

# Primeiro episódio psicótico: uma janela de oportunidade para tratamento?

First episode psychosis: a window of treatment opportunity?

ANA CRISTINA CHAVES

Professora afiliada do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – Escola Paulista de Medicina (EPM).

---

### Resumo

**Contexto:** Programas específicos para a pesquisa e assistência ao primeiro episódio psicótico foram desenvolvidos ao redor do mundo cujos pressupostos básicos são: identificação precoce do episódio psicótico, tratamento intensivo da crise e prevenção de recaídas. **Objetivo:** Este artigo pretende dar uma visão sobre a abordagem atual do paciente no primeiro episódio psicótico. **Método:** Revisão de pesquisas sobre primeiro episódio psicótico em centros internacionais e nacionais. **Resultados:** Programas para identificação precoce do episódio psicótico podem diminuir o tempo de psicose não tratada e intervenções intensivas no primeiro episódio psicótico devem incluir tratamento intensivo do paciente e de seus familiares. **Conclusão:** Em alguns países os serviços já foram incorporados à rede de saúde pública. Existem poucas pesquisas e serviços especializados para primeiro episódio em nosso meio mostrando a necessidade de desenvolvimento de novas pesquisas nessa área.

Chaves, A.C. / *Rev. Psiq. Clín.* 34, supl 2; 174-178, 2007

**Palavras-chave:** Primeiro episódio psicótico, intervenção precoce nas psicoses, esquizofrenia.

---

### Abstract

**Background:** Specific first episode programs were developed around the world aiming to: early detection, intensive crises care and relapse prevention. **Objective:** This article intends to outline this new first episode psychosis approach. **Method:** To review study findings from international and national centers. **Results:** Early education programs can lower the duration of untreated psychosis and interventions in first episode psychosis should include patient and family intensive care. **Conclusion:** In some countries these services have already been incorporated in the health system. There are few research and services in our country, showing the need to develop research in this area.

Chaves, A.C. / *Rev. Psiq. Clín.* 34, supl 2; 174-178, 2007

**Key-words:** First episode psychosis, early psychosis intervention, schizophrenia.

### Introdução

Uma recente revisão sistemática sobre estudos de acompanhamento de pacientes no primeiro episódio psicótico mostra que a evolução dos transtornos psicóticos é bem mais heterogênea do que se supunha (Menezes *et al.*, 2006).

Em 35 meses de seguimento, de 20% a 50% dos pacientes, em média, apresentaram recuperação total ou

melhoria significativa. Este estudo agrega evidências às revisões realizadas anteriormente, colocando em xeque a noção da esquizofrenia como uma condição crônica e deteriorante. Estudos anteriores já mostravam que o período entre o aparecimento dos sintomas psicóticos e a procura por tratamento pode ser extremamente variável e que o curso da doença nos primeiros anos está associado à trajetória da doença em longo prazo (Birchwood *et al.*, 1998). Apontavam a fase inicial da psicose – dois a

cinco anos após o aparecimento dos sintomas psicóticos – como um período crítico, maleável às intervenções terapêuticas e com grandes implicações para a prevenção de prejuízos e incapacidades que podem acompanhar o transtorno psicótico.

Tais considerações, acopladas à maior visibilidade dos transtornos psicóticos na comunidade, levaram vários investigadores a questionar se a intervenção na psicose não estava ocorrendo tardiamente, e eles propuseram uma nova abordagem para o paciente no primeiro episódio psicótico (McGorry *et al.*, 2005).

O paradigma anterior era tratar a fase aguda e, em caso de remissão dos sintomas, esperar e observar a evolução. Se houvesse recidiva e/ou os sintomas persistissem, a única alternativa era a reabilitação. Atualmente, os pressupostos básicos são: identificação precoce do episódio psicótico, tratamento intensivo da crise e prevenção de recaídas por intermédio do trabalho em equipe multidisciplinar (Edwards *et al.*, 2005).

Fatores adicionais que contribuíram para a mudança do enfoque terapêutico foram: o lançamento dos antipsicóticos de segunda geração e a comprovação de eficácia de intervenções psicoeducacionais na esquizofrenia. Dentro desse contexto, este artigo pretende discorrer sobre a abordagem atual do paciente no primeiro episódio psicótico, mostrando alguns resultados de pesquisas de centros internacionais e nacionais.

