiatria cultural, abordando os limites do campo, as suas áreas temáticas, as questões metodológicas de pesquisa e as modalidades de tratamento. [19]

A ideia de que o fenómeno psiquiátrico pode variar entre grupos sociais existe há aproximadamente 200 anos. No início do século XIX, filósofos e médicos argumentaram que a frequência das doenças mentais era superior nas civilizações desenvolvidas e diminuía nas formas de vida rural, livre de tensões. Todavia, o uso da expressão “cultura” não apareceu nas publicações psiquiátricas até ao início do século XX. Houve dois desenvolvimentos adicionais antes da síntese conhecida como psiquiatria transcultural que surgiu na década de 50 do

século XX. O primeiro consistiu na importante contribuição dada pelos psiquiatras ocidentais, que basearam a sua carreira num envolvimento com as culturas não-ocidentais. Alguns exemplos incluem Sir Burton G. Burton-Bradley, na Nova Guiné, e John Cawte, na Austrália, que passaram uma grande parte das suas vidas a estudar e a escrever acerca da psiquiatria nas culturas não-ocidentais. Um segundo e talvez ainda mais importante desenvolvimento foram as contribuições dadas pelos psiquiatras não-ocidentais que conseguiram contribuir com perspectivas indígenas oriundas das suas próprias culturas. Alguns exemplos incluem Shoma Morita (1874-1938), no Japão, Yap Pow Meng, em Hong Kong (1921-1971), Thomas Adeoye Lambo (1923), na Nigéria, e A. Cader Raman (1929), na Mauritânia. A psiquiatria transcultural estabeleceu-se como uma disciplina distinta através do psicanalista E. D. Wittkower (1899-1983), quando criou o Setor de Estudos Transculturais na Universidade McGill em Montreal, em 1955. Apesar de ter tido muitos precursores, o sucesso de Wittkower deveu-se ao seu foco numa psiquiatria global, tendo, para isso, em conta a importância da cultura, quer a nível prático quer teórico, tornando-se o primeiro a criar um setor transcultural específico num departamento de psiquiatria de uma Universidade, tendo sido também o criador da primeira revista dedicada ao tema. [20]

Kleinman, em 1977, bateu-se por uma “nova psiquiatria transcultural” que tivesse em consideração significados locais e comportamentos sujeitos a comparações transculturais, a fim de se averiguar a universalidade da psicopatologia humana, enquanto a psiquiatria cultural é colocada em linha com a antropologia médica. A contribuição da antropologia para a educação psiquiátrica consistiria em tornar a cultura um foco nuclear de análise. A antropologia pode libertar a psiquiatria de um modelo de saúde e doença demasiado fechado às tradições/categorias ocidentalizadas e restringido a um modelo biomédico e universalista,



encorajando, ao invés, uma perspectiva mais alargada, integrativa, flexível e sensível à diversidade, ao pluralismo e à valorização da experiência humana. A antropologia, em suma, daria à psiquiatria uma imagem mais crítica e mais humanizada da própria condição humana. [21]

A psiquiatria transcultural consiste, em suma, no estudo e na comparação da doença mental em diferentes culturas. É um dos maiores ramos da antropologia médica e tem tido um papel fundamental no conhecimento da natureza da saúde e da doença em diferentes partes do mundo. [22]

No entanto, e até muito recentemente, os fenómenos comportamentais influenciados pelo conceito de cultura, têm sido considerados irrelevantes em avaliações formais de patologia psiquiátrica e conseqüente diagnóstico. Por exemplo, a cultura não foi indexada ao original DSM-I da *American Psychiatric Association* [APA] (1952), nem ao DSM-II (APA 1968) ou, sequer, ao DSM-III (APA 1980). De forma semelhante, apenas passageiras e breves referências à cultura eram raramente encontradas em textos psiquiátricos básicos. Contudo, a negligenciação da relevância dos aspetos culturais da vida do doente tem vindo, ainda que de forma limitada e lenta, a mudar. Com efeito, o DSM-III-R (APA 1987), o DSM-IV (APA 1994) e o recente DSM-5 (APA 2013), este último incomparavelmente mais do que as duas edições anteriores, admitem que as dimensões culturais devem ser consideradas no processo de avaliação do doente e do seu diagnóstico, como Hughes e Okpaku [23] o tinham reclamado no final da década de 90 do século XX. [20] Num esforço para melhorar o diagnóstico e os cuidados a prestar a pessoas de todas as origens, a quinta edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) incorpora uma maior sensibilidade cultural. Ao invés de uma simples lista de 25 síndromes ligados à cultura (*culture bound-syndromes*), como se

verificou no DSM-IV, o DSM-5 inclui atualizações de critérios para refletir as variações interculturais nas apresentações, dá informação mais detalhada e estruturada sobre conceitos culturais de mal-estar (*distress*) e inclui ferramentas para facilitar uma entrevista clínica mais abrangente e com uma avaliação centrada na pessoa. Este novo manual também aborda conceitos culturais de mal-estar e os detalhes que as diferentes culturas utilizam para descreverem sintomas. Finalmente, o guia de formulação cultural da entrevista, abordado mais pormenorizadamente na secção *Cultura e Percepção/Diagnóstico da Esquizofrenia* deste trabalho, irá ajudar os clínicos a avaliarem os fatores culturais que influenciam as perspetivas dos pacientes acerca dos seus sintomas e opções de tratamento. Um comentário ao DSM-5, empreendido pelo psiquiatra cultural Laurence Kirmayer, ecoa particularmente impressionante: as revisões culturais do DSM-5 desafiam “a lógica fundamental da nosologia psiquiátrica” – ou seja, “descrevendo problemas localizados dentro da cabeça das pessoas”. [24]

A valorização da dimensão cultural, nos âmbitos da investigação e da intervenção em psiquiatria, tem aparecido em inúmeros artigos científicos publicados na última década, a nível internacional, como se constata na bibliografia aqui referenciada.

No plano nacional, apenas têm surgido estudos esparsos e descontinuados, que, no fundamental, emergem no quadro de apresentação de trabalhos em provas académicas. A única exceção, suportada numa proposta consistente de psiquiatria cultural, é o trabalho de Quartilho. [7]

### **3.2 A imprescindibilidade da cultura para a psiquiatria**

Nas duas últimas décadas, tem ocorrido um interesse crescente no estudo das relações entre a cultura e a saúde mental. Este impulso estendeu-se a muitas disciplinas académicas e

áreas profissionais, incluindo a antropologia, a psicologia, a sociologia, a psiquiatria, a saúde pública e o trabalho social, e resultou em muitos artigos e demais publicações científicas, enfatizando o papel dos fatores socioculturais na etiologia, epidemiologia, manifestação e tratamento das doenças mentais. É agora irrecusável que as variáveis socioculturais estão inextricavelmente ligadas a todos os aspectos do comportamento humano, sejam normais ou anormais. [17] Também Quartilho [7] concebe a psiquiatria como uma disciplina essencialmente integradora, que deve conviver tanto com as ciências naturais, como a genética, a bioquímica e a fisiologia, como com as ciências humanas, das quais destaca a psicologia, a sociologia e a antropologia, mais próximas do mundo imediato, mesmo que menos precisas e mais ambíguas.

O próprio fenômeno da globalização tem vindo a adensar a importância da psiquiatria cultural como disciplina acadêmica e como um pilar central do treino clínico e da prestação de serviços. O reconhecimento de que a cultura é fundamental para a identidade e o bem-estar e de que certos grupos sofrem marcantes desigualdades na saúde mental e no acesso aos serviços, tem estimulado a atenção sistemática à cultura em psiquiatria. [25]

No entanto, a psiquiatria, enquanto especialidade médica ocidental orientada para as doenças mentais, tem, no seu todo, continuado a ignorar os fatores socioculturais nas suas abordagens teóricas e aplicadas aos distintos problemas. A principal razão para esta contingência é o seu compromisso contínuo com uma conceção de doença dos distúrbios mentais, o que a leva a assumir que as perturbações do foro mental são doenças biologicamente causadas e que estão universalmente representadas em termos de etiologia e manifestações. Contudo, esta perspetiva tem sido, atualmente, alvo de debate e de um crescente criticismo. Alguns estudos transculturais têm fornecido extensos dados que

desafiam a suficiência deste modelo biomédico de doença. Com base em informações de virtualmente todos os continentes, os investigadores sugerem, agora, que a cultura não é simplesmente incidental nos distúrbios mentais e na sua terapêutica. Ao invés, afirma-se como uma variável básica e indispensável que influencia e interage com as variáveis biológicas, psicológicas e ambientais na determinação das causas, manifestações e tratamento de todo o espectro de desordens mentais. A este respeito, é fundamental que um psiquiatra esteja ciente de que todo o comportamento humano é culturalmente moldado e que todos os distúrbios mentais e seus tratamentos devem ser cultura-específicos. [17]

A cultura é um incontornável determinante do comportamento dos indivíduos e desempenha papéis patogénicos, patoplásticos, prognósticos e terapêuticos na sua relação com as doenças psiquiátricas.

Ainda que a montante de uma assumida psiquiatria cultural, como aqui se proporá, ressalva-se o pioneirismo do desafio colocado por Kleinman, [26] sob a forma de uma questão: não será a investigação transcultural essencial para estabelecer a universalidade da doença mental e para a validação internacional das categorias psiquiátricas? Kleinman propõe uma visão da psiquiatria na perspectiva do outro, das culturas não ocidentais/ocidentalizadas. Ainda segundo este autor, a cultura torna-se deveras decisiva para a psiquiatria, principalmente porque ela acarreta um tipo particular de criticismo a incorporar na investigação relativa às doenças mentais e ao seu tratamento.

Por outro lado, Rogler [27] defende que a cultura no diagnóstico psiquiátrico é uma questão de precisão científica. Uma extensa literatura demonstra a profunda influência que a enculturação, a socialização e a aculturação, enquanto processos desencadeadores de internalizações de universos simbólicos e de regras para comportamento, exercem sobre as

condutas e o pensamento humanos, num sistema que Geertz [28] designou como “conjunto de mecanismos de controlo – planos, receitas, regras, instruções (aquilo a que os engenheiros informáticos chamam «programas») – para o governo do comportamento” e que programam, tanto o intrapsíquico, como o comportamento social. Esta programação fornece não apenas orientações de valores, mas também interpretações (significados) de eventos experienciados pelo indivíduo.

O foco colocado apenas nas diferenças óbvias resulta na incapacidade de reconhecer um processo cultural genérico, que molda todas as entrevistas clínicas e encontros terapêuticos, mesmo quando o médico e o doente têm a mesma origem étnica. De facto, independentemente do ambiente cultural, uma diferença de classes sociais está muitas vezes presente entre médico e doente, sendo que, essa diferença de *status* social, é um importante fator que molda a visão que cada um tem do mundo. Por exemplo, a pertença a uma determinada classe social influencia a estrutura de valores do indivíduo, as suas expectativas e normas de comportamentos, atuando como uma subcultura dentro de um todo social maior. [23]

A psiquiatria cultural envolve o estudo de diferentes tipos de sociedades e é importante reconhecer que o termo 'cultura' não se refere (nem pode referir-se) à mesma realidade em diferentes contextos. A reiterada ‘biologização’ da psiquiatria faz a cultura parecer uma mera fachada. De acordo com este enfoque, o que está por detrás de todas as doenças mentais é uma qualquer disfunção cerebral, e a investigação na área da biologia irá eventualmente descobrir o circuito cerebral ou uma variante genética que expliquem o problema. Mas a biologia também nos ensina que somos seres fundamentalmente culturais. O sistema nervoso tem inscritas a nossa história de socialização e de aprendizagem cultural,

assim como nós somos sustentados por um mundo com instituições sociais e tornado significativo e inteligível graças aos valores e práticas culturais. A cultura envolve sistemas de um nível de organização superior à biologia ou psicologia individuais. De facto, há evidência de que a própria cultura é parte de um processo co-evolucionário intrínseco à evolução humana. Muitos dos problemas humanos são gerados pela nossa forma de viver e, portanto, as soluções não residem na fisiologia do cérebro, mas sim no nosso estilo de vida, valores e compromissos que as pessoas vão adotando à medida que navegam pelo mundo, que é, em sentido literal, socialmente construído. O uso mais útil da cultura reconhece que a psiquiatria é o produto de um mundo cultural, o que leva a uma apreciação crítica dos pressupostos implícitos e a uma fundamentação histórica da sua teoria e da sua prática. Esta tomada de consciência das suas próprias suposições viabiliza um diálogo eficaz com doentes e com profissionais de diversas latitudes e tendências. [29]

O psiquiatra deve, assim, prestar atenção não só às dimensões biológicas, psicológicas e sociais da sua prática, mas também à omnipresença interatuante da cultura. A ligação entre os mundos social e pessoal é mediada pela linguagem, símbolos, hierarquias de valores e formas estéticas que constituem o aparato cultural que se infiltra na vida social, organizando-a. Até as nossas conceitualizações mais básicas são construções culturais, originadas a partir de teorias implícitas da personalidade e da realidade social. A cultura pode contribuir diretamente para os mecanismos subjacentes da psicopatologia, influenciando a neurobiologia dos distúrbios mentais através de experiências de desenvolvimento, da dieta e de outros aspetos do comportamento, bem como moldando a forma e o conteúdo dos processos cognitivos e interpessoais. [30,31]

Claramente, a esquizofrenia, a maturidade, o stresse e a histeria são conceitos ocidentais aplicáveis num ambiente sociocultural particular. Em algumas outras culturas, tais conceitos não fazem qualquer sentido. A sua aplicação nesses contextos cria, de facto, uma ilusão ao referirmo-nos a padrões de comportamentos semelhantes aos que os indivíduos ocidentais normalmente associam com esses conceitos. Por exemplo, o que os ocidentais considerariam ser alucinações, na Índia, comportamentos semelhantes podem ser percebidos como memórias de vidas passadas, conhecimentos superiores, intermediações do divino, e até mesmo habilidades especiais para a previsão do futuro. [23]

Os pontos de vista acerca da influência patoplástica da cultura na apresentação das doenças mentais variam desde uma posição universalista, que considera que as doenças mentais mostram uma fenomenologia semelhante em todas as culturas, a uma convicção relativista e determinista de que existem diferenças essenciais entre as várias culturas. Os estudos, até agora, têm mostrado que existem doenças psiquiátricas universais cujas bases psicobiológicas parecem ser as mesmas em todas as populações humanas mas, com transformações em doenças específicas de culturas, através dos efeitos de crenças e normas. [32] Um diagnóstico adequado pode ser dificultado pelas diferenças entre os modelos explicativos de doença do psiquiatra e do doente. [2] Além disto, uma vez que o comportamento patológico pode espelhar ou exagerar o comportamento normal, a ignorância acerca da cultura de um doente dificulta o diagnóstico. [33]

Os aspetos biológicos (orgânicos), psicológicos (intrapsíquicos), sociais (interpessoais) e culturais (individuais e grupais) de um doente devem ser passíveis de controlo e metodologia científicos. Um médico é, na grande maioria dos casos, competente na avaliação e integração das dimensões biológica, psicológica e social. Mas e quanto à

dimensão cultural? Existe um modelo simples de cultura que seja válido e que possa ser utilizado na prática clínica?

Landy [34] resumiu duas das questões enfrentadas pela antropologia médica e pelos psiquiatras culturais: podemos falar de alguns aspetos do comportamento como normais ou anormais num sentido universal (isto é, específicos da espécie humana)? São as experiências das psicoses e as nosologias psiquiátricas ocidentais universais e transculturais ou são fortemente moldadas por pressões culturais e condicionamentos? As respostas a ambas as perguntas são importantes, já que determinam se a doença mental pode ser adequadamente diagnosticada e tratada transculturalmente e se as taxas de prevalência da doença mental em diferentes culturas podem ser comparadas. O problema na comparação da doença mental em diferentes sociedades reside no facto de se compararem avaliações clínicas ocidentais de doentes oriundos de diferentes culturas ou nas perceções consideradas pelas várias culturas para que se considere um indivíduo como doente mental. Aqueles que examinam este problema com mais detalhe tendem a considerar uma de três abordagens: a abordagem biológica, a abordagem de cunho social ou a abordagem combinada.

A abordagem biológica encara as categorias de diagnóstico do modelo psiquiátrico ocidental como sendo universalmente aplicáveis à humanidade, apesar das variações locais devidas a fatores culturais, uma vez que têm uma base biológica. Por exemplo, aplicando o modelo ocidental de esquizofrenia noutras partes do mundo pode ser um exemplo daquilo que Kleinman [35] designa por falácia categorial, isto é, “a reificação de uma categoria nosológica desenvolvida para um grupo cultural particular, que é aplicada aos membros de outra cultura, para os quais se mostra incoerente, não tendo a sua validade sido estabelecida.”



A abordagem de cunho social, desenvolvida maioritariamente por sociólogos, vê a doença mental como um facto essencialmente social e não biológico e que pode aparecer com ou sem componentes biológicos. A sociedade decide que sintomas ou padrões comportamentais são definidos como desviantes ou como o tipo especial de desvio é designado “doença mental”. De acordo com Waxler, [36] a doença mental só é definida em relação à sociedade na qual é encontrada e não pode dizer-se que tenha uma existência universal.

A abordagem combinada concilia elementos das perspectivas biológica e de cunho social, sendo aquela que é acolhida pela maioria dos antropólogos médicos. Neste ponto de vista, existem alguns universalismos no comportamento anormal, particularmente em perturbações extremas da conduta, do pensamento ou da ação. Embora haja uma grande variação na sua forma e distribuição, as categorias ocidentais de psicoses major, como é o caso da esquizofrenia, são encontradas em todo o mundo, apesar de poderem ter rótulos diferentes em diferentes culturas.

Todavia, alguns trabalhos antropológicos apontaram vários problemas relativos às aspirações universais do projeto da psiquiatria transcultural: a natureza culturalmente construída das categorias psiquiátricas; [37] os problemas da aplicação dessas categorias em todo o mundo; [1, 35] a variada expressão sintomática das condições major; [38] e os valores e epistemologias divergentes que informam a apreciação e a compressão do desvio psicológico e comportamental. [39]

Fabrega [40, 41] assinalou que os sintomas de primeira linha de Schneider (alucinações auditivas; difusão de pensamentos; experienciar a retirada ou a inserção de pensamentos na sua mente, por outro indivíduo; experienciar sentimentos, impulsos ou

mesmo ações controladas externamente; e, finalmente, possuir um humor delirante e/ou uma percepção delirante) constituem violações dos limites das experiências e crenças normais, como pode ser visto através da lente de um modelo ocidental ideal do eu.

Dado que as categorias psiquiátricas são construídas, elas devem sê-lo em algum local e, assim, é inevitável que as normas e valores da cultura de origem formem o modelo. [42] Se as categorias codificarem a antítese das normas locais, então, a sua imposição sobre aqueles que compartilham de uma visão diferente do mundo, é equivalente à norma do imperialismo.

Os autores do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, [43] por exemplo, indicam que os médicos devem procurar um consenso cultural, consultando pares do doente, antes de prosseguirem com o diagnóstico. O facto de ser necessário apelar ao consenso cultural, é prova de que as normas divergem na medida em que experiências fenomenologicamente similares podem ser sintomas de distúrbio mental num determinado contexto e um evento espiritual positivo noutra. Assim, um cristão Pentecostes de um país africano pode ouvir a voz de Deus sem incorrer em nenhum julgamento de anormalidade, enquanto um britânico leucodérmico confessando uma experiência semelhante pode certamente constituir uma preocupação para o médico.

Três posições teóricas relevantes são, neste âmbito, tomadas atualmente e discutidas por Rashed [44] para justificar os julgamentos transculturais: relativista, clínico-etnográfica e universalista-científica. A posição relativista, na sua forma radical, evita intuições transculturais e relega os poderes de julgamento aos pares do indivíduo. Esta posição é prejudicada pela sua visão desacreditada da cultura, negligenciando os valores e crenças do indivíduo. A posição clínico-etnográfica remedia o problema da posição relativista, na medida em que suspende o julgamento do indivíduo para o compreender no seu contexto

sociocultural. Objeções a esta abordagem são levantadas através da posição universalista-científica que considera que as normas científicas, extra culturais, existem e podem permitir-nos distinguir o normal do anormal, transculturalmente. Rashed sugere que a abordagem clínico-etnográfica permanece como a única posição coerente e é aquela voltada para a compreensão da pessoa, respeitando os seus valores. Do ponto de vista clínico, tanto a posição relativista como a posição científico-universalista representam um abandono de responsabilidade para com aqueles que se encontram com a psiquiatria.

No que concerne aos setores de cuidados de saúde, Kleinman [32] considera três: o popular, o tradicional e o profissional. Segundo Quartilho, [7] os sistemas de saúde populares são aqueles fora dos sistemas tradicionais e profissionais a que as pessoas recorrem por sua vontade, sem terem de pagar, de que é exemplo a automedicação ou um conselho dado por um familiar ou conhecido. Os sistemas de cura tradicionais, mais utilizados nas sociedades não ocidentais (situados entre o popular, mais familiar, e o profissional, associado ao sistema de saúde médico-científico ocidental), estão incorporados num contexto psicocultural em que o comportamento humano é mediado por várias forças, tanto naturais como sobrenaturais. As capacidades dos curandeiros variam desde o conhecimento de ervas medicinais até formas de negociação com poderosos espíritos. Quartilho [7] em *Cultura, Medicina e Psiquiatria*, revela que os sistemas terapêuticos tradicionais têm vindo a ganhar uma popularidade crescente em Portugal, tal como já se verifica na América do Norte e em alguns outros países europeus. Contudo, muitos médicos veem estes sistemas como uma alternativa primitiva e prejudicial aos cuidados cientificamente validados. Muitas vezes, os psiquiatras têm dificuldades em lidar concetualmente com a relevância e o significado pessoais das crenças religiosas dos seus doentes, sentindo-se mesmo desconfortáveis com crenças baseadas na convicção de um lócus

de controlo externo e intermediários divinos. Nos Estados Unidos, os psiquiatras geralmente aceitam bem as crenças dos doentes que praticam as principais religiões, particularmente daqueles que aceitam os modelos explicativos da psiquiatria moderna.

