

Primeiro Episódio Psicótico

Pedro Levy, Ricardo Coentre

OBJETIVOS

- Estadiamento das perturbações psicóticas
- Fatores de risco para psicose
- Importância da duração de psicose não tratada
- Diagnóstico e avaliação do primeiro episódio psicótico
- Organização de serviço de tipo de intervenção precoce
- Tratamento do primeiro episódio psicótico

Resumo

Os autores abordam o tema das perturbações psicóticas numa perspetiva evolutiva e de estadiamento desta patologia, no sentido de possibilitar a diferenciação das intervenções de acordo com os diferentes estádios tentando dar uma perspetiva histórica desta conceptualização. Apresenta-se um modelo de estadiamento, os principais fatores de risco para perturbação psicótica, a importância da intervenção precoce e da redução da duração da psicose não tratada (DUP).

Considerando a relevância da não estigmatização e o polimorfismo dos quadros clínicos nas fases iniciais da psicose, privilegia-se o diagnóstico sindromático, dando menos ênfase ao diagnóstico nosológico.

Aborda-se ainda as principais intervenções psicofarmacológicas e psicoterapêuticas recomendadas nesta área e realça-se a importância da organização de serviços de intervenção precoce.

a terapêutica destas doenças a um modo quase paliativo^[1]. O conceito de intervenção precoce na psicose foi aquele que mostrou maiores progressos na tentativa de alterar o pessimismo associado a este conjunto de doenças. Desde a década de 1990 tem havido um esforço para o aumento da evidência deste tipo de intervenção. Diversos trabalhos demonstram que existem benefícios na deteção e terapêutica precoce da psicose, melhorando o prognóstico da doença^[2]. Esta intervenção pode ser efetuada em dois tempos:

- Na sintomatologia prodrômica da psicose;
- Após o início do primeiro episódio psicótico.

Nos últimos 15 anos têm sido criados e desenvolvidos centros específicos, inicialmente na Austrália e na Escandinávia, e atualmente um pouco por todo o mundo, que procuram intervir de modo específico em cada uma das fases da doença psicótica. Pretende-se que o habitual mau prognóstico associado a, pelo menos, 25% dos doentes que sofrem um primeiro episódio psicótico seja reduzido, com impacto no prognóstico da doença a médio e longo prazo, alterando significativamente a história natural desta^[1,2].

Introdução

As perturbações psicóticas são doenças graves que, tipicamente, têm o seu início durante um período sensível do desenvolvimento, a adolescência e a idade adulta jovem. Durante mais de um século, pessimismo e estigma confinaram

Estadiamento

O modelo de estadiamento da doença psicótica pode ser transposto da restante Medicina,

dando uma visão heurística da doença e o desenvolvimento e avaliação de uma série de intervenções amplas e específicas para cada estágio. Neste contexto surge a introdução do estadiamento na doença psicótica, desde o pródromo até à reabilitação. Procura-se que a intervenção não só trate determinado estágio mas previna a sua progressão para um estágio mais avançado de doença, onde a resposta à terapêutica é mais difícil e a possibilidade de recuperação mais limitada. Este estadiamento permite a diferenciação de fenómenos clínicos precoces e ligeiros daqueles que acompanham a história da doença, progressão e cronicidade. Possibilita ao clínico selecionar os tratamentos relevantes nos estádios precoces, e assumir que essas intervenções serão mais efetivas e menos deletérias do que aquelas aplicadas em estádios mais tardios da doença. O tratamento precoce com sucesso pode alterar o prognóstico original e assim prevenir a progressão para estádios subsequentes^[3,4]. A Tabela 9.1 indica um exemplo de modelo de estadiamento de doença psicótica e respetivas intervenções.

Fatores de risco

AT-RISK MENTAL STATE

Recentemente, a investigação sobre o designado pródromo da doença psicótica tem tido enorme investigação. Procura-se identificar de forma prospetiva aqueles indivíduos que têm risco aumentado de progressão para psicose. Os primeiros sintomas psiquiátricos são inespecíficos, como sejam alterações do sono, humor depressivo, humor ansioso, irritabilidade, diminuição da atenção, isolamento social, deterioração do funcionamento, uso de substâncias, etc. Dada esta inespecificidade, é difícil prever se estes sintomas vão progredir ou não para doença psiquiátrica, psicótica ou outra. Mais próximo do aparecimento do episódio psicótico na sua plenitude, é possível identificar sintomas mais específicos, nomeadamente sintomas psicóticos atenuados (APS) e/ou breves, limitados e intermitentes (BLIPS) – incluíram-se aqui os chamados indivíduos com risco clínico elevado

Tabela 9.1 – Exemplo de modelo de estadiamento clínico da doença psicótica.

ESTÁDIO/DEFINIÇÃO	POPULAÇÃO	INTERVENÇÕES POTENCIAIS
0 – Aumento de risco para doença psicótica; ainda sem sintomas	Famíliares de primeiro grau de doentes (especialmente com idade entre 12-25 anos)	Melhoria da informação sobre doenças psicóticas, educação da família, educação sobre uso de substâncias, etc.
1 – Sintomas inespecíficos ou ligeiros ou critérios UHR	Indivíduos referenciados dos cuidados de saúde primários, serviços de tratamento de uso de substâncias, pelos próprios ou pelas famílias	Psicoeducação dos próprios e famílias, TCC, tratamento de uso de substâncias, eventual uso de agentes neuroprotetores (por exemplo, ómega-3)
2 – Primeiro episódio psicótico	Doentes referenciados dos cuidados de saúde primários, serviços de urgência, serviços de tratamento de uso de substâncias, etc.	Psicoeducação, uso de antipsicóticos atípicos, tratamento de uso de substâncias, reabilitação vocacional, etc.
3 – Remissão incompleta ou recorrência de doença psicótica	Serviços especializados	Como estágio 2 com ênfase para estratégias psicossociais para atingir a remissão completa e ênfase no ensino dos sinais precoces de recorrência
4 – Doença psicótica grave e persistente	Serviços especializados em doentes psicóticos	Como estágio 3 mas com ênfase na clozapina

UHR: Risco ultra-elevado.

