

# INTERVENÇÃO PRECOCE NA PSICOSE

## Primeiro Episódio Psicótico e Período Crítico

Ricardo COENTRE, Pedro LEVY, Maria Luísa FIGUEIRA

### RESUMO

A intervenção precoce na psicose inclui, para além da intervenção no período pré-psicótico, todas as terapêuticas efectuadas após a emergência do primeiro episódio psicótico, nomeadamente tratamento psicofarmacológico e intervenções psicossociais específicas de cada fase da doença. O seu objectivo é reduzir o período de psicose não tratada (DUP) e garantir que para além da remissão dos sintomas ocorre uma verdadeira recuperação psi-cossocial. Muitos centros a nível mundial implementaram um modelo de intervenção as-assertivo e integrado, associando uma busca activa dos doentes a um tratamento que inclui antipsicóticos, terapia cognitivo-comportamental, psicoeducação, intervenção familiar e vocacional. Os autores deste trabalho revêem os conceitos e principais estudos que sustentam este modelo de intervenção na psicose. Os resultados dos estudos publicados demonstram que é possível reduzir o DUP e melhorar os resultados clínicos e funcionais com este tipo de intervenção. Considera-se como hipótese a existência de um período crítico entre os dois a cinco primeiros anos da psicose, altura em que ocorre uma deterioração agressiva com estabilidade subsequente. Esta é assim uma altura crucial para garantir uma reabilitação funcional do doente. A relação custo/benefício parece ser claramente favorável a este modelo integrado de intervenção, sobretudo com poupanças significativas nos dias de internamento, com elevado impacto nos custos directos da doença. O modelo de organização de serviço para colocar este tratamento em prática é também revisto pelos autores. Dadas as conclusões dos diversos estudos efectuados serem favoráveis ao modelo integrado de intervenção precoce na psicose, vários países inseriram capítulos sobre este nas suas políticas de Saúde Mental e destinaram verbas a este tipo de intervenção.

### SUMMARY

#### EARLY INTERVENTION IN PSYCHOSIS First-Episode Psychosis and Critical Period

Besides intervention in prepsychotic period, early intervention in psychosis includes interventions done after the onset of the first-episode psychosis, namely psychopharmacological and psychosocial phase-specific intervention. The main aim is to reduce the duration of untreated psychosis (DUP) and to ensure that besides remission of the symptoms there is also a psychosocial recovery. Many centers set up an assertive and integrated early intervention program, involving an active search of patients with a treatment that includes antipsychotic medication, cognitive behavioral therapy, psychoeducation, family and vocational interventions. The authors of this review explain the concepts and main studies that support this kind of treatment in early psychosis. The results of published data show that it is possible to reduce the DUP and improve the clinical and functional outcomes with this intervention. Critical period hypothesis proposes that deterioration occurs aggressively in the first 2 to 5 years of early psychosis, so it is crucial to intervene in this period to ensure a functional recovery. Cost-benefit ratio seems to be favorable to early intervention model, with reduction of in-stay period, which is an important component of the direct costs of psychotic illness. Early intervention service model organization is

R.C., P.L., M.L.F.: Serviço de Psiquiatria. Hospital de Santa Maria. Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa

© 2011 CELOM

also reviewed by the authors of this research. The results of many studies show favorable outcomes for the integrative early intervention and so many countries included it in their political mental health directives and attributed funds for early intervention in psychosis.

## INTRODUÇÃO

Os programas de intervenção precoce na psicose têm tido um incremento na sua investigação e implementação nos últimos 15 anos, com a evidência de que podem alterar o prognóstico da doença psicótica. Para além da intervenção no período pré-psicótico a intervenção precoce na psicose inclui também o diagnóstico e tratamento o mais cedo possível após o aparecimento dos sintomas psicóticos. Os autores fazem uma revisão da literatura no que concerne à intervenção precoce na psicose após o estabelecimento do primeiro episódio psicótico, nomeadamente no contexto da intervenção assertiva e integrada que tem vindo a ser implementada.

## MÉTODOS

Fez-se uma pesquisa na Pubmed, tendo sido usadas como palavras-chave *primeiro episódio psicótico, intervenção precoce na psicose, período crítico e duração de psicose não tratada*. Foram incluídos artigos entre 1984 e 2009.

## RESULTADOS

Os serviços de intervenção precoce no primeiro episódio psicótico procuram intervir numa fase embrionária da doença, procurando a detecção o mais precoce possível a seguir à emergência dos sintomas psicóticos, no sentido de reduzir a duração de psicose não tratada (DUP).

O DUP pode ser definido como o período entre a transição para a psicose (definida como a existência de sintomas psicóticos sem remissão por uma semana) e o tratamento antipsicótico adequado (adesão superior a 50% por

um mínimo de 1 mês)<sup>1</sup>. O objectivo é que o DUP seja o mais reduzido possível, o que infelizmente mesmo em países desenvolvidos pode ser longo. Os motivos para longos DUP são variados, incluindo factores associados aos próprios doentes, às suas famílias, aos cuidados de saúde primários e factores ligados com os serviços psiquiátricos especializados. Existe actualmente a evidência de que a um longo DUP está associado a pior prognóstico. No passado existiu elevada controvérsia sobre a evidência desta associação, contudo parece ter ficado largamente apaziguada com a publicação de duas meta-análises que estabeleceram que longos DUP são marcadores e um factor de risco independente para mau prognóstico da psicose<sup>2,3</sup>.