Também muitas igrejas estabelecidas têm rituais para solucionar problemas mentais e emocionais. Existem rituais cristãos e judaicos para o exorcismo de sintomas de distúrbios severos, como a esquizofrenia, quando os comportamentos são descritos como possessões demoníacas. [45]

Muitos médicos opõem-se ativamente ao uso de métodos de cura tradicionais no tratamento da doença mental, o que poderá também ser devido às suas orientações teóricas básicas. Na sua prática, os médicos mais sensíveis introduzem a cultura como um supletivo, ao invés de uma ferramenta clínica transformadora, sobrepondo o conhecimento cultural à tecnologia existente. A informação cultural é suscetível de ser utilizada para a compreensão de pistas linguísticas e comportamentais, anomalias do comportamento, sistemas de crenças, transações familiares normativas e perfis diagnósticos, que os clínicos mais sensíveis sabem poder vir a interpretar mal. Alguns médicos incorporam nas suas abordagens diagnósticas a qualidade de vida do doente, as redes de suporte social, o potencial de reabilitação e as necessidades espirituais. As modalidades terapêuticas são diversificadas, adaptadas aos problemas e contingências específicos. Os clínicos ecléticos podem optar por uma breve psicoterapia de apoio ou aconselhamento diretivo. Podem ainda optar por trabalhar com as famílias, por meio de intervenções psicoeducacionais e projetos de redes sociais, em conjunto com terapêuticas psicodinâmicas, estruturais ou estratégicas. Este modelo é já usado em vários centros de saúde mental nos Estados Unidos, particularmente naqueles servindo populações multiculturais e com baixos rendimentos. [46]

Ness e Wintrob [47] realçam que embora a causalidade natural seja a pedra angular teórica da medicina científica, as crenças acerca do nexos de causalidade mística, animista e mágica, abundam em sociedades não ocidentais, mas também em muitas comunidades étnicas e religiosas em culturas ocidentais. Foster [48] salienta duas dimensões nas teorias culturais de doença. Nos modelos personalistas, a doença é incluída numa teoria mais abrangente de infortúnio ligada à magia e religião. O curador tem de especificar o agente, a razão e o instrumento necessário para a cura. As teorias naturalistas de etiologia são restritas à doença. Presume-se que o doente foi o causador do distúrbio através da comissão ou omissão de um determinado conjunto de comportamentos. Young [49] sugeriu um esquema diferente de dupla classificação para os sistemas médicos. Sugeriu que os sistemas de internalização enfatizam explicações fisiológicas, isto é, a etiologia está ligada a uma sequência de sintomas físicos. Os eventos são ordenados no interior do corpo de um modo linear a partir do início dos sintomas e ao longo do curso da doença. Por outro lado, alvitrou que os sistemas de externalização enfatizam explicações etiológicas. O doente fornece narrativas que permitem depreender que alguns eventos de relevo ocorrem fora do corpo do doente. As causas e os efeitos são identificados por precipitarem eventos que ocorreram numa determinada sequência de tempo.

Eisenbruch [50] usou alguns destes esquemas explicativos no desenvolvimento do *Mental Distress Explanatory Model Questionnaire* para explorar a forma como indivíduos de diferentes culturas expressam o mal-estar (*distress*) mental. Uma análise de escalonamento multidimensional mostrou a existência de quatro grupos de mal-estar mental: stresse; causas fisiológicas ocidentais; causas fisiológicas não ocidentais e causas sobrenaturais (místicas, mágicas e animistas).

Cervantes e Ramirez [51] apresentam um modelo conceitual de quatro pontos acerca do *curanderismo* mexicano que parece aplicar-se à maioria dos sistemas tradicionais/populares de cura. O primeiro ponto assenta na noção de propósito e equilíbrio, mediados por um poder divino e sobrenatural. O não cumprimento das regras de um sistema de crenças perturba este equilíbrio, levando a doença física ou emocional. Em segundo lugar, a doença ocorre no seio de uma matriz interpessoal social. Os problemas psicológicos têm uma forte base interpessoal e estão diretamente relacionados com o ciclo de vida familiar e eventos sociais, bem como com forças sobrenaturais. Em terceiro lugar, as causas sobrenaturais desempenham um papel importante e a comunicação com o mundo espiritual (deuses, demónios, anjos protetores e falecidos) é necessária para a cura e a manutenção do equilíbrio. Finalmente, a saúde, nestes sistemas tradicionais, é vista com um processo naturalista, sendo “mantida através do equilíbrio entre as necessidades biológicas e as experiências sociais interpessoais, a harmonia física e espiritual e anexos culturais-individuais e familiares”. Nestas comunidades tradicionais, é interessante como muitos curandeiros conseguem distinguir entre doenças psiquiátricas major e “problemas da vida” e reencaminhar os doentes, quando é necessário tratamento psiquiátrico, para o sistema de saúde mental. [52]

O conhecimento cultural é essencial não só para transmitir credibilidade terapêutica, mas também para evitar danos potenciais. Um exemplo é dado por Kinzie et al. [53] a partir do seu trabalho com refugiados *mien* do Sudeste Asiático. Como um exercício de redução do stress em terapia de grupo, tentaram ensinar as técnicas de relaxamento aos refugiados. Este procedimento foi acompanhado por uma iluminação controlada e tons de voz mais baixos e serenos, para que fosse criada uma atmosfera relaxante. Os médicos descobriram que, em vez

de relaxamento, os procedimentos evocavam nos indivíduos ansiedade e apreensão. Mais tarde, aprenderam que a pouca luz e o tom de voz baixo estão associados a um ritual xamânico *mien* para exorcizar espíritos.

Alonso e Jeffrey [54] sugeriram que a crença de um doente em possessão pode complicar o diagnóstico e tratamento do distúrbio psicótico. Afirmaram, ainda, que os médicos precisam de ter conhecimento dos sistemas de crenças dos seus doentes para poderem saber que a sua participação nas suas propostas terapêuticas é ou não contra terapêutica. Em alguns casos, a remoção de um espírito maligno em que o doente acredita, pode ser necessário para se obterem melhores resultados de adesão à terapêutica medicamentosa e para aumentar a confiança do doente no plano terapêutico. Alguns psiquiatras compreendem os ganhos dos seus doentes com o uso de um sistema terapêutico duplo (baseado na psiquiatria moderna e nos curandeiros tradicionais), sem terem eles próprios, que participar no sistema tradicional. [52] Rappaport e Rappaport [55] sugeriram que, uma vez que os sistemas terapêuticos científicos ocidentais e os sistemas tradicionais de cura operam com diferentes modelos de doença e uma visão distinta do mundo, estes dois sistemas funcionariam melhor como complementares, em vez de integrados.

Aceitando a importância da cultura na prática clínica, a questão crucial que se coloca é como é que o psiquiatra pode empregar conhecimentos culturalmente relevantes e capacidades de observação durante a entrevista, sem que seja um perito em conhecimento cultural específico relevante para determinado doente. Tem sido sugerido que o médico proceda a um processo de análise introspectiva dos dados apresentados pelo doente, bem como a um diálogo mental interior para explorar as diferentes perspetivas e significados das observações que faz acerca da aparência do doente e da sua forma de apresentar os dados

relativos ao problemas que motivou a visita médica. [23] Também Kleinman e colaboradores [2] recomendaram que o “modelo explicativo do doente” acerca do problema fosse explorado por meio do uso de perguntas que convidem a uma resposta de acordo com as bases culturais do doente e não de acordo com as do médico, que questiona. O desafio passa por eliminar filtros culturais estabelecidos (do médico, bem como do doente). Esta abordagem exige, durante a entrevista, a auto-monitorização constante do próprio comportamento, bem como das perguntas colocadas, das respostas (e não respostas) obtidas, do comportamento não-verbal ou “língua” motora do doente e das interpretações que vão sendo feitas. Contudo, a cultura ainda é muito pouco considerada nas entrevistas clínicas, pelo que a assunção deste formato de entrevista livre da cultura tem sido cada vez mais questionado criticamente: em primeiro lugar, pelos antropólogos como uma parte instintiva da sua agenda de inquérito sobre qualquer aspeto do comportamento humano e, em segundo lugar, por um número crescente de psiquiatras que consideram que diferentes culturas imprimem diferentes significados ao comportamento. Esta questão da importância da cultura coloca-se, também, porque, consoante os significados atribuídos por um psiquiatra, os dados referentes ao doente podem não ser indicadores de patologia mas pertencerem a um comportamento culturalmente normal e a pensamentos que apenas são diferentes do comportamento culturalmente derivado do psiquiatra e dos seus significados. [23]

O trabalho para estabelecer a aliança terapêutica entre culturas requer uma atitude aberta, de autoconsciência, sensibilidade cultural e uma astuta capacidade clínica por parte do terapeuta. [56] A cultura fornece as “estruturas de relevo” que determinam que tipo de eventos ou informações são relevantes e, assim, contribui para a organização da percepção e da interação.



As estruturas de conhecimento *ayurveda* (nome dado ao conhecimento médico desenvolvido na Índia há cerca de 7 mil anos), balinesas, chinesas e japonesas refletem sistemas de conhecimento mais holísticos, que percebem correspondências simbólicas entre o corpo, como um microcosmo, e o universo (ambiente), como um macrocosmo. Estes sistemas evidenciam um muito maior grau de interação e mutualidade de causa e efeito entre corpo e ambiente do que em noções ocidentais comparáveis. Substâncias naturais e energias, bem como forças sobrenaturais podem facilmente atravessar as fronteiras do corpo e da pessoa, de tal forma que os eventos corporais são concebidos como menos separados dos eventos ambientais e a experiência psicológica como menos segmentada das condições somáticas, ao contrário do que é defendido pelas típicas visões ocidentais. Devido ao grande grau de segmentação, a visão ocidental parece ser mais “naturalista” na sua concetualização das relações corpo/ambiente e mais “psicológica” na sua concetualização das relações corpo/mente. [17]

Independentemente das suas contribuições para os mecanismos da psicopatologia, os saberes e as práticas culturais são considerações importantes na melhoria do acesso aos cuidados de saúde, no reconhecimento e na resposta adequada às preocupações dos doentes, negociando o tratamento e assegurando a adesão. A sistematização de uma consciência cultural e da aplicação de intervenções terapêuticas culturalmente informadas capacita o psiquiatra para proporcionar um melhor cuidado de saúde aos seus doentes e respetivos familiares. [57]

### **3.3 Concetualizações e operacionalizações do constructo cultura**

A profusão e a diversidade de definições e de usos do constructo cultura indiciam a natureza complexa do mesmo, o que, no essencial, decorre da multiplicidade de dimensões,

fatores, manifestações, processos, mecanismos e reificações que o conceito agrega ou substantiva. De uma forma geral, constata-se que, em inúmeros estudos e publicações, predominam, quer tendências para se incorrer em invocações generalistas e retóricas da cultura, [58] sem que lhes corresponda qualquer realidade ou estrutura efetivas e qualquer determinação mensurável de influência ou impacto, quer focagens em escapatórias mais ou menos folclóricas e naquilo que alguns autores [58-60] concebem como reificações, plataformas (espécies de ilhas etnográficas homogêneas, concetual ou geograficamente recortadas e pré-dadas), grupos/coletivos de pessoas, ou, ainda, em mecanismos de ação e interação genericamente considerados, como são os casos das advocações da enculturação, da socialização e da aculturação.

A estas tendências, acresce a circunstância que emerge da já reportada pulverização de culturas identitárias e da coexistência das mesmas em alguns espaços pessoais, grupais, geográficos e hertzianos, o que adensa a dificuldade em conhecer e explorar as vinculações e as dinâmicas culturais de cada indivíduo. [4, 5, 61]

Também do ponto de vista teórico, convivem, nas ciências sociais e nos estudos e práticas que as reeditam, abordagens diversas e desencontradas da cultura, desde as simbólicas e individualistas até às sociológicas, externalistas e praxiológicas ou centradas na atividade. [62-65]

Torna-se necessário evitar o reducionismo psicologista das perspectivas individuais, mas também não se pode subsumir o sujeito às estruturas sociais e aos produtos culturais que lhe são pré-existentes ou o transcendem, tratando-se de não ceder à tentação das abordagens exclusivistas, quer assumam a forma de psicologização da cultura, quer se traduzam na culturalização do psicológico e do biológico, mas, em alternativa, procurar compreender

como é que as realidades cultura, psiquismo, processos somáticos e distintos ambientes confluem e interatuam. [5, 66, 67]

Por conseguinte, a psiquiatria e, especificamente, a investigação e a intervenção no âmbito da esquizofrenia, não devem incorrer, nem numa abstrata, genérica e eclética reunião de traços culturais, além do mais dificilmente operacionalizável e reprodutível, nem em opções concetuais que sejam reducionistas e amputadoras das diferenças e das especificidades individuais e coletivas.

Para o efeito, restringimo-nos às abordagens do constructo cultura que podem ser de particular utilidade para a psiquiatria.

Em termos mais generalistas e de partida, privilegamos a concetualização da cultura, proposta por Aguirre Baztán, [68] como um sistema partilhado de conhecimento que permite pensar, interpretar, configurar ou organizar a realidade, sem perdermos de vista que devemos conceber a cultura como um sistema de pertença aberto, dinâmico e flutuante, pois, como sublinha Kwak, [69] a mesma encontra-se sujeita a reajustamentos permanentes à medida que os indivíduos negoceiam significados comuns através das interações sociais. Alargando o conceito, Kirmayer, [70] no quadro dos seus três sentidos básicos de cultura, concebeu-a como identidade coletiva (suportada na linguagem, religião, género ou etnicidade) e como modo de vida (sistema de valores, costumes, crenças e práticas que formam um todo complexo, ou seja, aqueles aspetos do mundo social e material humanamente construído e partilhado).

Um outro contributo fundamental na concetualização de cultura deve-se a Geertz, [28] que enfatiza a dispersão teórica que tem afetado o entendimento da mesma, ao mesmo tempo que sublinha o carácter contraproducente, em termos de operacionalização para efeitos de

investigação, inerente à opção por uma visão eclética ou rapsódica do constructo. Em consonância com visão que o autor tem da antropologia, enquanto ato interpretativo, o mesmo atribui à cultura uma natureza semiótica, sob a forma de redes de significações ou tramas simbólicas, isto é, sistemas interativos de signos interpretáveis que os próprios indivíduos constroem (e a sociedade estabelece) e com base nos quais moldam, dirigem e conferem sentido aos seus comportamentos.

Como tal, considera-se que Geertz empreendeu uma rutura com as concetualizações, habitualmente, vagas e imprecisas da cultura, optando por uma via de maior concreção e possibilidade de operacionalização. [5] Todavia, Geertz [71] não deixa, igualmente, de sublinhar a dificuldade inerente à demarcação cultural, assim como rejeita qualquer redução do constructo cultura à forma simplificada de uma variável independente integrada num esquema de causa e efeito. Ao contrário, insiste na complexidade que caracteriza a cultura, enquanto realidade que integra múltiplos “temas polifónicos” e se manifesta em ações plenas de sentido, ainda que nem sempre de natureza simples, homogénea ou harmónica. Deste modo, Geertz [72] concebe os fenómenos sociais e culturais como sistemas significativos, uma vez que o sentido dos mesmos se encontra indumentado por contextos sociais e ancorado em estruturas locais de saber, expressas sob a designação de estruturas culturais, o que induz a necessidade de compreendermos como é que os outros, dependendo de quem e onde sejam, estruturam e legitimam o seu universo de significados. Geertz fundamenta a necessidade da compreensão “etnográfica” do pensamento, ou seja, a referenciação do contexto social e cultural onde o pensamento dos indivíduos adquire sentido.

Por seu lado, Ratner [58] critica a concetualização/operacionalização de cultura típica da abordagem transcultural, como background dado, indefinido, não examinado, coleção de

variáveis singulares. Estabelecida esta limitação própria dos entendimentos habituais do constructo, Ratner [58] elabora uma conceção compreensiva, coerente e operacionalizável de cultura, mercê, quer da vinculação da mesma a aspetos de concreção social (supra-individuais) que configuram a quotidianidade da vida dos indivíduos, quer do concomitante conteúdo empírico que a substantiva. O autor concebe a cultura como “um sistema de padrões de pensamento e de comportamento duradouros que são criados, adotados e promulgados conjuntamente por um número de indivíduos. Estes padrões são sociais (supra-individuais) mais do que individuais e são artefactuais mais do que naturais.” [58] Para o efeito, define a natureza essencial dos fenómenos culturais (artefactos socialmente construídos) e identifica tipos ou subcategorias de fenómenos culturais, como são as atividades culturais, os valores culturais, os esquemas, os significados, os conceitos, os artefactos físicos, os fenómenos psicológicos e a ação humana. Identifica como estas subcategorias se interrelacionam (quais se relacionam e influenciam mais intimamente e de que mecanismos de influência se trata). Procura compreender a atuação do social e do cultural na realidade experienciada, tal como empreendida por indivíduos concretos em situações concretas, evitando os enfoques essencialistas.

No que concerne à operacionalização da cultura, Masse [73] sublinha a discordância entre os antropólogos sempre que se procura operacionalizar o conceito. No seu artigo, utilizou como suporte para comparações transculturais e comparações entre subgrupos as variáveis idade, género, etnicidade, estatuto económico e educação.

Também Kral, [74] ao conceber a cultura como um processo e não como uma variável independente, referencia algumas categorias culturais que se podem constituir como

operacionalizações do constructo cultura, para efeitos de investigação. Essas categorias são a coorte etária, o género, a identidade étnica, a orientação sexual e o local de trabalho.

Sublinhando as dificuldades na aproximação ao constructo cultura, Helman [22] defende que todas as sociedades incorporam mais do que uma cultura no interior das suas fronteiras: cada estrato social (classe, casta, nível) possui os seus atributos culturais específicos (linguagem, maneiras, indumentárias, dietas, padrões habitacionais, etc.), conformando-se a diferentes normas e exibindo diferentes expectativas. Este panorama é, ainda, mais complexo nas modernas sociedades ocidentais, com a presença de novas categorias de identidades culturais: inclusão de minorias étnicas e religiosas, turistas, estudantes estrangeiros, imigrantes recentes, refugiados políticos, trabalhadores migrantes – cada categoria com a sua própria cultura distintiva, ainda que uns mais sujeitos a processos aculturativos (culturas maioritárias) do que outros. Também deve ser considerada a existência de subculturas profissionais, submetidas a processos de enculturação específicos (médicos, enfermeiros, profissões judiciais e militares) e com conceitos, regras e uma organização social própria (características partilhadas, mas também únicas e distintivas). No caso da psiquiatria, esta subcultura reflete-se tanto nos cuidados de saúde como na comunicação médico - doente. Além disto, Helman previne que as culturas nunca são homogéneas, devendo-se evitar incorrer em generalizações na explicação do comportamento e das crenças das pessoas, que podem desencadear estereótipos, incompreensões culturais, preconceitos e discriminação. Se é imprescindível atender à existência de diferenças interindividuais e à compreensão do papel da cultura nos seus contextos particulares, não convém, em contrapartida, descurar o facto de a cultura ser influenciada por outros fatores, nomeadamente, históricos, sociais, económicos, políticos e geográficos.

Também a relevância da identidade religiosa para os indivíduos foi sublinhada por Spector, [16] ao defender que a religião proporciona um quadro de referência e uma perspectiva, mediante a qual filtram e organizam a informação. Este autor apresentou, igualmente, um conjunto de princípios/orientações a observar na operacionalização da cultura em contextos de investigação ou intervenção, a que se acrescentam outros que decorrem das concetualizações por nós referenciadas e que são, no essencial, os seguintes: mixagem metodológica, ou seja, combinação da pesquisa qualitativa (etnográfica) com métodos quantitativos; implementação de projetos e colaborações interdisciplinares, consumando a articulação entre diferentes perspectivas disciplinares e entre enfoques relativos a dimensões globais e a contextos locais; integração de perspectivas *emic* e *etic*, combinando o ponto de vista nativo com a compreensão dos investigadores; enquadramento cultural das variáveis, isto é, análise das variáveis e da sua adequação a um estudo sensível, profundo e significativo dos indivíduos (“descrição densa”) e da(s) cultura(s) objeto de investigação; considerar os contextos físico, político, económico, educacional (formal e informal) e social (organização, mobilidade e integração); controlar os efeitos de categorias demográficas e socioeconómicas, como a idade, género, estatuto marital, nível de escolaridade, profissão (subculturas profissionais), rendimento disponível e classe social e subculturas profissionais; grau de consistência da ligação ao grupo étnico/grupo de origem ou à religião; referenciação das demais filiações culturais (costumes, tradições, padrões alimentares) e de crenças/convicções, representações/significações, fenómenos psicológicos, conceitos, valores, ações/rotinas e interações; conhecimento dos universos intencionais pessoais (cultura experienciada); exploração das possibilidades e constrangimentos pessoais, interacionais e institucionais.