Adaptado de McGorry *et al.*, *Can J Psychiatry*. 2010;55(8):486-497^[3].

para psicose (*At-Risk Mental State* – ARMS). Existem vários sistemas de critérios para definir os doentes com risco elevado de desenvolverem psicose, todavia o mais divulgado e onde se têm baseado a grande maioria dos estudos publicados é o da Clínica PACE em Melbourne, Austrália (Centro de Estudos Orygen)^[5,6]. Assim, segundo estes os critérios de inclusão para risco elevado de psicose (*Ultra-High Risk* – UHR –; ou ARMS) dividem-se nos seguintes três grupos:

- Grupo de APS;
- Grupo de BLIPS, com duração inferior a uma semana, que remitem espontaneamente sem medicação antipsicótica ou hospitalização;
- Grupo traço/vulnerabilidade com diagnóstico de perturbação esquizotípica de personalidade; ou um familiar de primeiro grau com psicose e marcado declínio no funcionamento psicossocial durante o ano anterior (considerado com 30 pontos na escala de Avaliação Global de Funcionamento – GAF).

Para além destes critérios, requer-se que os doentes sejam jovens entre os 16 e 30 anos, e que eles próprios ou outros verifiquem a necessidade de observação clínica.

O primeiro centro de intervenção precoce e tratamento na psicose na Europa foi estabelecido em 1997 na Universidade de Colónia (*Früherkennungs- und Therapiezentrum für Psychosen*, FETZ), na Alemanha, tendo em seguida sido criados outros três centros com características similares ao inicial em Bona, Düsseldorf e Munique, constituindo o *German Research Network on Schizophrenia* (GRNS). Os serviços FETZ, ao contrário da Clínica PACE, distinguem dois períodos na fase prodrómica da psicose, o *early initial prodromal state* (EIPS) e o *late initial prodromal state* (LIPS). Os critérios de EIPS procuram definir um grupo incipiente mas não eminente de psicose. Os critérios consistem em 10 sintomas designados de básicos, em que um ou mais são requeridos, mais os critérios da Clínica PACE de traço e estado para UHR:

- Interferências no pensamento;
- Perseveração do pensamento;
- Pressão do pensamento;
- Bloqueios do pensamento;
- Perturbações na linguagem recebida, escrita ou falada;

- Redução da capacidade para discriminar entre ideias e percepções, fantasias ou memórias verdadeiras;
- Ideias instáveis de referência;
- Desrealização;
- Perturbações da percepção visual;
- Perturbações da percepção auditiva

Os critérios para LIPS procuram identificar aqueles que se encontram em risco mais imediato de desenvolverem psicose e são baseados nos critérios APS e BLIPS da classificação da clínica PACE. Esta definição FETZ, em duas fases do estágio prodrómico da psicose, procura guiar o tratamento, sendo que na primeira fase (EIPS) o tratamento base será a terapia psicológica, enquanto na fase LIPS, em que já existem sintomas psicóticos, a terapia farmacológica é justificada^[7].

Diversos trabalhos nesta área verificaram uma média de 40% de conversão anual para psicose nos indivíduos UHR, valor muito superior ao existente na população em geral. Alguns estudos parecem demonstrar algum decréscimo nos últimos anos na taxa de transição para psicose nos doentes identificados como UHR, especula-se que em alguns dos centros a deteção da psicose foi aperfeiçoada e a intervenção inicial dos casos pode estar a reduzir os sintomas. Algumas amostras incluíram também jovens com idade muito precoce, que ainda não atingiram a média etária habitual para o aparecimento da psicose.

A identificação e o tratamento das fases prodrómicas da psicose poderão assim prevenir o início da doença na sua plenitude ou, pelo menos, melhorar ou atrasar o seu início, existindo hoje evidência neste sentido^[8]. Contudo, alguns autores sublinham o potencial elevado número de falsos-positivos ainda existentes (por exemplo, indivíduos identificados como estando no pródromo da psicose que não vão desenvolver uma perturbação psicótica), que representam com os critérios UHR mais de 50%. Neste sentido, alguns trabalhos mostram a possibilidade de identificação destes indivíduos com síndrome de risco do potencial estigma e discriminação. Por estes motivos, existe ainda alguma controvérsia sobre a inclusão de uma adaptação dos critérios ARMS na quinta edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) como uma nova categoria diagnóstica. A categoria diagnóstica proposta em

Quadro 9.1 – Critérios propostos para DSM-5 para síndrome de APS.

Todos os seis dos seguintes critérios:

- A. Sintomas característicos: pelo menos um dos seguintes sintomas de forma atenuada com teste da realidade intacto, mas de gravidade suficiente e/ou frequência para poder ser ignorada:
 - 1. Ideias delirantes
 - 2. Alucinações
 - 3. Comunicação desordenada
- B. Frequência: sintoma ou sintomas do critério A têm de estar presentes no passado mês e ocorrer numa média de frequência de, pelo menos, uma vez por semana no passado mês
- C. Progressão: sintomas do critério A têm de ter começado ou agravado no ano anterior
- D. Sofrimento/incapacidade/procura de tratamento: sintomas do critério A são suficientemente incapacitantes e causam sofrimento para conduzirem o doente e/ou pais à procura de ajuda
- E. Os sintomas do critério A não são melhor explicados por qualquer outro diagnóstico do DSM-5, incluindo perturbação relacionada com uso de substâncias
- F. Critérios clínicos para qualquer perturbação psicótica franca do DSM-5 nunca foram cumpridos

estudo é designada de “síndrome de sintomas psicóticos atenuados”, constituindo um conjunto de sintomas prodrômicos de psicose (Quadro 9.1).