O 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 temporal, para melhoria da história natural da doença e alteração do habitual mau prognóstico associado à psicose.

### Programas para reduzir o DUP

O estudo Norueguês TIPS (*Early Identification and Treatment of Psychosis*) é um dos trabalhos que demonstra que um programa especializado pode reduzir o DUP<sup>4</sup>. Compara duas regiões na Escandinávia com programas de detecção precoce da psicose com duas áreas sem este tipo de intervenção. Nos sectores geográficos envolvidos no programa de intervenção precoce foi efectuado 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 o DUP, com medianas de cinco semanas

Quadro 1 – Características gerais dos programas integrados/compreensivos/assertivos no tratamento das fases iniciais da psicose

- 1) Baixas doses de antipsicóticos atípicos
- 2) Modelo assertivo de tratamento com um coordenador de cuidados
- 3) Facilidade de acesso aos cuidados diferenciados Psiquiátricos
- 4) Terapia cognitivo-comportamental
- 5) Psicoeducação do doente e família
- 6) Orientação educacional e vocacional
- 7) Intervenção familiar
- 8) Treino de capacidades sociais dos doentes
- 9) Acompanhamento durante pelo menos 18-24 meses dos doentes após primeiro episódio psicótico

e 16 semanas respectivamente para o grupo intervenção precoce e intervenção usual. Este estudo parece assim indicar que medidas de educação públicas gerais sobre a doença combinadas com facilidade de acesso aos cuidados diferenciados podem actuar reduzindo o DUP.

**Várias** características são comuns aos centros com terapêuticas específicas, assertivas e integradas para o primeiro episódio psicótico (ver quadro 1).

De salientar a importância da relação médico-doente e empatia nos primeiros contactos com os serviços de saúde mental. Uma boa relação médico-doente inicial, em doentes em que este é porventura o primeiro contacto com serviços psiquiátricos, pode garantir uma boa adesão ao projecto terapêutico com remissão da sintomatologia, menor morbidade e mortalidade e melhor prognóstico a médio e longo prazo. É assim fundamental uma equipa treinada e em que o primeiro contacto assegure uma entrevista calma, amigável, segura, com tempo suficiente, audição cuidadosa do doente e sua família, tomando em linha de conta as preocupações do doente, estabelecendo confiança e procurando compreender o contexto pessoal em que a doença se desenvolveu.

Vários estudos comparam e avaliam a efectividade dos programas de intervenção precoce *versus* o tratamento usual no primeiro episódio psicótico. Um destes estudos é o *OPUS Trial* em que 547 doentes na Dinamarca foram aleatorizados em tratamento integrado (N = 275) *versus* tratamento *standard* (N = 272)<sup>5</sup>. O tratamento integrado, oferecido para *follow-up* durante dois anos, foi caracterizado por ser assertivo na comunidade, especificamente desenvolvido para o envolvimento familiar e treino das capacidades sociais. Foi designado um membro da equipa de cuidados de saúde mental (geralmente na comunidade) que era responsável por manter o contacto com o doente e coordenar o seu tratamento. Foi também oferecida psicoeducação ao doente e sua família, sendo que foi sempre tentado o envolvimento de pelo menos um elemento da família. As capacidades sociais dos doentes foram avaliadas e àqueles com limitações foi oferecido treino das capacidades sociais com foco na medicação, estratégias de *coping* para com os sintomas, conversação e provas de resolução de problemas. O tratamento *standard* foi geralmente oferecido na comunidade, nos serviços existentes, cada doente tinha contacto com um Médico, uma Enfermeira de saúde mental na comunidade e em alguns casos se necessário com Assistente Social. Ambos os grupos foram tratados com fármacos antipsicóticos segundo as normas de orientação internacionais, tendo como primeira escolha fármacos antipsicóticos de segunda geração em baixas doses. Os resultados mostraram que o tratamento

integrado melhorou o prognóstico e adesão ao tratamento. A melhoria do prognóstico clínico (sintomas positivos, negativos, uso de substâncias, satisfação com o tratamento) foi consistente ao fim de um e dois anos.