### **Identificação precoce do primeiro episódio psicótico**

O período de psicose não tratada (PPNT) é o tempo entre a eclosão do episódio psicótico e o início do tratamento efetivo. Pode ser muito variável e alguns pacientes podem demorar até anos para procurar tratamento. A associação do PPNT mais prolongado com o pior prognóstico tem sido motivo de constante debate na literatura psiquiátrica e as teorias são controversas (McGlashan, 2006).

De qualquer forma, não existe muita polêmica sobre a necessidade de se identificar e tratar o mais precocemente uma doença que tem tratamento efetivo e com impacto grande na vida do paciente e de seus familiares. Baseando-se nesses argumentos, pesquisadores desenvolveram e testaram a efetividade de um programa de detecção precoce na Escandinávia para reduzir o período de psicose não tratada (Melle *et al.*, 2006). Foram incluídos 281 pacientes no primeiro episódio de quatro setores de saúde: dois receberam a intervenção e dois não.

O PPNT, a gravidade dos sintomas psicóticos e o risco de comportamento suicida foram menores nos pacientes dos serviços psiquiátricos localizados nos setores que fizeram parte da campanha educacional quando comparados aos pacientes dos setores que não participaram do programa educacional.

O PPNT pode ser também muito variável em nosso meio e essa observação (Dias e Chaves, 2002) fez com que Monteiro *et al.* (2006) desenvolvessem um estudo qualitativo para avaliar os itinerários terapêuticos e os motivos na demora para procurar tratamento.

Foram entrevistados familiares de 15 pacientes com PPNT maior que 6 meses, acompanhados num serviço especializado para pacientes e familiares no primeiro episódio psicótico na cidade de São Paulo. Os investigadores chegaram às seguintes conclusões: o período de demora para o início de tratamento é um período difícil e conturbado, tanto para os pacientes como para seus familiares. A convivência com os sintomas graves e intensos que o paciente apresentava levou à desestruturação do ambiente familiar. Questões relativas à assistência psiquiátrica contribuíram para a demora quanto ao início do tratamento, entre as quais se destacam: concepções negativas dos familiares sobre a psiquiatria e suas práticas, que foram reforçadas por experiências ruins com tratamentos anteriores, tanto nos aspectos estruturais dos serviços de saúde mental como por problemas no relacionamento médico-paciente.

Para lidar e entender o problema de seu parente doente, os familiares elaboraram explicações a partir de seus referenciais culturais. A procura por ajuda e tratamento baseou-se nas referências conhecidas até quando consideraram o limite do problema aceitável. Após essa instância, finalmente, procuraram o tratamento psiquiátrico.

Após o tratamento psiquiátrico, incorporaram a noção de doença mental às explicações anteriores, numa busca de sentido mais amplo. Essa envolve a compreensão do adoecimento psíquico dentro de um modelo etiológico multifatorial que, quando é bem formulado e claro, permite integrar dimensões biológicas, psíquicas, sociais e sobrenaturais.

Referências culturais já haviam sido identificadas por Redko (2003) como construtos significativos na primeira experiência psicótica de jovens moradores da periferia de São Paulo. Por meio do acompanhamento de 21 jovens no primeiro episódio psicótico, a investigadora tentou entender o papel da religião na procura por ajuda e sobre como ela molda a experiência dos pacientes e de seus familiares.

O levantamento etnográfico teve duração de 12 meses e os pacientes e seus familiares foram entrevistados e acompanhados em suas casas por um período mínimo de 6 meses. Os contatos eram quinzenais, o que permitiu acompanhar esses jovens em seu cotidiano e observar as estratégias que utilizavam para lidar com a crise psicótica.

Segundo a autora, todos os pacientes estudados recorreram a algum tipo de procura religiosa, sendo as Igrejas Pentecostais as mais procuradas, seguidas pela Umbanda. A religião trazia alívio e conforto e uma forma de explicar a doença do filho de uma maneira que este não fosse responsabilizado pelos sintomas que

apresentava. Representava também uma alternativa de cura, porém complementar ao tratamento psiquiátrico, o qual não foi abandonado.

