

Rafael Fernandes Barros

**Fatores sociais e esquizofrenia:
investigando possíveis associações**

**Botucatu
2013**

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Fatores sociais e esquizofrenia: investigando possíveis associações

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Alfredo Pereira Junior

Botucatu
2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: *ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE*

Barros, Rafael Fernandes.

Fatores sociais e esquizofrenia : investigando possíveis associações / Rafael
Fernandes Barros. - Botucatu, 2013

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de
Medicina de Botucatu

Orientador: Alfredo Pereira Junior

Capes: 40600009

1. Esquizofrenia. 2. Esquizofrênicos – Condições sociais. 3. Problemas
sociais. 4. Prognóstico. 5. Revisão.

Palavras-chave: Esquizofrenia; Fatores sociais; Incidência; Revisão;
Urbanicidade.

Agradeço

À Lujani Aparecida Camilo, minha grande companheira, que sempre me apoiou e que tem sonhado ao meu lado.

Aos meus pais, Julio e Jazira, por toda a força e suporte dados durante minha trajetória e, sobretudo, pela confiança depositada em mim.

Ao Prof. Alfredo Pereira Junior, ser humano ímpar, que nunca hesitou em me ajudar e que me deu a honra de aprender consigo.

Aos professores Rodolfo Franco Puttini, Fábio Augusto Furlan e Ivete Dalben pelas valiosas contribuições a este trabalho.

Ao universo, ao divino, à espiritualidade ou ao nome que queiram dar àquilo que está acima de nós, dentro de nós, que nos permeia e sempre nos ajuda.

“SE A MEDICINA DESEJA ALCANÇAR SEUS OBJETIVOS POR COMPLETO, DEVE ENTRAR COMPLETAMENTE NA VIDA POLÍTICA, E DEVE INDICAR TODOS OS OBSTÁCULOS QUE IMPEDEM A CONSUMAÇÃO NORMAL DO CICLO DA VIDA.”

RUDOLF VIRCHOW

Lista de Siglas

CID – Classificação Internacional de Doenças

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

IC - Intervalo de Confiança

OMS – Organização Mundial da Saúde

OR - Odds Ratio

RTI – Razão de Taxas de Incidência

Resumo

A despeito da importância dos fatores biológicos na etiopatogenia da esquizofrenia, os fatores sociais parecem exercer grande influência sobre este transtorno; a Organização Mundial da Saúde foi a primeira a realizar estudos em diversos países com foco no curso e prognóstico da esquizofrenia, tendo encontrado diferenças significativas nessas variáveis entre os diferentes locais. **Objetivo:** A seguinte pesquisa teve por objetivo realizar uma revisão da literatura científica com foco em estudos de incidência e observacionais longitudinais (estudos com grande poder analítico, pois ensejam uma sequência entre exposições e desfechos), abordando a possível associação entre diferentes fatores sociais e a incidência da esquizofrenia. **Metodologia:** Foram levantados artigos originais publicados de 2003 a 2012, resultantes de estudos observacionais longitudinais ou de incidência, através dos bancos de dados PubMed, LILACS e SciELO. **Resultados:** Foram encontrados 17 artigos que abordavam a relação entre fatores sociais e esquizofrenia (ou transtornos psicóticos) com os desenhos de estudo mencionados. Os achados mostraram que a urbanicidade e diversos indicadores de adversidade social na infância são fatores de risco para a esquizofrenia. Além disso, os resultados evidenciaram que fatores individuais e ao nível de área exercem um peso muito semelhante na associação encontrada entre urbanicidade e psicoses, e que há um efeito de interação entre os níveis.

Palavras chave: fatores sociais, esquizofrenia, incidência, urbanicidade, revisão.

Abstract

Despite the importance of biological factors in the etiology of schizophrenia, social factors appear to exert great influence on this disorder; the World Health Organization was the first to conduct studies in several countries with a focus on the course and prognosis of schizophrenia, and found significant differences these variables between the different sites.

Objective: The following study aimed to review the literature focusing on studies of incidence and longitudinal observational studies (studies with great analytical power because give rise to sequence between exposures and outcomes), addressing the possible association between different social factors and the incidence of schizophrenia. **Methodology:** Collected original articles published from 2003 to 2012, resulting from longitudinal observational studies or incidence studies through the databases PubMed, LILACS and SciELO. **Results:** 17 articles were found that approached the relationship between social factors and schizophrenia (or psychotic disorders) with study designs mentioned. The findings showed that the urbanicity and several indicators of social adversity in childhood are risk factors for schizophrenia. Furthermore, the results showed that individual factors and level area exert similar weight in the association between urbanicity and psychoses, and that there is an interaction effect between levels.

Keywords: social factors, schizophrenia, incidence, urbanicity, review.

Sumário

Lista de Siglas	3
Resumo	4
Abstract	5
1 - Introdução	7
2- Referenciais Teóricos	12
2.1 - Estresse, Economia e Esquizofrenia.....	12
2.2 - Estudos Internacionais da OMS	14
3 - Objetivo	17
4 - Metodologia	18
5 - Resultados	20
5.1 - Foco na urbanicidade.....	20
5.2 - Foco na adversidade socioeconômica ao nível individual.....	23
5.3 - Foco na etnia, imigração e aspectos relacionados (discriminação, densidade étnica e identidade étnica)	29
5.4 - Foco ao nível de bairro ou escola	47
5.5 - Foco no abuso sexual.....	54
6 – Discussão	56
7 – Conclusão	60
Referências	61

1 - Introdução

O conceito de esquizofrenia tem origem no conceito de “demência precoce” elaborado por Kraepelin em 1893 com a publicação da 4ª edição de seu tratado, depois de acompanhar pacientes jovens que após um período psicótico sofriam um “enfraquecimento psíquico”, mas que não necessariamente se tornavam dementes (VALENÇA; QUEIROZ, 1999). Além disso, é importante ressaltar que apesar do nome bastante severo, Kraepelin já observava uma evolução favorável em mais de um quarto dos casos. Este autor considerava que nenhum sintoma isolado poderia caracterizar qualquer transtorno mental, devido à sua grande mutabilidade. Assim, o curso e o desfecho deste seriam as vias adequadas para tal fim. Kraepelin descreveu com incrível precisão todos os sintomas hoje observados na esquizofrenia, contudo sem definir qualquer um deles como central para o diagnóstico. Por fim, na 8ª e última edição de seu tratado (em 1913) definiu duas grandes síndromes que caracterizariam a demência precoce (KRAEPELIN APUD ELKIS, 2000):

- I) “O enfraquecimento das atividades emocionais que formam as molas propulsoras da volição”.
- II) “A perda da unidade interna das atividades do intelecto, emoção e volição”.

Para muitos autores a “síndrome avolucional” foi a primeira descrição dos sintomas que mais tarde seriam denominados de “sintomas negativos da esquizofrenia”. A “perda da unidade interna” era caracterizada pela incoerência do pensamento, nas mudanças intensas de humor e na inconstância dos hábitos (ELKIS, 2000).

Em 1908, Bleuler propôs o termo esquizofrenia (ou melhor, esquizofrenias, devido aos vários subtipos) no lugar de “demência precoce”, um aperfeiçoamento de duas variáveis: a dilatação na idade de início do quadro, já que o transtorno pode aparecer tardiamente (DSM-IV-TR, 2002), e mais do que isso, uma valorização não do processo evolutivo (que poderia ser eventualmente demencial), mas sim de alguns sintomas que seriam denominados fundamentais para o diagnóstico. Esses sintomas ficaram conhecidos como os famosos 6 “A”: distúrbios das associações do pensamento, autismo, ambivalência, embotamento afetivo, distúrbios da atenção e avolição. Outros sintomas, como alucinações, delírios, distúrbios do humor ou catatonia eram julgados acessórios, e portanto, não essenciais ao diagnóstico (ELKIS, 2000).

Bleuler era direcionado por sua teoria de que os sintomas fundamentais eram a expressão de uma alteração cerebral comum, ao passo que os sintomas acessórios representavam uma reação da personalidade de cada indivíduo; daí o grande leque de formas de apresentação da síndrome. A desconexão entre os sintomas fundamentais e acessórios foi denominada de “desdobramento” ou “cisão”, resultando posteriormente no termo “esquizofrenia” (ELKIS, 2000).

Estudos de prevalência de esquizofrenia realizados em inúmeros países relatam taxas entre 0,9 e 11 casos por 1000 habitantes, enquanto estudos de incidência descrevem taxas de 0,1 a 0,7 novos casos (em um ano) por 1000 habitantes (SILVA, 2006).

No Brasil, foram estimadas 1,17 milhões de pessoas com esquizofrenia (VILARES; SARTORIUS, 2003). Um estudo feito em São Paulo, focado no ano de 1998, mostrou que aproximadamente 70% do número estimado de pacientes esquizofrênicos não estavam em tratamento regular. Ao mesmo tempo, os serviços ambulatoriais receberam apenas 11% dos recursos destinados para esta psicose (VILARES; SARTORIUS, 2003).

A partir de 1996 a esquizofrenia passou a ser incluída na lista das 10 mais importantes causas de enfermidade e morte do mundo, ocupando a nona posição (GARCÍA et al., 2004; SARACENO et al., 2005). Além disso, foi classificada em 8º lugar dentre as doenças com maior carga global devido à incapacidade causada entre a população de 15 a 44 anos (LEITÃO et al., 2006). É caracterizada por um início agudo, de evolução crônica por surtos, que produz uma deterioração da personalidade com conseqüente prejuízo da capacidade relacional do indivíduo com o seu meio (GARCÍA et al., 2004).

A esquizofrenia é um transtorno mental que na grande maioria das vezes é de precoce aparição. Para os homens, a idade de início mais freqüente é entre os 15 e 24 anos. Para as mulheres, é a próxima década da vida, entre os 25 e 35 anos (COX; DÍAZ, 1999). Entretanto, isso não exclui um aparecimento tardio para ambos os sexos. Sua incidência é duas vezes maior para homens com idade entre 15 e 24 anos do que para mulheres da mesma idade (VALENÇA; QUEIROZ, 1999). Uma parcela significativa de pacientes experenciam os primeiros sintomas psicóticos antes de atingirem os 20 anos; 39% dos homens têm início antes dos 19 anos, comparados a 23% das mulheres (LEE et al., 2005). Os sintomas característicos da esquizofrenia podem ser precedidos por uma fase prodrômica, isto é, presença de sintomas pouco específicos tais como isolamento, perda de energia, iniciativa e

interesses, que podem surgir e permanecer por semanas ou meses antes dos sintomas mais característicos (SILVA, 2006).

A esquizofrenia, definida como um transtorno altamente incapacitante, representa uma carga social e econômica muito grande. Cerca de 10 a 15% dos esquizofrênicos morrem por suicídio, e 50% deles tentam ao menos uma vez na vida se suicidar (GARCÍA et al., 2004).

É uma desordem que traz grandes custos, sejam custos diretos com o tratamento, custos indiretos ou intangíveis. Os custos diretos são os recursos requeridos para produzir serviços para aqueles que estão doentes. Os custos indiretos podem exceder os custos diretos, pois referem-se à perda de recursos que poderiam ser investidos em outras áreas e à perda de produtividade dos pacientes e de seus cuidadores. Custos intangíveis são aqueles causados pelo sofrimento e dor aos pacientes e seus cuidadores. Estima-se que no ano de 1990 os custos diretos e indiretos da esquizofrenia para os EUA foram de 32,5 bilhões de dólares, sendo que 16 bilhões (49%) foi gasto com tratamento e outros serviços médicos. Em 1995, o custo foi estimado em um montante de 65 bilhões de dólares (LEE et al., 2005). Além disso, reporta-se que o gasto com o tratamento dessa enfermidade durante as décadas de 1980 e 1990 abarcou aproximadamente 2% do PIB desse país, onde 25% dos leitos hospitalares são ocupados por pacientes esquizofrênicos. No Reino Unido, com uma incidência anual de 10000 novos pacientes a cada ano, estima-se que o custo direto de cada paciente esquizofrênico atinja 2500 dólares por ano (GARCÍA et al., 2004).

Um estudo realizado por Leitão et al., (2006) sobre o estado de São Paulo, no ano de 1998, utilizando dados de institutos governamentais de pesquisa e da literatura para estimar o número total de pacientes com esquizofrenia no Estado sob cobertura do Sistema Único de Saúde, mostrou que, do total de pacientes, 81,5% estão sob cobertura do SUS. Destes, 6% encontravam-se internados, 23,5% em tratamento ambulatorial e preocupantes 71,0% sem tratamento regular (esse grupo inclui pessoas sem nenhum tipo de cuidado). Segundo este estudo, baseado em uma prevalência de 0,7%, eram estimados 177163 adultos esquizofrênicos em São Paulo.

A esquizofrenia tem como taxas de recaída, segundo alguns artigos, 1,5 a 3% ao mês, 50% ao ano e 85% em 5 anos (GARCÍA et al., 2004). Nos Estados Unidos, o total de gastos anual estimado para as admissões hospitalares de curto prazo (ou seja, menores ou iguais a 90

dias) para recaídas dessa enfermidade é de US\$ 2,3 bilhões e o custo de readmissões é de US\$ 2 bilhões. A não adesão ao tratamento é responsável por, aproximadamente, 40% do custo, enquanto a perda da eficácia neuroléptica é responsável por 60% (ROSA; ELKIS, 2007).

Trabalho realizado por Rosa et al. (2005) mostrou que o sentimento de “desconforto por efeitos colaterais”, foi o fator mais associado à não aderência ao tratamento medicamentoso. Os neurolépticos de 1ª geração (também chamados de típicos) são os que apresentam a maior gama de efeitos adversos; os transtornos extrapiramidais (distonias agudas; movimentos involuntários, como espasmos musculares; língua protusa; torcicolo; síndrome parkinsoniana; etc) e autonômicos são os imediatos ou a curto prazo. Já os efeitos adversos tardios podem incluir as discenias tardias e a denominada “síndrome maligna neuroléptica”, sua mais grave complicação, podendo levar o indivíduo à morte. A fim de se evitar os sintomas extrapiramidais se ministra outro medicamento, com ação anticolinérgica, comumente chamado de “antiparkinsoniano”. Com isso, o custo do tratamento é elevado ainda mais, além desse fármaco possuir os seus próprios efeitos adversos, tais como transtornos da consciência, da memória e da atenção. Também pode-se chegar ao *delirium* colinérgico, que entorpece e dificulta em alguns casos o progresso do paciente (GARCÍA et al., 2004).

Os neurolépticos, classificados em 4 grandes grupos: fenotiacinas, butiferas, tioxantenos e derivados benzodiazepínicos, podem apresentar ainda outros efeitos adversos que acabam por prejudicar a adesão ao tratamento medicamentoso, sendo eles: aumento da prolactinemia, aumento da temperatura corporal e do apetite, disfunções sexuais, agranulocitose (tornando o paciente susceptível a infecções graves, efeito adverso dos neurolépticos atípicos) e hepatotoxicidade (GARCÍA et al., 2004).

Além dos efeitos adversos, o preconceito e a discriminação em relação ao paciente esquizofrênico acabam por dificultar a adesão ao tratamento. Em quase todas as sociedades, a esquizofrenia é altamente estigmatizada. O preconceito aumenta ainda mais o isolamento social do paciente, cria dificuldades para encontrar habitação, educação e emprego, e aumenta a probabilidade de abuso de álcool e drogas. Estas conseqüências contribuem para a incapacidade produzida pela doença e estabelecem um círculo vicioso de desvantagem, aumentando a carga sobre os pacientes e suas famílias. (VILARES; SARTORIUS, 2003).

Por fim, como García et al. (2004) descrevem: “(...) o paciente esquizofrênico ao longo da história tem sido marginalizado, segregado e maltratado. As guerras mundiais e as suas consequências devastadoras para os seres humanos, e em particular a segunda, levaram o mundo a desenvolver uma cultura de proteção, assistência e atenção à deficiência, beneficiando e melhorando o conceito moderno de que todos os seres humanos com algum tipo de deficiência devem ser reconhecidos como ‘diferentes’ com direitos iguais na sociedade, no entanto, os doentes mentais e em particular o esquizofrênico não tiveram a mesma sorte.”

Assim, tendo em vista as características da esquizofrenia, é importante investigar as suas causas, pois conhecendo melhor as causas podemos ter maior poder de ação sobre a sua emergência e seus efeitos.