O segundo estudo foi o *Lambeth Early Onset (LEO) Trial*, que incluiu doentes em primeiro ou segundo episódios psicóticos (N = 144) em Londres (Lambeth), Reino Unido<sup>6</sup>. Os doentes foram aleatorizados num grupo modelo compreensivo/integrado *versus* grupo tratamento *standard* (grupo controlo). O grupo tratamento integrado foi constituído por vários coordenadores de cuidados (sobretudo enfermeiros de Saúde Mental) individuais para cada doente e que geriam os cuidados prestados. Os cuidados incluíram antipsicóticos atípicos em baixas doses, terapia cognitivo-comportamental, aconselhamento familiar e vocacional. A medicação foi prescrita a todos os doentes, sendo que as restantes intervenções psicossociais variaram consoante as necessidades avaliadas pelo Médico Psiquiatra Assistente. O grupo de doentes com cuidados *standard* (grupo controlo) recebeu os cuidados habituais na comunidade, não tendo as equipas recebido qualquer treino específico em psicose, sendo todavia encorajados a seguir as normas de orientação disponíveis para o efeito. Os resultados mostraram que o grupo de intervenção assertiva teve melhores resultados para manutenção do contacto com os profissionais e menos readmissões hospitalares. O grupo de intervenção teve maior adesão à terapêutica, às intervenções vocacionais, e no estabelecimento ou restabelecimento de relações sociais, mostrando que os modelos de intervenção precoce podem obter ganhos adicionais em ambos os aspectos, clínicos e funcionais.

Vários outros trabalhos foram publicados posteriormente sobre a comparação entre o tratamento integrado e o tratamento usual em vários locais do mundo, em todos eles os resultados favorecem o grupo integrado, com melhoria no prognóstico da doença e recuperação funcional<sup>7</sup>.

### **Tratamento do primeiro episódio psicótico**

O tratamento específico do primeiro episódio psicótico deve incluir abordagem psicofarmacológica e intervenções psicossociais<sup>8</sup>. O tratamento farmacológico deve ser uma base onde são adicionadas as intervenções de natureza psicossocial para garantir uma verdadeira recuperação funcional (social e ocupacional) e não apenas a remissão da sintomatologia. A maioria das intervenções psicossociais deve ser iniciada após a estabilização do doente, já medicado e com alguma remissão da sintomatologia.

A necessidade ou não de internamento deve ser cuidadosamente avaliada, o tratamento deve ser garantido em ambulatório ou no domicílio, se possível, de modo a

evitar trauma, disrupção e ansiedade para o doente e família. O internamento pode ser necessário se existe um risco significativo de auto-agressão, se o nível de suporte na comunidade é insuficiente ou se o grau de crise é muito elevado para ser gerido pela família. As intervenções psicossociais são essenciais para ajudar a gerir as crises que os doentes e as suas famílias apresentam ao tentarem lidar com uma situação perturbadora. Os cuidados de internamento devem idealmente ser garantidos por unidades que tenham serviços especializados em intervenção precoce na psicose, devendo ser tidas em consideração a idade e estágio de desenvolvimento do doente. Uma alternativa ao internamento, são as unidades de dia de agudos especializados em intervenção precoce. As principais características de tratamento clínico do primeiro episódio psicótico estão indicadas no quadro 2<sup>8</sup>.

### Terapêutica psicofarmacológica

O estudo *European First Episode Schizophrenia Trial* (EUFEST) mostrou que no tratamento do primeiro episódio psicótico esquizofrénico ou esquizofreniforme os antipsicóticos atípicos ou de segunda geração têm claras vantagens<sup>9</sup>. Apesar de todos os doentes parecerem responder bem a ambos os antipsicóticos (típicos e atípicos), sem diferenças na eficácia, as taxas de descontinuação e tolerabilidade favorecem claramente o grupo dos antipsicóticos atípicos, mesmo em comparação com doses muito reduzidas de haloperidol. Todavia é necessário ter em consideração que alguns dos antipsicóticos atípicos têm um risco particular de induzir problemas metabólicos e au-

mento de peso. Alguns estudos recentes referem que o aumento de peso é um problema de ambos os antipsicóticos no primeiro ano de terapêutica, sendo a diferença entre os dois grupos de antipsicóticos na velocidade a que este aumento ocorre. Estas evidências estão em concordância com as normas de orientação internacionais da psicose precoce.

A terapêutica antipsicótica reduz a recidiva nos primeiros anos após o início da psicose, e particularmente quando o diagnóstico é de esquizofrenia, devendo assim ser mantida nesta fase. A recidiva da doença é problemática, podendo aumentar o risco de resistência ao tratamento, não recuperação funcional, alterações cognitivas e agravamento do estigma, entre outros. A duração óptima do tratamento do primeiro episódio psicótico não é conhecida, podendo variar entre um ano e terapêutica de manutenção indefinida. Muitos doentes pretendem cessar a terapêutica antipsicótica precocemente, devendo os que abandonam a medicação continuar a ser submetidos a terapêutica de suporte. Deve ser dada informação psicoeducativa sobre os riscos e possíveis manifestações precoces de recidiva. A gravidade do episódio psicótico deve ser tido em consideração para a duração do tratamento, por exemplo para um primeiro episódio psicótico com boa resposta à terapêutica pode ser descontinuada ao fim de 12 meses de remissão completa. No caso do doente ter efectuado uma remissão incompleta mas mostrar beneficiar significativamente da medicação, esta deve ser continuada por pelo menos 2-5 anos. A medicação a longo prazo é aconselhada para os doentes que têm experiência de várias recidivas<sup>8</sup>.