### Tratamento especializado para o primeiro episódio psicótico

O programa implantado em Melbourne, na Austrália, é um dos exemplos pioneiros nesta área (McGorry *et al.*, 1996). O projeto teve início nos anos 1980 e mostrou-se bastante inovador em prover uma estrutura especializada para atendimento e avaliação, 24 horas por dia, de pacientes na sua primeira crise psicótica.

A disseminação desta proposta levou ao aparecimento de mais serviços especializados, mas com características e necessidades diferentes, em geral, ligados ao contexto do serviço de saúde mental local (Edwards *et al.*, 2005). Na maioria desses programas, o critério de admissão é sindrômico, isto é, não se considera o diagnóstico psiquiátrico, mas sim a presença de um ou mais sintomas psicóticos. Para McGorry *et al.* (1996), o termo mais genérico “psicose” possui maior utilidade clínica, definindo-a como uma síndrome caracterizada por delírios, alucinações, desorganização do pensamento e sintomas catatônicos severos.

Dentro desse contexto, foi criado, em 1999, na cidade de São Paulo, um serviço ambulatorial especializado para o atendimento de pacientes no primeiro episódio psicótico por intermédio de uma abordagem ampla e integrada. O serviço foi intitulado como Programa de Pesquisa e Atendimento ao Primeiro Episódio Psicótico – PEP, vinculado à Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – Escola Paulista de Medicina.

Os objetivos principais do programa são: identificar precocemente o primeiro episódio psicótico; tratar intensivamente as fases agudas e de remissão do episódio psicótico; reduzir o impacto do primeiro episódio psicótico, evitando hospitalizações desnecessárias, prevenindo recaídas e facilitando a re-inserção social; apoiar e ajudar os familiares com o cuidado de seu parente doente; desenvolver e testar intervenções culturalmente sensíveis; identificar fatores de risco associados ao desenvolvimento dos transtornos psicóticos em nosso meio; e treinar profissionais neste modelo de atendimento.

A principal fonte de encaminhamentos é o Serviço de Emergência de Psiquiatria do Hospital São Paulo. A clientela predominante é de jovens, do sexo masculino, com baixo poder aquisitivo, estudantes ou no início da vida profissional e que moram ainda com os seus pais. A tabela 1 mostra os dados sociodemográficos de um estudo de seguimento de 45 pacientes atendidos no programa (Machado, 2007). Após um período de 19 meses, em média, 80% dos pacientes (n=36) preencheram critérios para esquizofrenia e transtornos relacionados pelo DSM-IV, 55% não apresentaram recidivas do quadro psicótico e somente 5 pacientes (11%) foram internados neste período.

**Tabela 1.** Dados sociodemográficos da amostra (n = 45).

<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Masculino	33	73,3
Feminino	12	26,7
<b>Grupo étnico</b>		
Branco	21	46,7
Negro	3	6,7
Amarelo	2	4,4
Pardo	19	42,2
<b>Estado civil</b>		
Nunca casado	35	77,8
Outros	10	22,2
<b>Escolaridade</b>		
Até ensino fundamental completo	18	39,9
Ensino médio incompleto em diante	27	61,1
<b>Naturalidade</b>		
Natural do município	27	60,0
Migrante de SP	3	6,7
Migrante de outros Estados	15	33,3
<b>Religião</b>		
Católico	24	53,3
Evangélico	11	24,4
Outros	10	22,3
<b>Situação ocupacional</b>		
Com atividade ocupacional	23	51%
Sem atividade	22	49%
<b>Condições de moradia</b>		
Com pais	30	66,7
Com esposo/companheiro	7	15,6
<b>Outros</b>	8	17,7

Foram desenvolvidas duas intervenções psicossociais que propiciam a sustentação do tratamento na fase aguda: o grupo de recepção aos pacientes e o grupo multifamiliar.

O grupo para os pacientes é uma comunidade aberta com enfoque psicoeducativo. Tem como principais objetivos acolher o indivíduo e oferecer informações a respeito dos sintomas, etiologia, tratamento e evolução da doença. É um modelo de intervenção dinâmico que estimula a participação dos pacientes e a troca de experiências entre os membros. Espera-se que o grupo possa facilitar e integrar as informações fornecidas pelos profissionais com a experiência individual, a crença e a maneira como cada um está lidando com a crise. Uma pesquisa qualitativa está sendo realizada para avaliar as estratégias de enfrentamento desenvolvidas na fase de recuperação e possíveis fatores de risco de recaídas.