Por fim, e como reconhecido por Bastos e Bastos, [75] é importante ter presente que a delimitação de qualquer grupo identificado como minoria étnica se deve suportar mais na autopercepção e na identificação comunicada pelo próprio indivíduo, do que, propriamente, em definições *a priori* de formações sócio identitárias.

#### **4. Esquizofrenia: epidemiologia, etiologia, sintomas e tratamento**

A esquizofrenia é a doença que mais desperta atenção e interesse em psiquiatria, e também a que mais exaustivamente tem sido estudada. Trata-se de uma perturbação crónica, já considerada um grave problema de saúde pública, uma vez que a Organização Mundial de Saúde [OMS] estima que, só na Europa, haja cerca de 5 milhões de pessoas com esquizofrenia, registando uma prevalência de 0,6 a 0,8%. [76] No que diz respeito às diferenças de sexo, uma avaliação de 2004 descobriu que a razão das taxas masculino:feminino é de 1,4:1, [77] o que é consistente com outra revisão sistemática acerca da incidência de esquizofrenia entre sexos. Manifesta-se, geralmente, de uma forma mais precoce nos homens (15-25 anos) e de uma forma mais tardia nas mulheres (25-35 anos). [78]

Relativamente à prevalência e incidência em Portugal das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia em Portugal, poucas investigações têm sido realizadas. Um estudo realizado em 2006 pelo Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina do Porto, de Pacheco Palha, revela que a prevalência da esquizofrenia, em Portugal, está estimada entre 0,6% e 1%, sendo uma das doenças com maior prevalência no país e que afeta entre 60 a 100 mil portugueses. [79]

Ainda há muito para compreender no que diz respeito a interações genéticas, à expressão genética e ao modo como os efeitos ambientais, tais como os provocados por



agentes stressantes psicossociais e traumáticos, podem afetar a expressão genética e a função celular, predispondo à esquizofrenia. [80] O aumento do conhecimento que se tem vindo a adquirir acerca da esquizofrenia, nomeadamente a nível genético e de neuro-imagem, permanece ainda diminuto face à ignorância sobre muitos aspetos da doença. [81]

Os fatores de risco associados à etiologia da esquizofrenia incluem os seguintes: uma história familiar positiva (refletindo, pelo menos em parte, a existência de uma complexa interação de predisposições genéticas hereditárias, envolvendo múltiplos genes); complicações obstétricas ou perinatais; problemas no neurodesenvolvimento; nascimento no Inverno; idade paterna superior a 35 anos; infeções do sistema nervoso central ou outros reveses na infância; o consumo de canabinóides, anfetaminas, alucinogénios ou cocaína; género masculino e eventos de vida traumáticos agudos. [82] Contudo, as contribuições precisas destes fatores e as suas formas de interação, ainda não são muito claras.

A esquizofrenia, dada a sua complexidade, é marcada por uma fragmentação a vários níveis e vista como uma perturbação intrigante. [83] Tem, normalmente, o seu início no final da adolescência/início da vida adulta e apresenta uma evolução negativa a longo prazo, sendo que o seu curso pode gerar vários padrões, embora a literatura, nomeadamente o DSM-5, seja consensual em apontar para a existência, quer de sintomas positivos, tais como delírios, alucinações, desorganização do discurso (pelo menos um dos sintomas deverá incluir um destes três previamente mencionados), alteração do comportamento motor ou comportamento catatónico, quer de sintomas negativos, como abulia, anedonia, apatia, isolamento social, embotamento afetivo, alogia, ou, ainda, para uma disfunção social/ocupacional, com uma duração mínima de 6 meses e após exclusão de distúrbio esquizoafetivo e do humor. [84] A

esquizofrenia caracteriza-se também por uma disfunção cognitiva, particularmente nos domínios da atenção, da memória de trabalho e das funções executivas. [85]

A gravidade, a frequência e o polimorfismo da esquizofrenia têm originado, ao longo da história, numerosas teorias que têm tentado explicar a sua fisiopatologia ou a sua génese, por vezes, inclusive, baseando-se em simples factos isolados. Por enquanto, desconhece-se a fisiopatogenia que sustenta a doença e o tratamento existente não é curativo, visando apenas minimizar os sintomas, prevenir recaídas e, desse modo, atrasar ou evitar que se chegue a um estado de deterioração, tentando sempre maximizar o funcionamento do indivíduo. Atualmente, no Ocidente, o tratamento padrão de primeira linha, na esquizofrenia, tende a confinar-se aos fármacos antipsicóticos. A falta de compreensão dos mecanismos através dos quais os fatores etiológicos (genéticos e ambientais) interagem para criar a complexa patobiologia associada à esquizofrenia é a principal razão para a relativa falta de progressos no desenvolvimento de novas farmacoterapias. Toda a medicação antipsicótica atualmente em uso (primeira e segunda geração) é baseada na “hipótese dopaminérgica” (um excesso de dopamina é causador da hiperatividade mesolímbica geradora dos sintomas positivos) e, por isso, compartilham um mecanismo de ação comum, antagonizando a dopamina. [80]

Cerca de 25% dos indivíduos com esquizofrenia são resistentes ao tratamento com medicamentos antipsicóticos. [86] A medicação antipsicótica também se associa a riscos para a saúde como um ganho de peso, hiperglicemia e aparecimento da diabetes, hiperlipidémia, achados anormais no eletrocardiograma (ECG), cardiotoxicidade, sintomas extrapiramidais (parkinsonismo), acatisia, distonia e discinesia tardia. [80] O tratamento farmacológico é geralmente mais bem-sucedido no tratamento de sintomas positivos, mas até um terço dos doentes obtém poucos benefícios e os sintomas negativos são notoriamente difíceis de

controlar e de tratar. A adesão a planos terapêuticos parece constituir um desafio particular na esquizofrenia devido a muitos fatores, incluindo uma visão reduzida ou ausente, por parte dos doentes, acerca da natureza da sua alteração mental. Cerca de metade dos indivíduos com esquizofrenia não adere ao tratamento a curto prazo e a adesão a longo prazo é ainda mais baixa. [87]

## **5. Cultura e esquizofrenia**

Nos últimos 50 anos, a esquizofrenia, como doença, tem sido amplamente estudada em todo o mundo, numa perspetiva transcultural. Entre outros resultados, tem-se constatado que existem diferenças não apenas nos sintomas e na apresentação dos mesmos, mas também no resultado e prognóstico da doença. [88]

No decurso dos anos 60 e 70 do século XX, a OMS conduziu os dois maiores estudos multinacionais transculturais, com a finalidade de estudar a esquizofrenia em diferentes países, nomeadamente o *Internacional Pilot Study of Schizophrenia* [IPSS] [89, 90] e o *Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders* [DOSMeD], [91] que definiram o ponto de referência para a comparação de doenças em diferentes culturas. Existem alguns problemas com estes estudos, designadamente o uso de formas de abordagem ocidentais, que podem não ser aplicáveis entre as várias culturas, colocando problemas de comparabilidade. Para além disto, quando interpretaram os resultados, os autores focaram-se mais nas similaridades encontradas do que na atribuição de qualquer relevo às diferenças. [88]

Remete-se para o ponto 3.1, que incorpora uma referenciação genérica do historial das relações entre a psiquiatria e a cultura, com destaque para o impacto da “nova psiquiatria

transcultural” e da progressiva inclusão de eixos e critérios culturais a partir, sobretudo, do DSM-IV.

Recentemente, sobretudo a partir da década de 80, têm surgido estudos que evidenciam a relação entre a cultura e a esquizofrenia, de que são exemplo: os estudos IPSS [89, 90] e DOSMeD [91] da OMS, que mostraram que o curso, assim como o prognóstico da esquizofrenia são mais favoráveis nos países em desenvolvimento do que nos países desenvolvidos; o estudo inglês, de 1997 a 2000, conhecido pela sigla AESOP (*Aetiology and Ethnicity in Schizophrenia and Other Psychoses*), desenvolvido em três centros: Sudeste de Londres e Bristol, áreas exclusivamente urbanas, e Nottingham, que possuía áreas urbanas, suburbanas e rurais, mostrando diferenças na incidência de esquizofrenia entre os três centros e considerando-as devidas às diferenças étnicas; [92] a investigação de domínio cultural de Fossion et al., envolvendo doentes com sintomas psicóticos, na Bélgica, provenientes de distintas origens culturais e, avaliando a contribuição de fatores psicossociais para o risco de psicose; [93] a publicação de Jenkins e Barret sobre esquizofrenia, cultura e subjetividade, reunindo conhecimentos e teorias no âmbito desta relação; [38] o estudo de Brekke et al., o primeiro estudo com o objetivo de avaliar diferenças transculturais na percepção da emoção em doentes esquizofrênicos; [94] o estudo transcultural de Furnham et al. [95] com o intuito de avaliar as diferenças entre as crenças britânicas (na Inglaterra) e chinesas (na China e Hong Kong) acerca das causas, manifestações comportamentais e tratamentos na esquizofrenia, em estudantes altamente selecionados; a diferenciação transcultural dos sintomas alucinatorios de doentes esquizofrênicos na Índia e nos EUA, de Thomas et al.; [96] o trabalho de Bauer et al., que avaliou a prevalência de alucinações (em doentes diagnosticados com esquizofrenia segundo o DSM-IV) em 7 países diferentes: Áustria, Lituânia, Polónia, Geórgia, Gana,

Nigéria e Paquistão; [97] o trabalho de revisão de Myers, acerca da variabilidade da esquizofrenia entre diferentes culturas [98] e a recente revisão de Kalra, Bhugra e Shah, apontando os aspetos culturais da esquizofrenia; [88]

Apesar da evidência clara de uma base biológica substancial para a esquizofrenia, existe também evidência de que fatores sociais, económicos e políticos têm relevância considerável no que concerne às manifestações clínicas, tratamento e prognóstico da doença. [99]

Kety aponta que, mesmo que se aceite uma maior concordância da esquizofrenia em gémeos monozigóticos do que em gémeos dizigóticos, não se pode concluir que apenas os fatores genéticos sejam os responsáveis pelo aparecimento do quadro de esquizofrenia, já que cerca de 14 a 30% dos casos de esquizofrenia estudados em gémeos monozigóticos afetavam apenas um dos gémeos. Para além disto, gémeos monozigóticos separados alguns anos antes do estudo de Kety, vivendo em diferentes ambientes, mostram um menor grau de concordância do que aqueles não separados, o que sugere a influência de fatores ambientais na instalação da esquizofrenia. [100]

Os fatores “biológicos” parecem improváveis causadores das taxas elevadas de esquizofrenia, ao mesmo tempo que recentes descobertas em psiquiatria social podem estar a começar a lançar luz sobre as possíveis causas. Dados robustos, mais atuais, sugerem que a incidência é, de facto, muito heterogénea, não só entre os diferentes países, mas dentro dos mesmos países, cidades, populações e até nos mesmos bairros. [101]

O ponto importante é que as alterações neurofisiológicas e neuroquímicas da esquizofrenia afetam comportamentos cujos substratos neurológicos são afetados pela cultura. [17]

Estamos conscientes de que a esquizofrenia, como conceito clínico, surgiu num ambiente intelectual europeu e norte-americano. [102] Só por esta razão, já é imprescindível que se aborde a esquizofrenia e todas as suas implicações de um ponto de vista transcultural [38] e, de acordo com a nossa perspectiva, desde uma matriz de investigação e de intervenção marcadamente cultural. É imprescindível empreender o historial das vicissitudes e das tendências nas abordagens da esquizofrenia – uma mescla de historicismo, culturalismo e criticismo.

O que sabemos sobre a cultura e a esquizofrenia no início do século XXI é o seguinte: a cultura é fundamental em quase todos os aspetos da experiência da esquizofrenia: na identificação, na definição e no significado da doença nas fases prodrómica, aguda e residuais; no momento e no tipo de manifestação inicial; na formação de sintomas em termos de conteúdo, forma e constelação; no diagnóstico clínico; nas diferenças de género e étnicas; na experiência pessoal da doença; nas respostas sociais, no apoio e no estigma; e, talvez o mais importante, no curso e no prognóstico da doença, de acordo com a sintomatologia, o trabalho e o funcionamento social. A experiência subjetiva dos indivíduos com esquizofrenia envolve, invariavelmente, a cultura. Uma compreensão abrangente da influência da cultura na esquizofrenia requer estudos longitudinais dos processos pelos quais os contextos culturais e sociais moldam a experiência da psicose em locais particulares e em determinados momentos. [38]

Os conceitos de “cultura” são tão múltiplos e amorfos como a “heterogeneidade assustadora” que permeia os entendimentos da esquizofrenia, [103] daí a necessidade de se dispor de uma definição detalhada e operacional de cultura que seja consistente e permita

apreender a extraordinária variabilidade da ação, ideação e conação humanas, evitando-se as conceções generalistas da mesma como mera invocação retórica ou como plataforma.

Um repertório limitado de três analogias permite que a cultura influencie a esquizofrenia, dando-lhe substância. Estas três analogias incluem: o primitivismo, uma imagem persistente, especialmente na literatura cultural, que vê a esquizofrenia como uma replicação do suposto estado desordenado da sociedade primitiva; [38] a sociedade como doença mental, sendo esta uma variante da analogia generalizada entre a esquizofrenia e o desenvolvimento social, em que a cultura moderna – simbolizada por um ambiente social cada vez mais impessoal, competitivo e administrado – é capaz de induzir esquizofrenia como um resultado inerente à mudança acelerada e à complexidade: a esquizofrenia como uma extrema manifestação de um mal-estar moderno; [103] a arte e loucura como artefactos igualmente estranhos, sugerindo implicitamente que aqueles que têm experiências esquizofrénicas, as “leem” da mesma forma que qualquer indivíduo pode ler um livro ou apreciar uma obra de arte, seja ela visual ou musical, por exemplo. [103] Cada uma destas analogias emprega uma reificação da cultura. Atualmente, a esquizofrenia começa a ser apreendida como estando dentro e fora da cultura. [38]

Por último, e num quadro de ênfase da centralidade da cultura para a psiquiatria, sublinham-se as orientações clínicas sugeridas por Castillo: determinar cuidadosamente a identidade cultural do paciente; admitir que as alucinações e ideias delirantes podem não ser patológicas em algumas culturas; aceitar que uma crença “bizarra” numa cultura pode ser normativa em outra; avaliar os esquemas culturais indígenas que estruturam os sintomas psicóticos; apreender as significações locais de ouvir vozes (ancestrais, divindades); avaliar o ambiente cultural e psicossocial de cada paciente; avaliar as fontes baseadas na cultura de

stress social e ambiental, bem como os suportes sociais que podem ter impacto no funcionamento, deterioração, recuperação e recaída; avaliar os aspetos culturais da relação clínico-cliente; evitar a tendência moderna para ver a esquizofrenia como uma doença cerebral incurável; determinar como os conceitos de psicose e de perturbações psicóticas podem ser projetados para o cliente; considerar a possibilidade de dissociação (transe dissociativo ou identidade dissociativa); admitir que uma presunção de psicose pode contribuir para um diagnóstico errado e comprometer o tratamento e o resultado; negociar a realidade clínica; compreender a necessidade de se chegar a acordo sobre o problema e o tratamento apropriado. [104]

## **5.1 Cultura e incidência/prevalência da esquizofrenia**

A incidência, ou o risco individual de se desenvolver esquizofrenia, parece variar segundo o contexto cultural. [98]

De acordo com os estudos da OMS, IPSS e DOSMeD, a incidência de esquizofrenia encontrada foi de 0,7-1,4 por 10 000 na faixa etária dos 18-44 anos e verificou-se uma taxa de prevalência acumulada de cerca de 1% entre as fronteiras internacionais. [105] As maiores taxas de esquizofrenia relatadas em Washington DC e em Moscovo foram explicadas pela existência de uma definição mais ampla da síndrome nos EUA, permitindo, assim, a inclusão de muitas anomalias leves como fazendo parte do espectro da esquizofrenia e na URSS por se tratar de um diagnóstico político. [88]

No Reino Unido, alguns estudos têm sugerido uma maior prevalência de esquizofrenia em indivíduos afro caribenhos desde há mais de 50 anos. Na década de 1960, Hemsli [106] relatou que a esquizofrenia era 4,5 vezes mais prevalente em afro caribenhos do que em



caucasianos. Estes resultados foram reproduzidos por Dean et al. [107] no sul de Londres. Snowden e Cheung [108] afirmaram que a esquizofrenia tinha sido diagnosticada, de forma consistente, com mais frequência em pessoas negras (56,3%) do que em brancos (31,5%). Estas taxas mais altas foram também refletidas em estudos posteriores por Bhugra et al. [109] e Harrison et al. [110] Um estudo mais recente, no Reino Unido, concluiu que existe uma taxa de esquizofrenia 9 vezes superior entre indivíduos de etnia afro caribenha e um risco quase 6 vezes superior entre indivíduos negros africanos em comparação com indivíduos africanos brancos. [111]

Estes resultados também foram reproduzidos pelo primeiro *National Comorbidity Study*, que evidenciou uma maior prevalência de diagnósticos médicos de psicoses não afetivas em indivíduos não brancos. [112]

Menores taxas de prevalência têm sido notadas em sociedades menos desenvolvidas e as taxas mais elevadas são registadas no norte da América e em certas sociedades europeias. [113]

Nas sociedades em desenvolvimento, a esquizofrenia está muito mais presente sob uma forma aguda, ao contrário do seu curso crónico verificado nas sociedades desenvolvidas ocidentais. Os critérios diagnósticos do DSM-5 limitam os diagnósticos de esquizofrenia a uma presença de sintomas durante, pelo menos, 6 meses, com, pelo menos, 1 mês de sintomas ativos. O ICD-10 não possui este requisito para o diagnóstico de esquizofrenia, considerando uma duração mínima dos sintomas de apenas 1 mês. Ora, como os casos agudos têm menos de 6 meses de duração, não são diagnosticados, pelos critérios DSM-5 e, até mesmo pelo ICD-10, como tratando-se de esquizofrenia. [84, 114]

Warner [115] avançou com um conjunto substancial de evidências que sugerem que a ocorrência e o curso da esquizofrenia são fortemente condicionados pela economia política. O desemprego e a depressão económica ocidentais e o desenvolvimento de modos capitalistas de trabalho assalariado nas sociedades não-ocidentais, parecem levar a um aumento do número de indivíduos manifestando esquizofrenia, com menores taxas de recuperação.

Os dados epidemiológicos indicam que existem diferenças significativas nos distúrbios psiquiátricos transculturalmente. Isto é verdade, mesmo não se considerando as síndromes ligados à cultura (de que são exemplo o *amok*, o *latah*, o *koro*, o *windigo*, o *susto*, o *mal de ojo*, entre outros) bem como as psicoses de transe e possessão. Estes distúrbios, por definição, são encontrados principalmente ou até exclusivamente nas sociedades não-ocidentais. Os dados epidemiológicos, no entanto, não sustentam o argumento relativista cultural radical de que os transtornos mentais são incomparáveis em sociedades muito diferentes. Os principais transtornos mentais são diagnosticados à escala mundial e os estudos são claros neste ponto. [22]

## **5.2 Migração e esquizofrenia**

Os migrantes, quer sejam refugiados ou não, migram frequentemente para locais onde a linguagem, os costumes e a cultura lhes são totalmente desconhecidos. [19] O processo de migração não tem de ser necessariamente transnacional, pode ser apenas rural-urbano. [116] Alguns grupos enfrentam enormes mudanças, como no caso da migração de comunidades rurais para sociedades urbanas tecnologicamente avançadas. Surge, assim o conceito de competência cultural, que consiste na capacidade de o migrante se adaptar efetiva e eficientemente numa cultura a um nível consistente com os seus objetivos e papéis sociais. As

capacidades linguísticas e a consciência das normas culturais do país de acolhimento são necessárias para se alcançar a competência cultural. O processo de migração pode incluir experiências como uma sensação de perda, de deslocamento, alienação e isolamento, que levam a processos de aculturação. Uma série de fatores ambientais, em combinação com grandes níveis de stresse ou, pelo contrário, com uma boa capacidade de lidar com o stresse, vão levar a que pessoa se consiga integrar na nova sociedade ou a que se sinta isolada e alienada. As razões para a migração, a preparação prévia ao ato de migrar e o apoio social interferem com os mecanismos de *coping* do indivíduo. [116] O processo de aculturação a que os grupos migrantes estão sujeitos pode, num ambiente clínico, gerar problemas se um médico e um doente de diferentes culturas assumirem possuir valores em comum quando, de facto, isso não se verifica. Assim sendo, o médico deve ganhar uma compreensão acerca do sistema de valores do doente. [19]

Em muitos países europeus, o conceito “migração” tem um sentido denotativo (literal) e um sentido conotativo (avaliativo). A migração significa viver permanentemente num segundo país, enquanto o sentido conotativo de migração tende para a significação de um processo problemático envolvendo recursos públicos e que potencialmente poderá ser causador de problemas sociais. O primeiro significado de “migração” é psiquiatricamente relevante, já que a imigração pode aumentar a vulnerabilidade ao stresse e conseqüente à psicopatologia. Por outro lado, o segundo significado pode apenas interferir com o desenvolvimento da relação terapêutica e da comunicação com o doente. [117]

A inclusão de uma secção específica sobre incidência da esquizofrenia e migração no *Schizophrenia Research Congress 2002* mostra o crescente interesse na relação entre a esquizofrenia e a migração. Hutchinson e Haasen consideram que existem dois problemas

essenciais na relação entre a doença mental e a migração: um é a necessidade de se reverem as definições categóricas de doença psicótica, talvez para uma nosologia baseada em funcionalidades mais dimensionais e o outro é o impacto dos sistemas de diagnóstico categóricos (categorias ocidentais) no diagnóstico e tratamento dos migrantes. [118]

As questões levantadas pelos problemas psiquiátricos dos migrantes têm tido um impacto significativo sobre a psiquiatria, enquanto fatores de risco sociais como a disfunção e fragmentação familiares e o isolamento social, que têm sido considerados fatores de risco para psicose. [119] Além disto, os trabalhos de Bentall et al. [120] e de Garety et al., [121] na Grã-Bretanha, também resultaram no reconhecimento de que a psicose não é uma mera consequência biológica de disfunção cerebral, mas pode haver processos psicológicos que contribuam para o desenvolvimento de psicopatologia. A sua gênese pode ser atribuída à forma pela qual alguns indivíduos desfavorecidos interpretam a sua experiência.