2- Referenciais Teóricos

As grandes cidades devem ser consideradas diretamente como lugares perniciosos de cultivo de enfermidades mentais (...). Elas são as maiores contribuintes para o rápido aumento das enfermidades mentais e suicídios (...). Estão especialmente em risco aquelas pessoas que, vindo de um ambiente simples, são lançadas no caos e bulício da cidade grande. (KRAEPELIN APUD COX; DÍAZ, 1999)

A despeito da importância dos fatores biológicos na etiopatogenia da esquizofrenia, os fatores sociais, econômicos, políticos e culturais parecem exercer grande influência sobre este transtorno. O fato de a taxa de concordância para o transtorno esquizofrênico em gêmeos monozigóticos ser de 50% (SILVA, 2006; IERAGO et al., 2010) e em gêmeos dizigóticos ser de 12%, revela a importância de componentes genéticos e ambientais; caso fosse um transtorno de origem exclusivamente genética ou hereditária, a taxa de concordância nos gêmeos monozigóticos deveria ser de 100%.

Segundo Valença e Queiroz (1999), a esquizofrenia e outras doenças mentais são mais frequentes nas classes mais pobres. Um estudo (realizado por Faris e Dunhan) citado por esses autores, realizado em Chicago (década de 1930), mostrou que um grande número de casos de esquizofrenia tratadas estavam presentes nas áreas mais humildes: 7 casos por 1000 adultos. À medida que a região analisada era mais próspera, esse número diminuía: 2,5 casos por 1000 adultos na área mais rica. De acordo com Valença e Queiroz, desde a publicação deste estudo pioneiro outros estudos epidemiológicos têm confirmado elevados índices de transtornos mentais, especialmente esquizofrenia, em distritos mais pobres de várias cidades européias e americanas.

2.1 - Estresse, Economia e Esquizofrenia

Fatores econômicos têm um impacto importante nos esforços reabilitativos e reintegrativos para os pacientes, no prognóstico da enfermidade, e também na ideologia dominante relacionada à esquizofrenia (COX; DÍAZ, 1999).

Alguns pacientes esquizofrênicos podem ter recaídas devido ao estresse. Nos períodos de recessão econômica o estresse pode ser resultado da perda de status, da perda de independência e valor para os desempregados, e também da sensação de falência para aqueles que retrocederam na escala social. A depressão econômica acaba também por causar a diminuição dos incentivos para reabilitação desses pacientes (VALENÇA; QUEIROZ, 1999).

Parece haver uma semelhança muito grande de muitas características da esquizofrenia crônica com os efeitos psicológicos de longos períodos de desemprego. Depressão, ansiedade, irritabilidade, negativismo, apatia e dependência emocional são sintomas comuns a ambas situações (VALENÇA; QUEIROZ, 1999).

A tabela seguinte (Tabela 1), extraída do artigo de Valença e Queiroz, mostra como a ideologia psiquiátrica pode estar sob influência das mudanças econômicas.

Tabela 1 – Diferenças em esforços reabilitativos e reintegrativos aos doentes mentais durante períodos de depressão e desenvolvimento econômico (VALENÇA; QUEIROZ, 1999).

	Depressão	Desenvolvimento
Consenso Político	<ul style="list-style-type: none"> -Cuidado é necessário para proteger a comunidade. -Expansão hospitalar é necessária. 	<ul style="list-style-type: none"> -Cuidado comunitário é preferível. -A reabilitação psiquiátrica deve tentar reduzir os custos estimulando a produtividade dos pacientes.
Consenso Profissional	<ul style="list-style-type: none"> -Esquizofrenia é incurável. -Fatores genéticos e biológicos são causas importantes da psicose. -Hospitais são terapêuticos. -Alta precoce é perigosa. -Métodos de tratamento físico, cirúrgicos e farmacológicos são mais válidos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Esquizofrenia é curável. -Fatores sociais são causas importantes de psicoses. -Instituições mentais são danosas. -tratamentos psicossociais são válidos nas psicoses.
Consenso Social	<ul style="list-style-type: none"> -Os doentes mentais são perigosos e deveriam ser trancafiados. -Eu não gostaria de trabalhar, morar perto ou casar com um doente mental. 	<ul style="list-style-type: none"> -Qualquer um pode ficar mentalmente doente.

Segundo a análise de 68 estudos realizados nos EUA e Europa, entre 1900 e começo dos anos 1980, a recuperação da esquizofrenia aparece nitidamente relacionada ao estado da economia. Assim, durante a Grande Depressão dos anos 1920 e 1930, a taxa de recuperação

completa (fim dos sintomas psicóticos e volta ao nível de funcionamento prévio à enfermidade) baixou à metade, de 25% para 12%. A taxa de recuperação social (trabalho adequado para prover a si mesmo, sem depender de terceiros para as necessidades básicas e de moradia) caiu de 45% para 30% (COX; DÍAZ, 1999).

2.2 - Estudos Internacionais da OMS

A Organização Mundial de Saúde foi a primeira a realizar estudos em vários países com foco no curso e prognóstico da esquizofrenia; estes estudos ficaram conhecidos como Estudo Piloto Internacional em Esquizofrenia (IPSS) e foram realizados no período de 1966-1973 (ELKIS, 2000).

Pacientes de 9 países foram avaliados (Dinamarca, Índia, Colômbia, Nigéria, Inglaterra, Rússia, Tchecoslováquia, Taiwan e EUA), criando um inédito modelo de cooperação entre os pesquisadores destes países. O IPSS tinha dois objetivos iniciais: produzir instrumentos que seriam aplicados transculturalmente, e responder à pergunta se a esquizofrenia existia em várias culturas, como defendiam os psiquiatras europeus (VALENÇA; QUEIROZ, 1999).

O estudo contou com um total de 1202 pacientes. O seguimento dos pacientes foi realizado em 3 fases: 1, 2 e 5 anos, sendo que 909 indivíduos foram reentrevistados ao final de 2 anos.

Pacientes com uma síndrome clínica característica que corresponde às descrições clássicas de esquizofrenia foram encontrados em todos os locais estudados. No entanto, o resultado mais surpreendente foi que após 2 anos do exame inicial encontrou-se diferenças significativas no curso e prognóstico da esquizofrenia entre os diferentes lugares. O curso, assim como o prognóstico dos pacientes, foi melhor nos países em desenvolvimento do que nos países desenvolvidos, sendo isto válido para todas as características clínicas relevantes que foram examinadas, como, por exemplo, a porcentagem de seguimentos durante o qual os indivíduos apresentaram sintomas produtivos, qualidade da remissão e incapacidade social. Assim, 35% dos pacientes de centros subdesenvolvidos e 15% dos pacientes dos centros desenvolvidos tiveram os melhores resultados. Índia e Nigéria, países onde a maioria da população estava engajada em agricultura, tiveram os melhores resultados (VALENÇA; QUEIROZ, 1999).

Quando analisada a variável “incapacidade no relacionamento social”, os pacientes dos centros em desenvolvimento apresentaram nenhuma ou leve incapacidade em 65% dos casos, comparados a 43% nos centros desenvolvidos. Os índices de incapacidade severa ou moderada nos países em desenvolvimento e nos desenvolvidos foram de 33% e 56%, respectivamente.

Como citado no artigo de Valença e Queiroz (1999), a padronização dos instrumentos e o treinamento meticuloso dos investigadores que compunham o IPSS dá grande credibilidade a estes dados, pois é altamente provável que não tenham resultado de artefato ou de uma forma inválida de coleta dos dados. Segundo estes autores a deterioração progressiva é um evento raramente visto nas sociedades não industriais e quanto mais urbanizado e industrializado é o lugar, mais debilitante se torna a desordem.

Múltiplos estudos citados por Cox e Díaz (1999) indicam que a prevalência de esquizofrenia é mais baixa em países em via de desenvolvimento; estudos realizados na Europa, América do Norte, Sudeste Asiático e Índia, entre os anos 1931 e 1983 encontraram uma prevalência mais baixa da doença nas sociedades menos desenvolvidas. Por exemplo, em Tonga (Sul do Pacífico), o índice foi de 0,9 a 1,3 por 100 (corrigido por idade), o que é muito mais baixo em comparação com a prevalência no Canadá que variou entre 4,2 a 10,5 por 100 (corrigido por idade). Nos dois locais foram utilizados os mesmos métodos.

De acordo com Valença e Queiroz (1999), o trabalho em ambiente rural é mais coletivo e não requer habilidades particulares. Situações competitivas estressantes dificilmente existem, e durante os períodos de diminuição do trabalho é mais fácil para a família e membros da comunidade reintegrarem a pessoa doente na sociedade e o indivíduo consegue reter a sua autoestima. Já nas sociedades industrializadas, os doentes mentais enfrentam grande preconceito e estigmatização, encontrando extrema dificuldade em conseguir emprego e gerando medo em relação à sua periculosidade, chegando ao absurdo de os cidadãos lutarem para excluir acomodações para os portadores de transtornos mentais do entorno de suas residências.

É muito importante observar que segundo o artigo de Cox e Díaz (1999), as diferenças de prevalência da esquizofrenia de um lugar para outro não são atribuídas à variável desenvolvido/subdesenvolvido por si só. A taxa de desemprego, as dificuldades para a subsistência, a postergação do matrimônio por razões econômicas, e a desintegração dos

papéis sociais e familiares levam a altas taxas de prevalência. Como exemplo disso, citam que na Irlanda tem existido uma grande correlação entre prevalência da esquizofrenia e desemprego; as classes mais baixas e os camponeses, que sofrem enormemente com o desemprego, têm uma alta taxa da enfermidade. Em compensação, em cidades mais industrializadas e com menos desemprego, como é o caso de Dublin, a prevalência é menor. Em contraste com isso, no sul da Itália, preferencialmente camponês, a prevalência da esquizofrenia é a décima parte das áreas rurais da Irlanda, e é mais baixa que nas áreas industriais do norte da Itália. Assim, a situação da Irlanda e da Itália são opostas; acredita-se que isso acontece porque na Itália tem havido uma permanência de papéis sociais e relações familiares, o que não tem acontecido na Irlanda, devido ao impacto da economia sobre a família.

3 - Objetivo

Com os exemplos mostrados anteriormente, podemos observar que não seria um único fator social (a classe social, o desemprego, a estrutura familiar, o caráter urbano ou rural) que por si só influenciaria as taxas de esquizofrenia, mas uma particular combinação desses fatores (e possivelmente outros), que colocaria em séria desvantagem aqueles indivíduos mais vulneráveis à esquizofrenia. Assim, podemos conjecturar que há diversos fatores associados à esquizofrenia, e que não podemos tomar determinado fator como uma causa isolada. No entanto, para se estudar fatores de risco ou relações de causalidade é necessário se atentar para os devidos desenhos de estudo, isto é, estudos que possam aferir se a exposição veio antes da doença. Estudos simples de prevalência, também chamados de estudos transversais ou seccionais, não são estudos adequados para tal fim, pois retratam um fato em um determinado momento, e dão margem a posições como o da “Teoria da Mobilidade Descendente” (ou “Queda Social”), segundo a qual as pessoas com maior predisposição para a esquizofrenia (ou que já a manifestam) seriam arrastadas para um status (social ou ocupacional) mais baixo ou para determinadas localidades devido a um funcionamento psíquico pré-psicótico/prodrômico (ou psicótico), não levando em conta o possível poder causal dos fatores sociais.

Assim, a presente pesquisa teve como objetivo realizar uma revisão da literatura científica com foco, principalmente, em artigos que descrevam estudos observacionais longitudinais (estudos mais trabalhosos e com grande poder analítico, pois ensejam uma sequência entre exposições e desfechos, ou seja, as exposições precedem o efeito), abordando a possível associação entre diferentes fatores sociais e incidência da esquizofrenia.

4 - Metodologia

A pesquisa foi desenvolvida através de revisão bibliográfica nos seguintes bancos de dados e revistas em versão eletrônica: PubMed (pertencente à Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos da América), LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SciELO (*Scientific Electronic Library Online*). Os critérios de inclusão foram:

- 1) Que os artigos científicos tivessem sido publicados de 2003 a 2012, nas línguas inglesa, espanhola e portuguesa;
- 2) Que fossem artigos originais e que abordassem a possível associação entre fatores sociais e incidência de esquizofrenia;
- 3) Por fim, que fossem resultados de estudos de incidência ou observacionais longitudinais.

Para tanto, foram utilizadas as palavras e expressões-chave:

- SciELO: cross-cultural psychiatry and schizophrenia, schizophrenia incidence, social factors schizophrenia, socioeconomic factors schizophrenia, environment schizophrenia, schizophrenia risk factors, schizophrenia epidemiology.

- LILACS: cross-cultural psychiatry, schizophrenia incidence, social factors schizophrenia, socioeconomic factors schizophrenia, environment schizophrenia, schizophrenia risk factors, schizophrenia epidemiology.

- PubMed: social factors schizophrenia, socioeconomic factors schizophrenia, environment schizophrenia, schizophrenia risk factors, schizophrenia longitudinal study. Devido à enorme quantidade de dados (resumos) do Pubmed, optou-se por expressões mais restritivas, que pudessem focar na relação “fatores sociais-esquizofrenia”.

A coleta das referências bibliográficas e dos respectivos artigos ocorreu durante o ano de 2012.

A leitura e análise dos artigos seguiram as seguintes etapas (GIL, 2002):

1) Leitura analítica, cuja finalidade é ordenar e resumir as informações contidas nas fontes; o foco foi nos dados epidemiológicos dos artigos;

1.1) Leitura integral da obra

1.2) Identificação das ideias-chaves

1.3) Hierarquização das ideias

1.4) Sintetização das ideias, eliminando o que é secundário (não essencial para o problema).

2) Leitura interpretativa, cuja finalidade é conferir significado mais amplo aos achados através da conexão a outros conhecimentos já obtidos, tanto intra quanto extra revisão.

5 - Resultados

Foram encontrados 17 artigos (todos através do PubMed) que satisfaziam os critérios de inclusão mencionados anteriormente. No entanto, parcela dos estudos estudaram a relação “psicose/fatores sociais” ou “psicoses não-afetivas/fatores sociais”, não sendo restritivos à categoria “esquizofrenia”; portanto, utilizaram um diagnóstico mais amplo, seja para aumentar a amostra (e assim o poder do estudo), seja pela simplificação (segurança ou maior validade) do diagnóstico, seja pelos dados diagnósticos que estavam disponíveis. O importante é ressaltar que a esquizofrenia é a principal psicose não-afetiva e a principal psicose (KIRKBRIDE et al., 2006; KIRKBRIDE et al, 2008).

5.1 - Foco na urbanicidade

Estudo de Harrisson et al. (2003) tinha por objetivo descobrir se certos fatores obstétricos e determinado fator socioeconômico estão relacionados com o nível de urbanicidade e se são, por sua vez, confundidores da associação entre urbanicidade e esquizofrenia. Para os autores, já havia evidência o bastante de que pessoas nascidas em áreas urbanas estão em risco aumentado (em relação às criadas em meio rural) de desenvolver esquizofrenia, e citam vários estudos (de diferentes países) que confirmam a associação (com riscos relativos indo de 1,55 a 2,40) independentemente de história familiar de psicose. Os autores afirmam que a urbanicidade é um fator de risco para a esquizofrenia. Os mecanismos biológicos e sociais que poderiam mediar essa associação não eram claros para os autores; assim, primeiramente examinaram a associação entre urbanização do local de nascimento e o risco de desenvolvimento de esquizofrenia na idade adulta (acima dos 16 anos), depois a distribuição de potenciais fatores de risco confundidores (complicações obstétricas/medidas de nutrição fetal e posição socioeconômica na infância) em uma escala de três níveis de urbanicidade e, por fim em que extensão as diferenças de risco observadas entre os meios urbano e rural se devem aos possíveis confundidores.

Para tanto, os pesquisadores estudaram 696025 sujeitos nascidos na Suécia entre 1973 e 1980, que ainda estavam vivos e residiram naquele país até pelo menos os 16 anos de idade. As análises foram baseadas em admissões hospitalares (codificadas segundo a Classificação Internacional das Doenças – CID 9) entre 1989 e 1997, e os sujeitos foram

seguidos em média 5,1 anos após a idade de 16 anos. Os seguintes indicadores de complicações obstétricas e medidas de nutrição fetal foram utilizados: peso ao nascer, comprimento ao nascer, idade da mãe (no momento do nascimento do filho), estação do ano no ato do nascimento, tipo de parto (cesariano ou normal), escala APGAR em um minuto e paridade (número de filhos). O indicador utilizado de posição socioeconômica na infância foi a educação materna, categorizada em quatro grupos: <9anos, 9 a 10 anos, ensino médio completo e ensino superior.