Os familiares são considerados um recurso essencial para o bom desempenho do tratamento e os programas têm que prepará-los para lidar com seu parente doente, para mudanças no sistema familiar e para possíveis danos emocionais e financeiros. A relevância destas questões pode ser observada por meio do número crescente de estudos na literatura sobre bem-estar psicológico dos

familiares dos pacientes no primeiro episódio psicótico (Addington *et al.*, 2003a) e o seu papel no tratamento (Addington *et al.*, 2005).

Outra preocupação refere-se a reações psicológicas desenvolvidas no surgimento da doença. Estudos revelam que podem ser observados níveis elevados de emoção expressos já no início da doença, o que mostra a necessidade de intervenções para familiares logo no começo do tratamento (Patterson *et al.*, 2005).

Existe um consenso de que a intervenção familiar é eficaz no curso da esquizofrenia, mas as questões dos pacientes e familiares diante da primeira crise psicótica são diferentes daquelas dos familiares dos pacientes crônicos (McGorry, 1995). Tanto os familiares como os pacientes não têm experiência anterior com psicose. Têm que enfrentar as vicissitudes de uma mudança, às vezes muito brusca, no comportamento do seu parente doente e lidar com as incertezas do diagnóstico (McGorry, 1995).

Um estudo realizado em nosso programa para avaliar o conhecimento dos familiares antes e após a intervenção familiar sobre episódio psicótico e seu tratamento mostrou o que era esperado, que a maioria desconhecia o que estava acontecendo e desejava saber como lidar com seu parente doente (Cabral e Chaves, 2005). Após a intervenção, houve um aumento do conhecimento sobre a doença e seu tratamento. O formato multifamiliar e fatores não específicos, como ajuda e apoio, foram os mais bem avaliados pelos participantes (Chaves e Cabral, 2005).

O tratamento farmacológico é fundamental no primeiro episódio psicótico. Segundo Remington (2005), esse deve basear-se na maximização dos benefícios dos efeitos terapêuticos e na minimização dos efeitos adversos. Ainda não há evidências de que a nova geração de antipsicóticos (com exceção da clozapina) seja mais eficaz que os de primeira geração. No entanto, causam menos efeitos colaterais e, conseqüentemente, levam à melhor adesão ao tratamento. Em geral, os pacientes no primeiro episódio psicótico nunca fizeram uso de antipsicóticos e, portanto, são mais suscetíveis aos efeitos neurológicos associados às medicações mais antigas.

É recomendado o uso de baixas doses de antipsicóticos. A grande maioria dos pacientes apresenta remissão dos sintomas psicóticos, porém a adesão ao tratamento é problemática, com taxas altas de recaídas e, portanto, há necessidade de um acompanhamento freqüente destes indivíduos (Louzã Neto, 2000).

Embora os novos antipsicóticos sejam mais tolerados, eles não estão livres de efeitos adversos. Estudos mostram que o ganho de peso em pacientes no primeiro episódio psicótico é um problema que deve ser considerado (Addington *et al.*, 2003b). Em nosso programa foi realizado um estudo de seguimento para avaliar o ganho de peso e alterações metabólicas em 57 pacientes com idade média de 26,3 anos (Attux *et al.*, 2007). Após seis meses, houve aumento significativo do peso (10% em média) e do índice de massa corporal (IMC).

Na avaliação inicial, somente 33,3% das mulheres apresentavam a relação cintura quadril alterada, mas, no final do estudo, esse número aumentou para 88,2%. Houve também aumento significativo do colesterol total e triglicérides, além da diminuição significativa dos níveis de colesterol HDL. Um paciente (2,3%) desenvolveu diabetes mellitus, 12 pessoas (27,2%) apresentavam, pelo menos, dois parâmetros alterados para síndrome metabólica e 3 pacientes (6,8%) já preenchiam critérios para síndrome metabólica.

Esses resultados mostram ainda mais a necessidade do seguimento intensivo e da monitoração constante desses pacientes.