Duração de psicose não tratada

Os serviços de intervenção precoce no primeiro episódio psicótico procuram intervir numa fase embrionária da doença, procurando a deteção o mais precocemente possível a seguir à emergência dos sintomas psicóticos, no sentido de reduzir a duração da designada psicose não tratada (*duration of untreated psychosis* – DUP). A DUP cobre o intervalo de tempo entre o início da psicose e o início do tratamento. Esta definição conduz todavia a diferentes considerações sobre o início da psicose, levando, por vezes, a uma falta de consistência na definição do início da doença entre estudos por não existir marcador específico para tal. Alguns estudos consideram o início da psicose na emergência dos sintomas psicóticos mesmo que transitórios e pouco consistentes, enquanto outros autores consideram a necessidade de sintomas psicóticos mantidos por um período de tempo definido. Também no final do período de DUP não existe consenso. Assim, alguns trabalhos definem o seu término como o início de qualquer medicação antipsicótica, enquanto outros usam definições mais rígidas baseadas na duração do tratamento ou dose de medicação^[9]. Independentemente da definição usada, os estudos apontam que um atraso no tratamento, refletido por longa DUP, está

associado a pior prognóstico, incluindo maior morbilidade, sofrimento, menores taxas de remissão e maior recorrência^[4,10].

O objetivo é que a DUP seja o mais reduzida possível, o que infelizmente, mesmo em países desenvolvidos, não se verifica. Os motivos para longas DUP são variados, incluindo fatores associados aos próprios doentes (por exemplo, não identificação dos sintomas apresentados), às suas famílias, aos cuidados de saúde primários (por exemplo, dificuldade no acesso ou pouca formação dos Médicos de Família na identificação dos doentes) e fatores ligados com os serviços psiquiátricos especializados (por exemplo, dificuldade de acesso). No passado existiu elevada controvérsia sobre a evidência da associação entre longa DUP e mau prognóstico da doença psicótica, contudo parece ter ficado largamente apaziguada com a publicação de meta-análises que estabeleceram que longas DUP são marcadores e um fator de risco independente para mau prognóstico da psicose^[11]. A DUP é, assim, uma das poucas variáveis modificáveis em relação à psicose, daí o interesse que tem motivado a intervenção terapêutica no sentido da sua redução, para melhoria da história natural da doença e alteração do habitual mau prognóstico associado à psicose.

PROGRAMAS PARA REDUZIR A DUP

Vários estudos foram publicados que descrevem programas desenvolvidos para reduzir a DUP. Um dos estudos mais emblemáticos é

o norueguês TIPS (*Early Identification and Treatment of Psychosis*), que demonstra que um programa especializado pode reduzir a DUP^[12]. Compara duas regiões na Escandinávia, com programas de detecção precoce da psicose, com duas áreas sem este tipo de intervenção. Nos setores geográficos envolvidos no programa de intervenção precoce foi efetuado um programa de educação e detecção compreensivo sobre os sinais precoces de psicose entre o público em geral, escolas e profissionais de saúde. As equipas de intervenção precoce facilitaram também o acesso aos serviços psiquiátricos especializados, com avaliação e encaminhamento imediato após contacto telefónico. Verificou-se que é possível reduzir a DUP, com medianas de cinco semanas e 16 semanas respetivamente para o grupo intervenção precoce e intervenção usual. Este estudo demonstra que medidas de educação públicas gerais sobre a doença combinadas com facilidade de acesso aos cuidados diferenciados podem atuar reduzindo a DUP, e melhorando o prognóstico da doença psicótica.

Primeiro episódio psicótico

DIAGNÓSTICO

Os investigadores concordam que a avaliação do doente com psicose deve ser essencialmente clínica e não baseada somente nos critérios dos sistemas de classificação mais usados, como o DSM ou a CID-10. A relativa inespecificidade dos sintomas do primeiro episódio psicótico e pouca consistência clínica motivam esta abordagem, preferindo os autores utilizar o termo **psicose**, genericamente, com uso mais lato e abrangente. Outros termos como, por exemplo, **esquizofrenia** implicam em si já a inclusão do prognóstico, sendo estável após a sua aplicação e muito difícil de aplicar até que exista doença por um período de tempo considerável. O termo esquizofrenia está também associado a um estigma e medo inseridos no mau contexto classicamente associado ao seu diagnóstico, justificando assim algum cuidado nos efeitos iatrogénicos com a utilização dessa designação. A psicose é, assim,

uma síndrome variável, com duração de forma contínua de, pelo menos, uma semana, definida pela presença de sintomas positivos, sobretudo alucinações e ideias delirantes, e tipicamente com outros sintomas acompanhantes, incluindo sintomas negativos, sintomas afetivos, uso de substâncias e outros. A relativa proeminência dos sintomas positivos e dos restantes sintomas varia, o que conduz a um grupo heterogêneo de doentes. Durante o primeiro episódio psicótico, cerca de 30-40% dos doentes vão corresponder aos critérios de esquizofrenia. Assim, na apresentação inicial, é por vezes difícil diferenciar entre as diversas entidades nosológicas, sendo que muitos centros instituem uma abordagem pragmática, dividindo os diagnósticos entre psicose afetiva (incluindo perturbação bipolar tipo I, perturbação esquizoafetiva e perturbação depressiva *major* com sintomas psicóticos) e não afetiva (inclui esquizofrenia e perturbação esquizofreniforme)^[8]. É importante também salientar que muitos estudos evidenciam que alguns doentes, inicialmente diagnosticados com psicose induzida por substâncias, são mais tarde diagnosticados com perturbação psicótica não afetiva (espectro esquizofrénico).