Quadro 2 – Algumas das normas de orientação clínicas internacionais da psicose precoce no tratamento do primeiro episódio psicótico<sup>8</sup>:

- 1) Antes de iniciar o tratamento é importante considerar doença orgânica que cause a psicose
- 2) Os efeitos extra-piramidiais devem ser evitados de forma a encorajar a adesão ao tratamento futuro. Os antipsicóticos típicos podem ser tão eficazes como os atípicos na redução dos sintomas positivos, mas são frequentemente menos bem tolerados mesmo em doses baixas.
- 3) Os antipsicóticos atípicos devem ser os fármacos de primeira linha, começando com uma dose baixa e titulando devagar durante um período de semanas (*Start low, go slow*).
- 4) No início do tratamento é necessário tratamento de enfermagem especializado, meio envolvente seguro e uso regular e liberal de doses de benzodiazepinas para a gestão na agitação, insónia e alterações de comportamento.
- 5) Se os sintomas psicóticos persistirem para além de duas tentativas com fármacos atípicos de primeira linha (cerca de 12 semanas), as razões para esta falência de tratamento devem ser revistas. Possíveis factores contributivos incluem má adesão à terapêutica, *stress* familiar e uso de substâncias.
- 6) A clozapina e a terapêutica cognitivo-comportamental para os sintomas persistentes são alternativas a considerar.
- 7) Um plano de crise deve ser elaborado individualmente (o que fazer em caso de descompensação).
- 8) Estratégias específicas psicossociais mais assertivas devem ser empregues quando existe má adesão, *stress* familiar, aumento do risco de suicídio e uso de substâncias.
- 9) As famílias estão habitualmente em crise no início do tratamento e requerem suporte emocional e conselhos práticos.
- 10) As famílias e os outros membros da rede social do doente (amigos, professores, empregadores etc.) devem ser progressivamente informados e educados sobre a natureza do problema, tratamentos e prognóstico.

### Terapêuticas psicossociais

Os tratamentos psicossociais na intervenção precoce na psicose têm sido estudados e existem achados positivos das terapias cognitivas no acelerar e maximizar a recuperação funcional e sintomática. Concluiu-se que as terapêuticas farmacológicas contribuem para a recuperação sintomática, não tendo por si só, um papel fundamental para o retorno do funcionamento. Este facto levou a um aumento do foco na necessidade de recuperação social, através da combinação de intervenções psicossociais efectivas com uma boa gestão da medicação.

### Terapia cognitivo-comportamental

A terapia cognitivo-comportamental (CBT) é geralmente um tratamento a considerar como parte integrante dos serviços de intervenção precoce<sup>10</sup>. Os objectivos da CBT no primeiro episódio psicótico são não apenas ter em conta os sintomas da doença mas também o impacto da doença no indivíduo, incluindo o isolamento da família e amigos, relações sociais e laborais, depressão, desmoralização, risco aumentado de auto e heteroagressão e o uso de substâncias. A abordagem geralmente preconizada é a de módulos que incluem: avaliação e adesão, psicoeducação, adaptação à psicose, tratamento de ansiedade e depressão coexistentes, estratégias de *coping*, prevenção das recidivas e técnicas para lidar com os sintomas positivos e negativos. Tipicamente a duração da intervenção é de 20 sessões durante seis meses. O objectivo global da CBT na intervenção precoce na psicose é potenciar a recuperação sintomática e funcional, devendo estar disponível nos programas de intervenção precoce na psicose. A terapia cognitivo-comportamental é individualizada podendo ser efectuada pelo gestor de caso ou por terapeuta específico.

Existem poucos estudos com a utilização desta terapêutica psicológica no primeiro episódio psicótico. O estudo SoCRATES (*Study of Cognitive Realignment Therapy in Early Schizophrenia*) investigou a CBT no primeiro e segundos episódios psicóticos numa fase aguda de tratamento<sup>11</sup>. Foram incluídos 315 doentes (83% em primeiro episódio psicótico) que foram aleatorizados em três grupos: CBT, tratamento usual e aconselhamento de suporte. O grupo CBT apenas mostrou melhorias significativas nas alucinações às cinco semanas de estudo. Na avaliação na 10ª semana não foram encontradas diferenças significativas entre os três grupos ao longo do tempo. Ao 18º mês a CBT e aconselhamento de suporte mostraram ser superiores ao grupo tratamento usual nas medidas dos sintomas e prognóstico.

O estudo COPE (*Cognitively Oriented Psychotherapy for Early Psychosis*) foi um estudo aberto com população

exclusiva em primeiro episódio psicótico em fase de recuperação, ao contrário do estudo anterior este estudo não teve como objectivo avaliar os sintomas psicóticos agudos, mas melhorar o ajustamento, reduzir a morbilidade secundária e melhorar as atitudes face à doença<sup>12</sup>. Os resultados em estudo aberto mostraram que os doentes que receberam CBT tiveram melhoria na adaptação à doença, mas esta foi quase totalmente perdida a um ano de *follow-up*.