Uma recente meta-análise de 18 estudos de taxas de incidência (17 da Europa e 1 da Austrália) de esquizofrenia em migrantes durante 1977-2003 revelou um aumento de 3 vezes na incidência de esquizofrenia em comparação com a população não migrante. [122] O risco relativo é especialmente elevado na segunda geração (4,5) em comparação com a primeira geração de migrantes (2,7). [123]

A esquizofrenia é quatro vezes mais comum entre certos grupos de migrantes para a Holanda, comparativamente com a sua prevalência na população nativa, e seis vezes mais comum em afro-caribenhos residentes no Reino Unido. Este aumento de incidência é difícil de explicar, já que os migrantes não parecem ter estado expostos a fatores de risco biológicos conhecidos, como complicações obstétricas. [99]

No Reino Unido, os indivíduos não brancos, particularmente os africanos e caribenhos são particularmente vulneráveis, apresentando um risco elevado de esquizofrenia. Na Holanda, os migrantes caribenhos (a maior deles de etnia indo-caribenha) também mostraram um risco aumentado de esquizofrenia. [118]

Uma migração em larga escala dos países caribenhos (Trinidad, Barbados e Jamaica) para Inglaterra iniciou-se no início dos anos 50, estando praticamente completa em meados dos anos 60. [124] Taxas mais elevadas de esquizofrenia, do que aquelas que seriam esperadas entre os indivíduos afro-caribenhos residentes em Inglaterra, começaram a ser reportadas no início dos anos 60, com uma predominância de sintomas afetivos [106, 125] e consistentemente depois. [107, 126, 127] É necessária uma explicação para esta alta incidência de esquizofrenia entre afro-caribenhos residentes em Inglaterra, em comparação com outra população migrante branca e com a sua população caribenha de origem. Cox, em 1977, resumiu três hipóteses para explicar a alta taxa de doença mental associada à migração: algumas doenças mentais incitam as suas vítimas a migrar (a hipótese da seleção); o processo de migração cria stresse mental, que pode precipitar a doença mental em indivíduos suscetíveis (a hipótese do stresse); existe uma associação não essencial entre migração e outras variáveis, como a idade, a classe e o conflito cultural. [128] Cochrane e Bal, em 1987, apresentaram 4 hipóteses para explicar as taxas mais elevadas de esquizofrenia entre migrantes: 1) os países de onde os migrantes são originários têm já altas taxas de esquizofrenia [129] - hipótese sem evidência real segundo Bhugra [116] - estudos recentes na Jamaica, [130] Trinidad [131] e Barbados [132] demonstraram baixas taxas de esquizofrenia quando comparadas com as taxas verificadas entre os afro-caribenhos no Reino Unido. Se os países de origem dos migrantes apresentassem altas taxas de esquizofrenia, poderia ser

possível explicá-las através de uma base de variabilidade genética, complicações da gravidez ou do parto ou fatores neurológicos, o que não se verificou; [116] 2) os indivíduos mais predispostos à doença mental (especialmente à esquizofrenia) são também aqueles mais predispostos a migrar – esta tendência à mobilidade pode ser entendida como uma inquietude inerente ao pródromo da doença ou pode dever-se à vontade de ficar longe da sua comunidade estigmatizante dos doentes mentais. [129] Apesar desta hipótese parecer atraente, falta uma explicação completa – se esta hipótese fosse, de facto, verdadeira, então as taxas de esquizofrenia seriam mais elevadas na primeira geração de migrantes e teriam depois tendência a diminuir nas gerações subsequentes, o que não se verifica; [116] além disto, as taxas de doença mental não são elevadas em todas as comunidades de migrantes, apenas em algumas; [133] 3) a migração, em si mesma, é um processo causador de stresse que, em indivíduos vulneráveis leva a morbilidade psicológica [129] – este não será o único fator causador de doença mental, uma vez que as taxas de esquizofrenia aumentam apenas cerca de 10 a 12 anos após a migração, sugerindo a conjugação de vários fatores no entretanto como, por exemplo, a sensação de alienação, a aculturação e possivelmente a separação de familiares, que ficaram no país de origem; [116] 4) o aumento da doença mental entre migrantes é devida a um incorreto diagnóstico (não existe, na verdade, um aumento das taxas de doença mental) por parte dos médicos, que não compreendem as diferenças culturais apresentadas pelos migrantes, muitas vezes nem sequer as considerando [129] – argumento espúrio, já que a maioria dos estudos considerando as altas taxas de doença mental, considera a manifestação de sintomas ao invés do diagnóstico estabelecido. [116] Sharpley et al., em 2001, avaliam as hipóteses biológicas, sociais e psicológicas que têm sido propostas na relação entre a migração e o aumento das taxas de esquizofrenia. No domínio da biologia,

apesar de se pensar que a psicose está geralmente sob influência genética, o seu excesso na população afro-caribenha não pode ser exclusivamente explicado em termos genéticos ou pela migração seletiva de indivíduos que mais tarde desenvolverão psicose. A alta frequência de esquizofrenia nos filhos de migrantes de segunda-geração com esquizofrenia implica a operação de fatores ambientais nestes indivíduos oriundos de famílias vulneráveis. [124] As alterações do neurodesenvolvimento resultantes de complicações pré e perinatais associam-se a um risco aumentado de esquizofrenia na idade adulta, [134] mas parecem ser menos comuns em doentes esquizofrénicos afro-caribenhos do que em doentes brancos. O consumo de cannabis é um fator de risco independente para o desenvolvimento de esquizofrenia. A sua implicação na génese das altas taxas de esquizofrenia entre doentes afro-caribenhos não está ainda bem esclarecida mas, sendo um possível fator etiológico, será mais um fator contributário e não um fator major. [124]

No que respeita às hipóteses sociais propostas, os fatores socioculturais têm sido alvo de muita especulação não testada. Mais famílias monoparentais, menos sucesso na escola, altos níveis de desemprego, atitudes racistas, vidas mais solitárias e menos apoio social entre a comunidade afro-caribenha têm sido responsabilizados como contribuições para um limiar inferior de perturbações sociais. No entanto, os teóricos sociais precisam de explicar: porque é que tais fatores são muito comumente associados à doença neurótica na maioria da população e isso não se verifica na população afro-caribenha; e porque é que na população migrante (em Inglaterra) proveniente do sul asiático não existem taxas elevadas de esquizofrenia, já que está sujeita às mesmas tensões sociais e discriminações que a população afro-caribenha. [124] Existem algumas hipóteses para explicar este facto. Uma delas, formulada por Nettleford, em 1972, defende que alguns grupos de migrantes oriundos do sul da Ásia podem encontrar

proteção contra estes fatores nas suas práticas culturais, religiosas e no seio de uma família unida. Em comparação, considera que os afro-caribenhos provêm de um fundo cultural e religioso mais fragmentado. [135] No entanto, se esta teoria fosse correta, seria de prever que, como os sul-asiáticos vão assimilando a cultura britânica e perdendo as suas práticas religiosas e culturais distintas, deveriam surgir incidências mais elevadas de psicose na segunda e terceira gerações de imigrantes. Não existe nenhuma evidência para este facto. [124]

Relativamente às hipóteses psicológicas sugeridas, Sharpley et al. consideram que alguns doentes psicóticos afro-caribenhos percebem alguns eventos de vida adversos como parte de um padrão contínuo de adversidades dirigidas a si, devido à sua etnia. Estes doentes parecem ter um risco de desenvolver este estilo particular de atribuição, já que a sua experiência de desvantagem social e de discriminação social no Reino Unido leva: a uma necessidade de questionar a sua auto percepção e identidade e a mais ameaças na sua vida social quotidiana. O facto de os sintomas afetivos serem mais frequentemente encontrados entre doentes afro-caribenhos do que em doentes brancos é compatível com a ideia de que tais atribuições paranoicas são empregues como uma defesa contra a depressão e uma autoavaliação negativa. [124]

Em 2004, Bhugra acrescenta uma outra hipótese às previamente consideradas por Cochrane e Bal: [129] os efeitos da densidade étnica, isto é, se os migrantes viverem rodeados de um grande número de elementos pertencentes à sua comunidade, encontram-se mais protegidos de morbilidades psiquiátricas. Embora isto só tenha sido comprovado num estudo, este mostrou que taxas iguais comparáveis de esquizofrenia entre asiáticos e brancos podem ser explicadas pelo facto de um grande número de asiáticos viver nas áreas estudadas, onde



viviam os indivíduos brancos – a população de asiáticos, em algumas zonas, pode chegar aos 50%. Boydell et al. relataram que a baixa de densidade étnica de indivíduos negros numa zona pode contribuir para o aumento das taxas da esquizofrenia entre estes indivíduos. [136]

Desigualdades sociais, fragmentação familiar e urbanicidade parecem ser as principais hipóteses propostas para este aumento do risco verificado, embora, nos países com grande número de refugiados, o stresse do processo migratório também possa estar implicado. Tudo isto pode interagir com uma pré-existente vulnerabilidade genética ou com um historial de abuso de substâncias. [118]

Os resultados de um estudo cultural de Fossion et al., envolvendo, na Bélgica, migrantes psicóticos de origem marroquina e doentes psicóticos autóctones belgas, revelam que o desemprego (enquanto fator de stresse psicossocial) é um fator contributivo para o aumento do risco de psicose entre grupos de migrantes. [93]

Uma meta-análise recente encontrou um aumento consistente do risco de esquizofrenia em praticamente todos os grupos de migrantes analisados, sugerindo que o contexto social tem um papel importante na variabilidade dos distúrbios psicóticos entre as populações. [137]

Um estudo de Smith et al., com o intuito de avaliar se, há 100 anos atrás, a tendência do aumento da esquizofrenia em grupos de migrantes já se verificava, revelou, a partir de uma revisão detalhada de arquivos de 807 doentes internados entre 1902 e 1913 com o diagnóstico de esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno esquizoafetivo ou psicose não especificada, segundo o DSM-IV, que a migração da Grã-Bretanha ou da Europa continental para o Canadá, no início do século XX, se associou a um aumento da taxa de esquizofrenia. Ao longo do tempo, a incidência foi aumentado entre migrantes, mas não na população nativa. Este aumento ocorreu durante um período de recessão económica (aumento do stresse

social). Assim, foi possível concluir que a migração era um fator de risco para a esquizofrenia há um século atrás, tal como o é hoje. [138]

Porquê o aumento da doença mental em migrantes na Europa?

Na Austrália e nos Estados Unidos, onde também ocorrem migrações em grande escala, existe alguma ambiguidade acerca do nível de sofrimento psiquiátrico dos migrantes. McGrath et al. [139] relataram que, numa cidade australiana, o nascimento em zona urbana e o estatuto de migrante não constituíam fatores de risco para doença mental. Nos EUA, foram reportadas diferenças étnicas na sintomatologia e diferenças raciais no diagnóstico de psicose. No entanto, dada a presença de grandes comunidades de migrantes, onde os novos migrantes se podem instalar, não foi identificado um risco aumentado de psicose entre este grupo. [140, 141] Na presença deste facto pode supor-se que, ao contrário do verificado na Europa, não há um aumento evidente de psicose entre os migrantes nos Estados Unidos. Talvez isto possa dever-se à natureza migrante essencial destas sociedades, quando comparadas com os países europeus tradicionais. [118] Também se conclui que quanto mais pequeno for o grupo migrante, maior é o risco de incidência de esquizofrenia, sendo este um achado que leva mais a explicações psicossociais do que a explicações biológicas. Há ainda dados que sugerem que um elevado capital social está associado a boa saúde mental. Esta ideia é consistente com a ideia de que o risco de incidência aumentado de psicose em migrantes, pelo menos em parte, pode estar relacionado com um reduzido capital social em grupos migrantes mais pequenos. [99]

Os migrantes que constituem pequenas minorias étnicas no país para onde se mudam, têm maior incidência de esquizofrenia, com o maior risco relativo encontrado entre migrantes de pele escura que se instalam em países onde predomina a pele clara. O aumento do risco,

verificado numa meta-análise realizada em migrantes de segunda geração, reforça o argumento de que o contexto social, ao invés de eventos de pré-migração, efeitos da própria migração ou viés de diagnóstico, pode explicar completamente estes resultados. Viés e erros de diagnóstico, urbanidade (viver numa cidade, em oposição a um cenário rural), migração, nível socioeconómico, eventos adversos ao longo da vida e desvantagem social cumulativa, podem desempenhar um papel importante na forma como o contexto cultural impõe um “risco” sobre os indivíduos, ao longo do tempo. Uma potencial deficiência de vitamina D entre os migrantes de pele escura para climas do norte e a sua possível relação com sintomatologia psicótica é também um tema passível de discussão. [98]

### **5.3 Cultura e percepção/diagnóstico da esquizofrenia**

Existem evidências recentes de que os processos perceptivos são influenciados pela cultura. Os ocidentais tendem a adotar processos perceptuais analíticos e independentes do meio envolvente, focando-se num objeto saliente independentemente do seu contexto, ao passo que, por exemplo, os asiáticos revelam processos perceptuais holísticos e dependentes do contexto, dando relevância à relação existente entre o objeto e a envolvência em que este se encontra. Sugere-se que a percepção não deve continuar a ser encarada como um conjunto de processos universais comuns a todas as pessoas. Existem ainda diferenças culturais na forma como os estímulos são comparados no processo de categorização. [142]

Os primeiros resultados de estudos de neuro-imagem sugerem que pode haver diferenças culturais, mesmo no modo como as regiões do cérebro estão envolvidas no processamento da percepção, apontando para a existência de substratos neurais, da cognição humana, sensíveis à cultura. [143]

Tem sido demonstrado que a percepção e a memória do comportamento social quotidiano também dependem da cultura. [144]

Na vida diária, as pessoas estão constantemente expostas a práticas e ambientes culturais particulares, que encorajam padrões culturalmente específicos de atenção. Em circunstâncias normais, estas práticas e ambientes contribuem para os padrões de percepção característicos de uma determinada cultura. Mas com a mudança de ambiente, é expectável que se produza uma mudança, pelo menos temporária, nos padrões de percepção. Um dos pressupostos básicos acerca da cognição e percepção humanas, assenta no facto de que a máquina de processamento de informação é fixa e universal. No entanto, a evidência analisada sugere que os processos cognitivos e de percepção são construídos, em parte, através da participação em práticas culturais. O ambiente cultural, tanto social como físico, forma os processos perceptivos. [142]

Os psiquiatras fazem julgamentos diários. No entanto, é um tipo mais fundamental de julgamento que precede a tarefa de escolher um diagnóstico clínico: um julgamento referente à anormalidade ou não das experiências e crenças professadas pelo doente. A situação é ainda mais complicada quando um médico encontra um doente proveniente de uma cultura estranha, como aquelas em que os espíritos, bem como familiares falecidos, podem comunicar com os indivíduos. Como pode um psiquiatra conferir sentido a estes fenómenos, especialmente quando a sua tradição clínica científica não possui os recursos necessários para compreender tais experiências noutros termos que não o da anormalidade? [44]

A cultura também pode influenciar os juízos diagnósticos. Por exemplo, um estudo de Bhui e Tsangarides, de 2008, revela que a concordância de diagnósticos de esquizofrenia

paranoide é maior em doentes de origem hispânica, ao passo que, em doentes afroamericanos, existe um sobrediagnóstico de esquizofrenia paranoide. [145]

As taxas desproporcionais de diagnósticos de esquizofrenia, em populações de minorias étnicas, segundo se afirma, podem ser explicadas por normas culturais que promovem a comunicação errônea ou o diagnóstico de experiências psicóticas em grupos étnicos minoritários. [98] Zandi et al., recentemente, questionaram o papel do viés clínico no aumento das taxas de psicose entre os marroquinos imigrantes na Holanda. Usando uma ferramenta “mais sensível” e “culturalmente adaptada”, Zandi et al. avaliaram os sintomas de distúrbio psicótico “ocidental”, tais como ouvir vozes, ver coisas ou pessoas mortas, como “não significativamente presentes” se essas experiências não interferissem negativamente com o funcionamento do doente. Em vez disso, segundo os autores, essa sintomatologia era atribuída a um estado dissociativo de posse, comum na cultura marroquina e que tem sido amplamente mal interpretado por psiquiatras ocidentais como sendo uma experiência psicótica. Alterando a ferramenta de diagnóstico, as diferenças estatísticas no que concerne ao risco de desenvolvimento de esquizofrenia entre imigrantes marroquinos e nativos holandeses desapareceu. Entre os doentes latinos, segundo Zandi et al., os sintomas psicóticos podem ser mais bem interpretados como formas culturalmente aceitáveis de sinalizar uma “vulnerabilidade interpessoal” em indivíduos cujos sintomas psicóticos estão tipicamente associados ao divórcio e à exposição a eventos psicossociais stressantes. [146]

Metzl e Zandi et al. sugerem que o aumento das taxas de esquizofrenia nas minorias étnicas, por vezes, poderá refletir erros na interpretação ou diagnóstico de experiências psicóticas, ao invés de variação na expressão verdadeira da doença. [146, 147]

Os médicos devem procurar tomar consciência da relevância cultural de sintomas aparentemente psicóticos em vários grupos étnicos, que podem levar a um diagnóstico impreciso de distúrbio psicótico, com base em informações insuficientes. Os sintomas psicóticos, enquanto clinicamente significativos, podem ser manifestações de reações culturalmente aceitáveis à exposição a eventos de vida traumáticos/stressantes, à dissociação e à ansiedade. [148] Os médicos devem contextualizar os diagnósticos, orientando-os para os próprios entendimentos culturais do doente acerca da sua sintomatologia e dos significados que os seus sintomas têm para aquele doente em particular. [149] Contudo, neste momento, não existe nenhuma evidência conclusiva que sugira que as todas as taxas elevadas de incidência de esquizofrenia sejam apenas função de erros de diagnóstico generalizados ou viés clínico. [98]

A própria noção de confiabilidade no diagnóstico interclínico negligencia o facto de que os aspetos culturais e sociais moldam, de forma diferente, a avaliação diagnóstica que cada médico faz. O diagnóstico é um ato de dupla interpretação - o médico interpreta a interpretação que o doente faz da sua doença através de uma hermenêutica de sintomas. [150] As interpretações podem variar conforme as narrativas dos doentes mudem no tempo ou na audiência. [151] As interpretações podem também variar com base nas experiências pessoais do médico, orientações profissionais e exigências institucionais. [150]

Reconhecendo que a cultura envolve todos os aspetos do diagnóstico e do tratamento, o *National Institute of Mental Health Workgroup on Culture and Diagnosis* criou o *Outline for Cultural Formulation* (OCF) para ser incluído no DSM-IV, com o objetivo de corrigir o foco desproporcionado, por parte do médico, no controlo da doença, em detrimento do foco no doente e na sua experiência da doença. [152]

No entanto, foram identificados alguns problemas na implementação do OCF. O OCF, no DSM-IV, listava os tópicos de ciências sociais clinicamente relevantes, mas não abordava questões operacionais, não explicava teorias culturais nem fornecia instruções claras. Isto levou, conseqüentemente, ao surgimento de múltiplas *guidelines* que podem ter confundido os psiquiatras. [153]

O consórcio internacional de especialistas em saúde mental transcultural, convocado pelo *Cultural Issues Subgroup* do DSM-5, conduziu, entre 2010 e 2011, revisões da literatura para atualizar o OCF em *Cultural Formulation Interview* (CFI), com questões tangíveis, explicações e instruções para os médicos. O CFI marca uma clara colaboração entre psiquiatras culturais e antropólogos. Agora, a comunidade médica, e não apenas os profissionais especializados nas questões culturais, possuem uma ferramenta que lhes permite obter os significados que os doentes atribuem à doença. [154]

As questões do CFI assentam em teorias com extensa genealogia em antropologia médica: expressões idiomáticas de angústia/preocupação, modelos explicativos de doença, redes sociais, fatores de stresse psicológico e respetivo apoio, procura de ajuda e estratégias de *coping*, identidade cultural, estigmas e preconceitos que afetam a relação médico-doente. [84]

O CFI é um passo positivo que responde aos apelos para uma antropologia médica crítica aplicada que humaniza as relações médico-doente através da sua capacidade de representar as origens sociais do sofrimento mental. [155] Pode também inverter a tendência para o reducionismo biomédico, existente na psiquiatria. [156]