O delinear de um plano de tratamento requer uma avaliação diagnóstica adequada, todavia vários fatores limitam um adequado e preciso diagnóstico como já referido. A existência de diversas entidades diagnósticas incluídas na designação de psicose, a instabilidade diagnóstica e a elevada comorbilidade psiquiátrica de doentes em primeiro episódio psicótico contribuem para a dificuldade da avaliação diagnóstica. Deste modo, torna-se fundamental que a avaliação diagnóstica ocorra de forma longitudinal, devendo ser repetida 12-24 meses após o primeiro episódio. Sempre que novas informações clínicas estejam disponíveis ou mudanças no quadro clínico ocorram, o diagnóstico inicial deve ser reconsiderado.

AVALIAÇÃO

Um dos principais objetivos da avaliação inicial de um doente em primeiro episódio psicótico é a criação de uma relação entre médico e o doente que permita uma aliança terapêutica

sólida. Este facto permitirá uma adequada avaliação diagnóstica e terapêutica, sobretudo numa circunstância em que a maioria das vezes ocorre o primeiro contacto com os cuidados psiquiátricos por parte do doente e sua família.

No período de avaliação do primeiro episódio psicótico torna-se necessária ainda a avaliação do risco de suicídio, particularmente elevado na fase inicial das doenças psicóticas, comorbilidades psiquiátrica e médica. Muitos doentes com doença psicótica apresentam comorbilidade com o uso de substâncias (particularmente álcool e canábis), depressão, traços personalidade como estado-limite ou diversas destas combinações. A consideração destas comorbilidades é fundamental para a formulação de um plano terapêutico adequado. Na última década vários estudos apontam para a associação das doenças psicóticas e dos fármacos usados no seu tratamento com patologias como diabetes, dislipidemia e doenças cardiovasculares. Assim, uma avaliação médica adequada, antes do início da terapêutica antipsicótica, permitirá a exclusão de causas médicas para a sintomatologia psicótica (Quadro 9.2), sobretudo se existem apresentações atípicas (por exemplo, idade avançada), mas também auxiliam na escolha da terapêutica antipsicótica mais adequada. O Quadro 9.3 apresenta a avaliação médica geral no primeiro episódio psicótico, que deverá ser sempre individualizada tendo em conta o doente específico.

PERÍODO CRÍTICO

Considera-se a existência de um período crítico entre os dois e os cinco primeiros anos da psicose, altura em que ocorre uma deterioração agressiva com estabilidade subsequente. Os objetivos nesta fase são a gestão adequada da medicação e o uso de intervenções psicossociais para minimizar o desenvolvimento de incapacidade e maximizar o funcionamento^[13]. Para além do primeiro episódio psicótico, sabe-se que os primeiros dois a cinco anos após o diagnóstico são fundamentais para a recuperação a

Quadro 9.2 – Principais doenças causais de sintomas psicóticos.

- Infecções/lesões do SNC
- Infecção por VIH
- Neurosífilis
- Encefalites virais
- Epilepsia (por exemplo, epilepsia do lobo temporal)
- Neoplasias do SNC
- Trauma do SNC
- Doenças neurodegenerativas
- Doença de Huntington
- Doenças autoimunes
- Lúpus eritematoso sistémico
- Esclerose múltipla
- Doenças endócrinas
- Doenças tiroideia/paratiroides
- Doença de Cushing, doença de Addison, feocromocitoma
- Doenças metabólicas
- Deficiência de folato ou vitamina B12
- Doença de Wilson

longo prazo e para o prognóstico. Este é o período de máximo risco para não adesão, recidiva e suicídio, coincidindo com os maiores desafios na formação de identidade estável, formação de rede de suporte, treino vocacional e relações interpessoais privilegiadas. Faz assim sentido que seja nesta fase que os jovens que sofreram um primeiro episódio psicótico requeiram intervenções, no sentido de maximizar a adesão ao tratamento, continuidade de cuidados, alterações apropriadas dos estilos de vida, apoio familiar e recuperação funcional.

Os estudos de programas de intervenção precoce na psicose ocuparam-se inicialmente sobretudo com intervenções com duração entre um e dois anos, todavia existe alguma evidência de que intervenções mais longas (até cinco anos) podem ser benéficas. As terapêuticas iniciadas no primeiro episódio psicótico, ou logo após estabilização clínica, devem continuar neste período crítico, sendo que aqui, para além da psicofarmacologia, as intervenções psicossociais têm um papel muito relevante, provavelmente superior ao da fase mais aguda da doença.

Quadro 9.3 – Avaliação médica no primeiro episódio psicótico.