No período de seguimento, 362 pessoas tiveram o diagnóstico de esquizofrenia (0,05%) e a taxa de incidência anual para esquizofrenia foi de 0,10 por 1000 pessoas-ano. Os autores relataram ter encontrado uma associação entre nível de urbanicidade e casos novos de esquizofrenia, apresentando, por exemplo, uma razão de taxas de incidência - RTI (risco relativo pelo método das pessoas-ano; Hazard Ratio, em inglês) de 1,63 (ajustado para idade e sexo) entre as principais cidades e as áreas rurais. No entanto, os autores não consideraram ou ao menos não chamaram a atenção para o intervalo de confiança das razões das taxas de incidência; na RTI de 1,63 apresentada, o intervalo (de 95%) ia de 0,90 a 2,95, o que demonstra que não há diferença estatisticamente significativa. Isso não quer dizer que não haja associação, mas sim que o estudo não é conclusivo, ou seja, não permite inferências sólidas acerca da associação. Podemos conjecturar que o baixo poder do estudo se deveu, entre outras coisas, ao curto tempo de seguimento, considerado uma limitação pelos próprios pesquisadores. Ao desconsiderarem os intervalos de confiança, e portanto, considerarem só as medidas pontuais das RTI's, os pesquisadores passaram para a próxima etapa e investigaram se os indicadores obstétricos e social supramencionados eram confundidores, e chegaram à conclusão que estes não interferiam na força da associação entre local de nascimento e esquizofrenia.

No ano seguinte ao estudo de Harrison et al., foi publicado um estudo de coorte de van Os, Pedersen e Mortensen (2004) que demonstrou uma associação estatisticamente significativa entre níveis crescentes de urbanicidade e incidência de esquizofrenia. Em verdade, esse estudo foi precedido por outro estudo de menor magnitude (van Os et al., 2003), que utilizou dados de 5050 probandos¹ holandeses. Neste, os autores encontraram um Odds

¹ probandos: o mesmo que filho; termo muito utilizado na genética.

Ratio² (OR) sumarizado de 1,54 (IC 95% = 1,27 – 1,86) para psicose (definida segundo o DSM-III-R, ajustado para idade, sexo, nível de educação, país de nascimento dos probandos e dos pais e para história familiar de delírios e alucinações) de um nível de urbanicidade (a urbanicidade fora classificada em 5 níveis crescentes de densidade) em relação a outro inferior. Há de se chamar atenção para o ajustamento feito com relação à história familiar de delírios e alucinações, pois com esse ajustamento podemos avaliar se qualquer efeito da urbanicidade se deve à deriva urbana dos pais com vulnerabilidade para psicose; assim, ao compararmos o OR não ajustado para essa característica (1,57) com o ajustado (1,54), observamos que a deriva não explica a associação encontrada entre urbanicidade e esquizofrenia e que, portanto, a susceptibilidade genética (herança familiar) não explica a associação.

Além disso, van Os et al. (2003) encontraram um OR de 4,59 (IC 95% = 2,41 – 8,74) para transtorno psicótico (ajustado para urbanicidade) no grupo de probandos com história familiar de psicose em relação ao grupo de probandos sem história familiar de psicose. Os autores tomaram o cuidado de verificar se os resultados poderiam ser influenciados por vieses de relato/memória e por meio de alguns ajustamentos verificaram que não houve tal viés. Encontraram que o risco de transtorno psicótico no grupo não exposto à urbanicidade (categorizando os 5 níveis agora em apenas 2 níveis; um abrigando os antigos níveis 1, 2 e 3 e o outro os antigos níveis 4 e 5) sem história familiar de psicose foi de 0,85% (28 de 3924), o risco de transtorno psicótico no grupo exposto somente à urbanicidade foi de 1,59% (31 de 1946), o risco daqueles expostos somente à história familiar de psicose foi de 3,01% (5 de 166), e o risco naqueles expostos tanto à urbanicidade quanto à história familiar de psicose foi de 9,72% (14 de 144). Por fim, através de um modelo estatístico de interação aditiva, calcularam a quantidade de sinergismo entre urbanicidade (dicotomizada) e história familiar de psicose na população, isto é, a fração dos indivíduos expostos tanto à urbanicidade e à susceptibilidade genética que teriam desenvolvidos transtorno psicótico devido à ação conjunta das duas causas *proxy* (representativas, em livre tradução), chegando à conclusão que o sinergismo seria de 60% a 70%.

² O termo “Odds Ratio” não possui uma boa tradução, mas geralmente é traduzido como “razão de chances”.

O estudo de coorte de van Os, Pedersen e Mortensen (2004), além de confirmar uma associação estatisticamente significativa entre níveis crescentes de densidade urbana ao nascimento e incidência de esquizofrenia, também confirmou a sinergia entre urbanicidade e susceptibilidade familiar. A susceptibilidade familiar foi medida através de história familiar de esquizofrenia (diagnóstico conferido através do CID8 e CID10) ou história familiar de qualquer transtorno mental severo, entendido como qualquer transtorno mental que tenha resultado em internação. A coorte contou com 1 020 063 dinamarqueses nascidos entre 1950 e 1976 e seguidos até os 25 anos de idade. O risco de esquizofrenia na amostra foi de 0,33% (3364 diagnósticos). De acordo com os dados dos autores, o efeito de história familiar tornou-se progressivamente maior conforme o aumento do nível de urbanicidade. A quantidade de sinergia ficou entre 20% e 35%.

Wicks et al. (2005) encontraram também em sua coorte (de mais de 2 milhões de crianças suecas) um risco maior para esquizofrenia e outras psicoses em associação com urbanicidade, sendo a RTI para esquizofrenia de 1,3 (IC 95% = 1,2 – 1,5) e a RTI para outras psicoses o mesmo (IC 95% = 1,2 – 1,4).

Portanto, nascer e crescer em cidades mais urbanizadas oferece mais risco quanto à esquizofrenia.

5.2 - Foco na adversidade socioeconômica ao nível individual

O estudo de Wicks et al. (2005) é o primeiro que busca uma associação entre várias medidas de adversidade social na infância e incidência de esquizofrenia. Os indicadores de posição socioeconômica foram: 1) morar em residências alugadas; 2) baixo status socioeconômico; 3) famílias uniparentais; 4) desemprego parental; 5) famílias que recebiam benefícios assistenciais.

O estudo de base populacional contou com uma coorte de 2,1 milhões de suecos nascidos entre 1963 e 1983 e seguidos de 1987 a 2002 (através do Registro Nacional de Desfecho de Internações e diagnosticados pelo CID-9 e CID-10). Todos os dados socioeconômicos na infância foram obtidos de censos de 1970 a 1990.

O indicador status socioeconômico na infância foi definido de acordo com o órgão “Statistics Sweden”, que criou uma classificação segundo a ocupação do chefe de família,

classificação esta dividida em 3 grupos: I) *blue collar workers* (operários e trabalhadores de qualificação baixa a intermediária; II) *white collar workers* (trabalhadores com alta qualificação); III) não-classificáveis (desempregados ou ocupações não classificadas). Infelizmente, os autores não definiram o indicador desemprego, isto é, não explicitaram o tempo que o trabalhador ficou desocupado para considerá-lo desempregado.

Wicks et al. encontraram que o diagnóstico de esquizofrenia, assim como o de outras psicoses, foram mais frequentes entre crianças com mais adversidade social; a Tabela 2 indica as razões de taxas de incidência (RTI) dos diferentes fatores sociais.

Tabela 2 – Indicadores de adversidade social e razões de taxas de incidência encontradas no estudo de Wicks et al. (2005); IC= 95%.

Variável	RTI*	RTI**
ESQUIZOFRENIA		
Status Socioeconômico		
não-classificados	1,3(1,2-1,5)	1,2 (1,0 – 1,3)
white collar	1,0	1,0
Moradia		
apartamento alugado	1,4(1,3-1,4)	1,2 (1,2 – 1,3)
casa própria	1,0	1,0
Famílias Uniparentais	1,6(1,5-1,7)	1,5 (1,4 – 1,6)
Desempregados	1,4(1,3-1,6)	1,4 (1,2 – 1,5)
Famílias que recebem benefícios assistenciais	1,8(1,5-2,2)	1,5 (1,2 – 1,9)
OUTRAS PSICOSES		
Status Socioeconômico		
não-classificados	1,3(1,1-1,4)	1,2 (1,0 – 1,3)
white collar	1,0	1,0
Moradia		
apartamento alugado	1,4(1,3-1,4)	1,3 (1,2 – 1,3)
casa própria	1,0	1,0
Famílias Uniparentais	1,4(1,3-1,5)	1,3 (1,2 – 1,4)
Desempregados	1,3(1,2-1,4)	1,3 (1,2 – 1,4)
Famílias que recebem benefícios assistenciais	1,9(1,7-2,2)	1,7 (1,5 – 2,0)

*ajustado para todos os fatores sociais da tabela (exceto famílias que recebem benefícios assistenciais, pois esse dado só estava disponível a partir do censo de 1990) que não estão sendo medidos na linha em questão, e para sexo e idade.

**ajustado para todos os fatores sociais da tabela (exceto famílias que recebem benefícios assistenciais, pois esse dado só estava disponível a partir do censo de 1990) que não estão sendo medidos na linha em questão, ajustado para sexo, idade, urbanicidade, pais nascidos no exterior, idade paterna e cuidados de internação parental para psicose e abuso de álcool/drogas.

Foram encontradas RTI's (totalmente ajustadas) aumentadas para esquizofrenia e outras psicoses para todos os indicadores de adversidade social na infância, com exceção do baixo status socioeconômico, sendo que a razão de taxas de incidência (RTI) se tornava maior a cada aumento no número de fatores sociais adversos; aqueles com quatro medidas de adversidade (baixo status socioeconômico, morar em apartamentos alugados, famílias uniparentais e desemprego parental; a variável “receber benefícios de assistência social” foi excluída porque só estava disponível para os nascidos a partir de 1973) tiveram um risco 1,7 vez maior para esquizofrenia ($RTI=2,7$; o excesso de risco é medido como $RTI - 1$, nesse caso $2,7 - 1 = 1,7$) do que aqueles com nenhuma medida de adversidade social, e 1,3 vez maior para outras psicoses ($RTI=2,3$). Essas RTI's demonstram uma forte associação e (como os autores afirmam) uma relação de dose-resposta.

É necessário salientar que todos os resultados foram ajustados para história familiar de psicose, tentando-se separar causas genéticas; no entanto, como afirmam os próprios autores, um componente genético não pode ser excluído como uma via mediadora, principalmente se pensarmos que a genética envolvida com a esquizofrenia pode ter um caráter muito complexo, como uma espécie de *continuum*.

De acordo com o estudo de Wicks et al. (2005), assumindo-se uma relação causal entre esquizofrenia e outras psicoses e os fatores sociais mencionados, cerca de 20% de todos os casos de esquizofrenia e 19% dos casos de outras psicoses seriam atribuíveis a esses fatores. Os autores citam outros estudos que calcularam o risco atribuível de complicações obstétricas em 11% a 27%, de fatores hereditários (esquizofrenia em um dos pais ou irmão) em 6%, estação do ano no nascimento em 10% e nascimento urbano em 35%.

Em suma, diversos indicadores de adversidade social na infância (apartamentos alugados, famílias uniparentais, desemprego dos pais e famílias que recebem benefícios assistenciais) estão associados ao risco de esquizofrenia.

O trabalho de Wicks et al. de 2005 não mostrou associação significativa, após o total ajustamento, entre baixo status socioeconômico na infância e risco de esquizofrenia. Werner, Malaspina e Rabinowitz (2007) encontraram associação; mas deve-se ressaltar que não houve ajustamento para história familiar de psicoses. O status socioeconômico não é uma variável pura/objetiva, isto é, pode ser construída através de vários indicadores (além de existirem diferentes pontos de corte) e, portanto, ser medida de várias formas. Werner, Malaspina e

Rabinowitz usaram como indicadores o prestígio ocupacional e o nível educacional dos pais; em Israel, existe um ranking formado por 220 ocupações, classificadas em uma escala de 100 pontos.

Werner, Malaspina e Rabinowitz (2007) investigaram as associações em uma população de 68794 indivíduos nascidos na Jerusalém Ocidental de 1964 a 1976. Os casos de esquizofrenia (amplamente definida, isto é, psicoses não-afetivas) foram obtidos de admissões hospitalares, necessariamente cadastradas no “Registro Nacional de Casos Psiquiátricos”; o cruzamento de dados no Registro se deu em 1999, utilizando dados relativos até 1997. Há de se ressaltar que Israel fornece cuidados hospitalares psiquiátricos a todos os seus cidadãos. Foram excluídos da análise todos os sujeitos que morreram antes dos 14 anos. Dos 68794 indivíduos, 520 desenvolveram psicose não-afetivas. Como afirmam os autores, em acordo com os estudos no campo da saúde que demonstram que os efeitos do status socioeconômico se devem principalmente às categorias pertencentes aos escores mais baixos (quando comparados com o resto do *continuum*), o indicador prestígio ocupacional parental mencionado no parágrafo anterior foi dicotomizado. Assim, a variável “prestígio ocupacional dos pais” foi dividida em baixo (escores de 0 a 6, representando dos desempregados aos trabalhadores não qualificados na agricultura, construção civil e indústria) e alto (≥ 7 , trabalhadores mais qualificados). O indicador de educação parental foi dividido em 3 categorias: 0-8 anos de estudo, 9-12 anos e ≥ 13 anos. Os pesquisadores encontraram associações estatisticamente significativas entre baixo prestígio ocupacional parental e risco de psicoses não-afetivas (na prole), e baixo nível de escolaridade e risco aos transtornos. O Odds Ratio, por exemplo, do baixo prestígio ocupacional paterno em relação ao alto prestígio ocupacional foi de 1,29 (IC 95% = 1,02-1,63, ajustado para idade, sexo e idade paterna no ato do nascimento do filho). O Odds Ratio da categoria mais baixa de educação paterna em relação à mais alta foi de 1,17 (IC 95% = 1,04-1,32, ajustado para idade).

Estudo de Wicks, Hjern e Dalman (2010) foi o primeiro que estudou se existe uma interação entre certos fatores de adversidade social (na infância) e a susceptibilidade genética para psicoses não-afetivas (incluindo esquizofrenia). Para tanto utilizaram um desenho de estudo que separou os efeitos de fatores sociais dos efeitos de componentes genéticos. Isso foi conseguido através de um desenho que utilizou crianças suecas criadas em famílias adotivas; um desenho investigativo de adoção. As informações sobre o estado de saúde mental dos

adultos adotados quando criança, da saúde mental dos pais biológicos, assim como a saúde mental e a posição socioeconômica dos pais adotivos possibilitaram as inferências.

Os pesquisadores seguiram uma coorte de 13116 crianças suecas adotadas, nascidas de 1955 a 1984. Censos de 1960 a 1990 (a cada 5 anos) possibilitaram a coleta dos indicadores sociais na infância (especificamente quando as crianças tinham de 1 a 5 anos). Para manter os dois tipos de exposição (indicadores de posição socioeconômica e susceptibilidade genética) o mais desemaranhado possível, os pesquisadores excluíram todas as crianças que viveram com pais biológicos durante um período de mais de 5 anos na sua infância e adolescência. Os pais biológicos, pais adotivos e os suecos adotados foram seguidos de 1973 a 2006 em relação a episódios de internação para psicoses não-afetivas. Foram também excluídos os adotados cujos pais biológicos tiveram internação para qualquer diagnóstico psiquiátrico durante a infância ou juventude do adotado, e as crianças adotadas por avós ou irmãos biológicos. Para excluir efeitos decorrentes do crescimento em instituições (abrigos/orfanato), somente crianças que moraram com os pais adotivos durante dois censos consecutivos (na idade de 1 a 10 anos) fizeram parte da coorte.

Os indicadores sociais estudados por Wicks, Hjern e Dalman (2010) foram: família uniparental, moradia (codificado como apartamento ou casa própria) e desemprego parental. Infelizmente, mais uma vez os pesquisadores não disseram qual foi o critério utilizado pelo “Statistics Sweden” para classificar a pessoa como desempregada; isso é relevante, pois há grandes chances de o risco dessa variável estar associado com o tempo de exposição à mesma, isto é, o risco de desenvolver psicoses deve ser proporcional ao tempo de desocupação.

Entre os 13116 adotados, 230 desenvolveram psicoses não-afetivas durante o seguimento, sendo que 39,6% tiveram um diagnóstico de esquizofrenia (de acordo com CID-8, CID-9 e CID-10).