No estudo ACE foram integrados 62 doentes em primeiro episódio psicótico que foram aleatorizados num braço de intervenção CBT ou num braço terapêutica controlo conhecido como *Befriending*<sup>13</sup>. Este foi o primeiro estudo aleatorizado e controlado do uso de CBT na fase aguda do primeiro episódio psicótico. Os doentes foram seguidos durante um ano, sendo que a intervenção teve a duração de 14 semanas. Os resultados mostraram que ambos os grupos melhoraram ao longo do tempo, com melhoria mais significativa no meio da avaliação no grupo ACE para a melhoria do funcionamento, mas não nos sintomas positivos e negativos. No fim do estudo (a um ano) não houve diferenças significativas entre os dois grupos, nomeadamente na redução dos sintomas positivos, negativos, melhoria do funcionamento e nas admissões hospitalares.

Os resultados dos vários estudos parecem indicar que a intervenção com CBT é útil no acelerar da recuperação, mas que não é sustida ao longo do tempo. Os estudos mostram eficácia deste tipo de intervenção na fase precoce da psicose, todavia alguns aspectos necessitam de ser melhor estudados. A CBT está integrada na maioria dos serviços de intervenção precoce, contudo mais estudos são necessários para avaliar a efectividade da CBT no tratamento das doenças psicóticas neste estadio precoce. Alguns autores sugerem que na abordagem modular mais atenção deve ser dada aos aspectos psicossociais e consequências da doença e menos aos sintomas da doença<sup>14</sup>.

### Intervenção familiar

Existem vários estudos sobre a intervenção familiar no primeiro episódio psicótico. Um estudo aleatorizou 76 doentes da consulta externa para terapia familiar comportamental (focada na comunicação e treino de resolução de problemas) com tratamento individual (focado na prevenção da recidiva e psicoeducação) ou tratamento individual sem terapia familiar<sup>15</sup>. Após um ano não houve diferenças na prevenção da recidiva, os dois grupos tiveram taxas de recidiva similares, tendo a taxa global de recidiva sido baixa (16%). Também o seguimento a cinco anos não mostrou benefício para a terapia familiar sobre o tratamento individual, não tendo o estudo mostrado efeito da terapia familiar no funcionamento social ou expressão emocional, con-

tudo os doentes sujeitos a terapia familiar tiveram significativamente menos tempo no hospital.

Outro estudo incluiu 83 doentes com primeiro episódio psicótico que foram divididos para 18 meses de terapia familiar e cuidados de rotina ou cuidados de rotina apenas<sup>16</sup>. A terapia familiar consistiu em sessões de grupos de várias famílias e sessões com uma única família e enfatizou a psicoeducação, identificação de sinais de alarme, gestão do *stress*, a importância da atribuição de comportamentos mal adaptativos atribuídos à doença (em vez da personalidade), treino de capacidades de comunicação e redução da elevada expressão emocional (redução do criticismo e hostilidade familiar). Os resultados mostraram que o grupo da intervenção familiar esteve associado a significativa redução da taxa de readmissão hospitalar e menos dias dispendidos no hospital. Esta diferença manteve-se mesmo após o controlo da adesão à medicação. Os doentes sujeitos a terapia familiar mostraram também melhoria nos sintomas positivos e funcionamento social.

Um terceiro estudo avaliou os efeitos do tratamento multimodal combinando a terapia cognitivo-comportamental individual e de grupo com a terapia familiar no tratamento de doentes com o diagnóstico recente de psicose<sup>17</sup>. No estudo aleatorizado e controlado a terapia combinada comparada com actividades básicas de suporte e recreativas mostrou melhoria superior nos sintomas positivos, redução do tempo de recuperação em 25-50% e conduziu a melhoria do *insight* e disforia. Num seguimento a 5 anos este estudo mostrou ainda manter estes efeitos positivos no grupo multimodal em comparação com o grupo controlo.

Os resultados dos estudos parecem assim de forma geral favorecer as intervenções familiares no primeiro episódio psicótico, todavia são necessários estudos com maiores amostras e em dupla ocultação.

### **Intervenção vocacional**

Os serviços de intervenção precoce na psicose geralmente incluem apoio de natureza educacional, ocupacional e laboral, sobretudo tendo em conta a fase da vida em que ocorre geralmente o primeiro episódio psicótico (fim da adolescência e início da idade adulta) e o impacto que a doença pode ter neste campo. O desemprego é um problema maior nos doentes crónicos com psicose, todavia verifica-se que também os doentes com primeiro episódio psicótico apresentam elevadas taxas de desemprego. O desemprego em estudos com populações em primeiro episódio psicótico mostrou ser superior em 10 vezes (cerca 40-50%) aos indivíduos da mesma idade na população em geral<sup>18</sup>. Assim vários trabalhos mostram a eficácia e

efectividade deste tipo de intervenções. Existe também evidência que o desemprego é um factor de risco para o desenvolvimento ou exacerbação da doença mental e o uso de substâncias.