O CFI oferece as direções para futuras investigações na psiquiatria cultural e na antropologia médica. Retornando à confiabilidade do diagnóstico interclínico, estudos

etnográficos que empregam diferentes médicos, usando a mesma entrevista CFI com um único doente, podem elucidar acerca da forma como os médicos interpretam os sintomas de modo diferente entre si e como a cultura molda a comunicação entre doentes e médicos, com diferentes identidades. O CFI, usado com vários doentes cujo diagnóstico é o mesmo, pode iluminar os determinantes sociais e culturais comuns da doença. Contudo, os efeitos do CFI no prognóstico do doente, incluindo a satisfação com o tratamento, a melhora dos sintomas e a qualidade de vida, permanecem indeterminados. O CFI constitui um passo positivo para os psiquiatras culturais e antropologistas médicos poderem maximizar a validade e a confiança na classificação psiquiátrica, a nível transcultural. No entanto, há ainda muito mais trabalho para ser feito. [154]

#### **5.4 Cultura e sintomas da esquizofrenia**

Embora a esquizofrenia seja universalmente omnipresente, as suas manifestações não são uniformes entre as culturas. A cultura desempenha um papel importante na apresentação do sofrimento e da doença [157] e isto, por sua vez, afeta as manifestações do distúrbio. [158] O conteúdo e a gravidade dos sintomas psicóticos são influenciados por fatores culturais. [18, 39]

Uma notável variação transcultural na frequência dos sintomas de primeira linha de Schneider (1959) tem sido observada em doentes com esquizofrenia, [159] variando de 76% numa amostra de doentes em Londres [160] para 25% em doentes incluídos num estudo no Sri Lanka. [161] Na literatura, são invocadas algumas explicações para estas diferenças. Uma das explicações considera que possivelmente as práticas de diagnóstico sejam diferentes em diferentes cenários. Outra das explicações proposta concentra-se em possíveis diferenças na



própria doença. Propõe-se que a esquizofrenia varia culturalmente, na sua natureza fundamental ou na sua expressão sintomática. Uma terceira explicação analisa o grau de ajuste entre a cultura e a esquizofrenia, propondo, por exemplo, que os sintomas de primeira linha sejam mais frequentemente relatados no ocidente do que nas comunidades não-ocidentais porque, embora a experiência destes sintomas seja considerada bizarra no ocidente, pode ser normativa em contextos não ocidentais. [161]

Os sintomas positivos da esquizofrenia podem variar transculturalmente. Num estudo de 1080 doentes, de 7 países, que cumpriam os critérios do DSM-IV para esquizofrenia, a taxa de prevalência mais elevada, num ano, de alucinações auditivas e visuais foi identificada entre os participantes oriundos da África Ocidental (90,8% no Gana, 85,4% na Nigéria, 53,9% no Gana e 50,8% na Nigéria, respetivamente). A taxa de prevalência mais baixa, num ano, de alucinações auditivas verificou-se na Áustria (66,9%) e de alucinações visuais no Paquistão (3,9%). [97] As alucinações e os delírios podem, ainda, até variar regionalmente dentro de um mesmo país, sugerindo que os efeitos culturais não são necessariamente delineados por fronteiras geopolíticas. [162]

A cultura pode influenciar o conteúdo dos sintomas, por exemplo, as vozes ouvidas por um doente, o conteúdo dos delírios e até mesmo a natureza dos delírios (religiosos, científicos ou paranoides). [163] A título de exemplo, nos afro caribenhos, os delírios são mais frequentemente de origem religiosa e paranoides, [164] enquanto nos austríacos e nos paquistaneses os delírios persecutórios são os mais frequentes. Nos austríacos são mais frequentes os delírios de grandeza, de culpa e os delírios religiosos. [165]

As expectativas culturais moldam a forma como as pessoas prestam atenção à sua experiência sensorial, sendo que estes diferentes padrões de atenção podem ser responsáveis

por diferentes experiências das alucinações. Por conseguinte, admite-se que a cultura molda as alucinações, sejam patológicas ou não patológicas, em todas as dimensões do fenómeno: na identificação, na experiência, no conteúdo, na frequência, no significado, no sofrimento que provocam e na forma como os outros respondem. [166]

Existem numerosos estudos ilustrativos das variações transculturais das alucinações. As primeiras pesquisas transculturais acerca da frequência dos diferentes tipos de alucinações foram realizadas por Murphy et al. (1963). Estes autores mostraram que existe uma diferença na prevalência dos vários tipos de alucinações nas mais variadas culturas. [167] Um estudo de Thomas et al., comparando alucinações em doentes com o diagnóstico clínico, segundo o DSM-IV de esquizofrenia, na Índia e nos Estados Unidos e excluindo os efeitos dos fármacos tomados pelos doentes. Na amostra indiana, a prevalência dos vários tipos de alucinações foi maior nos doentes classificados como tendo continuamente sintomas positivos em comparação com os doentes que tinham tanto sintomas positivos como negativos. Em contraste, na amostra americana foi maior a prevalência de alucinações visuais nos doentes com uma alternância de sintomas positivos e negativos. Estas diferenças sugerem que não existe uma correlação consistente de padrões de sintomas entre diferentes culturas. Esta análise sugeriu, ainda, um impacto significativo dos fatores ambientais não partilhados na génese das alucinações, com diferenças sintomáticas verificadas entre pares de irmãos com a doença. O estudo concluiu que os fatores associados às alucinações variam entre diferentes ambientes. [96] Outra análise, mais recente, com o intuito de avaliar a prevalência de alucinações (em doentes diagnosticados com esquizofrenia segundo o DSM-IV) em 7 países diferentes (Áustria, Lituânia, Polónia, Geórgia, Gana, Nigéria e Paquistão), provou que a cultura tem um impacto decisivo na prevalência dos vários tipos de experiências alucinatórias.

Sugere-se a hipótese de que a variabilidade na prevalência de alucinações visuais em é o resultado de diferenças culturais no processamento perceptual e de atenção entre americanos e europeus (ocidentais) e indivíduos do leste asiático. [142]

A cultura pode também interagir com os sintomas negativos da esquizofrenia. Noutro estudo de acompanhamento em 20 anos, realizado nos Estados Unidos, em Chicago, com participantes satisfazendo os critérios para esquizofrenia com sintomas negativos primários ou idiopáticos prolongados (*deficit-schizophrenia*) ou para esquizofrenia com sintomas negativos com uma duração superior a um ano, apenas 13% dos primeiros mostrou uma recuperação global num período de um ano ou mais, em comparação com 63% dos doentes com esquizofrenia não-deficitária. [148] Outro estudo recente mostrou que os doentes suecos com esquizofrenia vivem mais frequentemente de forma independente e por períodos mais longos de tempos do que os seus homólogos em Nova Iorque, porque o seu processo de obtenção e manutenção da habitação é cognitivamente menos exigente. [168]

Num estudo, verificou-se que os povos turcos e marroquinos apresentam uma predominância de sintomas de índole afetiva, sendo que os marroquinos apresentam mais sintomas negativos. [169] Barrett dá outro exemplo, acrescentando que a sensação de fragmentação do eu que está tão associada à esquizofrenia no ocidente, pode ter ganho tal relevo devido à concetualização ocidental de pessoa como um ser individual e delimitado. Os doentes ocidentais referem, muitas vezes, uma sensação de fragmentação da sua personalidade. Este aspeto da esquizofrenia parece ser muito menos central na experiência da doença na China e em outras sociedades não ocidentais. [38]

Vistos em conjunto, estes resultados de diferenças na prevalência e no conteúdo dos sintomas, levantam questões interessantes. Por exemplo, a capacidade de recuperação dos

efeitos dos sintomas da esquizofrenia depende, em parte, do quão cognitivamente desafiante uma cultura possa ser e do nível de défices neurocognitivos que um indivíduo possui? As novas tecnologias podem ajudar-nos a revisitar esta velha questão de novas formas. [98]

Segundo Kleinman, o comportamento da doença é sempre fortemente moldado pela cultura, mesmo quando os processos inerentes à doença podem ser diagnosticados através de uma nosologia internacional. [26]

## **5.5 Cultura e causas da esquizofrenia**

Kleinman, em 1988, considerava que na rede causal dos distúrbios psiquiátricos, nomeadamente da esquizofrenia, havia algo mais envolvido do que mudanças nos neurotransmissores e na atividade endócrina. Segundo o autor, a investigação epidemiológica (e os estudos transculturais) aponta para outros fatores: contributos sociais para a vulnerabilidade face à doença mental, tal como eventos da vida percebidos como stressantes; suportes sociais (avaliados como) inadequados; origens sociais do desamparo e do sentido negativo do eu; respostas familiares emocionais hostis, negativas e sobre envolvidas aos membros esquizofrénicos foram reconhecidas como preditores válidos de recidiva e de um pior curso da doença; desemprego, pobreza e impotência continuam a evidenciar uma associação estatística com elevados níveis de doenças mentais. [26]

Já antes, em 1973, Salzinger afirmava que “ as teorias no âmbito da esquizofrenia podem ser divididas em dois tipos, biológico e ambiental, embora nenhuma teoria lide exclusivamente com um só tipo”. Este autor atentava que não era através da quantidade de serotonina no cérebro que reconhecíamos uma pessoa peculiar ou psicótica ou mesmo esquizofrénica, mas antes através da observação do comportamento social do indivíduo, isto

é, da forma como interage com outras pessoas, considerando estudos intensivos das famílias com jovens esquizofrênicos, que revelavam problemas comunicacionais com a estrutura social. [170]

Atualmente, existem, pelo menos, 4 modelos explicativos bem identificados para a causalidade da esquizofrenia: biológico, psicológico, social e sobrenatural. Há estudos que indicam, consistentemente, que os povos com origem europeia, comparativamente com os povos descendentes de não-europeus, tendem a preferir explicações biológicas e psicológicas, enquanto que, por sua vez, os povos de origem não-europeia se inclinam mais para a crença em explicações de índole social e sobrenatural. As explicações sobrenaturais variam desde o olho do diabo, a feitiços e causas espirituais, e, embora não seja inédito no Ocidente, formam parte da epistemologia de muitas culturas não ocidentais, na medida em que são situações frequentes e incluídas nos parâmetros da normalidade considerados por essas culturas, sendo que, nessas sociedades, a profissão médica adota essas possíveis causas como parte do diagnóstico diferencial, de forma completamente natural.

Um dos perigos do psiquiatra ocidental é sucumbir à crença de que as perspectivas sobrenaturais são as de um povo atrasado e menos inteligente, que não tem a capacidade de abordar o mundo como ele realmente é. [117]

Alguns autores colocam a hipótese de que, nos vários contextos culturais, as interações entre a vulnerabilidade génica e os múltiplos fatores de risco definidos por determinadas condições sociais e ambientais ao longo de toda a vida - incluindo, mas não apenas, a discriminação - podem culminar em sintomas psicóticos, com a combinação das interações gene-ambiente e os seus efeitos epigenéticos (ou alteração da expressão génica durante a vida de um indivíduo) e psicológicos, sendo mais potente do que a influência dos genes ou do

ambiente isolados. [171] Por exemplo, um estudo descobriu que alguns aspectos do funcionamento neurocognitivo em famílias afroamericanas eram geneticamente herdados e estavam associados ao desenvolvimento de esquizofrenia. [172] Características cognitivas provavelmente hereditárias associadas à esquizofrenia, em combinação com contextos culturais desafiadores enfrentados pelos afroamericanos - e as alterações epigenéticas que podem sofrer ao longo de toda a sua vida- explicam alguns dos erros de diagnóstico reportados nesta população. [147]

Têm sido apontados, na literatura, alguns possíveis fatores causais da esquizofrenia, como a densidade étnica, o estatuto socioeconômico, a urbanicidade, eventos de vida adversos e a desvantagem social cumulativa, bem como dois possíveis aspectos biológicos contributivos: a deficiência de vitamina D e as alterações a nível dos mecanismos epigenéticos, para além dos fatores de risco biológicos já estabelecidos (reмето para o ponto 4). [98, 173]

Viver em áreas de baixa “densidade étnica” parece aumentar o risco individual de desenvolver esquizofrenia. Por exemplo, um estudo recente no Reino Unido concluiu que quando os indivíduos de raça negra constituem apenas 25% da população em que estão inseridos, o risco relativo de desenvolverem esquizofrenia aumenta cerca de três vezes. Este risco torna-se estatisticamente insignificante se a população composta por 25% ou mais de indivíduos de raça negra. [174] Os imigrantes mexicanos nos Estados Unidos também reportaram um aumento de sintomas psicóticos à medida que se foram tornando mais aculturados aos costumes do país estrangeiro (ex.: deixarem de falar espanhol) e mais isolados das suas comunidades étnicas. [175] Estes estudos indicam que há um aumento do risco associado à vida num contexto cultural em que o indivíduo se sinta isolado ou diferente da

maioria da população. Em 18 de 20 estudos numa revisão sistemática (todos conduzidos em países ocidentais), a urbanidade também aumentou o risco individual de psicose. [176]

Crianças, na Suécia, sem risco biológico de psicose e que foram adotadas por famílias em desvantagem socioeconómica (ex.: pais desempregados, pai/mãe solteiros) evidenciaram um aumento do risco de desenvolvimento de psicose e aqueles que apresentavam já alguma predisposição genética e a situação de desvantagem socioeconómica na infância, mostravam um risco substancialmente já maior. [177] As dívidas também se associam a um aumento do risco de esquizofrenia, especialmente nos homens. [178]

Um aumento do risco de distúrbios de ordem psicótica tem sido associado a eventos adversos ao longo da vida e a desvantagem social. Nas zonas urbanas da Tanzânia, investigadores descobriram recentemente que experienciar dois ou mais eventos de vida stressantes no último ano, levava os indivíduos a terem um risco aumentado de esquizofrenia. [179] O abuso físico na infância, em mulheres britânicas, tornou-as duas vezes mais predispostas a apresentarem sintomas psicóticos (com menor efeito para o abuso sexual). [180] Os eventos causadores de stresse têm sido associados a um aumento de 1,5 do risco de esquizofrenia. [105]

Taxas aumentadas de psicose foram encontradas em migrantes de pele negra, com maiores necessidades de vitamina D devido à sua melanodermia, que processam a vitamina D de forma menos eficiente devido ao fraco sol que se verifica nas latitudes nórdicas, podem refletir uma associação entre a deficiência de vitamina D e sintomas psicóticos. [173] McGrath foi o primeiro a sugerir um possível papel da vitamina D na esquizofrenia. [181] Um estudo recente, conduzido na Dinamarca, associou tanto os níveis baixos como os níveis altos de vitamina D neonatal com o risco aumentado de desenvolvimento de esquizofrenia mais tarde. Com base nos seus dados, os autores previram que a otimização dos níveis de vitamina

D em mulheres grávidas previne até 44% de todos os casos de esquizofrenia na Dinamarca. [182] No entanto, este estudo representa um efeito in útero e pode não traduzir a situação dos indivíduos de pele negra que migram para zonas nórdicas, uma vez que alguns fatores culturais também desempenham um provável e importante papel. [98] Para além disto, o aumento da taxa de psicose observada em migrantes é encontrado não só nos migrantes melanodérmicos, mas também nos migrantes leucodérmicos, para os quais o aumento do risco é estimado em 2,3 e 2,2, respetivamente. [122] Assim, a partir deste facto, surgiu a formulação da hipótese da existência de mecanismos epigenéticos reguladores com influência no desenvolvimento de esquizofrenia. Esta hipótese afirma que a psicose resulta de alterações na expressão genética causadas por mudanças na dieta e/ou pelo stresse social, como aquele que se verifica em processos migratórios ou noutros acontecimentos de vida. O papel da homocisteína e do complexo da vitamina B, especialmente do ácido fólico, nestas alterações de transcrição do DNA, varia de acordo com o polimorfismo do gene metilenotetrahidrofolato redutase, pelo que alguns genótipos se associam a um risco aumentado de desenvolvimento de esquizofrenia. Para que se testem estas hipóteses, os estudos epidemiológicos de psicose e sua relação com o stresse psicossocial (ou estudos de migração) devem incluir medidas objetivas da cor da pele, que parece ser um fator de risco mais importante do que a etnia. Devem medir o nível de vitamina D, de homocisteína e o estado do complexo da vitamina B, bem como avaliar os polimorfismos dos recetores de vitamina D e do gene metilenotetrahidrofolatoredutase. [173]

## **5.6 Cultura e emoções na esquizofrenia**

Para além das relações corpo/mente/ambiente, também as emoções, enquanto símbolos primários do nosso bem-estar ou de um estado de doença, são um bom marcador no



que concerne à comparação entre diferentes concepções culturais de distúrbio mental. Na visão dicotômica ocidental de pessoa e ambiente e de processos mentais e físicos, as emoções tendem a ser vistas com processos puramente psicológicos, que interagem apenas com outros processos psicológicos como os pensamentos e as percepções. Deste modo, os distúrbios emocionais são frequentemente diagnosticados e tratados como se de um sistema fechado se tratassem. A própria metáfora hidráulica freudiana, que vê a emoção como uma força profunda e insurgente, de dentro do indivíduo, expressa uma conceitualização da emoção que a considera, basicamente, como algo intrapsíquico na sua natureza. Em contraste com esta teoria ocidental, muitos trabalhos implicando culturas asiáticas e do pacífico, consideram que, nestas sociedades, as emoções são integradas em relações interpessoais, bem como em processos somáticos e, desta forma, os distúrbios de índole emocional são explicados de forma mais relacional ou “sociocêntrica” (tomando como emprestado o termo de Shweder e Bourne), do que em explicações ocidentais comparáveis. As fronteiras estreitas do conceito ocidental de pessoa estão associadas com a percepção do comportamento emanando do indivíduo, visto como um ator social autónomo e como o principal *locus* de pensamento, sentimento, motivação e ação. De forma similar, as fronteiras permeáveis do indivíduo “sociocêntrico” estão associadas à crença de que o comportamento é função de relações eu-outros, entre atores sociais interdependentes. Em muitas sociedades não ocidentais, particularmente em comunidades de pequena escala ou rurais, a doença mental é muitas vezes considerada, essencialmente, um evento social, que envolve intimamente a família, os amigos e a comunidade do doente. [183]

A forma como o sofrimento é expresso pode variar consideravelmente entre culturas, de modo que a sintomatologia típica numa psicose, no Ocidente, pode ser indicativa de outra

perturbação mental ou até pode mesmo nem ter significância clínica, quando noutra cultura. A avaliação clínica da expressão afetiva é geralmente feita como se a norma culturalmente sancionada fosse universalmente aplicável, na medida em que uma expressão normativa pode ser interpretada como um sintoma. [117]

Apesar da aparente universalidade de algumas emoções básicas, [184] a cultura influencia e molda as experiências e expressões emocionais mais complexas. [185] Por exemplo, Mandal et al. [186] observaram que participantes indianos saudáveis julgaram expressões faciais de medo e fúria como sendo mais desagradáveis do que os indivíduos oriundos da América do Norte, independentemente da identidade étnica do estímulo facial (americana ou indiana). Assim sendo, a cultura e o ambiente podem contribuir para a sintomatologia dos distúrbios de ordem psiquiátrica, através da sua influência no prognóstico ou no grau de sofrimento. [187]

Ora, o comprometimento do funcionamento emocional é fundamental na esquizofrenia. Descrições precoces deram ênfase ao afeto inapropriado e embutido [188] e à falta de relações. [189] O aumento da apreciação dos sintomas negativos levou a que se realizassem estudos acerca do processamento de emoções, sendo que a maioria incidiu no estudo da percepção das emoções.

A percepção da emoção é uma construção emergente na esquizofrenia e envolve o reconhecimento e a identificação exata da emoção na expressão facial e vocal dos outros. Tem sido implicada como importante para instrumentalizar o funcionamento na esquizofrenia, assim como um potencial marcador para a doença. [190]

Um estudo transcultural recente, de 2005, com o objetivo de avaliar diferenças transculturais na percepção da emoção em doentes esquizofrénicos foi realizado por Brekke et

al. Este estudo incluiu indivíduos com o diagnóstico de esquizofrenia ou de distúrbio esquizoafetivo: caucasianos euro-americanos, afro-americanos e latinos. Foram avaliadas a neurocognição e a percepção da emoção, através de tarefas de reconhecimento facial e vocal. Tanto os latinos como os afro-americanos obtiveram menores pontuações na capacidade de percepção de emoções em comparação com os caucasianos. As diferenças mantiveram-se significativas mesmo após o controlo da neurocognição e do nível global de sintomas. Isto sugere que as diferenças interétnicas não podem ser explicadas pela influência de sintomas e que os mecanismos etnoculturais que influenciam a percepção da emoção transcendem a variação partilhada da percepção da emoção e da neurocognição. Os resultados sugerem que a percepção da emoção na esquizofrenia é influenciada pela etnia e pela cultura. [94]

Uma série de fatores culturais têm surgido no estudo da emoção humana. Em estudos recentes, foi provado que a emoção expressada [191] e o reconhecimento da emoção [192] variam entre diferentes culturas.