A tabela 3 mostra as razões de taxas de incidências (RTI) obtidas no estudo de Wicks, Hjern e Dalman (2010) e os índices de sinergia dos fatores sociais juntamente com a susceptibilidade genética (o índice de sinergia mostra o quanto a exposição a duas variáveis excede a soma simples do risco associado a cada variável, ou seja, o índice de sinergia > 1 indica que há um efeito de interação):

Tabela 3 –Possíveis Fatores de riscos para psicoses não-afetivas encontradas no estudo de Wicks, Hjern e Dalman, (2010).

Indicadores	RTI	IC 95%	Índice de Sinergia	IC 95%
EMPREGO PARENTAL				
pai empregado, susceptibilidade genética ausente	1,0 ^{ref}			
pai empregado, susceptibilidade genética presente	4,4	3,2-6,1		
pai desempregado, susceptibilidade genética ausente	2,0	1,0-4,2		
pai desempregado, susceptibilidade genética presente	15,0	5,4-42,3	3,19	1,01-10,07
FAMÍLIA				
família biparental, susceptibilidade genética ausente	1,0 ^{ref}			
família biparental, susceptibilidade genética	4,3	3,1-6,0		
família uniparental, susceptibilidade genética ausente	1,2	0,6-2,6		
família uniparental, susceptibilidade genética	10,3	4,4-23,8	2,63	0,97-7,11
MORADIA				
casa própria, susceptibilidade genética ausente	1,0 ^{ref}			
casa própria, susceptibilidade genética presente	4,7	3,1-7,2		
apartamento, susceptibilidade genética ausente	1,3	1,0-1,8		
apartamento, susceptibilidade genética presente	5,7	3,6-9,0	1.16	0,61-2,23

ref= referência

Cada análise foi ajustada para sexo, idade e os outros dois indicadores socioeconômicos.

Apesar dos autores terem afirmado uma associação entre os diversos fatores sociais e as psicoses não-afetivas, podemos observar que só houve associação estatisticamente significativa (quando levado em consideração o intervalo de confiança) nos adotados com susceptibilidade genética. O índice de sinergia entre as variáveis “possuir pai desempregado” e “susceptibilidade genética” foi maior do que 1, mostrando um efeito de interação. Os fatores sociais (quando isolados) não mostraram associação estatisticamente significativa, mas apresentaram razões de risco pontuais maiores do que 1, o que indica que pode haver uma possível associação; podemos conjecturar que não houve associação estatisticamente significativa pelo fato do desenho de estudo, pelas suas características, não permitir uma amostra muito grande.

Neste estudo, os autores ainda procuraram medir os riscos (quanto a desenvolver psicoses não-afetivas) da exposição na infância a tais indicadores sociais e à história familiar de psicoses na população sueca em geral (como os próprios autores afirmam, “história familiar de psicoses” é um termo mais adequado nesse caso, pois indica uma possível mistura de susceptibilidade genética e compartilhamento de variáveis ambientais), utilizando uma

coorte de 2,9 milhões de suecos, e encontrando associações estatisticamente significativas entre os indicadores sociais mencionados e psicoses não-afetivas, independentemente de história familiar de psicose.

5.3 - Foco na etnia, imigração e aspectos relacionados (discriminação, densidade étnica e identidade étnica)

Um estudo inglês de incidência publicado em 2006 (KIRKBRIDE et al.) procurou investigar se existiam diferenças nas taxas de incidência de esquizofrenia e outras síndromes psicóticas em termos de lugar e etnia. Como relatado pelos próprios autores, a convenção, inclusive um estudo da Organização Mundial da Saúde (JABLENSKY et al., 1992), sugeria que a incidência de esquizofrenia seguiria uma certa homogeneidade, e a aparente falta de variação geográfica teria levado à ênfase em fatores genéticos. Assumiam então que a existência de variações apoiaria a hipótese de que fatores socioambientais teriam um papel na causalidade dos transtornos.

Assim, os pesquisadores desenvolveram um grande estudo epidemiológico para verificar a existência de variação de incidência de esquizofrenia entre três cidades inglesas, e verificaram que não só as taxas eram diferentes entre as três localidades, como também diferiam entre as etnias. Como afirmam os autores, entender o excesso de psicoses em populações de migrantes é importante em termos de se compreender a causalidade das psicoses.

O estudo inglês, conhecido pela sigla AESOP (*Aetiology and Ethnicity in Schizophrenia and Other Psychoses*) foi desenvolvido em três centros: Sudeste de Londres e Bristol, áreas exclusivamente urbanas; e Nottingham, que possuía áreas urbanas, suburbanas e rurais. O estudo foi conduzido durante 2 anos. Todos os potenciais casos que fizeram contato com os serviços psiquiátricos pela primeira vez foram examinados, identificando qualquer pessoa entre 16 e 64 anos que morava nas áreas de estudo há pelo menos 6 meses e teve contato com o serviço de saúde mental por causa de um primeiro episódio de provável psicose.

Os potenciais casos passaram por uma bateria de avaliações, incluindo a Lista/Questionário para Avaliação Clínica em Neuropsiquiatria (*Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry – SCAN*); uma modificada Lista/Questionário para História

Pessoal e Psiquiátrica; e um questionário para registro de dados sociodemográficos. Além disso, os clínicos foram entrevistados. Por fim, os diagnósticos foram alocados por consenso entre um painel de psiquiatras, de várias etnias, em cada centro de pesquisa, cegos para etnia. Os diagnósticos foram categorizados em 5 grupos (através do DSM-IV): “todas as psicoses”, “psicoses afetivas”, “psicoses não-afetivas”, “esquizofrenia” (incluindo transtorno esquizofreniforme e esquizoafetivo), e “psicoses induzidas por substâncias”.

A etnia foi atribuída usando toda informação disponível, incluindo auto-atribuição, local de nascimento e local de nascimento parental. Dois pesquisadores, independentemente, classificaram os casos segundo as etnias e, havendo discrepância, esta era resolvida por um terceiro pesquisador. Foi construída uma variável étnica dicotômica (para se avaliar a possível associação entre esquizofrenia e etnia), categorizada em “negro e minoria étnica” (*Black and Minority Ethnic* – BME) e “britânico branco”, como usado pelo Instituto Nacional para Saúde Mental, na Inglaterra.

É importante registrar que o artigo inglês não mencionou se os casos de esquizofrenia em imigrantes ilegais foram excluídos. Isso é relevante, pois o número de indivíduos no denominador da taxa de incidência foi obtido através do censo de 2001 e, portanto, o cálculo da incidência no grupo BME levou em consideração no seu denominador, provavelmente, só indivíduos natos e imigrantes legalizados. Assim, fica a dúvida se as taxas dos transtornos psicóticos no grupo BME não teriam sido um tanto superestimadas.

O número de pessoas-ano foi de 1 631 442, mais do que 5% da população inglesa sob risco. Nottingham contribuiu com 49,6% das pessoas-ano, Londres com 34,7% e Bristol com 15,7%. Foram obtidos 568 casos novos de psicoses no período, sendo 54,2% deles do Sudeste de Londres, 35,8% de Nottingham e 10% de Bristol. 37% dos casos foram de esquizofrenia, 30% foram de outras psicoses não-afetivas, 28% de psicoses afetivas e 5% dos casos foram resultantes de uso de substâncias.

A tabela 4 mostra as Razões de Taxas de Incidência (RTI) por centro de estudo. Podemos observar nesta tabela que houve heterogeneidade nas taxas de psicoses em termos de centros de estudo. Além disso, os dados mostram que houve uma mudança no risco de esquizofrenia após o ajustamento adicional para a variável etnia, indicando assim que uma parcela da variação na incidência entre os três centros de estudos seria explicada pela variável etnia. Podemos observar também que mesmo com o ajustamento Nottingham apresentou um

menor risco quanto à esquizofrenia do que Londres, indicando que outros fatores socioambientais devem também estar envolvidos na relação “urbanicidade-esquizofrenia”.

Tabela 4- Razões de Taxas de Incidência (RTI) por centro de estudo, obtidas do artigo de Kirkbride et al. (2006).

	RTI(95% de IC)*	RTI(95% de IC)**
Psicoses		
Londres	referência	referência
Nottingham	0,5 (0,4-0,6)	0,8 (0,6-0,9)
Bristol	0,4 (0,3-0,6)	0,7(0,5-0,9)
Psicoses não-afetivas		
Londres	referência	referência
Nottingham	0,3 (0,3-0,4)	0,6 (0,4-0,7)
Bristol	0,4 (0,2-0,5)	0,6 (0,4-0,9)
Esquizofrenia		
Londres	referência	referência
Nottingham	0,4 (0,3-0,5)	0,7 (0,5-0,9)
Bristol	0,4 (0,2-0,6)	0,7 (0,4-1,1)
Psicoses Afetivas		
Londres	Referência	Referência
Nottingham	0,7 (0,5-0,9)	1,0 (0,7-1,5)
Bristol	0,5 (0,3-0,8)	0,7 (0,4-1,3)

*ajustado para sexo e idade

**ajustado para sexo, idade e etnia

A tabela 5 apresenta as RTI's ajustadas (sexo, idade e centro de estudo) para o grupo BME comparado com o grupo de britânicos brancos.

Tabela 5 – RTI's para o grupo de BME comparado com o grupo de britânicos brancos (KIRKBRIDE et al., 2006).

BME (versus Britânicos Brancos)	RTI (95% de IC)*
Todas as psicoses	2,9 (2,4 - 3,5)
Psicoses não-afetivas	3,0 (2,4 - 3,7)
Esquizofrenia	3,6 (2,7 - 4,9)
Psicoses afetivas	3,2 (2,3 - 4,6)

*ajustado para sexo, idade e centro de estudo

Podemos observar através da tabela 5 que o risco de todas as categorias de psicoses (com destaque para esquizofrenia) é maior para o grupo negro e de minorias étnicas do que para população branca.

Através de um grande estudo da população sueca, Leão et al. (2006) buscaram investigar se o aumento de transtornos esquizofrênicos presentes na 1ª geração de vários grupos de imigrantes (conforme várias publicações listadas em seu artigo) se mantinha na 2ª geração de imigrantes, e se ter um dos pais suecos gerava um efeito de proteção quanto ao transtorno. Por fim, tinham por objetivo investigar a possível associação entre status socioeconômico (entendido como renda) e incidência do transtorno, e o impacto deste fator na associação entre a situação de imigrante e esquizofrenia. No momento do estudo, a Suécia encontrava-se com aproximadamente 20% da sua população sendo formada por imigrantes de 1ª geração ou 2ª geração. São considerados suecos natos (nativos) aqueles que possuem os dois pais nascidos no território sueco.

A coorte consistiu em 2 243 546 sujeitos entre 20 e 39 anos, seguidos de 1992 a 1999 até a primeira hospitalização por transtornos do espectro da esquizofrenia, morte, emigração ou fim do estudo. O número de identificação individual, utilizado na Suécia, foi usado para o propósito da pesquisa; assim, inferimos que imigrantes ilegais foram excluídos do estudo. A variável de desfecho foi a primeira admissão hospitalar para esquizofrenia (através do Registro Nacional de Desfecho de Internações e diagnosticados pelo CID-9 e CID-10). A variável renda foi dividida em cinco quintis de acordo com o nível da mesma. Os imigrantes foram categorizados em finlandeses (categorizados assim porque representavam o maior grupo de imigrantes laborais e possuíam em geral mais problemas de saúde do que o resto dos outros imigrantes laborais), imigrantes laborais e imigrantes refugiados; além disso, foram subcategorizados em imigrantes de 1ª geração e 2ª geração.

As taxas foram ajustadas para idade (não houve necessidade de ajustamento para sexo, pois as RTI's foram separadas para homens e mulheres), tomando-se como padrão a população sueca nativa. Assim, considerando-se somente a padronização da idade, tanto a primeira, quanto a segunda geração de imigrantes evidenciaram maiores riscos (com destaque para os imigrantes finlandeses) do que a população nativa; a única exceção a esse padrão foram os imigrantes laborais de 2ª geração, que embora tenham tido uma RTI pontual de 1,19 (homens) e 1,26 (mulheres), não mostrou associação estatisticamente significativa (quando levado em conta o intervalo de confiança). Quando comparado a 2ª geração de imigrantes

com a 1ª geração, verifica-se que a 2ª geração de refugiados teve um aumento no risco, e que ter um dos pais suecos não produz um efeito de proteção na 2ª geração.

Quando observamos as RTI's que foram ajustadas também para renda, verificamos que houve queda no risco de alguns grupos de imigrantes, sendo que as RTI's dos imigrantes laborais e dos refugiados, ambos de 1ª geração, ficaram < 1 (0,65 e 0,68, respectivamente), o que sugere a influência da renda nas taxas de incidência de esquizofrenia em alguns grupos de imigrantes.

Além disso, os autores avaliaram a possível associação entre renda e risco ao transtorno e verificaram que quanto menor a renda, maior é o risco de desenvolver esquizofrenia. A tabela 6 mostra as RTI's para esquizofrenia com relação ao nível de renda.

Tabela 6- RTI's (ajustado para idade) com intervalo de confiança de 95% para primeira admissão hospitalar para esquizofrenia (LEÃO et al., 2006).

Renda	Mulheres	Homens
Q1 (mais alta)	1 (referência)	1(referência)
Q2	1,20 (1,02-1,42)	1,90 (1,53-2,36)
Q3	2,28 (1,97-2,65)	4,74 (3,91-5,76)
Q4	4,64 (4,64-5,33)	18,31 (15,28-21,93)
Q5 (mais baixa)	6,53 (5,71-7,47)	36,66 (30,68-43,82)

Portanto, os achados de Leão et al. mostram um risco aumentado de desenvolver esquizofrenia na 1ª e 2ª geração de imigrantes e que ter um dos pais nascidos na Suécia não gera um efeito de proteção. Os achados sugerem, em alguns grupos, um certo papel da renda na associação encontrada entre status de imigrante e esquizofrenia. Por último, sugerem (pois a renda foi medida no mesmo tempo em que surgem os casos e os autores não puderam ajustar para história familiar de psicose) que uma baixa renda está associada com a esquizofrenia.

No mesmo ano do estudo sueco, foi publicado um artigo (VELING et al, 2006) que unia dois períodos de segmentos, totalizando 4 anos de estudos de incidência na população imigrante e holandesa de Haia, que também encontrou taxas de incidências maiores para os imigrantes, com risco particularmente alto para a segunda geração de alguns grupos. Os pesquisadores compararam os riscos de transtornos esquizofrênicos (a saber: esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme e transtorno esquizoafetivo), definidos segundo o DSM-IV.

Assim, como na Suécia, na Holanda são considerados imigrantes aqueles que nascem no estrangeiro ou que tem ao menos um dos pais nascido fora.

Indivíduos que viviam em Haia por menos de 6 meses ou que moravam ilegalmente foram excluídos, o que mostra o rigor metodológico da pesquisa; assim, as taxas de incidência nos imigrantes foram parcimoniosas (e como os autores relatam em outro artigo [VELING et al., 2007] provavelmente não foram subestimada para os imigrantes como um todo, pois estima-se que menos de 3,3% dos imigrantes em Haia estejam em situação ilegal). Houve colaboração entre os clínicos gerais locais, psiquiatras e residentes em psiquiatria para acessar todos os possíveis casos. Todos os pacientes que tiveram contato com um médico por suspeita de transtornos psicóticos foram entrevistados pelos pesquisadores, utilizando uma entrevista de diagnóstico semi-estruturada, a Avaliação Global de Sintomas e História (CASH); além disso, os parentes dos pacientes foram entrevistados por enfermeiras treinadas que utilizaram o Instrumento para Avaliação Retrospectiva do Início da Esquizofrenia (IRAOS) e os pesquisadores questionaram os clínicos a respeito de informações clínicas detalhadas. Em uma sessão com dois psiquiatras, o diagnóstico de consenso segundo o DSM-IV foi realizado.

No artigo, os autores afirmaram que no 1º período de segmento (1997–1999) os psiquiatras que faziam o diagnóstico DSM-IV foram cegados para etnia do paciente para garantir que suas percepções não influenciaram o diagnóstico. No 2º período (2000 - 2002), a informação sobre a etnia do paciente foi disponibilizada e os psiquiatras puderam levar em conta fenômenos culturais que poderiam ser confundidos com doença. Assim, podemos observar aspectos positivos e negativos do cegamento, já que não cegar pode propiciar uma visão mais ampla do paciente. A proporção de imigrantes que recebeu diagnósticos de transtorno esquizofrênicos foi similar nos dois períodos, o que sugere que os psiquiatras holandeses não tiveram uma tendência a superdiagnosticar os transtornos em imigrantes.