- **Exame objetivo:**
 - Exame físico e neurológico
 - Sinais vitais
 - Peso, altura e perímetro abdominal
- **Exames laboratoriais:**
 - Hemograma
 - Ionograma
 - Testes de função renal (ureia e creatinina)
 - Testes de função hepática
 - Velocidade de sedimentação eritrocitária
 - Anticorpos antinucleares
 - Glucose
 - Perfil lipídico (colesterol total, triglicéridos, HDL, LDL)
 - Pesquisa de tóxicos na urina
- Considerar hepatite C (se existem fatores de risco)
- Exclusão de doenças específicas tratáveis:
 - TSH
 - VDRL/FTA-ABS
 - VIH 1 e 2
 - Ceruloplasmina
 - Défice de vitamina B12
- **Neuroimagemologia:**
 - RM-CE (ou TAC-CE)
- **Outros testes específicos, conforme quadro clínico:**
 - Eletrocardiograma (se existe risco cardiovascular)
 - Por exemplo, radiografia de tórax, EEG, punção lombar, testes de metais pesados, etc.

HDL: lipoproteínas de alta densidade; LDL: lipoproteínas de baixa densidade.; VDRL: Venereal Disease Research Laboratory; FTA-ABS: Fluorescent treponemal antibody - absorption test.

ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇO DE TIPO DE INTERVENÇÃO PRECOCE

Como já mencionado, nos últimos anos têm sido desenvolvidos um pouco por todo o mundo serviços especializados na intervenção precoce da psicose, providenciando cuidados precoces numa doença séria como esta^[5,12,14,15]. As equipas de saúde mental genéricas, por vezes, adotam a postura “esperar e ver” na abordagem dos doentes com psicose emergente. Os serviços especializados, entretanto desenvolvidos, tendem a ter critérios claros de referenciação, prioridades bem definidas e políticas operacionais evidentes mais assertivas. A existência de gestores de caso com baixo número de doentes permite aos membros da equipa otimizar as suas capacidades e prestar os melhores cuidados baseados na evidência. Estes serviços fazem a deteção precoce da psicose, desde os indivíduos em risco até aqueles que apresentam já o primeiro (e em alguns serviços o segundo) episódio psicótico. Em alguns centros, estes dois tipos de intervenção (pródromo e episódio psicótico) são efetuados pela mesma equipa, noutras existem equipas diferentes com articulação entre elas. Estes serviços, para além do tratamento anteriormente referido dos doentes em primeiro

episódio psicótico, oferecem também uma abordagem proativa na divulgação de informação sobre a psicose, nomeadamente aos Médicos de Família, Professores e alguns mesmo à população em geral. Oferecem assim palestras, panfletos e outros veículos de informação sobre a psicose e o respetivo serviço.

Existem essencialmente dois modelos para garantir as funções dos serviços de intervenção precoce na psicose:

- Potenciar um serviço de saúde mental genérico;
- Constituir um novo serviço de raiz, especializado e independente.

O primeiro modelo implica que os serviços genéricos de saúde mental adotem os princípios da intervenção precoce para o tratamento dos doentes em primeiro episódio psicótico, através da educação da equipa ou pela existência de um elemento especializado. Apesar de ser pouco dispendioso este modelo não assegura necessariamente o tratamento ótimo e específico para este grupo de doentes. A constituição de raiz de novas equipas de intervenção precoce na psicose tem sido o modelo mais aplicado. Este modelo assegura a prestação de cuidados integrados e compreensivos por uma equipa dedicada e treinada; tem como principal limitação a não

continuidade de cuidados ao fim do tempo deste tipo de intervenção (geralmente dois anos).

TRATAMENTO

A intervenção no primeiro episódio psicótico constitui um desafio para os serviços de saúde mental, pois existe hoje um consenso alargado quanto à necessidade de integrar a intervenção psicofarmacológica e a intervenção psicossocial^[7,16].

Os principais objetivos da intervenção no primeiro episódio psicótico são principalmente detetar precocemente e estruturar um plano terapêutico individualizado^[17].

Deteção precoce

A intervenção precoce nas fases iniciais da psicose constitui um aspeto importante, tal como foi referido anteriormente, pois há alguma evidência de que quanto maior for a DUP, pior é a resposta aos antipsicóticos e pior o prognóstico^[10]. No entanto, a possibilidade de intervir precocemente numa população depende muito da organização e estrutura dos cuidados de saúde e da informação que a população em geral tem deste tema. O estigma associado à perturbação mental, a escassa informação que a população em geral tem desta área, a necessidade de mais formação no reconhecimento da psicose por parte dos intervenientes em saúde mental e a ausência de equipas de intervenção precoce são fatores que dificultam o início de tratamento. A intervenção adequada nesta patologia é muitas vezes e em caso de dúvida o encaminhamento para uma consulta de Psiquiatria Geral.

Tendo em consideração estes aspetos, a estratégia que mais frequentemente tem sido utilizada em vários países e comunidades é a de organizar programas de informação sobre as psicoses e a importância da intervenção precoce^[7].

Estes programas têm habitualmente dois grupos de destinatários diferentes. Existe uma informação destinada à população em geral e a grupos de risco, e que recorre às estruturas sociais existentes na comunidade – associações

de jovens, grupos de intervenção social, rede sociais, associações de bairro, escolas, grupos de pais e professores, etc. –, o que, com é óbvio, depende muito da riqueza da vida comunitária da população. Esta informação alerta para os principais sintomas das psicoses, para as suas consequências e para alguns fatores de risco associados ao início deste quadro, nomeadamente o consumo de drogas – canábis psicodislépticos.

Existe uma outra informação mais detalhada sobre as psicoses que se destina aos profissionais de saúde, em geral, e de saúde mental, em particular, como os Gabinetes de Apoio Psicológico das Escolas e Universidades, Médicos de Medicina Geral e Familiar, Medicina do Trabalho, Técnicos da Intervenção Social, etc. Estes técnicos podem ser os elementos que detetam e encaminham os indivíduos com primeiro episódio psicótico para as estruturas específicas de intervenção.