Existem duas teorias relevantes na percepção da emoção: a *Other Race Bias* [193] e a *Dialect Theory* [194]. A primeira teoria sugere que os rostos próprios de cada raça são mais bem lembrados e discriminados do que os rostos de outras raças. Assim, esta teoria é mais relevante para o fenómeno visual da percepção da emoção. A *Dialect Theory* é mais geral, uma vez que é importante nas modalidades visual, não-verbal e verbal da percepção da emoção. Esta teoria sugere que existem capacidades percetuais universais de reconhecimento da emoção e, portanto, semelhanças transculturais no reconhecimento da emoção. Mas, esta teoria também sugere que existem diferenças transculturais na percepção e no reconhecimento da emoção e que são guiadas pelas emoções culturalmente específicas e pelas regras culturais

de descodificação de emoções. Em conjunto, ambas as teorias podem prever diferenças em tarefas de percepção da emoção, com base na raça ou na cultura. [94]

O estudo da influência cultural na percepção da emoção em doentes esquizofrénicos tem sido muito escasso. Um estudo, anterior ao de Brekke et al., é um estudo de Habel et al. [195] com o intuito de avaliar a performance de doentes esquizofrénicos americanos, alemães e indianos na percepção da emoção, em comparação com controlos normais, através de tarefas estandardizadas de discriminação emocional (através do reconhecimento de expressões faciais) e de indução do humor. Os resultados mostraram que os controlos normais tiveram uma performance significativamente melhor do que os doentes esquizofrénicos de cada um dos 3 países. O estudo mostrou ainda que o grupo indiano (controlos e doentes) evidenciou uma pior percepção da emoção do que os seus homólogos americanos e alemães. [94] A reduzida performance dos indianos e os défices evidenciados na discriminação de emoções, podem refletir influências culturais na emotividade das expressões faciais e no seu reconhecimento. O grupo indiano distingue-se pela sua cultura oriental e o desempenho nesta tarefa de reconhecimento emocional aplica um paradigma ocidental, usando rostos pertencentes a indivíduos de raça caucasiana. [195] Em média, as diferenças culturais na precisão do reconhecimento de emoções variam em, aproximadamente, 10 a 15%, [196] um achado que corresponde aos desvio obtido nos resultados do grupo de controlo indiano. A não familiarização dos indivíduos de nacionalidade indiana com os rostos caucasianos, poderá ser o fator responsável pelo comprometimento do seu desempenho. A valorização das diferenças culturais, neste contexto, irá ajudar a compreender o potencial da cultura na modulação da psicopatologia e fisiopatologia dos doentes com esquizofrenia. [195]

## 5.7 Cultura e tratamento da esquizofrenia

Kleinman, em 1988, acreditava que a hipótese defendida por Warner, de que a terapêutica medicamentosa contribuía para a cronicidade da esquizofrenia, iria mudar, no futuro, radicalmente os consensos clínicos no que concerne ao tratamento da mais severa das doenças mentais major. Kleinman considerava ainda necessário desmistificar a ideia de que uma psiquiatria sem fármacos não é possível. [26]

A farmacoterapia é uma das formas de tratamento em psiquiatria, mais utilizada na América do Norte, e também na Europa, constituindo, hoje, o tratamento de primeira linha da esquizofrenia e de outros distúrbios psicóticos, não sendo, uma forma de tratamento muito comum em algumas sociedades não ocidentais. [80]

Os psiquiatras dos países em desenvolvimento também experimentam o uso de formas terapêuticas ditas indígenas, já que são consideradas mais culturalmente aceites e, como tal, a adesão é maior. O *yoga* na Índia e o *qi gong* na China são exemplos de práticas indígenas disponíveis em centros psiquiátricos. [26]

As conceções culturais de doença e de tratamento estão tão fortemente integradas que dificilmente poderiam ser estudadas de forma independente. A realidade terapêutica é construída através da interação entre o doente e o terapeuta (e outros) que “colaboram” para a descoberta de causas plausíveis (e significativas) para o distúrbio e para a determinação do curso da doença. O sucesso da entrevista entre médico e doente depende da capacidade de ambos sincronizarem e coordenarem a sua transação conversacional e não-verbal, requerendo um certo grau de conhecimento linguístico e cultural. [183]

O sistema de cuidados de saúde inclui as crenças dos indivíduos e os seus padrões de comportamento. Essas crenças e comportamentos são governados por regras culturais. [197]

Apesar de a *European Board of Medical Specialists* reconhecer a importância dos aspetos culturais como um componente central na especialização psiquiátrica, poucas escolas médicas fornecem treino a nível dos parâmetros culturais. O treino de competências culturais envolve o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes que podem melhorar a efetividade do tratamento em psiquiatria. A competência cognitiva cultural envolve a consciência das várias formas de impacto da cultura, do estado de imigração e da raça no desenvolvimento biopsicossocial, na psicopatologia e nas terapêuticas. A competência técnica cultural envolve a aplicação da competência cognitiva cultural e requer capacidade de comunicação intercultural, capacidade de desenvolver uma relação terapêutica com um doente culturalmente diferente e a capacidade de adaptar o diagnóstico e o tratamento em resposta à diferença cultural. É importante a exploração de preconceções culturais e raciais. A competência cultural pode melhorar o tratamento psiquiátrico oferecido a migrantes e minorias étnicas. A qualidade dos serviços psiquiátricos para doentes culturalmente diferentes é ainda carenciada, devido, essencialmente, à falta de uma adequada instrução e treino. [117]

No Reino Unido e nos EUA, a necessidade de melhoria da qualidade dos cuidados psiquiátricos nas minorias étnicas e imigrantes tem sido razoavelmente conseguida e a “competência cultural” representa já uma abordagem na provisão de cuidados de saúde mentais. [198] A aplicação efetiva do conhecimento clínico num contexto de diferenças culturais e raciais e de migração requer que o médico esteja disposto a rever e desafiar atitudes pré-concebidas e crenças que, independentemente do seu conhecimento e capacidades de base, impeçam esta aplicação de competências culturais. A base do conhecimento deve ser transcultural, isto é, ser aplicável entre culturas. Saber que existem diferentes formas de expressar e explicar o sofrimento psicológico pode, por exemplo, reduzir a probabilidade de

erro no diagnóstico. Conhecer as diferentes formas a que uma certa cultura recorre para expressar sofrimento mental torna-se problemático, devido à considerável variabilidade intracultural e múltiplas perspetivas existentes. Convém ter presente que o conhecimento específico acerca de uma determinada cultura acarreta o risco de reduzirmos todos os indivíduos inseridos nesse ambiente cultural a um conjunto de estereótipos. [117]

Um grande número de estudos mostra que o tratamento farmacológico é moderado por fatores culturais e biológicos. [199]

O tratamento farmacológico não envolve apenas a farmacodinâmica e a farmacocinética, mas também o seu significado. A cultura medeia a forma como o tratamento é encarado e o tipo de significado que é atribuído à toma de medicação psicoativa. As crenças acerca da doença e do seu tratamento podem afetar diretamente a adesão à terapêutica médica instituída. Se o doente não partilha a mesma perspetiva da sua doença com o médico, ou se o doente desconfia do interesse do médico em curá-lo, a adesão pode ficar comprometida. Em algumas culturas, as noções de medicina preventiva ou de prevenção de recaída, fundamentais à biomedicina ocidental, não são partilhadas, e, assim, os doentes, tendencialmente, apenas aderem aos tratamentos quando sintomáticos. [117]

Crenças negativas acerca da medicação são mais frequentemente encontradas em grupos étnicos minoritários do que nos caucasianos. O medo da adição e da medicação como simbolismo de 'louco' são dois exemplos que levarão a uma má adesão terapêutica. [200]

Alguns estudos indicam que alguns grupos étnicos minoritários preferem o aconselhamento ou a psicoterapia à medicação. A problemática da não adesão está em parte relacionada com o facto de o médico não encontrar uma forma de envolver o doente no

processo psiquiátrico, o que sugere uma falta de competência cultural, que complica o processo de tratamento. [117]

A dose indicada, e até o próprio tratamento, podem não ser apropriados para certos grupos populacionais. Por exemplo, a probabilidade de encontrarmos metabolizadores ultrarrápidos de antidepressivos é maior na população árabe do que na população continental europeia, o que significa que, no primeiro caso, as doses standard raramente resultarão no efeito pretendido. [201] Isto, combinado com fatores culturais e sociais, pode seriamente complicar a resposta ao tratamento. [117]

Os tratamentos são cada vez mais especializados no sintoma a ser tratado, pondo de parte os vários contextos da vida do indivíduo. Contudo, nos migrantes e nos doentes pertencentes a minorias étnicas é precisamente o contexto relacionado com a imigração que tem um papel primordial na abordagem dos distúrbios mentais e, portanto, o tratamento efetivo requiere a inclusão destes assuntos contextuais. [202]

Existem evidências substanciais, de etnógrafos, que comprovam que os doentes tratados por curandeiros populares, em geral, se sentem melhor e os membros do seu grupo social local acreditam também na melhoria do doente em causa. [203]

A maioria dos doentes, após visitar um curandeiro, sente um forte alívio da sintomatologia e uma sensação, geralmente partilhada pelos membros da sua família, de melhoria das suas condições. Muitos membros de grupos índio-americanos acreditam, que pouco depois da morte de um ente querido, a alma do falecido viaja para outro mundo. Na sua jornada solitária, a alma pode voltar para os seus familiares, tentando interagir com eles que, muitas vezes, experimentam a ilusão culturalmente definida de ouvirem a alma do falecido a chamá-los. Esta é uma experiência profundamente comovente para a comunidade, mas que



não implica consequências psiquiátricas nefastas para os enlutados. Os psiquiatras sem conhecimento desta típica experiência cultural e da ilusão perceptiva que esta cria, podem sobrediagnosticar o indivíduo como delirante e prescrever-lhe fármacos antipsicóticos ou até chegar mesmo a hospitalizá-lo, tendo ambas as medidas sérios efeitos negativos sobre o indivíduo, que não teria qualquer sequela resultante da vivência de uma situação culturalmente intrínseca e normal se não fosse sujeito ao tratamento médico convencional das sociedades ocidentais. [26]

Um outro caso curioso é o de um doente esquizofrénico haitiano que, depois de 10 dias de hospitalização, não se conseguia estabilizar um doente esquizofrénico haitiano com neurolépticos, uma vez que ele acreditava que estava sob uma maldição e, como tal, necessitava de um exorcismo espiritual para poder recuperar o seu estado anterior. Nessa noite, o doente teve alta para poder seguir a sua intenção de realizar o exorcismo, sendo enviado a uma equipa haitiana responsável por saúde mental e perita nestas práticas. A cerimónia sincrética, realizada por um sacerdote *vodou* em combinação com os técnicos haitianos, fundiu rituais maçónicos com *vodou*. Após a cerimónia, o doente estava visivelmente calmo, começou a responder à medicação instituída no hospital e passou a ser observado em ambulatório. [204]

Um estudo recente, de 2005, comparou as crenças britânicas (na Inglaterra) e chinesas (na China e Hong Kong) acerca dos tratamentos na esquizofrenia, em estudantes altamente selecionados. Concluiu-se que os chineses possuem mais crenças religiosas e supersticiosas acerca das causas e do tratamento da esquizofrenia e preferem o uso de medicina alternativa (como acupuntura, fitoterapia ou massagens), acreditando no seu potencial de cura ou de tratamentos religiosos ou ligados à superstição; os britânicos, por sua vez, possuem crenças

internas (biológicas e psicológicas) e externas (sociológicas) acerca das causas e tratamentos da doença. Os britânicos acreditam que o tratamento da esquizofrenia assenta em terapêuticas suportadas pela biologia, em psicoterapia e programas de tratamento na comunidade. [95]

## **5.8 Cultura e curso/prognóstico da esquizofrenia**

Um aspeto final do comportamento da doença, merecendo especial atenção, é o seu curso e prognóstico.

Os fatores sociais podem ser relevantes para o prognóstico: o *International Pilot Study of Schizophrenia* e o *Determinants of Outcome of Severe Mental Disorder*, conduzidos pela Organização Mundial de Saúde indicaram, consistentemente, que existem consideráveis variações a nível do prognóstico, sendo este mais favorável nos países em desenvolvimento comparativamente com um pior prognóstico nos países desenvolvidos (devido, pelo menos em parte, a maiores níveis de integração social nos países em desenvolvimento). [90, 91] No *International Pilot Study of Schizophrenia* foi ainda possível concluir que os doentes tratados em hospitais universitários têm piores resultados do que aqueles observados por curandeiros tradicionais em pequenas localidades. [90] O mais recente estudo com a colaboração da OMS, o *International Study of Schizophrenia (IsoS)* encontrou, tal como os dois estudos anteriores, uma diferença no curso e prognóstico da doença entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento. [38]

Estudos multicêntricos na área da esquizofrenia apontam para um melhor prognóstico da esquizofrenia nos países em desenvolvimento em comparação com sociedades industriais desenvolvidas. [91]

O exemplo do melhor prognóstico da esquizofrenia nas sociedades menos desenvolvidas assume enorme relevância no campo da psiquiatria cultural e deve constituir apenas um passo para futuras investigações nesta área. Uma das hipóteses mais interessantes (e melhor suportadas) para explicar este achado é a teoria de Waxler, a qual postula que onde a esquizofrenia é popularmente vista com um problema agudo e, como tal, é esperado que os doentes venham a recuperar, assim como recuperam outros doentes que sofrem de outros problemas de saúde agudos, existe um encorajamento ao retorno à normalidade por parte das famílias e da comunidade aos seus doentes, desencorajando quaisquer atitudes de aceitação de uma doença cronicamente imposta. Assim, segundo este ponto de vista, a cronicidade é, em larga medida, o resultado de mensagens sociais e de reações interpessoais ao doente, que impedem que este desenvolva um sentido de autocontrolo e levando a uma perda de otimismo, com consequentes efeitos psicofisiológicos negativos. Outros fatores, como o impacto económico da doença, o investimento em programas de saúde mental que acabam por reforçar o papel de doente a longo prazo e as grandes exigências impostas pelas sociedades industrializadas a antigos doentes já recuperados, sem que lhes sejam fornecidas as estruturas efetivas de suporte, são também obstáculos a um melhor prognóstico da esquizofrenia. [36]

A própria profissão médica pode, inadvertidamente, favorecer estas forças de oposição à melhoria do curso da doença, uma vez que nas sociedades norte-americana e europeia ocidental, os médicos foram treinados para tratar doentes esquizofrénicos com a expectativa de que existe pouco a fazer para ajudá-los a recuperar de uma doença que, até recentemente, era considerada progressiva e incapacitante. No geral, então, a cronicidade e a incapacidade podem ser, pelo menos, parcialmente separáveis dos processos fisiológicos das doenças e das suas causas. Da mesma forma que não existe uma correlação um-para-um de sintoma para

doença, existe uma variedade de cursos para a mesma doença. Os significados da experiência da doença e o contexto social da pessoa doente, juntamente com a sua biografia, também moldam o prognóstico. [205]

O prognóstico foi considerado mais favorável para os doentes inseridos em famílias alargadas (tradicionais) do que para aqueles que pertencem a famílias nucleares (modernas) na comunidade do golfo arábico, no Qatar. Isto verifica-se, tanto para a esquizofrenia, como para a psicose esquizofreniforme, estudadas de forma independente. O papel das famílias alargadas distingue-se essencialmente pela sua preocupação, fortemente sentida, com os seus membros doentes, de acordo com as suas tradições culturais. Esta atitude leva a que os doentes se apresentem mais cedo para tratamento, aproveitem melhor os seus tempos de lazer e faz com que se envolvam, de forma mais ativa, na vida familiar, com visitas frequentes aos seus parentes. É evidente a existência de expectativas mais flexíveis por parte da família, que tolera, mais compreensivamente, as alterações de comportamento do doente. Além disto, as famílias alargadas mostraram ter mais membros cujas ideias delirantes tinham uma base cultural, nomeadamente envolvendo agentes sobrenaturais reconhecidos pela cultura local. À medida que os delírios vão perdendo as influências extraculturais que os tornaram culturalmente anormais, a experiência dos doentes é facilmente contida no repertório de crenças tradicionais socialmente partilhadas e torna-se compreensível tanto pelos doentes como pelas suas famílias. [206]

O prognóstico da esquizofrenia parece ser pior em doentes com os seguintes fatores: um início insidioso dos sintomas quando o tratamento inicial está atrasado; o isolamento social; um forte histórico familiar de esquizofrenia ou outro distúrbio mental grave; indivíduos que vivem em países industrializados e em comunidades urbanizadas; os homens

parecem ter pior prognóstico do que as mulheres; indivíduos que abusam de drogas, especialmente de cannabis e, principalmente, se desde tenra idade (desde antes dos 16 anos). [91]

Existe, também, alguma variação transcultural no que concerne às taxas de suicídio em doentes com esquizofrenia. Os sintomas expectáveis relacionados com o risco de suicídio variam entre diferentes grupos étnicos e podem explicar a variação das taxas de suicídio. [145]

Um número significativo de doentes com esquizofrenia enfrenta discriminação por outros, devido ao estigma existente; [207] o estigma é universal mas, a sua natureza, origem e impacto são conhecidas por variarem entre culturas e regiões. [208] Diz-se frequentemente que o estigma é um dos principais determinantes da doença mental grave entre culturas. [209] Num estudo, comparando experiências de estigma e discriminação em doentes oriundos de zonas rurais e urbanas na Índia, Loganathan e Murthy encontraram diferenças significativas. Os doentes provenientes de um contexto rural experienciaram mais a ridicularização, a vergonha e a discriminação, quando comparados com a amostra de origem urbana. [207] Estes fatores podem atuar como barreiras importantes no acesso à saúde por parte desses doentes, retardando os seus primeiros contactos médicos (e até os posteriores). [210] A longo prazo, esta contingência leva, muitas vezes, à criação de estereótipos negativos, [211] perda de autoestima, [212] depressão e desmoralização. [213]

As famílias, em todo o mundo, podem proteger os seus familiares aparentemente doentes através de esforços motivados pelo seu próprio estigma. [98] Por exemplo, Yang et al. descreveram o uso, em famílias, do termo *xiang duo tai* em mandarim (“pensamento excessivo”) como uma explicação alternativa para os sintomas da esquizofrenia. Eles

argumentaram que tais dispositivos linguísticos podem ter o “poder de normalizar”, que permite às famílias reconhecer comportamento socialmente incomuns mas não muito anormais (por exemplo, “às vezes, todos nós pensamos excessivamente”), de modo que os comportamentos psicóticos não são interpretados publicamente como patológicos. [214] No sul da Índia, onde a esquizofrenia apresenta geralmente um bom prognóstico, as famílias também utilizam a designação de pensamento excessivo como uma explicação alternativa para a esquizofrenia. [215] Esta estratégia pode contribuir para um melhor prognóstico da doença, observado em alguns contextos culturais, já que as famílias tentam compensar o estigma e preservar a posição social do familiar doente e o seu “valor moral” local. [98]

Do ponto visto histórico, existe evidência substancial de que a sociedade sempre teve tendência a institucionalizar os indivíduos com doença mental, categorizando-os como meritórios de alguma forma de detenção. Esta institucionalização variou ao longo dos tempos, desde asilos pequenos e privados no século XVIII até “instituições mentais” em larga-escala no século XX. Em suma, os indivíduos com esquizofrenia são sistematicamente excluídos de uma plena participação na vida cívica e social e são forçados a viver uma vida dominada pelo estigma, isolamento, falta de abrigo e a negação de direitos humanos básicos. [99]

O sul da Índia verifica das melhores taxas de recuperação do mundo e um estudo recente revela que cerca de 50% das pessoas com esquizofrenia, no sul da Índia, não são tratadas e vivem em casa. [216] Não serão, nestes casos, os programas de intervenção precoce ocidentais prejudiciais para estes doentes, que interpretam os sintomas como não patológicos e, conseqüentemente, têm melhores resultados sociais? Por exemplo, as famílias beduínas tornam-se mais propensas a abandonar os seus familiares, a partir do momento em que são ensinadas a entender a esquizofrenia como uma doença cerebral; em contraste, ver as doenças

psicóticas como aflições espirituais, inspira os membros da comunidade a ajudar estes doentes. O ensinamento de modelos biomédicos de doença mental, como recentemente descoberto, aumentou o estigma em Espanha, na Alemanha e na África do Sul. [217]

Interromper os processos sociais que podem incentivar à recuperação em qualquer contexto, através da aplicação de intervenções precoces ou programas anti-estigma que não são cuidadosamente projetados para contextos culturais específicos, pode não ser prudente. [98]

Com tal variação na experiência transcultural da esquizofrenia, o uso do termo esquizofrenia pode não explicar adequadamente a variedade (e especificidade local) de sintomas, experiências, modelos explicativos e prognósticos. [218] Em adição, os fatores socioambientais na esquizofrenia são mais modificáveis do que os fatores genéticos e têm maior potencial preventivo do que qualquer variante genética conhecida. [219]

Uma análise etnográfica recente descobriu que as altas taxas de bom prognóstico na Índia podem dever-se ao facto de os doentes terem múltiplas opções terapêuticas disponíveis para alívio da sua angústia (como opções religiosas, ayurvédicas e alopáticas), que parecem funcionar em alguns doentes, mas também podem não funcionar noutros. [220]

Equipas transdisciplinares podem, por exemplo, identificar crenças, práticas e rituais culturalmente relevantes e com efeito protetor e, depois, testar o seu potencial como possível meio de tratamento. De facto, práticas culturais como a meditação, o yoga, a dança e rituais transe podem alterar o desencadear das reações de stresse que podem levar a psicose. [221] Biomarcadores relacionados com o stresse, como a disfunção autonómica cardiovascular, que é hereditária, causa hiperreatividade fisiológica ao stresse e ocorre em taxas elevadas nos doentes com esquizofrenia e nos seus familiares, [222] pode ser avaliada antes e depois de

práticas culturais aparentemente úteis, para tentar descobrir a forma como a cultura pode melhorar o prognóstico (por exemplo, proporcionar maior capacidade de relaxamento e abstração perante uma situação causadora stresse). [223] No futuro, este tipo de estudos transdisciplinares poderá permitir aos psiquiatras identificar e fazer uso de mecanismos culturalmente disponíveis que facilitem a recuperação de transtornos psicóticos, prestando, assim, um melhor atendimento, de acordo com o contexto em que o doente está inserido, para todas as pessoas com sintomas psicóticos, em todo o mundo. [98]



## 6. Conclusão

Decorre do presente trabalho a admissão e a valoração da indispensável relevância que a cultura tem na vida das pessoas e das sociedades, constituindo uma dimensão ôntica estruturante da identidade, do comportamento, do funcionamento mental e da interação dos indivíduos e dos grupos.