A fase da vida em que ocorre o primeiro episódio psicótico é também um período em que o desenvolvimento vocacional ocorre (o completar da educação e o começar a trabalhar). A intervenção vocacional neste período tem um enorme potencial, não apenas providenciando experiência e capacidades de emprego a curto prazo, mas também prevenindo o desenvolvimento de desemprego a longo prazo, estando este associado a custos elevados pessoais, económicos e de saúde.

Um trabalho procurou verificar se a intervenção vocacional seria útil no primeiro episódio psicótico<sup>19</sup>. Este estudo incluiu 41 doentes com primeiro episódio psicótico que receberam seis meses de intervenção vocacional e tratamento usual (n = 20) ou tratamento usual apenas (n = 21). A intervenção vocacional consistiu numa forma de emprego suportado em que teve o seu foco em trabalho competitivo (abertos a todos com as qualificações requeridas) como objectivo, estando aberto a todos os doentes com doença mental que estão à procura de emprego, não sendo determinado por variáveis da doença e tendo a procura de trabalho sido iniciada logo após a entrada para o programa. Foi um programa integrado com a restante equipa de tratamento de saúde mental, os trabalhos potenciais foram escolhidos na base da preferência dos doentes, o suporte dado pelo programa não foi limitado no tempo, continuando após o emprego ter sido obtido, e foi adaptado às necessidades individuais. Neste estudo esta intervenção foi dada por uma consultora em emprego, que estava integrada na equipa e ia às reuniões clínicas de revisão dos doentes. Este apoio foi prestado presencialmente e via telefónica, sendo a localização e frequência do serviço variáveis baseadas nas necessidades individuais.

Os resultados verificaram que o grupo com intervenção vocacional teve melhores avaliações em termos de emprego, horas de trabalho por semana, empregos conseguidos e longevidade do emprego.

### **Psicoeducação**

A psicoeducação é uma técnica clínica que pode aumentar a compreensão da doença e modificar comportamentos, podendo-se fornecer informação sobre os sintomas, etiologia e tratamento da psicose. Os jovens que sofrem um primeiro episódio psicótico devem ser correctamente informados sobre a sua doença e assim poderem adquirir conhecimento que os ajude a compreender e integrar as suas experiências e o seu mundo. O conhecimento

pode ser ampliado se isso ajudar os doentes a terem um papel activo no tratamento da sua doença<sup>20</sup>.

A psicoeducação, individual ou em grupo, nos primeiros estadios da psicose é particularmente importante uma vez que é a primeira vez que os doentes e as suas famílias contactam com a doença. A psicoeducação pode incluir uma série de temas como os sintomas, diagnósticos, modelos e teorias da psicose, impacto do uso de substâncias, medicação, sinais de alarme, como evitar a recidiva e envolvimento pessoal no tratamento<sup>21</sup>. Infelizmente do que é do nosso conhecimento não existe nenhum estudo que sustente de modo categórico a aplicação da psicoeducação no primeiro episódio psicótico.

### **Período crítico dos primeiros dois a cinco anos após o diagnóstico**

Considera-se como hipótese a existência de um período crítico entre os dois a cinco primeiros anos da psicose precoce, altura em que ocorre uma deterioração agressiva com estabilidade subsequente<sup>22</sup>. Os objectivos nesta fase são a gestão adequada da medicação e o uso de intervenções psicossociais para minimizar o desenvolvimento de incapacidade e maximizar o funcionamento. Para além do primeiro episódio psicótico sabe-se que os primeiros dois a cinco anos após o diagnóstico são fundamentais para a recuperação a longo prazo e 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, suporte familiar e recuperação funcional<sup>8</sup>.

Os estudos de programas de intervenção precoce na psicose ocuparam-se sobretudo com intervenções com duração entre um e dois anos, todavia existe alguma evidência 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<sup>8</sup>.

### **Organização de serviço tipo de intervenção precoce**

Nos últimos anos têm sido desenvolvidos um pouco por todo o mundo serviços especializados na intervenção

precoce na psicose, providenciando cuidados precoces numa doença séria como a psicose. As equipas de saúde mental genéricas por vezes adoptam uma 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 detecção 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) é efectuado pela mesma equipa, noutros 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 pró-activa na divulgação de informação sobre a psicose, nomeadamente aos Médicos de Família, Professores e alguns mesmo para a população em geral. Oferecem assim palestras, panfletos e outros veículos de informação sobre a psicose e o respectivo serviço.

Existem essencialmente dois modelos para garantir as funções dos serviços de intervenção precoce na psicose: 1) potenciar um serviço de saúde mental genérico; 2) constituir um novo serviço de raiz especializado e independente<sup>23</sup>. O primeiro modelo implica que os serviços genéricos de Saúde Mental adoptem 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 óptimo 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, sendo o que acontece por exemplo no Reino Unido. 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). Na figura 1 apresenta-se esquematicamente um modelo possível para uma equipa de intervenção precoce na psicose.