A par desta estrutura de informação têm-se desenvolvido consultas e programas de intervenção no primeiro episódio psicótico, pois há evidência de que esta patologia nesta fase inicial requer um tratamento integrado.

Plano terapêutico individualizado

O plano terapêutico necessita sempre do estabelecimento de uma aliança terapêutica consistente, que deve envolver o próprio paciente e a família ou o suporte social existente. Os doentes com patologia psicótica revelam pouco *insight* e má adesão ao tratamento, descontinuando-o com muita frequência – cerca de 70% aos dois anos^[18] –, pelo que a relação médico-doente e um acompanhamento próximo e regular são fundamentais para o sucesso do tratamento nesta fase inicial.

O envolvimento constante da família no processo terapêutico, numa perspetiva psicopedagógica adequada às diversas fases da doença em que se discutem os sintomas, as dificuldades – cognitivas, sociais, funcionais – as expectativas, os riscos do consumo de drogas, a importância da medicação e de uma boa adesão à mesma, é essencial para assegurar o tratamento.

Intervenção psicofarmacológica

A intervenção psicofarmacológica deve iniciar-se após uma adequada avaliação do quadro sindrômico, no sentido de diferenciar os quadros psicóticos afetivos dos não afetivos.

Psicofarmacoterapia do primeiro episódio psicótico não afetivo

A psicofarmacoterapia do primeiro episódio psicótico não afetivo deve seguir os princípios gerais de tratamento com antipsicóticos, tendo, no entanto, em consideração que estes indivíduos constituem uma população especial (Figura 9.1). Deve ter-se em atenção que a primeira experiência com medicação psicotrópica interfere na adesão futura ao tratamento, pelo que os efeitos secundários devem ser explicados e discutidos intensamente com o doente e a família^[19,20].

Há alguma evidência de que as doses iniciais de antipsicóticos utilizados podem ser abaixo das doses mínimas efetivas recomendadas para os doentes com múltiplos episódios^[21]. No entanto, entre 10% e 30% dos doentes, especialmente os que têm diagnóstico de esquizofrenia, não responde adequadamente a doses baixas^[7].

Em princípio, qualquer dos antipsicóticos atípicos pode ser utilizado como primeira linha num primeiro episódio psicótico. Deve aguardar-se 1-3 semanas para que se possa avaliar se há uma resposta adequada. No caso de a resposta ser insuficiente pode aumentar-se lentamente a dose e aguardar a resposta mais 2-3 semanas. Se o controlo da sintomatologia se mantiver inadequado ao fim de mais 2-3 semanas, poderá então utilizar-se outro antipsicótico atípico, aguardando também algumas semanas. Se este antipsicótico atípico também não for eficaz, poderá mudar-se para clozapina ou para um antipsicótico clássico, ou uma associação de antipsicóticos, não havendo, no entanto, evidência clara de qual a melhor estratégia a utilizar nesta fase de decisão terapêutica. A utilização de um antipsicótico clássico deve também iniciar-se com doses baixas, doses equivalentes de haloperidol: 1-2 mg^[17,21].

Alguns autores insistem que cerca 10% a 15% dos indivíduos com primeiro episódio psicótico não respondem logo às 6-8 semanas, necessitando de mais tempo para que ocorra uma resposta adequada, pelo que para estes autores não se deverá alterar sempre a terapêutica às 2-3 semanas de tratamento^[7].

A ausência de resposta adequada a uma terapêutica requer a avaliação da adesão ao tratamento, que deverá ser discutida com o doente e com a família.

Outro fator relevante para inadequada resposta prende-se com a existência de comorbilidade com consumo de substâncias, que ocorre em 30% a 70% dos indivíduos com primeiro episódio psicótico e que tem de ser adequadamente abordado^[7,18].

Relativamente aos efeitos secundários tem de se ter em atenção que a população que apresenta um primeiro episódio psicótico é habitualmente uma população jovem e, por isso, mais sensível a alguns efeitos, designadamente sintomas extrapiramidais (SEP). Por outro lado, alguns efeitos secundários como os SEP, o aumento de peso e a disfunção sexual são dependentes da dose e relacionados com uma rápida titulação, pelo que se deve fazer uma titulação lenta^[18-21].

Deve ainda ter-se em consideração que alguns antipsicóticos atípicos, como a olanzapina ou a quetiapina, e que provocam menos SEP, originam mais frequentemente síndrome metabólica^[21].

Outros antipsicóticos mais recentes, de terceira geração, como a ziprasidona e o aripirazol, não provocam habitualmente alterações metabólicas.

No caso de ocorrer ansiedade marcada, agitação ou agressividade, podem utilizar-se benzodiazepinas.

Psicofarmacoterapia do primeiro episódio psicótico afetivo

Nestes episódios é necessário distinguir se estamos perante um episódio maníaco/misto ou perante um episódio depressivo com sintomas psicóticos.

No caso de se tratar de um episódio maníaco/misto psicótico^[7,17] deve iniciar-se o tratamento combinando um antipsicótico atípico com um estabilizador do humor. Nestes casos, os antipsicóticos devem ser utilizados em doses mais elevadas e a titulação deve ser mais rápida do que a referida para primeiro episódio psicótico não afetivo.

Entre os estabilizadores do humor pode utilizar-se valproato de sódio – nos estados mistos ou mania psicótica e por ter um início de ação mais rápido – ou lítio –, preferencialmente na mania clássica.