Do conjunto dos resultados reportados na economia do presente trabalho de revisão bibliográfica, ressalvam-se aqueles que, do nosso ponto de vista, ganham maior relevância científica, programática/metodológica e epistemológica geral, tendo em conta os requisitos quotidianos de abordagem da esquizofrenia, sendo que estes resultados podem ser reconduzidos para as seguintes leituras conclusivas:

- Os distúrbios mentais e, em particular, a esquizofrenia não podem ser adequadamente compreendidos, nem eficazmente intervencionados, se mantidos no quadro reducionista da causalidade biomédica.
- Dadas a crescente multiculturalidade e as mudanças sociodemográficas ocorridas nas sociedades atuais, concomitantes à evolução verificada nos paradigmas de produção seminal do conhecimento científico, mercê dos aportes, entre outros, da psiquiatria transcultural e da psiquiatria cultural, a psiquiatria não pode ignorar as variáveis e as dimensões da cultura que estruturam o funcionamento e a ação dos indivíduos, dos seus contextos e das suas interações, com iniludíveis implicações, tanto na manifestação e no curso das doenças mentais, onde desempenha papéis patogénicos, patoplásticos, prognósticos e terapêuticos, como na natureza dos encontros clínicos entre médico e doente.

- Mau grado a extrema pulverização e diversificação das conceitualizações de cultura, acrescidas de invocações pouco mais que retóricas deste constructo na literatura e na investigação, encontraram-se fatores e dimensões da cultura suscetíveis de operacionalização no contexto da abordagem clínica da doença mental e, particularmente, da esquizofrenia.
- Ficam amplamente documentados os impactos desiguais e as variações que os ambientes socioculturais e as filiações culturais, nas suas múltiplas expressões, como o são, a título de exemplo, as crenças populares, as vinculações religiosas ou os perfis de migrantes, introduzem na incidência/prevalência, na percepção/diagnóstico, na manifestação de sintomas, na etiologia, no tratamento e no curso/prognóstico da esquizofrenia.

Em termos de propostas de investigação futuras e de recomendações no âmbito da prática clínica, a análise da literatura aqui empreendida sugere que se adotem as seguintes estratégias:

- Imprescindibilidade da valorização por parte da psiquiatria, quer das dinâmicas socioculturais que afetam o quotidiano dos indivíduos, quer das filiações culturais dos doentes (especificamente, as étnicas, religiosas e locais/regionais), bem como adoção de fatores e dimensões operacionalizáveis do constructo cultura que garantam, na investigação e na prática clínica, a comparabilidade de achados, procedimentos e resultados.
- Implementação, nos intramuros de uma assumida psiquiatria cultural, de muitas das orientações clínicas propostas por Castillo [104] e explanadas nas páginas 40 e 41 deste trabalho.

- Ensinar os alunos/internos de psiquiatria a prestar cuidados de saúde culturalmente sensíveis, a um número crescente de populações pertencentes a minorias étnicas; formar todos os alunos/internos de psiquiatria para trabalharem em articulação e cooperação com sistemas médicos alternativos e étnico-específicos, uma vez que esta complementaridade de sistemas pode ser a chave para a obtenção de melhores resultados diagnósticos/terapêuticos. [23]
- De acordo com Cross et al., [224] os elementos essenciais que contribuem para a capacidade de um sistema ou instituição se tornar mais culturalmente competente incluem “valorizar a diversidade, ter a capacidade de autoavaliação cultural, estar consciente da dinâmica inerente à interação das culturas, institucionalizar o conhecimento cultural e desenvolver adaptações à diversidade”.

Do ponto de vista das opções ideológicas e epistemológicas, este trabalho é enquadrável nos enfoques identificados com a psiquiatria cultural e antevistos como pioneiros na tradição médica europeia e nacional, visando, em concomitância com propostas e objetivos anteriormente explicitados, subsidiar a definição e a fundamentação de um novo modelo teórico e metodológico para a psiquiatria e para a abordagem da esquizofrenia, no quadro do complexo e multifacetado ambiente intelectual contemporâneo, sujeito a sucessivas discontinuidades e mutações, tanto a nível sociodemográfico, como nos planos epistemológico e concetual científico. Neste âmbito, impõe-se a premência em compreender o que concorre, e de acordo com que mecanismos, processos e interferências de natureza sociocultural, para a especificidade das interdependências que se estabelecem entre o estritamente individual, o grupal, o local e o universal. De igual modo, postula-se uma avaliação do papel dos indivíduos concretos (quem, onde e quando), sejam médicos ou

doentes, na negociação dos seus universos culturais, ou seja, procurar compreender como é que as pessoas e os seus grupos de pertença estruturam as suas perceções, crenças e expectativas relativamente a si próprias, ao ambiente social e cultural em que vivem e às distintas realidades com que lidam, nomeadamente, a saúde e a doença.

## **Agradecimentos**

Ao Professor Doutor Manuel João Quartilho pela sua disponibilidade, orientação e inestimável contributo na elaboração deste trabalho.

Ao Professor Doutor José Vasconcelos Raposo pela muita bibliografia disponibilizada e pelo entusiasmo e exemplo na valorização do cultural.

Ao meu pai, por me despertar o interesse pela inescapável natureza cultural da psicologia/psiquiatria.

## Referências bibliográficas

1. Kleinman AM. Depression, somatization and the "New Cross-Cultural Psychiatry". *Social Science & Medicine*. 1977; 11: 3-10.
2. Kleinman AM 1978 cited in: Okpaku SO. *Clinical methods in transcultural psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1998.
3. Littlewood R, Lipsedge M 1978 cited in: Okpaku SO. *Clinical methods in transcultural psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1998.
4. Borja J, Castells M. La ciudad multicultural. *La Factoría*, 2. 2007. [consultado 2015 Jul 16]. Disponível na internet: <http://www.revistalafactoria.eu/articulo.php?id=29>.
5. Geertz C. *Los usos de la diversidad*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica e I.C.E. de la Universidad Autónoma de Barcelona. 1999.
6. Council of Europe. *European manifesto on multiple cultural affiliation*. Forum Cultural Values for Europe. Strasbourg: Council of Europe. 2007. [consultado 2015 Jul 20]. Disponível na internet: [http://www.coe.int/t/dg4/cultureheritage/Source/Aware/Identities/Manifeste\\_FINAL\\_EN.pdf](http://www.coe.int/t/dg4/cultureheritage/Source/Aware/Identities/Manifeste_FINAL_EN.pdf).
7. Quartilho MJ. *Cultura, Medicina e Psiquiatria, do sintoma à experiência*. 1ª ed. Coimbra: Quarteto. 2001.
8. Gilson N. Contemporary physical activity. *Promotion & Education*. 2003; 10 (2): 63-65.
9. Morris DB. *Doença e cultura na era pós-moderna*. Lisboa: Instituto Piaget. 2000.
10. Sanderson CA. *Health Psychology*. New York: John Wiley & Sons, Inc. 2004.
11. Sarafino EP. *Health Psychology - Biopsychosocial interactions*. 3ª ed. New York: John Wiley & Sons, Inc. 2000.
12. Sournia JC. *História da medicina*. Lisboa: Instituto Piaget. 1995.
13. Fernandes L, Pinto MS. Do que se tem ao que não há: práticas de investigação e comunidade científica das drogas em Portugal. *Toxicodependências*. 2002; 8 (3): 3-9.
14. Good BJ. *Medicine, rationality, and experience: An anthropological perspective*. 3ª ed. Cambridge: Cambridge University Press. 1996.

15. Eisenberg LF, Kleinman A. *The Relevance of Social Science for Medicine*. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company. 1981; (1).
16. Spector RE. *Cultural diversity in health and illness*. 6<sup>a</sup> ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall. 2004.
17. Marsella AJ, White GM Editors. *Cultural conceptions of mental health and therapy*. 2<sup>a</sup> ed. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company; 1984.
18. Mezzich et al. The place of culture in DSM-IV. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1999; 187 (8): 457-464.
19. Okpaku SO. *Clinical methods in transcultural psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1998.
20. Merkel L. *Transcultural Psychiatry: A Note on Origins and Definitions*. Em: Okpaku SO. *Clinical methods in transcultural psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1998.
21. Kleinman AM 1977 citado em: Okpaku SO. *Clinical methods in transcultural psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1998.
22. Helman CG. *Culture, health and illness*. 4<sup>a</sup> ed. London: Arnold Publishers; 2000.
23. Hughes C. *Culture's Role in Clinical Psychiatric Assessment*. 1993. Em: Okpaku SO. *Clinical methods in transcultural psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1998.
24. American Psychiatric Association. *Cultural concepts in DSM-5*. American Psychiatric Publishing. 2013.
25. Kirmayer LJ et al. *Guidelines for Training in Cultural Psychiatry*. Canadian Psychiatric Association. 2012; 57 (3): 1-17.
26. Kleinman AM. *Rethinking psychiatry. From cultural category to personal experience*. 1<sup>a</sup> ed. New York: The Free Press; 1988.
27. Rogler 1993 citado em: Okpaku SO. *Clinical methods in transcultural psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1998.
28. Geertz C. *La interpretación de las culturas*. 11<sup>a</sup> ed. Barcelona: Editorial Gedisa. 2001.

29. Kirmayer LJ, Minas H. The Future of Cultural Psychiatry: An International Perspective. *Can J Psychiatry*. 2000; 45: 438-446.
30. Gone JP, Kirmayer LJ. On the wisdom of considering culture and context in psychopathology. Em: Millón T, Krueger RF, Simonsen E, editors. *Contemporary directions in psychopathology: scientific foundations of the DSM-V and ICD-11*. New York (NY): Guilford Press. 2010; 72-96.
31. Kirmayer LJ, Bhugra D. Culture and mental illness: social context and explanatory models. Em: Salloum IM, Mezzich JE, editors. *Psychiatric diagnosis: patterns and prospects*. New York (NY): John Wiley & Sons, Ltd. 2009; 29-37.
32. Kleinman AM 1980 citado em: Okpaku SO. *Clinical methods in transcultural psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1998.
33. Littlewood R, Lipsedge M 1982 citado em: Okpaku SO. *Clinical methods in transcultural psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1998.
34. Landy D. Emotional states and cultural constraints. *Culture, Disease and Healing: Studies in Medical Anthropology*. 1977; 333-335.
35. Kleinman AM. *Anthropology and Psychiatry*. *Br. J. Psychiatry*. 1987; 151: 447-454.
36. Waxler N. Is mental illness cured in traditional societies? A theoretical analysis. *Cult. Med. Psychiatry*. 1977; 1: 233-253.
37. Barrett, R. *The Psychiatric Team and the Social Definition of Schizophrenia: An Anthropological Study of Person and Illness*. Cambridge, UK: Cambridge University Press. 1996.
38. Jenkins JH, Barrett RJ. *Schizophrenia, Culture and Subjectivity, The Edge of Experience* [monografia na internet]. Cambridge: Cambridge University Press; 2004. [consultado 2015 Jul 14]. Disponível na internet: <http://bookzz.org/ireader/860226>.
39. Al-Issa I. The illusion of reality or the reality of illusion: hallucinations and culture. *British Journal of Psychiatry*. 1995; 166: 368-373.
40. Fabrega H. "Culture and Psychiatric Illness: Biomedical and Ethnomedical Aspects." Em: *Cultural Conceptions of Mental Health and Therapy*, edited by A. Marsella and G. White. Dordrecht, the Netherlands: Reidel Publishing Company. 1982. 36-98.



41. Fabrega H. On the significance of an anthropological approach to schizophrenia. *Psychiatry*. 1989; 52: 45-64.
42. Bolton D. *What is Mental Disorder? An Essay in Philosophy, Science, and Values*. Oxford: Oxford University Press. 2008.
43. American Psychiatric Association. *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4<sup>a</sup> ed. Washington, DC: American Psychiatric Association. 1994.
44. Rashed M. Psychiatric Judgements Across Cultural Contexts: Relativist, Clinical-Ethnographic, and Universalist-Scientific Perspectives. *Journal of Medicine and Philosophy*. 2013; 38: 128-148.
45. Csordas 1992 citado em: Okpaku SO. *Clinical methods in transcultural psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1998.
46. Lefley HP 1991 citado em: Okpaku SO. *Clinical methods in transcultural psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1998.
47. Ness e Wintroob 1981 citado em: Okpaku SO. *Clinical methods in transcultural psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1998.
48. Foster 1976 citado em: Okpaku SO. *Clinical methods in transcultural psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1998.
49. Young 1976 citado em: Okpaku SO. *Clinical methods in transcultural psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1998.
50. Eisenbruch 1990 citado em: Okpaku SO. *Clinical methods in transcultural psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1998.
51. Cervantes, Ramirez 1992 citado em: Okpaku SO. *Clinical methods in transcultural psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1998.
52. Sandoval 1979 citado em: Okpaku SO. *Clinical methods in transcultural psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1998.
53. Kinzie et al 1988 citado em: Okpaku SO. *Clinical methods in transcultural psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1998.
54. Alonso e Jeffrey 1988 citado em: Okpaku SO. *Clinical methods in transcultural psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1998.

55. Rappaport, Rappaport 1981 citado em: Okpaku SO. Clinical methods in transcultural psychiatry. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1998.
56. Bland e Martin 1994 citado em: Okpaku SO. Clinical methods in transcultural psychiatry. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1998.
57. McGoldrick et al. 1982 citado em: Kleinman AM. Rethinking psychiatry. From cultural category to personal experience. 1ª ed. New York: The Free Press; 1988.
58. Ratner C. Cultural psychology: theory and method. New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers. 2002.
59. Adams G, Markus HR. Culture as patterns: An alternative approach to the problem of reification. Culture & Psychology. 2001; 7 (3): 283-296.
60. Goldberger NR, Veroff JB Editors. The culture and psychology reader. New York: University Press; 1995.
61. Lee J, Sue S. Clinical psychology and culture. Em: D. Matsumoto (Ed.), The handbook of culture and psychology. New York: Oxford University Press. 2001; 287-305.
62. Cucho D. A noção de cultura nas ciências sociais. Lisboa: Fim de Século Edições. 1999.
63. Ratner C. Activity as a key concept for cultural psychology. Culture & Psychology. 1996; 2: 407-434.
64. Ratner C. Outline of a coherent, comprehensive concept of culture. Cross-Cultural Psychology Bulletin. 2000; 34 (1 e 2): 5-11.
65. Ratner C. Three approaches to cultural psychology: a critique. Cultural Dynamics. 1999; 11: 7-31.
66. Baerveldt C, Verheggen T. Enactivism and the experiential reality of culture: rethinking the epistemological basis of cultural psychology. Culture & Psychology. 1999; 5 (2): 183-206.
67. Baerveldt C, Verheggen T. Towards a psychological study of culture: epistemological considerations. 2000. [consultado 2015 Jun 1]. Disponível na internet: [http://members.shaw.ca/ncpg/baerveldt\\_verheggen.html](http://members.shaw.ca/ncpg/baerveldt_verheggen.html).
68. Aguirre Baztán A. Demarcación de la psicología cultural. Anuario de Psicología. 2000; 31 (4): 109-137.

69. Kwak K. Adolescents and their parents: A review of intergenerational family relations for immigrant and non-immigrant families. *Human Development*. 2003; 46 (2-3): 115-136.
70. Kirmayer LJ. Sapir's vision of culture and personality. *Psychiatry*. 2001; 64 (1), 23-31.
71. Geertz C. *Tras los hechos. Dos países, cuatro décadas y un antropólogo*. Barcelona: Editorial Paidós. 1996.
72. Geertz C. *O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa*. 5ª ed. Petrópolis: Editora Vozes. 2002.
73. Masse LC. Reliability, validity, and methodological issues in assessing physical activity in a cross-cultural setting. *Research Quarterly for Exercise and Sport*. 2000; 71 (2): 54-58.
74. Kral MJ. The new research agenda for a cultural psychology. *Canadian Psychology*. 2002. [consultado 2015 Jul 7]. Disponível na internet: [http://www.findarticles.com/p/articles/mi\\_qa3711/is\\_200208/ai\\_n9145557](http://www.findarticles.com/p/articles/mi_qa3711/is_200208/ai_n9145557).
75. Bastos J, Bastos S. *Portugal multicultural*. Lisboa: Fim de Século Edições. 1999.
76. Altamura C et al. Schizophrenia today: epidemiology, diagnosis, course and models of care. *Journal of Psychopathology*. 2014; 20: 223-243.
77. McGrath JJ, Susser ES. New directions in the epidemiology of schizophrenia. *Pathways to Schizophrenia*. 2009; 190 (4): 7-9.
78. Aleman A, Kahn RS, Selten JP. Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 565-571.
79. Pacheco Palha citado em: Cardoso CM. *Os caminhos da esquizofrenia*. PhD [dissertação]. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto; 2000.
80. Hunter R. Treatment of schizophrenia in the 21st century: Towards a more personalised approach. Em: T. H. Burne Editor, *Schizophrenia in the 21st Century* [monografia na internet]. 2012; 2-26. [consultado 2014 Set 2]. Disponível na internet: <http://www.intechopen.com/books/schizophrenia-in-the-21st-century/treatment-of-schizophrenia-in-the-21st-century-towards-a-more-personalised-approach>.
81. Guerra C. *Esquizofrenia: Abordagem cultural*. Coimbra: Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra; 2012.
82. McGrath JJ. Variations in the incidence of schizophrenia: data versus dogma. *Schizophrenia Bulletin*. 2006; 32: 195-197.

83. Kay 1991 citado em: Cardoso CM. Os caminhos da esquizofrenia. PhD [dissertação]. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto; 2000.
84. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental health disorders: DSM-5. 5<sup>a</sup> ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. 2013.
85. Tamminga CA, Holcomb HH. Phenotype of schizophrenia: a review and formulation. *Molecular Psychiatry*. 2005; 10: 27-39.
86. Kane JM et al. Clozapine for the treatment-resistant schizophrenic. *Archives General Psychiatry*. 1988; 45: 789-796.
87. Johnstone EC. Schizophrenia: problems in clinical practice. *Lancet*. 1993; 341: 536-538.
88. Kalra G, Bhugra D, Shah N. Cultural aspects of schizophrenia. *International Review of Psychiatry*. 2012; 24 (5): 441-449.
89. Leff J et al. The International Pilot Study of schizophrenia: Five-year follow-up findings. *Psychological Medicine*. 1992; 22: 131-145.
90. World Health Organization. The International Pilot Study of Schizophrenia. Geneva: World Health Organization. 1973.
91. Jablensky A et al. Schizophrenia: Manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization 10-country study. *Psychological Medicine, Monograph Supplement*. 1992; 20: 1-97.
92. Morgan C, Dazzan P, Morgan K, et al. First episode psychosis and ethnicity: initial findings from the AESOP study. *World Psychiatry*. 2006; 5 (1): 40-46.
93. Fossion P, Servais L, Rejas M-C, Ledoux Y, Pelc I, Minner P. Psychosis, migration and social environment: an age-and-gender controlled study. *European Psychiatry*. 2004; 19: 338-343.
94. Brekke JS, Nakagami E, Keeb KS, Green MF. Cross-ethnic differences in perception of emotion in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2005 Mai; 77: 289-298.
95. Furnham A, Wong L. A cross-cultural comparison of British and Chinese beliefs about the causes, behaviour manifestations and treatment of schizophrenia. *Psychiatry Research*. 2007; 151: 123-138.

96. Thomas P, Mathur P, Gottesman II, Nagpal R, Nimgaonkar VL, Deshpande SN. Correlates of hallucinations in schizophrenia: A cross-cultural evaluation. *Schizophrenia Research*. 2007 Mar; 92: 41-49.
97. Bauer SM, Schanda H, Karakula H, Olajosy-Hilkesberger L, Rudaleviciene P, Okribelashvili N, et al. Culture and the prevalence of hallucinations in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*. 2011; 52: 319-325.
98. Myers NL. Update: Schizophrenia Across Cultures. *Curr Psychiatry Rep*. 2011; 13: 305-311.
99. Kelly B. Structural violence and schizophrenia. *Social Science & Medicine*. 2005; 61: 721-730.
100. Kety 1959 citado em: Salzinger K. *Schizophrenia: behavioral aspects*. New York: John Wiley & Sons, Inc; 1973.
101. Oliver EA, Fearon P. *Schizophrenia: epidemiology and risk factors*. *Psychiatry*. 2008; 7 (10): 410-414.
102. Barrett R 1998 citado em: Jenkins JH, Barrett RJ. *Schizophrenia, Culture and Subjectivity, The Edge of Experience*. 1ª ed. Cambridge University Press, 2004.
103. Sass 1992 citado em: Jenkins JH, Barrett RJ. *Schizophrenia, Culture and Subjectivity, The Edge of Experience*. 1ª ed. Cambridge University Press, 2004.
104. Castillo RJ. *Culture & mental illness: a client-centered approach*. New York: Brooks/Cole Publishing Company. 1997.
105. Jablensky A. The epidemiological horizon. Em: S.R. Hirsch & D.R. Weinberger (Eds) *Schizophrenia*. Oxford: Blackwell Science. 2ª ed. 2003; 203-231.
106. Hemsli LK. Psychiatric morbidity of West Indian immigrants. *Social Psychiatry*. 1967; 2: 95-100.
107. Dean G et al. First admissions of native-born and immigrants to psychiatric hospitals in south-east England 1976. *British Journal of Psychiatry*. 1981; 139: 506-512.
108. Snowden L, Cheung F. Use of inpatient mental health services by members of ethnic minority groups. *American Psychologist*. 1990; 45: 347-355.