## Conclusões

A rede de clínicos e pesquisadores ao redor do mundo, trabalhando nesta área, cresce cada vez mais. Em alguns países, como a Inglaterra, os serviços já foram incorporados à rede pública de saúde. Existem poucas pesquisas e serviços especializados para primeiro episódio em nosso meio e a necessidade de novas pesquisas nessa área é primordial para podermos desenvolver programas adequados e culturalmente sensíveis, os quais posteriormente podem ser incorporados à rede pública de saúde.

## Referências

- Addington, J.; Coldham, E.L.; Jones, B.; Ko, T.; Addington, D. - The first episode of psychosis: the experience of relatives. *Acta Psychiatr Scand* 108: 285-289, 2003a.
- Addington, J.; Collins, A.; McCleery, A.; Addington, D. - The role of family work in early psychosis. *Schizophr Res* 79(1): 77-83, 2005.
- Addington, J.; Mansley, C.; Addington, D. - Weight gain in first-episode psychosis. *Can J Psychiatry* 48(4): 272-276, 2003b.
- Attux, C.; Quintana, M.I.; Chaves, A.C. - Weight gain and metabolic abnormalities in first-episode psychosis: six-month follow-up. *Rev Bras Psiquiatr* 2007 (in press).
- Birchwood, M.; Todd, P.; Jackson, C. - Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *Br J Psychiatry Suppl* 172(33): 53-59, 1998.
- Cabral, R.F.; Chaves, A.C. - Knowledge of the disease and treatment expectations in relatives of patients with the first psychotic episode: a cross sectional study. *Rev Psiquiatr* 27(1): 32-38, 2005.
- Chaves, A.C.; Cabral, R.F. - Psychoeducation for family members of first episode psychosis: the opinion of relatives. *Schizo Bull* 31(2): 522, 2005.
- Dias, C.C.; Chaves A.C. - Preliminary results of the duration of untreated psychosis from a first episode program in Brazil. *Schizo Res* 53(3): 45, 2002.
- Edwards, J.; Harris, M.G.; Bapat, S. - Developing services for first-episode psychosis and the critical period. *Br J Psychiatry Suppl* 48: s91-7, 2005.
- Louzã Neto, M.R. - Manejo clínico do primeiro episódio psicótico. *Rev Bras Psiquia* 22 (Supl I): 45-6, 2000.
- McGlashan, T.H. - Is active Psychosis Neurotoxic? *Schizo Bull* 32: 609-613, 2006.
- McGorry, P.D. - Psychoeducation in first-episode psychosis: a therapeutic process. *Psychiatry* (4): 313-328, 1995.
- McGorry, P.D.; Edwards, J.; Mihalopoulos, C.; Harrigan, S.M.; Jackson, H.J. - EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophr Bull* 22(2): 305-326, 1996.
- McGorry, P.D.; Nordentoft, M.; Simonsen, E. - Introduction to "Early Psychosis: a bridge to the future". *Br J Psychiatry Suppl* 48: s1-3, 2005.
- Machado, C.S.P. - Ajustamento social em pacientes no primeiro episódio psicótico (tese). São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2007.

- Melle, I.; Johannesen, J.O.; Friis, S.; Haahr, U.; Joa, I.; Larsen, T.K. - Early detection of the first episode of schizophrenia and suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 163(5): 800-804, 2006.
- Menezes, N.M.; Arenovich, T.; Zipursky, R.B. - A systematic review of longitudinal outcome studies of first-episode psychosis. *Psychol Med* 36(10): 1349-1362, 2006.
- Monteiro, V.B; dos Santos, J.Q.; Martin, D. - Patients' relatives delayed help seeking after a first psychotic episode. *Rev Bras Psiquiatr* 28(2): 104-110, 2006.
- Patterson, P.; Birchwood, M.; Cochrane, R. - Expressed emotion as an adaptation to loss: prospective study in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry Suppl* 48: s59-64, 2005.
- Redko C. - Religious construction of a first episode of psychosis in urban Brazil. *Transcult Psychiatry* 40(4): 507-530, 2003.
- Remington, G. Rational pharmacotherapy in early psychosis. *Br J Psychiatry Suppl* 48: s77-84, 2005.