Assim, o artigo mostra Razões de Taxas de Incidência (RTI) ajustadas para idade e sexo que evidenciam taxas de incidência significativamente elevadas (quando comparadas com os holandeses nativos) para marroquinos (RTI 95% de IC= 4,0 [2,5-6,3] para 1ª geração e RTI= 5,8 [2,9-11,4] para 2ª geração), surinameses (RTI= 2,6[1,7-4,0] para 1ª geração e RTI= 2,9 [1,6-5,0] para 2ª geração) e para uma série de minorias agrupadas sob o título de “outros imigrantes não-ocidentais” (RTI= 2,2[1,4-3,5] para 1ª geração e RTI= 3,5 [1,8-6,8] para 2ª geração). Os dados mostraram um risco significativamente aumentado para 2º geração (referente apenas aos grupos de imigrantes supramencionados) quando comparado com a

primeira (RTI= 1,53[1,02-2,31]). As RTI's dos imigrantes como um todo foram 2,3 (1,7-3,0) para 1ª geração e 2,5(1,7-3,7) para 2ª geração.

Em suma, o artigo de Veling et al. (2006) mostrou riscos elevados de transtornos esquizofrênicos na 1ª e 2ª geração de imigrantes, com diferenças significativas entre gerações em apenas alguns grupos (marroquinos, surinameses e outros países não-ocidentais). Dentre todos os grupos de imigrantes, os marroquinos foram os que tiveram as maiores taxas de incidência. É de se notar que, segundo os autores, os imigrantes marroquinos têm maiores dificuldades em seu processo de aculturação à sociedade holandesa do que surinameses ou outras etnias, e que sua relação com a população holandesa tem sido cada vez mais problemática; assim, como os estudiosos afirmam, a experiência de malogro social e estresse aculturativo podem ser importantes fatores envolvidos. Por fim, conjecturam que marginalização, discriminação percebida e fraca identidade étnica possam estar envolvidos nessas associações.

Aqui cabe uma observação: tanto os dados das RTI's do estudo de Leão et al. (2006), quanto os de Veling et al. (2006) não foram ajustados para história familiar de psicose; tal ajustamento não é possível de ser feito para a 1ª geração, haja vista que os pais dessas pessoas continuaram nos países de origem, não permitindo a coleta dos dados pelos pesquisadores (seja através do cruzamento em bancos de dados, que não é possível, seja através de entrevistas recordatórias com os imigrantes, que se tornam extremamente imprecisas, haja vista que muitos perdem contato com os familiares de origem). Assim, defensores da deriva social poderiam argumentar que as taxas de incidência nos imigrantes são elevadas por causa de uma provável migração de indivíduos da fase pródrôma. No entanto, o fato da 2ª geração de alguns grupos de imigrantes terem taxas do transtorno mais altas do que a 1ª geração traz uma implicação importantíssima, a de que fatores sociais devem sim estar envolvidos na causação do transtorno, pois se somente a genética estivesse envolvida na etiologia da esquizofrenia não teríamos razão para esperar taxas mais altas na 2ª geração; e mais, taxas elevadas na 2ª geração indicam que a esquizofrenia não predispõe os indivíduos a migrarem. Assim, o risco maior da 2ª geração indica que os fatores sociais devem estar envolvidos na associação entre migração e esquizofrenia e, portanto, é prudente a teoria de que os fatores socioambientais (ainda mais se levarmos em conta os achados de Wicks et al. 2005, já apresentados) estão envolvidos na etiologia da esquizofrenia.

Através da constatação que minorias étnicas e imigrantes (1ª geração e 2ª geração) em países da Europa Ocidental possuem um risco aumentado de desenvolver esquizofrenia (e outras psicoses), e que há considerável variação nas taxas de incidência entre os diferentes grupos étnicos, Veling et al. (2007) buscaram investigar se o aumento no risco à esquizofrenia nesses grupos estaria associado com o grau que eles percebem discriminação de raça/etnia. Assim, Veling et al. (2007) estudaram a incidência de transtornos esquizofrênicos (esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme e transtorno esquizoafetivo) durante 7 anos em Haia, continuando, portanto, o seguimento de 4 anos relatado acima. Em 2005 (fim do seguimento), Haia contava com 472087 habitantes, sendo que 45,2% deles eram imigrantes de 1ª ou 2ª geração. Baseados em duas fontes que mediram o grau de discriminação percebida (uma pesquisa ativa e uma instituição governamental que recebe queixas e denúncias de discriminação), a saber: alto para marroquinos, médio para antilhanos e surinameses, baixo para turcos, e muito baixo para imigrantes ocidentais ou de países ocidentalizados, Veling et al. (2007) computaram as taxas de incidência para cada um dos grupos, obtendo as seguintes Razões de Taxa de Incidência (tendo como referência a população nativa) ajustadas para idade e sexo: 4,00 (95% de IC= 3,00-5,35) para o grupo com alto grau de discriminação percebida, 1,99 (1,58-2,51) para o de médio grau, 1,58 (1,10-2,27) para o de baixo grau e 1,20 (0,81-1,90) para o de muito baixo grau.

As RTI's ajustadas para idade, sexo e situação socioeconômica de bairro foram 3,52 (95% de IC= 2,5-4,83), 1,84 (1,44-2,36), 1,41(0,96-2,07) e 1,17 (0,76-1,81), respectivamente para os grupos de alto, médio, baixo e muito baixo grau de discriminação percebida. A variável situação socioeconômica ao nível de bairro foi uma medida fornecida pelas autoridades locais, e é baseada na proporção de indivíduos com longo-tempo de desemprego, renda média, qualidade das moradias e nível socioeconômico médio, gerando escores que vão de -21,8 a 26,9, sendo que a média do nível socioeconômico da cidade foi definida como zero.

Os autores chamam a atenção para a importância da discriminação percebida, pois esse indicador não é necessariamente concordante com a situação socioeconômica dos grupos, por exemplo, enquanto os marroquinos possuem o maior grau de discriminação percebida e as maiores taxas de desemprego, os surinameses e antilhanos que possuem um grau médio tem melhores taxas de emprego do que os turcos (que possuem uma baixo grau de discriminação percebida). Portanto, o status socioeconômico do grupo não parece ser um confundidor na associação encontrada. Também devemos ter em mente que a discriminação pode ser medida

de várias formas e que os autores foram felizes ao escolherem a discriminação percebida, pois conforme relatam em seu artigo, a discriminação quando medida sob a ótica da população nativa, revela que os marroquinos são os mais rejeitados pelos holandeses, mas que os surinameses e antilhanos são mais apreciados do que os turcos.

Portanto, os achados de Veling et al. (2007), mostram que entre os grupos étnicos minoritários, a incidência de transtornos esquizofrênicos aumentou com o grau de discriminação percebida e portanto, como afirmam os autores, os dados sugerem que pertencer a um grupo étnico minoritário que percebe alto grau de discriminação é um fator de risco para transtornos psicóticos, em vez de imigração em si mesma.

Baseados em diferentes estudos que relataram altas taxas de psicoses nas minorias étnicas da Inglaterra, em especial na população caribenha negra e africana negra, Morgan et al. (2007) buscaram investigar a separação de longo prazo, ou morte, de pais antes dos 16 anos e o risco de psicose adulta em diferentes grupos étnicos. Assim, tinham por objetivo responder duas questões: se a separação de longo prazo (mais de 1 ano), ou morte, de um dos pais durante a infância é associada a um aumento no risco de psicose adulta, e se a separação de longo prazo, ou morte, de um dos pais na infância explicaria parte do risco aumentado de psicoses nas etnias caribenha negra e africana negra. A separação de longo prazo foi definida como uma separação de um ou ambos os pais resultante de desagregação familiar (separação dos pais ou divórcio, e pais que abandonaram os filhos).

Para tanto os pesquisadores utilizaram um desenho de estudo do tipo caso-controle. Os casos incidentes foram obtidos através do estudo AESOP (já descrito anteriormente), provenientes somente do Sudeste de Londres e de Nottingham. Os controles foram obtidos através de uma amostra aleatória, com sujeitos entre 16 e 64 anos; para cada caso apurado, 10 endereços na mesma zona eleitoral foram randomicamente gerados, garantindo assim grande comparabilidade entre casos e controles por bairro. Todos os controles passaram por uma triagem quanto a sintomas psicóticos, garantindo então a exclusão de todos aqueles que manifestavam algum sintoma.

A etnia foi baseada em autoatribuição através das categorias do Censo Inglês de 2001. A análise da separação e perda (morte) por etnia foi realizada somente para as 3 principais etnias das cidades (dado que as outras etnias perfaziam uma amostra muito pequena para se fazer comparações), a saber: britânicos brancos, caribenhos negros e africanos negros.

Os diagnósticos de transtornos psicóticos foram conferidos segundo o CID-10, excluindo-se os casos de psicoses resultantes de uma causa orgânica ou intoxicação aguda. Foram obtidos 390 casos e 391 controles comunitários foram recrutados.

Os casos, comparados aos controles, tiveram significativamente mais chances de ter experienciado uma separação (OR = 2,45; IC 95% = 1,66-3,59, ajustado para centro de estudo, idade, sexo, etnia e história parental de doença mental) ou morte de pais (OR = 3,06; IC 95% = 1,34-7,00, ajustado para as mesmas variáveis) antes dos 16 anos. Não houve ajustamento para variável “classe social dos pais ao nascimento” porque a distribuição dessa variável entre casos e controles não mostrou diferença significativa.

Quando separados por etnia, as associações entre separação e morte parental e o status caso-controle foram mantidos para os britânicos brancos e os caribenhos negros. Já para os africanos negros, não foi encontrado uma associação estatisticamente significante entre separação ou morte dos pais e desenvolvimento posterior de psicoses (OR ajustado para separação = 1,47 e IC 95% = 0,27-7,93; OR ajustado para morte dos pais = 1,62 e IC 95% = 0,27-9,85). No entanto, isso pode ter ocorrido em decorrência da pequena amostra de indivíduos africanos negros ($n_{\text{casos}} = 41$, $n_{\text{controles}} = 20$); as amostras de caribenhos negros ($n_{\text{casos}} = 95$, $n_{\text{controles}} = 72$) e britânicos brancos ($n_{\text{casos}} = 177$, $n_{\text{controles}} = 245$) foram bem maiores. Em contrapartida, como os próprios autores ressaltam, a relação acima enfatiza que não se deve assumir que determinados fatores que aumentam as taxas de psicoses em um grupo também irão fazer o mesmo em outros grupos.

Os caribenhos negros revelaram uma maior prevalência de separação dos pais comparados aos britânicos brancos; considerando somente os controles, 31% dos caribenhos negros experienciaram uma separação de longo prazo, comparados com 18% dos controles britânicos brancos ($\chi^2 = 4,98$; $p = 0,03$). Como afirmam os pesquisadores isso sugere que a separação dos pais pode ter um impacto mais significativo, quanto às taxas de psicoses em adultos, na população caribenha negra.

Por fim, os pesquisadores discutem a dificuldade de se estabelecer uma relação de causalidade entre separação ou perda dos pais e desenvolvimento de psicoses, já que tais eventos podem ser marcadores para desvantagem social tanto antes, quanto depois da separação ou perda.

Em 2008, Kirkbride et al. publicam um estudo cujo objetivo era avaliar se o risco de psicoses permanecia elevado nos grupos de minorias étnicas de Londres após o ajustamento para idade, gênero e status socioeconômico (entendido como ocupações) e portanto, se o status socioeconômico estaria associado com um risco de psicoses nessas minorias (ou, em outras palavras, se status socioeconômico era um confundidor na associação entre imigração e psicoses).

A hipótese nula dos pesquisadores era de que a incidência elevada de psicoses entre o grupo BME, comparados com o grupo de Britânicos Brancos, tornar-se-ia não significativa após o ajustamento para status socioeconômico atual (medido através das categorias ocupacionais). Como os próprios autores esclarecem devido à peculiaridade de sua população de estudo, não foi possível medir o status socioeconômico ao nascimento, o que seria mais adequado, dado à queda social de alguns indivíduos na fase prodrômica (ou já em psicose) e, portanto, a possibilidade de ter havido uma classificação incorreta desses indivíduos, uma vez que eles poderiam estar em uma classe social mais alta se estivessem livre da psicose. No entanto, como os pesquisadores argumentam, não há razão para se acreditar que essa possível má classificação teria sido diferencial entre os grupos étnicos, isto é, o que os autores querem dizer é que o possível viés afeta não somente os BME, mas toda a população londrina e portanto, no final das contas o hipotético viés não influenciaria na associação entre status socioeconômico de BME e psicose.

O estudo em questão baseou-se nos casos encontrados através do Estudo de Primeiro Episódio de Psicose no Leste de Londres (ELFEP, em inglês), estudo de incidência conduzido durante dois anos, de dezembro de 1998 a novembro de 2000, em três bairros londrinos (com alta concentração de população BME, altos níveis de imigração e privação socioeconômica) com os mesmos moldes de captação de casos que o estudo AESOP, descrito no começo do tópico “foco na etnia, imigração e aspectos relacionados”. Os diagnósticos (DSM-IV) foram categorizados em: psicoses, esquizofrenia, outras psicoses não-afetivas, e psicoses afetivas.

Um questionário sociodemográfico foi administrado aos participantes para se obter dados a respeito de idade, gênero, etnia e ocupação. A etnia foi atribuída como no estudo AESOP e categorizada em 10 grupos. O status socioeconômico foi classificado de acordo com os critérios do órgão de estatísticas oficial inglês, que categoriza as ocupações em 7 grupos: gerencial, ocupações intermediárias, profissionais autônomos, ocupações técnicas, ocupações rotineiras ou semi rotineiras, desempregados de longo prazo e os que nunca

trabalharam, e não classificável (estudantes, pessoas com ocupações inadequadas ou pessoas inclassificáveis por outras razões).

Assim, os pesquisadores encontraram 484 casos de psicoses, sendo 268 de esquizofrenia em um segmento de 828546 pessoas-ano. A tabela 7 mostra as RTI's para psicose e a tabela 8 mostra as RTI's para esquizofrenia.

Tabela 7 – Razões de Taxa de Incidência (RTI) para psicose no Leste de Londres por etnia (KIRKBRIDE et al., 2008)

Etnia	Casos (N=484)	RTI₁ (IC 95%)*	RTI₂ (IC 95%)**
Britânicos Brancos	112	1,0 (referência)	1,0 (referência)
Outros Brancos	66	1,9 (1,4-2,6)	1,8 (1,3-2,4)
Caribenhos Negros	78	4,0 (3,0-5,4)	2,7 (2,0-3,7)
Africanos Negros	83	3,2 (2,4-4,3)	2,5 (1,8-3,3)
Indianos	26	1,4 (0,9-2,2)	1,1 (0,7-1,7)
Paquistaneses	16	1,5 (0,9-2,5)	1,1 (0,6-1,8)
Bangalês	64	1,7 (1,3-2,4)	1,0 (0,7-1,3)
Outros Grupos Étnicos	25	1,6 (1,0-2,5)	1,3 (0,8-2,0)
Miscigenados de Brancos e Caribenhos Negros	12	5,5 (3,0-9,9)	3,6 (2,0-6,6)
Outros Miscigenados	2	0,4 (0,1-1,4)	0,3 (0,1-1,1)

* ajustado para idade e gênero

** ajustado para idade, gênero e status socioeconômico atual.

Tabela 8 – Razões de Taxa de Incidência (RTI) para esquizofrenia no Leste de Londres por etnia (KIRKBRIDE et al., 2008)

Etnia	Casos	RTI₁ (IC 95%)*	RTI₂ (IC 95%)**
Britânicos Brancos	61	1,0 (referência)	1,0 (referência)
Outros Brancos	26	1,4 (0,9-2,2)	1,2 (0,8-2,0)
Caribenhos Negros	48	4,6 (3,6-6,8)	3,1 (2,1-4,5)
Africanos Negros	48	3,4 (2,3-5,0)	2,6 (1,8-3,8)
Indianos	11	1,1 (0,6-2,1)	0,8 (0,4-1,6)
Paquistaneses	11	1,7 (0,9-3,3)	1,3 (0,7-2,4)
Bangalês	45	2,1 (1,4-3,1)	1,1 (0,8-1,7)
Outros Grupos Étnicos	12	1,4 (0,7-2,6)	1,1 (0,6-2,1)
Miscigenados de Brancos e Caribenhos Negros	4	3,2 (1,2-8,7)	2,0 (0,7-5,6)
Outros Miscigenados	2	0,6 (0,2-2,6)	0,5 (0,1-2,0)

* ajustado para idade e gênero

** ajustado para idade, gênero e status socioeconômico atual.

Através das tabelas acima podemos observar que em alguns grupos a diferença no risco tanto de psicoses em geral, quanto de esquizofrenia, tornou-se não-significante após o ajustamento para status socioeconômico. No entanto, em outros grupos (com destaque para os caribenhos negros e africanos negros) houve apenas uma atenuação da RTI, após o ajustamento para status socioeconômico, mantendo riscos significativamente elevados. Assim, os resultados mostram que status socioeconômico é responsável por parte do risco aumentado de psicoses/esquizofrenia nos grupos étnicos minoritários da Inglaterra e vão de encontro aos achados de Leão et al. (2006), na Suécia.