Podem utilizar-se benzodiazepinas – lorazepam, clonazepam, diazepam – nas fases agudas e iniciais do tratamento para controlar adequadamente o sono, a agitação e evitar doses elevadas de antipsicóticos.

Se a resposta não for adequada, deve utilizar-se em segunda linha outro antipsicótico atípico e/ou outro estabilizador de humor.

Se a psicofarmacoterapia não for eficaz, deve considerar-se a eletroconvulsivoterapia

No caso de se tratar de um episódio depressivo com sintomas psicóticos, deve combinar-se um antipsicótico atípico – iniciando com doses baixas e atingindo doses médias – com um antidepressivo (AD). Se estivermos perante uma depressão bipolar, o antipsicótico atípico deve ser associado a um estabilizador do humor em primeira linha, e se não ocorrer melhoria associar um AD. A utilização de AD nas situações de depressão bipolar deve seguir as orientações terapêuticas da perturbação bipolar^[17].

É de realçar que a sintomatologia psicótica remite habitualmente antes da sintomatologia depressiva.

Também aqui se deve considerar a eletroconvulsivoterapia, se a psicofarmacoterapia não for eficaz.

Tratamentos psicossociais

Um primeiro episódio psicótico determina habitualmente uma rutura no funcionamento escolar, social e familiar, pelo que, além da própria

psicose, o doente e a família têm de se confrontar com estes problemas.

Muitas vezes ocorre uma remissão sintomática da psicose, até num período de tempo relativamente breve, 1-2 meses, mas o indivíduo mantém uma incapacidade funcional marcada habitualmente durante um longo período, de tempo – um a dois anos. O doente e a família têm de ser acompanhados neste longo período, de uma forma que esta disfunção não se agrave e que se criem condições para que possa recuperar a funcionalidade de modo progressivo.

Assim, estruturara-se um conjunto de intervenções psicossociais. Entre elas salienta-se a Psicoeducação. A Psicoeducação procura informar o doente e a família sobre vários aspetos como os sintomas, a doença, a sua evolução, as dificuldades de funcionamento nas várias áreas, o tratamento, os sintomas persistentes e a importância do consumo de substâncias.

A Psicoeducação pode ser efetuada individualmente ao doente, ou a este e à família, ou a grupos de famílias ou também a grupos de doentes.

Desenvolveram-se ainda outras intervenções psicossociais como a TCC e as intervenções familiares. A TCC tem desenvolvido uma intervenção em módulos destinados a aspetos diferentes como a integração no processo terapêutico, a educação, a adaptação, o tratamento de depressão ou ansiedade associadas, as estratégias de *coping*, a prevenção da recaída e tratamento de sintomas negativos e positivos.

As intervenções familiares têm como objetivo diminuir a disfunção familiar, otimizar a adaptação da família às diferentes fases da doença e reduzir fatores de *stress* ou sobrecarga na família provocados pela doença.

Conclusão

A área da intervenção precoce na psicose tem sido alvo de intensa investigação nos últimos 20 anos, vários estudos demonstram a sua eficácia, sobretudo após o primeiro episódio

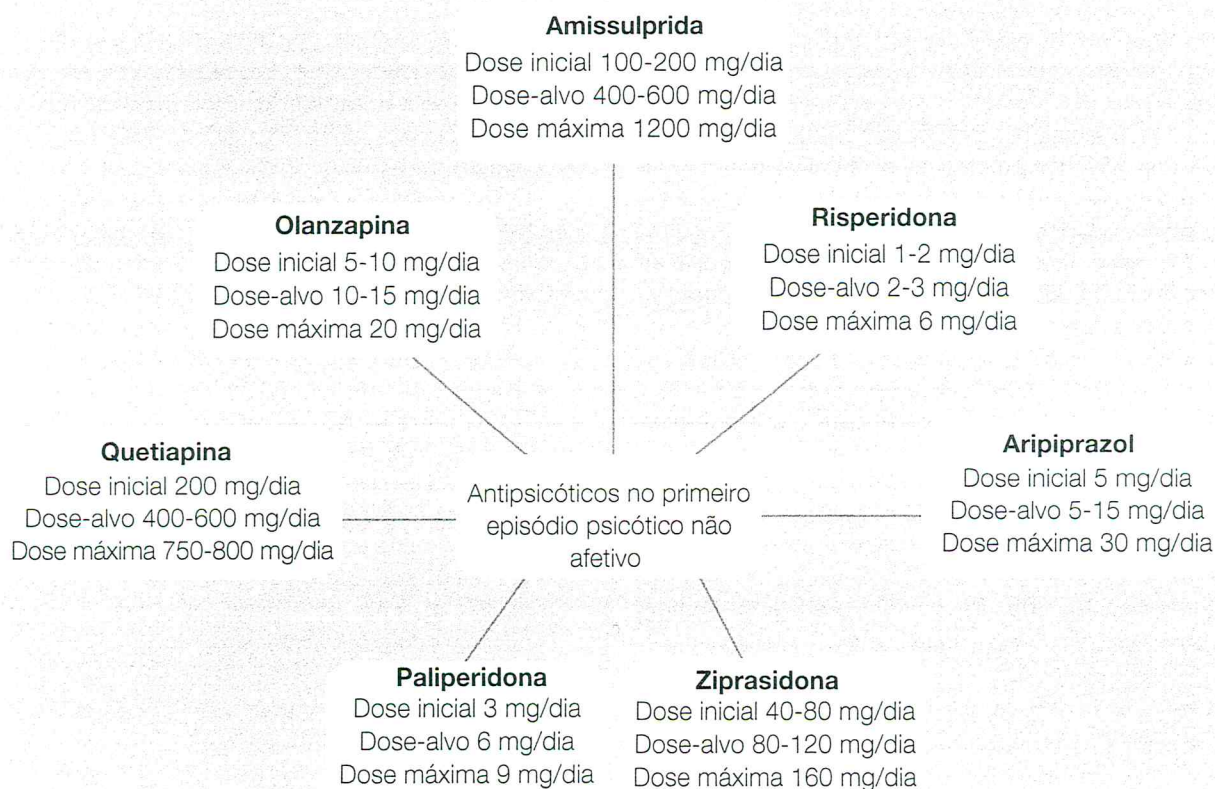


Figura 9.1. Psicofarmacoterapia do primeiro episódio psicótico.