109. Bhugra D et al. Incidence and outcome of schizophrenia in whites, African-Caribbeans and Asians in London . *Psychological Medicine*. 1997; 27: 791-798.
110. Harrison G et al. Increased incidence of psychotic disorders in migrants from the Caribbean to the United Kingdom. *Psychological Medicine*. 1997; 27: 799-806.
111. Fearon P et al. Incidence of schizophrenia and other psychoses in ethnic minority groups: Results from the MRC AESOP study. *Psychological Medicine*. 2006; 36: 1541-1550.
112. Kendler et al. Lifetime prevalence, demographic risk factors, and diagnostic validity of nonaffective psychosis as assessed in a US community sample. *Archives of General Psychiatry*. 1996; 53: 1022-1031.
113. Sikanerty and Earton 1984 citado em: Kleinman AM. *Rethinking psychiatry. From cultural category to personal experience*. 1ª ed. New York: The Free Press; 1988.
114. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization, 1992.
115. Warner 1985 citado em: Kleinman AM. *Rethinking psychiatry. From cultural category to personal experience*. 1ª ed. New York: The Free Press; 1988.
116. Bhugra D. Migration, distress and cultural identity. *British Medical Bulletin*. 2004; 69: 129-141.
117. Qureshi A, Collazos F, Ramos M, Casas M. Cultural competency training in psychiatry. *European Psychiatry*. 2008; 23: 49-58.
118. Hutchinson G, Haasen C. Migration and schizophrenia The challenges for European psychiatry and implications for the future. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004; 39: 350-357.
119. Tsuang MT, Stone WS, Faraone SV. Genes, environment and schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 2001; 178 (40): 18-24.
120. Bentall RP, Corcoran R, Howard R, Blackwood N, Kinderman P. Persecutory delusions: a review and theoretical integration. *Clin Psychol Rev*. 2001; 21 (8): 1143-1192.
121. Garety PA, Fowler D, Kuipers E. Cognitive-behavioural therapy for medication resistant symptoms. *Schizophr Bull*. 2000; 26 (1): 73-86.

- 122.** Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. -  
 Uma Am J Psychiatry. 2005; 162: 12-24.
- 123.** Fung WLA, Bhugra D, Jones PB. Ethnicity and mental health: the example of  
 schizophrenia and related psychoses in migrant populations in the Western world.  
 Psychiatry. 2009; 8 (9): 335-341.
- 124.** Sharpley MS, Hutchinson G, Murray RM, Mckenzie K. Understanding the excess of  
 psychosis among the African- Caribbean population in England: Review of current  
 hypotheses. The British Journal of Psychiatry. 2001; 178: 60-68.
- 125.** Kiev A. Psychiatric morbidity of West Indian immigrants in an urban group practice.  
 British Journal of Psychiatry. 1965; 3: 51-56.
- 126.** Cochrane R, Bal SS. Mental hospital admission rates of immigrants to England. Social  
 Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 1989; 24: 2-11.
- 127.** McGovern D, Cope R. First psychotic admission rates of first-and-second-generation  
 African-Caribbeans. Social Psychiatry. 1987; 22: 139-149.
- 128.** Cox IL. Aspects of transcultural psychiatry. Br. J. Psychiatry. 1977; 130: 211-221.
- 129.** Cochrane R, Bal SS. Migration and schizophrenia: an examination of five hypotheses.  
 Soc Psychiatry 1987; 22: 180-191.
- 130.** Hickling F, Rodgers-Johnson P. The incidence of first onset schizophrenia in Jamaica.  
 BrJPsychiatry 1995; 169: 776-780.
- 131.** Bhugra D, Hilwig M, Hosein I et al. First contact incidence rates of schizophrenia in  
 Trinidad.Br J Psychiatry 1996; 69: 587-592.
- 132.** Mahy G, Mallett R, Leff J, Bhugra D. First contact incidence rates of schizophrenia in  
 Barbados. Br J Psychiatry 1999; 175: 28-33.
- 133.** Bhugra D, Leff J, Mallet R et al. Inception rates and one year outcome of schizophrenia  
 in westLondon. Psychol Med 1997; 27: 791-8.
- 134.** McGrath JJ, Murray RM. Risk factors for schizophrenia: from conception to birth. In  
 Schizophrenia (eds S. Hirsch & D. Weinberger). Oxford: Blackwell.1995; 187-205.
- 135.** Nettleford RM. Identity, Race and Protest in Jamaica. New York: William Morrow.  
 1972.

136. Boydell J, van Os J, McKenzie K, Allardyce J, Goel R, McCreadie RG, et al. Incidence of schizophrenia in ethnic minorities in London: ecological study into interactions with environment. *BMJ* 2001; 323: 1336-1338.
137. Bourque, F, van der Ven, E, Malla, A: A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first-and second-generation immigrants. *Psychol Med.* 2011; 41: 897-910.
138. Smith GN, Boydell J, Murray RM, Flynn S, McKay K, Sherwood M, et al. The incidence of schizophrenia in European immigrants to Canada. *Schizophrenia Research.* 2006; 87: 205-211.
139. Mc Grath JJ, El-Saadi O, Cardy S, Chapple B, Chant D, Mowry B. Urban birth and migrant status as risk factors for psychosis: an Australian case control study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2001; 36 (11): 533-536.
140. Brekke JS, Barrio CB. Cross ethnic symptom differences in schizophrenia: the influence of culture and minority status. *Schizophr Bull.* 1999; 23 (2): 305-316.
141. Strakowski SM, Flaum M, Amador X, Bracha HS, Pandurangi AK, Robinson D, et al. Racial differences in the diagnosis of psychosis. *Schizophr Res.* 1996; 21 (2): 117-124.
142. Nisbett RE, Miyamoto Y. The influence of culture: holistic versus analytic perception. *TRENDS in Cognitive Sciences.* 2005 Out; 9 (10): 467-473.
143. Masuda T, Nisbett RE. Culture and change blindness. *Cogn Sci* 2006; 30: 381-99.
144. Chua HF et al. Culture and diverging views of social events. *Pers. Soc. Psychol. Bull.* 2005; 31: 925-934.
145. Bhui K, Tsangarides N. Culture and schizophrenia. *Psychiatry.* 2008; 7 (11): 454-457.
146. Zandi T, Havenaar JM et al. First contact incidence of psychotic disorders among native Dutch and Moroccan immigrants in the Netherlands: influence of diagnostic bias. *Schizophr Res.* 2010; 119: 27-33.
147. Metzl J. Em: Metzl J, editor. *The protest psychosis: How schizophrenia became a black disease.* New York: Beacon; 2010.
148. Strauss, GP, Harrow, M, Grossman, LS, et al.: Periods of recovery in deficit syndrome schizophrenia: a 20-year multifollow-up longitudinal study. *Schizophr Bull.* 2010; 36: 788-799.



- 149.** Tranulis C, Park L, Delano L, Good B. Early intervention in psychosis: a case study on normal and pathological. *Cult Med Psychiatry*. 2009; 33: 608-622.
- 150.** Kleinman AM. How is culture important for DSM-IV?. In *Culture and Psychiatric Diagnosis: A DSM-IV Perspective*. J. E. Mezzich, A. Kleinman, H. Fabrega, Jr. and D. L. Parron, eds. Washington, DC: American Psychiatric Press. 1996; 15-25.
- 151.** Kirmayer LJ. Beyond the “new cross-cultural psychiatry”: Cultural biology, discursive psychology and the ironies of globalization. *Transcultural Psychiatry*. 2006. 43 (1): 126-144.
- 152.** Eisenberg LF. Disease and illness: Distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 1977; 1 (1): 9-23.
- 153.** Aggarwal NK. Hybridity and intersubjectivity in the clinical encounter: Impact on the cultural formulation. *Transcultural Psychiatry*. 2012; 49 (1): 121-139.
- 154.** Aggarwal NK. Cultural Psychiatry, Medical Anthropology, and the DSM-5 Field Trials. *Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness*. 2013 Aug; 32 (5): 393-398.
- 155.** Scheper-Hughes N. Three propositions for a critically applied medical anthropology. *Social Science & Medicine*. 1990; 30 (2): 189-197.
- 156.** Young A, Rees T. Medical anthropology enters the 21st century. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2011; 199 (8): 592-596.
- 157.** Bhugra D et al. WPA Guidance on mental health and mental health care in migrants. *World Psychiatry*. 2011; 10: 2-10.
- 158.** Azhar MZ, Varma SL, Hakim HR. Phenomenological differences of delusions between schizophrenic patients of two cultures of Malaysia. *Singapore Medical Journal*. 1995; 36: 273-275.
- 159.** Ndeti e Vagher 1993 citado em: Jenkins JH, Barrett RJ. *Schizophrenia, Culture and Subjectivity, The Edge of Experience*. 1ª ed. Cambridge University Press, 2004.
- 160.** Carpenter, William T, John J, Bartko, John S, Strauss, et al. “Signs and Symptoms as Predictors of Outcome: A Report from the International Pilot Study of Schizophrenia.” *American Journal of Psychiatry*. 1978; 135: 940-945.

161. Chandrasena R. 1979 citado em: Jenkins JH, Barrett RJ. *Schizophrenia, Culture and Subjectivity, The Edge of Experience*. 1ª ed. Cambridge University Press, 2004.
162. Gecici O, Kuloglu M, Guler O, et al. Phenomenology of delusions and hallucinations in patients with schizophrenia. *Bull Clin Psychopharmacol*. 2010; 20: 204-212.
163. Chandrasena R. Schneider's first-rank symptoms: an international and interethnic comparative study. *Acta Psychiatr Scand* 1987; 76: 574-578.
164. Littlewood R, Lipsedge M. *Aliens and alienists*. London: Unwin, 1984.
165. Stompe T, Ortwein-Swoboda G, Chaudhry HR, Friedmann A, Wenzel T, Schanda H. Guilt and depression: a cross-cultural comparative study. *Psychopathology* 2001; 34: 289-298.
166. Larøi F, Luhrmann TM, Bell V, Christian Jr WA, Deshpande S, Fernyhough C, et al. Culture and Hallucinations: Overview and Future Directions. *Schizophrenia Bulletin*. 2014; 40 (4): 213-220.
167. Murphy HB, Wittkower ED, Fried J, Ellenberger HA. Cross-cultural survey of schizophrenic symptomatology. *International Journal of Social Psychiatry*. 1963; 10: 237-249.
168. Harvey PD, Helldin L, Bowie CR, et al. Performance-based measurement of functional disability in schizophrenia: a crossnational study in the United States and Sweden. *Am J Psychiatry*. 2009;166 (7): 821-827.
169. Veling W, Selten JP, Mackenbach JP, Hoek HW. Symptoms at first contact for psychotic disorder: comparison between native Dutch and ethnic minorities. *Schizophr Res* 2007; 95: 30-38.
170. Salzinger K. *Schizophrenia: behavioral aspects*. New York: John Wiley & Sons, Inc; 1973.
171. Van Winkel R, Esquivel G, Kenis G. Review: genome wide findings in schizophrenia and the role of gene-environment interplay. *CNS Neurosci Ther*. 2010; 16: 185-192.
172. Calkins, ME, Tepper, P, Gur, R, et al. Project Among African-Americans to Explore Risks for Schizophrenia (PAARTNERS): evidence for impairment and heritability of

- neurocognitive functioning in families of schizophrenia patients. *Am J Psychiatry* 2010; 167: 459-472.
- 173.** Dealberto MJ. Why are immigrants at increased risk for psychosis? Vitamin D insufficiency, epigenetic mechanisms, or both? *Medical Hypotheses*. 2007; 68: 259-267.
- 174.** Zammit S, Lewis G, Rasbash J, et al. Individuals, schools, and neighborhood: a multilevel longitudinal study of variation in incidence of psychotic disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2010; 67: 914-922.
- 175.** Lewis-Fernandez R, Horvitz-Lennon M, Blanco C, et al. Significance of endorsement of psychotic symptoms by US Latinos. *J Nerv Ment Dis*. 2009; 197: 337-347.
- 176.** March D, Hatch SL, Morgan C, et al. Psychosis and place. *Epidemiol Rev*. 2008; 30: 84-100.
- 177.** Wicks S, Hjern A, Dalman C. Social risk or genetic liability for psychosis? A study of children born in Sweden and reared by adoptive parents. *Am J Psychiatry*. 2010; 167: 1240-1246.
- 178.** Jenkins R, Bhugra D, Bebbington P, et al. Debt, income and mental disorder in the general population. *Psychol Med*. 2008; 38: 1485-1493.
- 179.** Jenkins R, Mbatia J, Singleton N, et al. Prevalence of psychotic symptoms and their risk factors in urban Tanzania. *Int J Environ Res Public Health*. 2010; 7: 2514-2525.
- 180.** Fisher H, Morgan C, Dazzan P, et al. Gender differences in the association between childhood abuse and psychosis. *Br J Psychiatry*. 2009; 194: 319.
- 181.** McGrath JJ. Does 'imprinting' with low prenatal vitamin D contribute to the risk of various adult disorders? *MedHypotheses*. 2001; 56: 367-371.
- 182.** Morgan C, Fisher H, Hutchinson G, et al. Ethnicity, social disadvantage and psychotic-like experiences in a healthy population based sample. *Acta Psychiatr Scand*. 2009; 119: 226-235.
- 183.** Marsella AJ, White GM. Cultural conceptions in mental health research and practice. In Marsella AJ, White GM Editors. *Cultural conceptions of mental health and therapy*. 2<sup>a</sup> ed. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company; 1984.

- 184.** Ekman P, Friesen WV. A new pan-cultural facial expression of emotion. *Mot. Emot.* 1986; 10: 159-168.
- 185.** Russell JA. Is there universal recognition of emotion from facial expressions? A review of the cross cultural studies. *Psychol. Bull.* 1994; 115: 102-141.
- 186.** Mandal MK, Bryden MP, Bulman-Fleming MB. Similarities and variations in facial expressions of emotion: cross-cultural evidence. *Int. J. Psychol.* 1996; 31: 49-58.
- 187.** Kirmayer LJ. Cultural variations in the response to psychiatric disorders and emotional distress. *Soc. Sci. Med.* 1989; 29: 327-339.
- 188.** Bleuler E. *Dementia Praecox*. New York: International University Press. English trans. by J. Zinkin, 1950; 1911.
- 189.** Kraepelin E. *Dementia Praecox*. Livingstone, Edinburgh. R.M. Barclay, Trans; 1919.
- 190.** Kee KS, Green MF, Mintz J, Brekke JS. Is emotion processing a predictor of functional outcome in schizophrenia? *Schizophrenia Bulletin.* 2003; 29 (3): 487-497.
- 191.** Marsh AA, Elfenbein HA, Ambady N. Nonverbal “accents”: cultural differences in facial expressions of emotion. *Psychological Science.* 2003; 14 (4): 373-376.
- 192.** Ekman P, Friesen WV, O’Sullivan MO, Chan A, Diacoyanni- Tarlatzis I, Heider K, et al. Universals and cultural differences in the judgments of facial expressions of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1987; 53: 712-717.
- 193.** Meissner CA, Brigham JC. Thirty years of investigating the own-race bias in memory for faces: a meta-analytic review. *Psychology, Public Policy, and Law.* 2001; 7 (1): 3-35.
- 194.** Elfenbein H, Ambady N. Universals and cultural differences in recognizing emotions. *Current Directions in Psychological Science.* 2003; 12 (5): 159-164.
- 195.** Habel U, Gur RC, Mandal MK, Salloum JB, Gur RE, Schneider F. Emotional processing in schizophrenia across cultures: standardized measures of discrimination and experience. *Schizophrenia Research.* 2000; 42: 57-66.
- 196.** Matsumoto D, Ekman P. American–Japanese cultural differences in intensity ratings of facial expressions of emotion. *Mot. Emot.* 1989; 13: 143-157.

- 197.** Kleinman AM. Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. Berkeley e Los Angeles: University of California Press; 1981.
- 198.** Bhui K, Warfa N, Edonya P, McKenzie K, Bhugra D. Cultural competence in mental health care: a review of model evaluations. *BMC Health Serv Res* 2007; 7: 15.
- 199.** Ruiz P. Ethnicity and Psychopharmacology. Em: Ruiz P (Ed.) Ethnicity and Psychopharmacology. Washington DC: American Psychiatric Press. 2000; 91-113.
- 200.** Fleck DE, Keck PE Jr, Corey KB, Strakowski SM. Factors associated with medication adherence in African American and white patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 646-52.
- 201.** Schraufnagel TJ, Wagner AW, Miranda J, Roy-Byrne PP. Treating minority patients with depression and anxiety: what does the evidence tell us? *Gen Hosp Psychiatry* 2006; 28: 27-36.
- 202.** Polkinghorne DE. Traditional research and psychotherapy practice. *J Clin Psychol* 1999; 55: 1429-40.
- 203.** Eisenberg 1985 citado em: Kleinman AM. Rethinking psychiatry. From cultural category to personal experience. 1ª ed. New York: The Free Press; 1988.
- 204.** Lefley HP, Sandoval MC, Charles C. Tradicional Healing Systems in a Multicultural Setting. Em: Okpaku SO. Clinical methods in transcultural psychiatry. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1998.
- 205.** Osterweis M et al. Pain and Disability. Washington, D.C.: National Academy Press. 1987.
- 206.** El-Islam MF. “Clinical Applications of Cultural Psychiatry in Arabian Gulf Communities”. Em: Okpaku SO. Clinical methods in transcultural psychiatry. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1998.
- 207.** Loganathan S, Murthy SR. Experiences of stigma and discrimination endured by people suffering from schizophrenia. *Indian Journal of Psychiatry*. 2008; 50: 39-46.

- 208.** Shrivastava A, Johnston ME, Thakar M, Shrivastava S, Sarkhel G, Sunita I, et al. Origin and impact of stigma and discrimination in schizophrenia – patients’ perception: Mumbai study . *Stigma Research and Action*. 2001; 1: 67-72.
- 209.** Littlewood R. Cultural variation in the stigmatization of mental illness. *Lancet*. 1998; 352: 1056-1057.
- 210.** Sartorius N. Iatrogenic stigma of mental illness. *British Medical Journal*. 2002; 324: 1470-1471.
- 211.** Davidson L, Stayner D, Haglund KE. Phenomenological perspectives on the social functioning of people with schizophrenia. Em: Mueser KT, Tarrrier N (Eds), *Handbook of Social Functioning*. Boston, MA: Allyn & Bacon. 1998; 97-120.
- 212.** Wahl OF, Harman CR. Family views of stigma. *Schizophrenia Bulletin*. 1989; 15: 131-139.
- 213.** Markowitz FE. The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*. 1998; 34: 335-347.
- 214.** Yang LH, Phillips MR, Lo G, et al. “Excessive thinking” as explanatory model for schizophrenia: impacts on stigma and “moral” status in Mainland China. *Schizophr Bull*. 2009; 36: 836-45.
- 215.** Saravanan B, Jacob KS, Deepak MG, et al. Perceptions about psychosis and psychiatric services: a qualitative study from Vellore, India. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008; 43: 231-8.
- 216.** Keshavan M, Shrivastava A, Gangadhar B. Early intervention in psychotic disorders: challenges and relevance in the Indian context. *Indian J Psychiatry* 2010; 52:153-8.
- 217.** Sartorius N. Short-lived campaigns are not enough. *Nature*. 2010; 468: 163-5.
- 218.** van Os J, Kapur S. Schizophrenia. *Lancet*. 2009; 374: 635-45.
- 219.** Kirkbride J, Coid JW, Morgan C, et al. Translating the epidemiology of psychosis into public mental health: evidence, challenges and future prospects. *J Public Ment Health*. 2010; 9: 4-14.

- 220.** Halliburton M. Mudpacks and prozac: Experiencing ayurvedic, biomedical, and religious healing. Los Angeles: Left Coast; 2009.
- 221.** Howes OD, Kapur S. The dopamine hypothesis of schizophrenia: version III - the final common pathway. *Schizophr Bull.* 2009; 35: 549-62.
- 222.** Bar KJ, Berger S, Metzner M, et al. Autonomic dysfunction in unaffected first-degree relatives of patients suffering from schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2010; 36:1050-8.
- 223.** Myers NL. Culture, stress and recovery from schizophrenia: lessons from the field for global mental health. *Cult Med Psychiatry.* 2010; 34:500-28.
- 224.** Cross et al. 1989 citado em: Okpaku SO. *Clinical methods in transcultural psychiatry.* Washington, DC: American Psychiatric Press; 1998.