Por fim, os pesquisadores não puderam fazer o ajustamento para história familiar de transtorno psiquiátrico; no entanto, eles citam um estudo anterior que mostrou que a relação entre status socioeconômico na infância e esquizofrenia não foi significativamente confundida pela história familiar de transtorno psiquiátrico. A tabela 2 deste trabalho também indica isso. Logo, a atenuação no risco em alguns grupos minoritários causada pelo ajustamento da variável status social não parece ter sido confundida pela história familiar de psicose.

Em 2008, Veling et al. publicam um estudo cujo objetivo era investigar se o aumento da incidência de psicoses (em especial, esquizofrenia) entre imigrantes dependia da densidade étnica do bairro em que eles viviam, já que, nas palavras dos autores, esse contexto seria fundamental na formação da experiência social cotidiana das minorias étnicas.

O presente estudo foi realizado em Haia, e contou com o seguimento de sete anos e com os mesmos casos incidentes já descritos na análise do artigo de Veling et al. de 2007. A investigação foi realizada apenas para os três maiores grupos de imigrantes não-ocidentais: marroquinos (24144 pessoas), surinameses (45388) e turcos (32228), que juntos representavam cerca de 22% da população de Haia. Pelo fato das outras minorias étnicas não-ocidentais serem compostas por mais de 100 nacionalidades e representarem apenas 13% da população de Haia, não foi possível estudar a influência da densidade étnica nestes grupos.

À época, Haia era formada por 44 bairros, com um número máximo de 38000 habitantes. Como a privação em nível de bairro (definida como altas taxas de desemprego, média de renda baixa, moradias precárias e altas taxas de crime) influencia negativamente na saúde, os pesquisadores acharam importante ajustar as análises para essa questão, assim a variável situação socioeconômica de bairro (já descrita na análise no artigo de Veling et al., 2007) foi utilizada para esse fim.

A tabela 9 mostra a distribuição dos casos entre os bairros.

Tabela 9 – Distribuição dos casos incidentes de transtornos psicóticos entre os bairros de Haia, de acordo com artigo de Veling et al., 2008.

Proporção de Imigrantes ^I	Nº de Bairros	Socioeconômico		Número de Casos	
		Nível média	desvio padrão	holandeses ^{II}	imigrantes ^{III}
Alta densidade					
> 65%	2	-20,2	2,3	12	73
Baixa densidade					
40% - 65%	4	-8,2	4,6	19	66
30% - 40%	6	-6,8	3,7	63	64
20% - 30%	5	2,4	8,5	32	11
10% - 20%	15	13,6	6,4	60	17
< 10%	12	12,2	7,9	38	8

^I Proporção de todos os imigrantes não-ocidentais no bairro

^{II} Aqueles que possuem os dois pais nascidos na Holanda

^{III} Primeira e segunda geração do Marrocos, Suriname e Turquia

A tabela acima mostra uma informação de fundamental importância: que bairros com altas densidades de imigrantes possuem os piores níveis socioeconômicos. Portanto, uma eventual associação entre baixos índices de densidade étnica e aumento do risco de

esquizofrenia, implicaria que baixa densidade étnica seria um fator de risco mais importante para os imigrantes do que a privação socioeconômica em nível de bairro, e que a privação não seria um confundidor para a possível associação.

Durante o período de estudo, 91 marroquinos, 94 surinameses, 55 turcos, e 226 holandeses nativos fizeram contato com um serviço de saúde devido a um transtorno psicótico, resultando em 466 casos (houve perda de 3 casos), dos quais 321 (69%) eram de esquizofrenia. A RTI de transtornos psicóticos para todos os imigrantes, comparados com os holandeses nativos e ajustada para idade, sexo, estado civil e nível socioeconômico de bairro, foi 2,22 (IC 95% = 1,78-2,76).

A análise estratificada multinível de densidade étnica de bairro revelou uma RTI ajustada de 2,36 (IC 95% = 1,89-2,95) para os imigrantes de bairros com baixa densidade dos mesmos e uma RTI ajustada de 1,25 (0,66-2,37) para os imigrantes que viviam em bairros com alta densidade étnica. As RTI's para cada grupo de imigrante em separado também foi maior para os imigrantes que viviam em bairros com baixa densidade de seu grupo étnico.

Portanto, a incidência de transtornos psicóticos foi elevada de forma significativa entre os imigrantes que moravam em bairros onde seu próprio grupo étnico compunha uma pequena proporção da população. O mesmo comportamento aconteceu para esquizofrenia. Os dados apresentados também mostram que a taxa de incidência de psicoses nos imigrantes é significativamente maior do que a dos holandeses nativos apenas entre os imigrantes que moram em bairros com baixa densidade étnica. Apesar de não ter ocorrido ajustamento para status socioeconômico individual, isto não causou viés nas razões de taxa de incidência, pois os bairros com baixa densidade étnica são os que possuem o maior nível socioeconômico e por conseguinte, abrigam as pessoas com maiores padrões de vida.

Como os próprios pesquisadores afirmam, poder-se-ia especular que os pais de imigrantes que desenvolveram psicoses teriam previamente mudado de bairros de alta densidade étnica para os de baixa densidade étnica como um resultado de um funcionamento psíquico prejudicado (devido à predisposição genética); no entanto, em Haia, mudar de um bairro de alta para baixa densidade étnica geralmente significa mudar para um bairro de maior nível socioeconômico, e o risco genético para psicose não está associado com mobilidade social ascendente.

Os autores relatam que seus dados confirmam um estudo ecológico de Faris e Dunham (1939), pioneiros na pesquisa de fatores sociais possivelmente associados com a esquizofrenia, que encontrou maiores taxas de admissão hospitalares para esquizofrenia entre os afroamericanos que viviam em bairros predominantemente ocupados pelos brancos.

O estudo de Veling et al. (2008) mostra que a densidade étnica é um fator mais importante para os imigrantes do que a privação socioeconômica ao nível de bairro. Logo, esse achado traz uma implicação capital, a importância do contexto na hora de se analisar os dados e na hora de se construir um desenho de estudo. Pois, imaginemos se os pesquisadores tivessem feito uma pesquisa em Haia para se avaliar a influência do nível socioeconômico de bairro na incidência de esquizofrenia na população como um todo (e sem estratificação por etnia). Provavelmente, os resultados mostrariam que o nível socioeconômico de bairro não estaria associado com a esquizofrenia. No entanto, isso em verdade, seria resultado de um mascaramento; lembrando que cada um dos grupos (imigrantes e holandeses nativos) representa cerca de metade da população de Haia, se o nível socioeconômico estivesse associado com a esquizofrenia nos holandeses nativos, essa associação seria mascarada pelos casos incidentes em imigrantes, que ocorrem predominantemente nas áreas de menor densidade étnica e, portanto, melhor nível socioeconômico. Isto é, a densidade étnica provavelmente suprimiria/confundiria os efeitos da adversidade social em nível de bairro.

Em 2010, Veling et al. publicaram um estudo de caso-controle que investigou a possível associação entre identidade étnica e o risco de esquizofrenia em minorias.

Veling et al. estudaram a questão da identidade sob duas dimensões: 1) sob a dimensão da identificação com o próprio grupo étnico; 2) e sob a identificação como membro da sociedade como um todo (doravante denominada como identidade holandesa ou nacional). Assim, um indivíduo que possui uma forte identidade étnica e ao mesmo se identifica com a sociedade como um todo é considerado tendo uma identidade integrada; aqueles que possuem uma forte identidade étnica, mas uma fraca identidade nacional são considerados possuidores de uma identidade separada; os indivíduos que possuem uma fraca identidade étnica, mas uma forte identidade nacional são considerados como tendo um identidade assimilada; por fim, os indivíduos que não se identificam com seu grupo étnico nem com a sociedade em geral, tem uma identidade dita marginalizada.

Baseados em pesquisas anteriores que relatavam que a identidade integrada estava associada à boa saúde mental, que a identidade marginalizada estava associada com baixa autoestima e saúde mental pobre (os resultados eram contraditórios a respeito da separação e assimilação), que a segunda geração de imigrantes tendia, geralmente, a possuir uma identidade mais assimilada do que seus pais, e baseados ainda em achados de seu próprio grupo de pesquisa que relatavam um maior risco de esquizofrenia para imigrantes que viviam em bairros com baixa densidade étnica, Veling et al. hipotetizaram que os indivíduos de minorias que desenvolveram esquizofrenia identificariam a si mesmos menos frequentemente e menos positivamente com seu próprio grupo étnico do que os controles (irmãos dos casos e pacientes imigrantes não psicóticos provenientes de um hospital geral) e que teriam mais frequentemente uma identidade marginalizada ou assimilada que o grupo controle.

A captação dos casos incidentes aconteceu durante 5 anos (outubro de 2000 a julho de 2005), de forma semelhante ao já descrito para os outros estudos de Veling, resultando em 146 casos de transtornos esquizofrênicos (esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme e transtorno esquizoafetivo), diagnosticados pelo DSM-IV. Os desfechos em questão diziam respeito a todos os casos em imigrantes de primeira e segunda geração do Suriname, Marrocos, Turquia e Antilhas Holandesas, no período acima referido.

Para cada caso, 2 sujeitos controles (1 irmão e 1 imigrante não psicótico) foram recrutados, pareados por idade (grupo de 5 anos), sexo e etnia (incluindo geração). Os irmãos foram utilizados a fim de se controlar para fatores genéticos e fatores de confundimento socioambientais compartilhados que não foram alvo do ajustamento dos Odds Ratios, discutido à frente.

Para se avaliar a identidade étnica e nacional foi utilizado um questionário com 10 itens com opções de respostas variando desde (1) “concordo totalmente” a (5) “discordo totalmente”, avaliando questões de afirmação e senso de pertencimento.

Para se ajustar os Odds Ratios, diferentes variáveis candidatas a confundidores foram analisadas quanto à diferença significativa entre casos e controles, a saber: idade, sexo, etnia, geração, estado civil, nível educacional, nível ocupacional paterno, nível educacional paterno, desemprego, uso de *cannabis*, autoestima, controle e apoio social percebido. Houve diferenças significativas entre casos e controles com relação à idade (pois não foi possível

pareamento perfeito com os irmãos), estado civil, desemprego, uso de *cannabis*, autoestima e apoio social percebido; assim, estas variáveis foram utilizadas nos ajustamentos.

Os resultados mostraram que os casos, comparados aos controles do hospital geral, tiveram mais frequentemente uma identificação étnica negativa do que os controles (respectivamente, 64% e 35%; $p < 0,001$). Quanto à identidade nacional negativa, ambos tiveram praticamente a mesma proporção (47% e 53% respectivamente; $p > 0,05$). Assim, após os ajustamentos, a identidade étnica negativa foi significativamente associada com a esquizofrenia (OR = 3,29; IC 95% = 1,36-7,92). Uma identidade holandesa negativa foi relacionada a menor risco de esquizofrenia (OR = 0,36; 0,15-0,87). A análise dos tipos de identidade revelou que os casos tiveram mais frequentemente, em comparação com os controles, uma identidade assimilada (OR = 4,68; 1,82-12,04) ou marginalizada (OR = 2,28; 1,06-4,91) e menos frequentemente uma identidade separada (OR = 0,17; 0,06-0,47).

A comparação entre casos e irmãos, após ajustamento, revelou que a identidade étnica negativa não mostrou uma associação estatisticamente significativa com o risco de esquizofrenia (OR = 6,39; IC 95% = 0,89-45,93). No entanto, a identidade nacional negativa permaneceu relacionada com um menor risco para esquizofrenia (OR = 0,14; 0,02-0,93). Por fim os casos tiveram uma identidade separada significativamente menos frequente do que seus irmãos (OR = 0,09; IC 95% = 0,02-0,42).

Podemos então concluir que possuir uma identidade separada parece predizer um menor risco quanto à esquizofrenia nos imigrantes não-ocidentais que vivem na Holanda.

Por fim, os autores da pesquisa citam algumas limitações de seu estudo (a maioria delas devido a características do desenho do tipo caso-controle), mas a mais importante parece ser o fato de que a entrevista com os pacientes se reportou à situação de 1 ano antes do surgimento da psicose. No entanto, neste período muitos pacientes podem ter vivido um período prodrômico, que pode ter influenciado no seu sentimento de pertencimento a um grupo. Isto é, pode ter havido uma causalidade inversa.

5.4 - Foco ao nível de bairro ou escola

Werner, Malaspina e Rabinowitz (2007) foram os primeiros a avaliarem se indicadores de privação econômica de bairro são fatores de risco para esquizofrenia (amplamente definida). Através do estudo israelense já mencionado, avaliaram a possível associação entre baixo status socioeconômico ao nível comunitário e risco de desenvolvimento de esquizofrenia. Os bairros de Jerusalém Ocidental foram classificados em “abaixo do padrão” e “ \geq padrão” pela combinação de diversos indicadores. Infelizmente, os estudiosos não relataram em seu artigo quais foram os indicadores utilizados; apenas deixaram como referência um livro publicado em 1973, a saber: *Urban Ecology of Jerusalem: a Companion Volume to the Atlas of Jerusalem*. O Odds Ratio das áreas de menor status com relação às de maior status foi de 1,30 (IC 95% = 1,09-1,56, ajustado para status socioeconômico ao nível individual, sexo, idade de nascimento e idade paterna no ato do nascimento do filho, mas não ajustado para história familiar de psicose), encontrando, portanto, uma associação significativa. Pelo fato de a variável ao nível comunitário ter sido ajustada para ocupação e escolaridade paterna, como afirmam os próprios autores, os resultados sugerem que o indivíduo não é afetado simplesmente pelo status socioeconômico de sua família, mas também pelas condições macroeconômicas de seu entorno. É necessário frisar que devido à falta de ajustamento para história familiar de psicose, o estudo perdeu potência, pois dá margens a certos questionamentos da seleção social. No entanto, tal estudo foi importantíssimo, pois sugeriu uma associação ao nível de bairro e abriu caminho para outras pesquisas multiníveis de fatores sociais.

Também em 2007 é publicado um estudo de Kirkbride et al. que buscou avaliar a associação entre fatores sociais de bairro e incidência da esquizofrenia (e outras psicoses não-afetivas). Os investigadores utilizaram os casos do estudo AESOP (KIRKBRIDE et al., 2006), já descrito anteriormente.

Os autores afirmam que os achados do estudo AESOP apoiariam a hipótese de que fatores a um nível além do individual ajudam a explicar a variação nas taxas de incidência de esquizofrenia tanto dentro, quanto entre as cidades. Em contraste, não havia evidência para se acreditar que a variação de psicoses afetivas (tanto dentro das cidades, quanto entre as mesmas) se devia a fatores além do nível individual. Conclusão esta, tirada após o ajustamento para variáveis de nível individual (ver tabela 4).

Os fatores investigados a nível comunitário, suspeitos de possuírem uma associação com as psicoses não-afetivas (escolhas guiadas por literatura prévia) foram: densidade populacional, densidade étnica, fragmentação étnica, privação social e capital social. Tais fatores foram controlados para os fatores a nível individual: idade, sexo e etnia (categorizada em sete etnias diferentes).

Nesse trabalho, os pesquisadores só estudaram a população do sudeste de Londres, região composta à época por 33 círculos eleitorais (assim denominado pelo órgão de estatística local, com um tamanho médio de 5880 pessoas), que doravante serão chamados de bairros, por simplificação e por manter uma certa correspondência com os bairros reais. Como já dito, este estudo foi subsidiado pelo estudo AESOP, portanto, a captação dos casos incidentes ocorreu por dois anos, conforme já descrito para o estudo de 2006; a única diferença é que neste estudo multinível, os diagnósticos foram realizados conforme o CID-10 e não o DSM-IV. Não ficou claro porque no artigo de 2006 Kirkbride et al. utilizaram o DSM-IV e no ano de 2007 optaram pelo CID-10.