### **Custos**

Os custos associados à psicose podem ser divididos em (1) custos directos, associados com o diagnóstico, te-

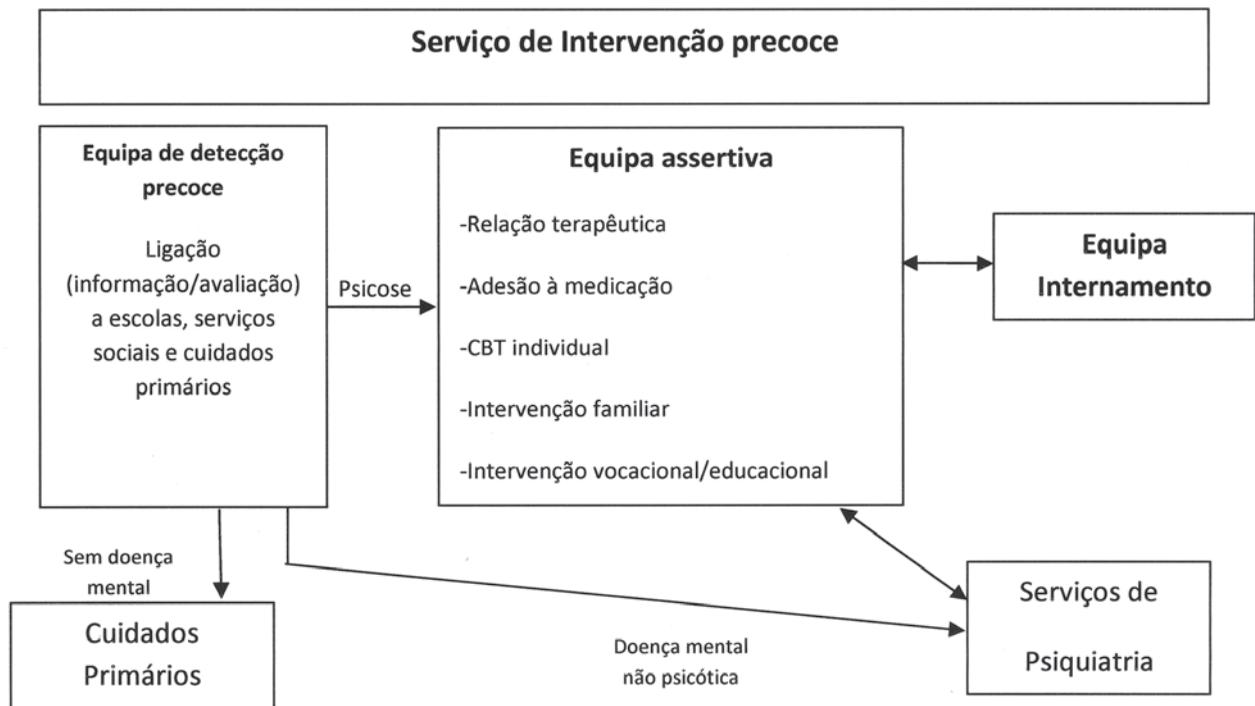


Fig 1 – Representação esquemática do modelo para um serviço de intervenção precoce<sup>24</sup>

rapêutica e reabilitação da doença (fármacos, visitas ao especialista, hospitalizações etc.) e custos não médicos requeridos para o tratamento do doente (por exemplo custos de deslocação do doente e família) e (2) custos indirectos, associados com as implicações da doença na capacidade de trabalho dos doentes, assim como a redução das possibilidades de trabalho dos cuidadores<sup>25</sup>.

A maioria dos estudos têm o seu principal foco nos custos directos, mais fáceis de contabilizar, e são definidos como a percentagem do total dos gastos com a saúde. Os gastos apenas na esquizofrenia representam nos países ocidentais cerca de 1,3 a 2,5% das despesas totais com a saúde. A maior parte destes custos são devidos às hospitalizações (desde 38% na Alemanha até 69% no Reino Unido).

A maioria dos estudos evidenciam poupanças significativas com a utilização das equipas de intervenção precoce, sendo que o aumento dos custos devido à intervenção mais intensiva é largamente compensada pela redução de admissões hospitalares, com a consequente redução dos custos em cerca de 6-10%. Contabilizam-se aqui apenas os custos directos, não tendo em consideração outros ganhos como melhoria na qualidade de vida dos doentes e cuidadores, incapacidade conferida pela doença e aumento das taxas de emprego.

Baseado nos vários estudos que demonstram a eficácia, efectividade e relação custo/benefício favorável vários são os países que têm integrado nas suas políticas de

saúde mental verbas e programas específicos para intervenção precoce na psicose, como é o caso do Reino Unido onde existem hoje mais de 100 equipas a trabalhar neste domínio<sup>26</sup>.

## CONCLUSÃO

A área da intervenção precoce na psicose tem sido alvo de intensa investigação nos últimos 15 anos, vários estudos demonstram a sua eficácia, sobretudo após o primeiro episódio psicótico, sendo esse dado hoje praticamente consensual na literatura. Mais recentemente os estudos parecem também demonstrar algum impacto positivo sobre aqueles identificados como risco ultra elevado de psicose, prevenindo 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.

### Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

### Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

## BIBLIOGRAFIA

1. PADDY POWER, EDUARDO IACAPONI, NICOLA REYNOLDS et al: 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* 2007; 191(Suppl 51):133-9
2. MARSHALL M, LEWIS S, LOCKWOOD A, DRAKE R, JONES P, CROUDACE T: Association Between Duration of Untreated Psychosis and Outcome in Cohorts of First-Episode Patients. A Systematic Review. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:975-983
3. PERKINS DO, GU H, BOTEVA K, LIEBERMAN JÁ: Relationship Between Duration of Untreated Psychosis and Outcome in First-Episode Schizophrenia: A Critical Review and Meta-Analysis. *Am J Psychiatry* 2005;162:1785-1804
4. FRIIS S, VAGLUM P, HAAHR U et al: Effect of an early detection programme on duration of untreated psychosis. Part of the Scandinavian TIPS study. *Brit J Psychiatry* 2005;187(suppl 48):29-32
5. PETERSEN L, JEPPESEN P, THORUP A et al: A randomized multicentre trial of integrated *versus* standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *BMJ* 2005;331:602 [originally published online 2 Sep 2005]
6. CRAIG TKJ, GARETY P, POWER P et al: The Lambeth Early Onset (LEO) TEAM: randomized controlled trial of the effectiveness of specialized care for early psychosis. *BMJ* 2004; 329:1067 [originally published online 14 Oct 2004]
7. LARSEN TK, MELLE I, AUESTAD B et al: Early Detection of First-Episode Psychosis: The Effect on 1-Year Outcome. *Schizophrenia Bulletin* 2006;32(4):758-764
8. International Early Psychosis Association Writing Group: ROUP. International clinical practice guidelines for early psychosis. *Brit J Psychiatry* 2005;187(suppl48):120-4
9. KAHN RS, FLEISCHHACKER WW, BOTER H et al: Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomized clinical trial. *Lancet* 2008;371:1085-97
10. ADDINGTON J, GLEESON J: Implementing cognitive-behavioural therapy for first-episode psychosis. *Brit J Psychiatry* 2005;187(Suppl 48):72-76
11. LEWIS S, TARRIER N, HADDOCK G et al: Randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy in early schizophrenia: acute-phase outcomes. *Brit J Psychiatry* 2002;181(suppl 43):91-97
12. JACKSON H, MCGORRY P, HENRY L et al: Cognitively oriented psychotherapy for early psychosis (COPE): a 1 year follow-up. *Brit J Clin Psychol* 2001;40:57-70
13. JACKSON HJ, MCGORRY PD, KILLACKEY E et al: Acute-phase and 1-year follow-up results of a randomized controlled trial of CBT *versus* Befriending for first-episode psychosis: the ACE project. *Psychological Med* 2008;38:725-735
14. PENN DL, MUESER KT, TARRIER N, et al: Supportive therapy for schizophrenia: possible mechanisms and implications for adjunctive psychosocial treatments for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 2004;30:101-112
15. LINSZEN D, DINGEMANS P, VAN DER DOES AJW: Treatment, expressed emotion, and relapse in recent onset schizophrenic disorders. *Psychol Med* 1996;26:333-342
16. ZHANG M, WANG M, LI J, PHILLIPS MR: Randomized-control trial of family intervention for 78 first-episode male schizophrenic patients: an 18-month study in Suzhou, Jiangsu. *Br J Psychiatry* 1994;24 (Suppl):96-102
17. DRURY V, BIRCHWOOD M, COCHRANE R, MACMILLAN F: Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial of impact on recovery time. *Br J Psychiatry* 1996; 169:602-660
18. KILLACKEY EJ, JACKSON HJ, GLEESON J, HICKIE IB, MCGORRY PD: Exciting career opportunity beckons! Early intervention and vocational rehabilitation in first episode psychosis: employing cautious optimism. *Aust N Z J Psychiatry* 2006; 40:951-962
19. KILLACKEY E, JACKSON H, MCGORRY P: Vocational intervention in first-episode psychosis: individual placement and support v. treatment as usual. *Brit J of Psychiatry* 2008;193:114-120
20. ROSENBERG. Support Groups. *Small Group: Behaviour* 1984;15:173-186
21. JACKSON H, MCGORRY P: The recognition and management of early psychosis. A preventive approach. *Cambridge Medicine* 2009;pp204-5
22. CRUMLISH N, WHITTY P, CLARKE M et al: Beyond the critical period: longitudinal study of 8-year outcome in first-episode non-affective psychosis. *Brit J Psychiatry* 2009;194:18-24
23. SWARAN P, SINGH, HELEN L. FISHER: Early intervention in psychosis: obstacles and opportunities. *Advances in Psychiatry Treatment* 2005;11:71-78
24. SP SINGH, H FISHER. Early intervention services. *Psychiatry* 2004;3:17-21
25. ALESSANDRO SERRETTI, LAURA MANDELLI, EMANUELE BAJO et al: The socio-economical burden of schizophrenia: A simulation of cost-offset of early intervention program in Italy. *Eur Psychiatry* 2009;24:11-16
26. The NHS Plan: A Plan for Investment, a Plan for Reform. London: The Department of Health 2000



Hospital de Santa Maria. Lisboa