psicótico, sendo esse dado hoje praticamente consensual na literatura. Mais recentemente, os estudos parecem também demonstrar algum impacto positivo sobre os indivíduos identificados como risco ultra-elevado de psicose, prevenindo ou, pelo menos, atrasando a sua progressão para episódio psicótico franco. A proliferação de equipas de intervenção precoce na psicose um pouco por todo o mundo é o resultado do trabalho desenvolvido, contudo, falta ainda cobrir uma larga percentagem de países, mesmo entre os considerados desenvolvidos, com este tipo de intervenção, e uniformizar as suas atitudes e tratamentos.

Referências bibliográficas

- Coentre R, Levy P, Figueira ML. (2010). "Intervenção Precoce na Psicose: Período pré-psicótico". *Acta Médica Portuguesa*, 23:1083-1090.
- Coentre R, Levy P, Figueira ML. (2011). "Intervenção Precoce na Psicose: Primeiro Episódio Psicótico e Período Crítico". *Acta Médica Portuguesa*, 24:117-126.
- McGorry P, et al. (2010). *Can J Psychiatry*, 55(8):486-497.
- Marshall M, Lewis S, Lockwood A, et al. (2005). "Association Between Duration of Untreated Psychosis and Outcome in Cohorts of First-Episode Patients. A Systematic Review". *Arch Gen Psychiatry*, 62:975-983.
- Yung AR, McGorry PD, Mcfarlane CA, Patton GC. (1995). "The PACE Clinic: development of a clinical service for young people at high risk of psychosis". *Australas Psychiatry*, 3:345-9.
- Yung AR, Yuen HP, McGorry PD, et al. (2005). "Mapping the onset of psychosis: the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States". *Austral N Zeal J Psychiatry*, 39:964-971.
- Jackson H, McGorry P. (2009). *The Recognition and Management of Early Psychosis. A Preventive Approach* (2nd Edition). Cambridge Medicine: 20-24.
- McGorry P, Killackey E, Yung A. (2008). "Early intervention in Psychosis: concepts, evidence and future directions". *World Psychiatry*, 7:148-156.
- Power P, Iacaponi E, Reynolds N, et al. (2007). "The Lambeth Early Onset Crisis Assessment Team Study: general practitioner education and Access to an early detection team in first-episode psychosis". *Brit J Psychiatry*, 191(Suppl 51):133-9.
- Birchwood M, Connor C, Lester H, et al. (2013). "Reducing duration of untreated psychosis: care pathways to early intervention in psychosis services". *Br J Psychiatry*, 203:58-64.

11. Perkins DO, Gu H, Boteva K, Lieberman JA. (2005). "Relationship Between Duration of Untreated Psychosis and Outcome in First-Episode Schizophrenia: A Critical Review and Meta-Analysis". *Am J Psychiatry*, 162:1785-1804.
12. Friis S, Vaglum P, Haahr U, *et al.* (2005). "Effect of an early detection programme on duration of untreated psychosis. Part of the Scandinavian TIPS study". *Brit J Psychiatry*, 187(Suppl 48):29-32.
13. Singh SP, Fisher HL. (2005). "Early intervention in psychosis: obstacles and opportunities". *Advances in Psychiatry Treatment*, 11:71-78.
14. Craig TKJ, Garety P, Power P, *et al.*, (2004). "The Lambeth Early Onset (LEO) TEAM: randomized controlled trial of the effectiveness of specialized care for early psychosis". *BMJ*; 329:1067.
15. Larsen TK, Melle I, Auestad B, *et al.*, (2006). "Early Detection of First-Episode Psychosis: The Effect on 1-Year Outcome". *Schizophrenia Bulletin*, 32(4): 758-764.
16. International Early Psychosis Association Writing Group. (2005). "International clinical practice guidelines for early psychosis". *Brit J Psychiat*, 187 (Suppl 48):120-4.
17. Kendall T, Hollis C, Stafford M, Taylor C. (2013). "Guideline Development Group Recognition and management of psychosis and schizophrenia in children and young people: summary of NICE guidance". *BMJ*, Jan 23:346.
18. Lambert M, Conus P, Schimmelmann B. (2005). "Comparison of Olanzapine and Risperidone in first episode patients: an open retrospective medical study". *Pharmacopsychiatry*, 38,206-213.
19. Noguera A, Ballesta P, Baeza I, *et al.* (2013). "Twenty Four Months of Antipsychotic Treatment in Children and Adolescents with First Psychotic Episode: Discontinuation and Tolerability". *J Clin Psychopharmacol* Aug; 33(4):463-471.
20. Sapra M, Weiden PJ, Schooler NR, *et al.* (2013). "Reasons for adherence and non-adherence". *Clin Schizophr Relat Psychoses*, Feb 21:1-19.
21. Schimmelmann B, Palus S, Tilgner C. (2005). "Side effects, subjective distress and wellbeing in admitted adolescents with early onset psychosis". *Journal of child and adolescent psychopharmacology*.