A densidade populacional foi medida através de pessoas por hectare. Densidade étnica foi definida como a proporção da população negra e de minoria étnica (*Black and Minority Ethnic* – BME) em relação à população total. A fragmentação étnica foi medida através do Índice de Dissimilaridade (ID) em cada bairro; o ID é uma medida geográfica, utilizada nas Ciências Sociais, que mensura o quanto dois grupos estão uniformemente distribuídos em uma área, gerando escores que vão de 0 (indicando total fragmentação, ou se preferir, nenhuma segregação) a 100 (nenhuma fragmentação, portanto, total segregação). A privação socioeconômica, categorizada em três níveis crescentes de privação, foi mensurada através de um índice composto, o *Index of Multiple Deprivation* – IMD, que abrange os domínios: desemprego, educação, saúde, barreiras para moradia e serviços, e crime. O IMD é um índice oficial na Inglaterra. Capital social (definido pelos pesquisadores como “um grupo de funcionalidades relacionadas à organização de um bairro/vizinhança que, coletivamente facilitam a coordenação e a cooperação para o benefício mútuo”) foi medido através do número de votantes em cada bairro; sendo para os estudiosos uma representação de quanto as pessoas em cada bairro estão motivadas ou engajadas por questões locais.

Os pesquisadores identificaram 218 casos novos de psicoses não-afetivas durante 565 000 pessoas-ano de seguimento, sendo que 68% recebeu um diagnóstico de

esquizofrenia. Os estudiosos identificaram correlações significantes entre diversos fatores sociais ao nível comunitário, conforme mostra a tabela 10.

Tabela 10 – Correlação entre fatores sociais de bairro no sudeste de Londres (KIRKIBRIDE et al, 2007)

	A	B	C	D	E
A- Densidade étnica	1,00				
B - Fragmentação étnica	0,22	1,00			
C- Número de votantes	- 0,43*	0,13	1,00		
D- Densidade	0,67*	0,38*	- 0,31	1,00	
E- Privação Econômica	0,84*	0,11	- 0,43*	- 0,49*	1,00

* significante a um $p < 0,05$

Através da tabela 10 visualizamos diversos fatores correlacionados, seja positivamente, seja negativamente. Por exemplo, há uma alta correlação positiva entre privação econômica e densidade étnica, o que significa que a população BME está ocupando predominantemente as áreas de pior situação socioeconômica. Há uma correlação negativa entre número de votantes e privação, o que mostra que o número de votantes é menor em áreas mais carentes.

Os dados do artigo inglês mostram que as variáveis “número de votantes” e “fragmentação étnica” foram significativamente associadas com a esquizofrenia após o ajustamento para as variáveis de nível individual (idade, sexo e etnia) e de bairro estudadas. Assim, um aumento de 1% no número de votantes foi associado com uma redução de 5% na incidência de esquizofrenia. O aumento de 1% na fragmentação étnica do bairro foi associado com o aumento de 5% na incidência do transtorno.

Densidade populacional e densidade étnica não foram associadas com a esquizofrenia (mesmo antes do ajustamento). Privação socioeconômica ao nível comunitário não foi associada com o transtorno após o ajustamento.

Ao observarmos os achados, pode causar estranheza não ter havido uma associação, por exemplo, entre densidade populacional de bairro e esquizofrenia, dado os achados correlatos (densidade urbana) de outros estudos (van Os et al, 2003; van Os, PEDERSEN; MORTENSEN, 2004). Assim, cabe observar que os autores analisaram as Razões de Taxa de

Incidência das variáveis “densidade étnica”, “número de votantes”, “fragmentação étnica” e “densidade populacional” com relação ao risco de esquizofrenia associadas com 1% de aumento nessas variáveis. Portanto, ao dizer que não houve uma associação significativa entre densidade populacional e esquizofrenia, o correto seria dizer que o aumento de 1% na densidade populacional não foi associado com o aumento na incidência de esquizofrenia. Podemos conjecturar, que se essas variáveis fossem mensuradas de uma outra forma (através de intervalo mais amplo) o quadro poderia ser outro. Podemos também conjecturar que a densidade étnica talvez tenha suprimido/mascarado os efeitos da privação econômica (haja vista a forte correlação positiva entre as variáveis), como discutido anteriormente, na análise do artigo de Veling et al. (2008).

Além disso, como os próprios pesquisadores advertem, não houve controle para todos os potenciais fatores de risco a nível individual (por exemplo, desemprego, status socioeconômico, etc), o que pode ter levado a uma superestimação do efeito de bairro. Por não possuírem dados sobre história familiar de psicose, não puderam fazer o ajustamento para essa variável; no entanto, para minimizar este problema, as análises foram conduzidas excluindo-se casos subsequentes com o mesmo código postal, na palavra dos autores, “como um potencial marcador para agrupamento genético dos casos dentro da mesma família”

Por fim, se os dados desse estudo são analisados isoladamente, pode haver certos questionamentos a respeito da causalidade social destes fatores a nível comunitário, já que os mesmos foram medidos durante a captação dos casos. No entanto, se relacionarmos os achados com outros estudos já apresentados (van OS, PEDERSEN; MORTENSEN, 2004; WICKS et al., 2005), que mostram a existência de fatores de risco sociais ao nível de cidade e a nível individual, a hipótese ganha força.

Em 2010, Zammit et al. publicam um estudo longitudinal multinível, em que avalia a exposição a diversas variáveis durante a adolescência e o desenvolvimento posterior de psicoses não-afetivas na idade adulta, permitindo assim se excluir a causalidade reversa como uma explicação para os achados advindos de pesquisas a nível comunitário.

Partindo-se da estabelecida associação que existe entre urbanicidade e aumento na incidência de psicoses, de diversos estudos que demonstram que determinadas características individuais e de bairro (a saber: status de imigrante e de minoria étnica, história familiar de psicose, uso de *cannabis*, marcadores de adversidade socioeconômica individual, densidade

populacional de bairro, densidade étnica, privação socioeconômica, fragmentação social e capital social) que são mais comuns no meio urbano, estão associadas com o aumento no risco de psicoses, que a associação com a urbanicidade persistiu quando os estudos ajustaram os resultados para algumas das características mencionadas, e que os padrões acima se devem, sobretudo, às psicoses não-afetivas, Zammit et al. buscaram investigar: 1) se a associação entre urbanicidade e psicose seria explicada por várias características sociodemográficas e marcadores de adversidade individual e por determinadas medidas de área; 2) se os fatores ao nível de área estariam associados com o aumento na incidência de psicoses, independentemente dos fatores individuais; e 3) se o efeito dos fatores individuais variariam de acordo com o contexto em que os indivíduos vivem, isto é, se existiria uma interação entre fatores de nível individual e de área.

Para tanto, os pesquisadores utilizaram uma coorte formada por todas as pessoas nascidas na Suécia em 1972 e 1977 e que residiam neste país na idade de 16 anos; o que resultou em uma amostra de 203829 pessoas. Os indivíduos foram seguidos até dezembro/2003 através do Registro Nacional Sueco de Pacientes. Todos os casos foram diagnosticados segundo os critérios do CID-8, CID-9 ou CID-10. Indivíduos diagnosticados com psicose antes dos 17 anos foram excluídos do estudo (27 pessoas). As variáveis de nível individual e de área foram captadas quando os indivíduos tinham 16 anos. As variáveis de área estudadas foram de escola e de município.

As variáveis ao nível individual foram: sexo, história parental de psicoses, possuir pais nascidos no estrangeiro, mudança de municípios entre os 8 e 16 anos de idade, posição socioeconômica dos pais (conforme definido no estudo de Wicks et al. [2005] para ocupação), renda familiar, família uniparental, escolaridade dos pais (<9 anos, 9 a 10 anos, ensino médio, ensino superior; sendo adotada a maior escolaridade dos pais de criação) e escolaridade/grau atingido aos 16 anos (medida através de um escore crescente de 1 a 6). Os dados ao nível de escola foram obtidos de uma média de dados individuais, são eles: média de estrangeiros (isto é, proporção de crianças da escola com pelo menos um dos pais nascido fora; média nas escolas = 15%), média de fragmentação social (proporção de crianças da escola que mudaram de município entre as idades de 8 e 16 anos ou que cresceram em famílias uniparentais; média nas escolas = 23%), média de privação (proporção de crianças cujos pais estavam desempregados, recebiam benefícios assistenciais ou que se encontravam na faixa de renda dos 10% mais pobres; média = 15%) e média de baixo grau escolar (isto é, proporção de

crianças da escola que estão dentro da faixa dos 10% menores escores; média = 10%). As variáveis ao nível municipal foram: medida de urbanicidade (categorizada em metrópole, cidade e meio rural), densidade populacional, privação socioeconômica (obtida da soma dos escores individuais dos habitantes para privação; a privação ao nível individual foi resultado da soma de desemprego parental [sim/não], família recebendo benefícios assistenciais [sim/não] e família pertencente ao décimo percentil de mais baixa renda [sim/não], com escores indo de 0 a 3), e fragmentação social (obtida da soma dos escores individuais dos habitantes para migração entre municípios [sim/não], votação nas eleições municipais [sim/não], indivíduos casados [sim/não], famílias uniparentais [sim/não]).

Para se investigar a existência de interação entre fatores ao nível individual e fatores de área, foram utilizadas duas variáveis de nível individual: privação socioeconômica (já explicitada no parágrafo anterior) e fragmentação social individual (soma dos escores de possuir família uniparental [sim/não], ter emigrado durante a infância [sim/não], e ter mudado de município entre 8 e 16 anos [sim/não]; com escores, portanto, indo de 0 a 3). Deve-se salientar que as interações (através de modelos estatísticos multiplicativos) foram examinadas utilizando-se todos os casos de psicoses em geral (não-afetivas, afetivas e outras psicoses) para se aumentar o poder. Foram investigadas 4 tipos de interação, a saber: possuir pais imigrantes *versus* média de indivíduos com pais imigrantes na escola; fragmentação social individual *versus* média de fragmentação social na escola; privação individual *versus* média de privação na escola; e escore escolar individual *versus* média do escore escolar ao nível de escola.

Dos 203829 indivíduos seguidos, 881 (0,43%) foram admitidos com um diagnóstico de psicose não-afetiva; destes, 328 receberam o diagnóstico de esquizofrenia. Os resultados do artigo de Zammit et al. mostram que todas as variáveis de nível individual, de escola e de município estão associadas com a urbanicidade (quando esta é dicotomizada em metrópoles *versus* cidades e meio rural) e com o risco de desenvolver psicoses não-afetivas (sem prévio ajustamento). O risco de psicoses não-afetivas foi maior no meio urbano do que no rural. Os Odds Ratios não ajustados de se morar em metrópoles e em cidades foram, respectivamente, de 1,41 (IC95%=1,09-1,82) e 1,12 (0,92- 1,35). Quando ajustado para os diversos fatores de nível individual, houve uma atenuação nos riscos, entretanto, ainda sim houve associação entre urbanicidade e psicoses não-afetivas ($OR_{\text{metrópoles}} = 1,32 [1,01-1,72]$, $OR_{\text{cidades}} = 1,06 [0,85-1,33]$), o que mostra que existem fatores além do nível individual (ou ao menos que

existem outros fatores) que também são responsáveis pela associação entre urbanicidade e risco de psicose. Quando ajustado também para os fatores ao nível de escolas, não houve diferença estatisticamente significativa, no que se refere ao risco de psicoses não-afetivas, entre o meio urbano e o rural, isto é, a associação foi eliminada ($OR_{\text{metrópoles}} = 1,23 [0,90-1,67]$, $OR_{\text{cidades}} = 1,05 [0,83-1,32]$). Esses resultados mostram que os fatores individuais e de área exercem um peso muito semelhante na associação encontrada entre urbanicidade e transtornos psicóticos.

Todas as variáveis de escola foram associadas, segundo o artigo, com as psicoses não-afetivas, quando não ajustadas. Entretanto, quando houve ajustamento para todos os fatores de nível individual, o único fator escolar que permaneceu associado foi a fragmentação social. Quando houve total ajustamento (isto é, para fatores individuais, de escola e de município), a fragmentação social a nível escolar foi o único fator contextual que permaneceu associado ao risco aumentado de psicoses não-afetivas ($OR=1,09$; $IC= 1,01-1,18$). Os fatores individuais: possuir pais com história de psicoses, possuir pais nascidos no estrangeiro (portanto, ser imigrante de 2ª geração), crescer em família uniparental e obter baixos escores de graduação escolar também mostraram oferecer risco quanto às psicoses não-afetivas após o total ajustamento. Os Odds Ratios das variáveis escolares foram obtidos através da comparação entre aumentos de 10% nas variáveis; os Odds Ratios das variáveis a nível municipal, através da comparação por desvio padrão, ou seja, o OR obtido é uma relação entre lugares com um desvio padrão de diferença na variável estudada; o mesmo aconteceu para a variável individual escolaridade/grau atingido aos 16 anos.

Os resultados da pesquisa de Zammit et al. também mostraram uma forte evidência estatística do fenômeno de interação entre os níveis individual e de escola quanto ao risco de psicoses, mesmo após o total ajustamento; como já mencionado, a variável de desfecho foi a psicose em geral para se aumentar o poder das análises. As interações foram avaliadas por aumentos de 10% nas variáveis de contexto. Houve uma forte evidência de que indivíduos com pais nascidos no estrangeiro tinham um risco ainda maior para psicose quando faziam parte de um grupo escolar constituído de poucos adolescentes com pais imigrantes; o risco diminuía conforme aumentava a proporção de imigrantes de 2ª geração na escola. Esse achado dialoga com os resultados obtidos por Veling et al. (2008) quanto à densidade étnica dos bairros. Um padrão oposto foi observado para indivíduos com ambos os pais suecos, isto

é, para esses indivíduos, quanto maior a proporção de imigrantes de 2ª geração no grupo escolar, maior se tornava o risco a psicoses.

Os mesmos padrões descritos acima foram observados para fragmentação social e privação socioeconômica.

O artigo de Zammit et al. mostrou que a fragmentação social ao nível de escola foi a variável contextual mais importante que explica o risco aumentado de transtornos psicóticos em pessoas criadas em cidades. Por fim, além de confirmar a relação bem estabelecida entre status de minoria étnica e risco aumentado de psicoses (KIRKBRIDE et al., 2006; LEÃO et al., 2006; VELING et al., 2006), o presente estudo reforça a evidência de que o risco de psicoses em indivíduos pertencentes a minorias é inversamente proporcional a fração que eles representam na população com um todo.

5.5 - Foco no abuso sexual

Através de um grande estudo caso-controle, que utilizou uma amostra construída ao longo de 30 anos, Cutajar et al. (2010) investigaram a possível associação entre abuso sexual na infância e desenvolvimento posterior de transtornos esquizofrênicos.

Todos os casos investigados de abuso sexual ocorridos antes dos 16 anos de idade, entre 1964 e 1965 no estado de Victoria (Austrália) foram incluídos (2759 casos). O grupo controle foi elaborado a partir de uma amostra aleatória de 4938 victorianos maiores de 18 anos. As vítimas de abuso foram combinadas com um indivíduo controle retirado desta amostra (pareado por sexo e dentro de uma faixa de 2 anos). Não foi possível o pareamento para 82 vítimas; assim, a análise caso-controle comparou 2759 casos com 2677 controles da população em geral.

As informações psiquiátricas foram coletadas de um registro estadual. Todos os serviços de saúde públicos são obrigados a alimentarem esse banco de dados e quase todas as pessoas com transtornos esquizofrênicos recebem todo ou parte do tratamento nessas instituições, já que os serviços privados de psiquiatria não podem realizar internações e não oferecem tratamentos comunitários. Os diagnósticos são registrados segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID).

Os resultados da pesquisa mostraram que 79,8% das crianças que sofreram abuso eram do sexo feminino. A idade média, quando do registro das ocorrências na polícia, foi de 10,22 anos (desvio padrão = 4,4 anos), sendo que a maior parte das crianças (63%) sofreu abuso sexual com penetração. Os sujeitos da pesquisa foram seguidos até o ano de 2008.

Um total de 53 casos (1,9%) e 20 controles (0,7%) desenvolveram transtornos esquizofrênicos (esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo e transtorno delirante), gerando um Odds Ratio de 2,6 (IC 95% = 1,6-4,4). As crianças que sofreram abusos sexuais sem penetração não manifestaram um risco significativamente aumentado com relação aos controles. Se considerados somente os sujeitos que sofreram abuso com penetração, a taxa de transtorno esquizofrênico foi de 2,4%, gerando um OR = 3,3 (IC 95% = 2,0-5,5). Os indivíduos que sofreram o abuso com penetração depois dos 12 anos de idade tiveram um OR de 4,4 (2,6-7,4) para o transtorno em relação ao grupo controle. Por fim, aqueles que além de terem sido violentados após os 12 anos, sofreram o abuso por mais de um agressor, tiveram uma incidência de transtornos esquizofrênicos extremamente alta, gerando um OR de 12,5 (3,4-45,3). Em média o desfecho para esquizofrenia ocorreu 15 anos depois do abuso.

Apesar do estudo de Cutajar et al. mostrar uma forte associação entre abuso sexual na infância e desenvolvimento de transtornos esquizofrênicos na idade adulta, ter sugerido uma relação do tipo dose-resposta, e ter utilizado uma grande amostra, na opinião dos autores ele não permite inferências a cerca de uma relação causal, pois existe a possibilidade de um confundimento por vários fatores de adversidade social, além de não ter havido informações a cerca da saúde dos cuidadores. Assim, o abuso sexual pode, antes, ter atuado como um marcador de adversidade social, ao invés de um trauma específico.

Independentemente de um nexos causal entre abuso sexual na infância e desenvolvimento de esquizofrenia, os achados de Cutajar et al. evidenciam a importância de existirem suportes clínicos e sociais às vítimas de abuso sexual.

6 - Discussão

Os estudos apresentados mostraram que há um aumento no risco de esquizofrenia em áreas urbanas quando comparadas com o meio rural, o que apoia a hipótese de que fatores do meio urbano podem contribuir na etiologia da esquizofrenia. A associação entre densidade urbana e psicose (ou esquizofrenia) independentemente de história familiar de psicose (vede análises de van Os et al., 2003; e van Os, Pedersen e Mortensen, 2004), e o fato do efeito de história familiar de psicose tornar-se progressivamente maior conforme o aumento do nível de urbanicidade (VAN OS, PEDERSEN e MORTENSEN, 2004), indica que a urbanicidade ao nascimento é um fator de risco para esquizofrenia.

A associação entre diversos indicadores de adversidade social na infância e esquizofrenia, independentemente de história familiar de psicose (vede análises de Wicks et al., 2005) e o efeito de interação entre esses indicadores e a susceptibilidade genética (Wicks, Hjern e Dalman[2010]) indica que estes são fatores de risco para esquizofrenia. Os dados de Leão et al. (2006) sugerem que baixa renda está associada à esquizofrenia.

Os resultados do estudo de Zammit et al. (2010) indicam que os fatores individuais e de área exercem um peso muito semelhante na associação encontrada entre urbanicidade e transtornos psicóticos e que a fragmentação social ao nível de área é um fator de risco para psicoses. Além disso, há forte evidência do fenômeno de interação entre os níveis.

Os achados de Leão et al. (2006) e Veling et al. (2006) mostram um risco aumentado de desenvolver esquizofrenia na 1ª e 2ª geração de imigrantes e que ter um dos pais nascidos no país (Leão et al. 2006) não gera um efeito de proteção. Os achados de Veling et al., que mostram um risco ainda maior para a 2ª geração de imigrantes, indicam que os fatores sociais devem estar envolvidos na associação entre imigração e esquizofrenia. Assim, os dados de Leão et al. (2006) e Kirkbride et al (2008) indicam que o status socioeconômico responde parcialmente pela associação encontrada entre etnia e esquizofrenia, e os dados de Veling et al. (2007) mostram que pertencer a um grupo étnico minoritário que percebe alto grau de discriminação oferece risco para transtornos psicóticos.

A adversidade social (ou exclusão) pode levar ao isolamento, alienação e a um grande estresse na vida cotidiana. Se pensarmos, principalmente, em indivíduos geneticamente vulneráveis, essas situações podem ser importantes no desenvolvimento da esquizofrenia e/ou outras psicoses. Segundo Kirkbride et al. (2007), o estresse é associado

com a desregulação de dopamina (neurotransmissor associado aos transtornos psicóticos). Estudos com animais mostram que exposições repetidas a estresse social leva à hiperatividade do sistema dopaminérgico mesolímbico, o qual está implicado na patogênese da esquizofrenia (VELING et al, 2010). Além disso, como afirmam Wicks et al. (2005) existe a possibilidade de um papel do hormônio cortisol na etiologia das psicoses, através de efeitos deletérios de seus níveis aumentados, e como afirmam os autores, a vulnerabilidade individual para os níveis de cortisol pode, por sua vez, ser geneticamente determinada.

Os achados de Veling et al. (2008) evidenciam que o risco de esquizofrenia em imigrantes é significativamente maior para aqueles que moram em bairros onde seu próprio grupo étnico compõe uma pequena proporção da população, independentemente de status socioeconômico individual ou de bairro. Assim, a hipótese desses autores de que morar em um bairro com alta densidade étnica poderia amortecer/tamponar o impacto da discriminação e melhorar a autoestima, seja pelo aumento da identificação étnica (aumentando assim a capacidade de enfrentamento), seja pela redução da exposição à discriminação e, por conseguinte, influenciar na emergência da esquizofrenia parece ser bastante adequada.

Através da ligação dos diferentes achados, visualizamos que a relação entre densidade populacional e esquizofrenia é uma relação complexa, pois não é a densidade pura e simplesmente que é um fator de risco, haja vista a relação que existe entre densidade étnica e esquizofrenia. O que parece explicar melhor o risco aumentado ao transtorno é a falta de redes sociais de apoio, situação que aprofunda a percepção das adversidades e aumenta a sensação da dificuldade de transpô-las, gerando grande estresse. Isto é, o fenômeno da desorganização social parece representar mais risco do que a privação em si. Assim, como afirmam Kirkbride et al. (2007), fatores como capital social podem ser mais importantes do que a classe social *per se*. A heterogeneidade no risco entre diferentes minorias étnicas indica que - embora fatores tais como adversidade social ou discriminação possam atuar genericamente entre vários grupos - fatores étnicos específicos, como resiliência, capacidade de enfrentamento ou apoio sociocultural, provavelmente são intermediadores e operam na etiologia da esquizofrenia.

É oportuno esclarecer que o conceito de risco utilizado neste trabalho tem o sentido de entidade probabilística, e não determinística. Assim, toda e qualquer previsão baseada nos dados apresentados guarda certa imprecisão e está sujeita a imponderabilidades incontrolláveis (CASTIEL, 1996). Toda previsão deve levar em conta o contexto em que foi gerado o dado;

isso fica evidente através do artigo de Veling et al. (2008). Caso fosse conduzido um estudo em Haia investigando se há influência de privação socioeconômica ao nível de bairro na incidência de esquizofrenia, o resultado poderia não revelar associação alguma; a extrapolação desse resultado a outros lugares seria um absurdo, pois em Haia os bairros de maior privação são os que possuem a maior proporção de estrangeiros e, como vimos, a densidade étnica parece ser um fator mais importante do que a privação socioeconômica em si.

Ao se apropriar de conceitos das Ciências Sociais, este trabalho, de cunho epidemiológico, não se restringe à corrente da multicausalidade ou à corrente da determinação social.

Ao listar inúmeros fatores que contribuem para a emergência da esquizofrenia, este trabalho poderia estar inscrito na teoria da multicausalidade; entretanto, não é este o caso, primeiro, porque os modelos mais simples de multicausalidade descrevem relações lineares sem considerar qualquer tipo de hierarquia na organização das variáveis, e não consideram fenômenos como a interação e a sinergia (BARATA, 2000). Segundo, porque mesmo a versão mais refinada de multicausalidade, o modelo ecológico, não reflete a intenção deste trabalho, pois embora este modelo construa relações de interação recíproca e estruturais (hierárquicas), confere importância central ao conceito de meio ambiente (entendido, principalmente, como natureza ou ambiente físico) em detrimento de um sentido político do processo saúde-doença (AROUCA APUD BARATA, 2000).

Pelo fato da importância conferida à organização social (ou capital social) na produção da esquizofrenia, e pelo fato de se analisar coletivos com diferentes condições de vida, assumindo-se que os principais fatores a influenciar a saúde da população residem na ampla gama de condições sociais e econômicas em que as pessoas vivem (BERLINGUER, 2007) - portanto levando em conta características estruturais e não apenas demográficas - este trabalho se aproxima da teoria dos determinantes sociais. No entanto, utiliza estudos que em boa parte usaram ferramentas da multicausalidade (como a busca de associações significantes através de variáveis que, mesmo quando compostas, ainda ensejam uma realidade fragmentada e não atingem, por exemplo, o conceito de classe social) para a construção de um modelo biopsicossocial.

Por fim cabe frisar que, no estudo realizado, foi assumido um conceito de esquizofrenia como transtorno objetivamente definido, ou seja, através do DSM ou CID. Porém, deve-se ressaltar que a interpretação do fenômeno também inclui um aspecto valorativo, isto é, determinadas atitudes e comportamentos considerados patológicos podem, na perspectiva dos portadores do transtorno, ser vivenciados de modo diferente.

7 – Conclusão

Ao se aceitar a importância de aspectos biológicos, psicológicos e sociais na gênese da esquizofrenia, podemos considerar (pelo menos em parcela dos casos) que a emergência do transtorno está ligada à conjunção de vulnerabilidade psicobiológica e estresse social. Assim, o deflagrar dos sintomas é diretamente influenciado pelo grau de estresse a que o indivíduo é submetido.

Devido às taxas de insucesso do tratamento medicamentoso neuroléptico e de não-aderência ao tratamento, os efeitos adversos dos medicamentos, os enormes prejuízos econômicos, sociais e individuais causados pela enfermidade, as altas taxas de suicídio, a grande incidência, prevalência e os custos enormes para o setor de saúde pública, os estudos que apontam para a influência de fatores sociais na esquizofrenia possuem importância fundamental no sentido de se fortalecer terapias que promovam o empoderamento, a capacidade de enfrentamento do indivíduo com esquizofrenia, e acima de tudo da necessidade, cada vez mais patente, de se discutir políticas de Estado que efetivamente aumentem as redes sociais de apoio, promovam a equidade e, por conseguinte, promovam saúde.

Referências

- APA (American Psychiatric Association). **DSM-IV-TR: Manual estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2002.
- BARATA, R. B. Epidemiologia e Ciências Sociais. In: BARATA, R. B.; BRICEÑO-LEÓN, R. E. (Orgs.) **Doenças endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.
- BERLINGUER, G. Determinantes sociales de las enfermedades. **Rev. cub. salud pública**, v.33, n.1, 2007.
- CASTIEL, L. D. Vivendo entre exposições e agravos: a teoria da relatividade do risco. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, v.3, n.2, p.237-264, 1996.
- COX, T. H.; DÍAZ, S. S. Incidencia, prevalência y recuperabilidad de la esquizofrenia en diferentes países. **Rev psiquiatr (Santiago de Chile)**, v.16, n.4, p.208-214, 1999.
- CUTAJAR, M. C. et al. Schizophrenia and Other Psychotic Disorders in a Cohort of Sexually Abused Children. **Arch Gen Psychiatry**, v.67, n.11, p.1114-1119, 2010.
- ELKIS, H. A evolução do conceito de esquizofrenia neste século. **Rev Bras Psiquiatr**, v.22, s.I, p.23-26, 2000.
- FARIS, R. E. L.; DUNHAN, H. W. **Mental Disorders in Urban Areas**. Chicago: University of Chicago Press, 1939
- GARCÍA, Y. S.; MENÉNDEZ, J. R. O.; MIER, M. A. V. Esquizofrenia, historia, impacto socioeconômico y atención primaria de salud. **Rev Cub Med Mil**, v.33, n.2, 2004.
- GIL, A.C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.
- HARRISON, G et al. Association between psychotic disorder and urban place of birth is not mediated by obstetric complications or childhood socio-economic position: a cohort study. **Psychol Med**, v.33, p. 723-731, 2003.
- IERAGO, L et al. Adoption, family relations and psychotic symptoms among Palauan adolescents who are genetically at risk for developing schizophrenia. **Soc Psychiat Epidemiol**, v.45, p.1105-1114, 2010.
- JABLENKY et al. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures – a World Health Organization ten-country study. **Psychol Med Monogr Suppl**. v.20, p.1-97, 1992.
- KIRKBRIDE, J. B et al. Heterogeneity in Incidence Rates of Schizophrenia and Other Psychotic Syndromes: Findings From the 3-Center ÆSOP Study. **Arch Gen Psychiatry**, v.63, p.250-258, 2006.
- KIRKBRIDE, J. B et al. Neighbourhoodlevel effects on psychoses: reexamining the role of context. **Psychol Med**, v.37, p. 1413-1425, 2007.

- KIRKBRIDE, J. B et al. Psychoses, ethnicity and socio-economic status. **Br J Psychiatry**, v.193, p. 18-24, 2008.
- LEÃO, T. S et al. Incidence of Schizophrenia or Other Psychoses in First- and Second-Generation Immigrants. **J Nerv Ment Des**, v.194, n.1, p.27-33, 2006.
- LEE, C.; MCGLASHAN, T. H.; WOODS, S. W. Prevention of Schizophrenia: Can it Be Achieved?. **CNS Drugs**, v.19, n.3, p.193-206, 2005.
- LEITÃO, R. J et al. Cost of schizophrenia: direct costs and use of resources in the State of São Paulo. **Rev Saúde Pública**, v.40, n.2, p.304-309, 2006.
- MORGAN, C. et al. Parental separation, loss and psychosis in different ethnic groups: a case control study. **Psychol Med**, v.37, p. 495-503, 2007.
- ROSA, M. A.; MARCOLIN, M. A.; ELKIS, H. Evaluation of the interfering with drug treatment compliance among Brazilian patients with schizophrenia. **Rev Bras Psiquiat.**, v.27, n.3, p. 178-184, 2005.
- ROSA, M. A.; ELKIS, H. Adesão em esquizofrenia. **Rev. Psiq. Clín.**, v.34, s.2, p.189-192, 2007.
- SARACENO, B.; LEVAV, I.; KOHN, R. The public mental health significance of research on socio-economic factors in schizophrenia and major depression. **World Psychiatry**, v.4, n.3, p.181-185, 2005.
- SILVA, R. C. B. Esquizofrenia: uma revisão. **Psicologia USP**, v.17, n.4, p.263-285, 2006.
- VALENÇA, A. M.; QUEIROZ, V. A influência de fatores sócio-econômicos, políticos e culturais no curso e prognóstico da esquizofrenia. **J Bras Psiq**, v.48, n.5, p.221-227, 1999.
- VAN OS, J. et al. Do Urbanicity and Familial Liability Coparticipate in Causing Psychosis? **Am j Psychiatry**, v.160, n.3, p.477-482, 2003.
- VAN OS, J.; PEDERSEN, C. B.; MORTENSEN, P. B. Confirmation of Synergy Between Urbanicity and Familial Liability in the Causation of Psychosis. **Am j Psychiatry**, v.161, n.12, p.2312-2314, 2004.
- VELING, W. et al. Incidence of schizophrenia among ethnic minorities in the Netherlands: A four-year first-contact study. **Schizophrenia Research**, v.86, p.189-196, 2006.
- VELING, W. et al. Discrimination and the incidence of psychotic disorders among ethnic minorities in The Netherlands. **International Journal of Epidemiology**, v.36, p. 761-768, 2007.
- VELING, W et al. Ethnic Density of Neighborhoods and Incidence of Psychotic Disorders Among Immigrants. **Am j Psychiatry**, v.165, n.01, p.66-73, 2008.
- VELING, W. et al. Ethnic Identity and the Risk of Schizophrenia in Ethnic Minorities: A Case-Control Study. **Schizophr Bull**, v.36, n.6, p.1149-1156, 2010.

VILARES, C. C.; SARTORIUS, N. Stigma of Schizophrenia. **Rev Bras Psiquiatr**, v.25, n.1, p.1-2, 2003.

WERNER S.; MALASPINA, D.; RABINOWITZ, J. Socioeconomic Status at Birth Is Associated With Risk of Schizophrenia: Population-Based Multilevel Study. **Schizophr Bull**, v.33, n.6, p.11373-1378, 2007.

WICKS, S. et al. Social Adversity in Childhood and the Risk of Developing Psychosis: A National Cohort Study. **Am j Psychiatry**, v.162, n.9, p.1652-1657, 2005.

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**, v.167, n.10, p.1240-1246, 2010.

ZAMMIT, S et al. Individuals, Schools, and Neighborhood: A Multilevel Longitudinal Study of Variation in Incidence of Psychotic Disorders. **Arch Gen Psychiatry**, v.67, n.9, p.914-922, 2010.