

Identificação e intervenção precoce de primeiro episódio psicótico em cenários não especializados

Identification and early intervention on first episode psychosis at nonspecialized settings

Jéssica Morais Araújo , Gabriel Elias Correa-Oliveira , Cristina Marta Del-Ben 

RESUMO

O diagnóstico e manejo precoce de um primeiro episódio psicótico influencia diretamente no prognóstico dos indivíduos. Trata-se da fase inicial de um transtorno psicótico, que é um transtorno mental grave caracterizado por delírios, alucinações e/ou desorganização comportamental e do pensamento. O primeiro atendimento a estes pacientes comumente é realizado por um médico não psiquiatra em um cenário de urgência ou de atenção básica, e o profissional deve ser capaz de identificar e conduzir adequadamente o caso, sem atraso no diagnóstico, na coleta de exames e no início do tratamento mais adequado.

Palavras-chave: Primeiro episódio psicótico, Cuidados agudos, Intervenção precoce, Diagnóstico diferencial

ABSTRACT

The diagnosis and early intervention of a first episode psychosis is directly related to its prognosis. It is the initial phase of a psychotic disorder, which is a severe mental illness characterized by delusions, hallucinations and/or disorganized behaviour or speech. Commonly, the first assistance to these patients is done by a non-psychiatrist in an emergency or primary care setting. The practitioners must be able to identify and properly manage this condition, without delaying the diagnosis, screening and initiation of the proper treatment.

Keywords: First episode psychosis, Acute care, Early intervention, Differential diagnosis

POR QUE O MÉDICO NÃO-PSIQUIATRA PRECISA SABER DESTE TEMA?

Os cenários de atendimento não especializado, principais locais de trabalho do médico não-psiquiatra, são com frequência o primeiro contato que o paciente em primeiro episódio psicótico (PEP) tem com o sistema de saúde, tanto privado como público. O funcionamento em rede, próprio do Sistema Único de Saúde (SUS), proporciona o primeiro atendimento pelo médico não especialista, tanto no nível primário, como no secundário e só depois é feito um encaminhamento ao psiquiatra, nos casos indicados.

O primeiro atendimento é a melhor oportunidade de oferecer assistência adequada, uma vez que se trata de uma observação privilegiada dos sintomas em sua fase mais aguda, período que facilita o diagnóstico diferencial. Sintomas psicóticos podem estar presentes em uma variedade de condições médicas. O surgimento de sintomas psicóticos deve levar o clínico a direcionar o raciocínio para um diagnóstico diferencial amplo, para que seja instituída a terapêutica mais adequada para cada caso, com o objetivo de melhorar o desfecho e prognóstico^{2,3}.

A condução inicial do paciente em PEP pode facilitar a adesão ao tratamento, aspecto tão relevante para o manejo psiquiátrico, visto que, longitudinalmente, as taxas de abandono ao tratamento e recaídas são altas nessa população. A identificação precoce do PEP é a etapa inicial que permite imediata intervenção e melhores desfechos. Assim como ocorre na atuação de profissionais frente a um infarto agudo do miocárdio ou acidente vascular cerebral, a premissa é intervir o mais rápido possível na "janela de oportunidade" após a instalação do PEP⁴.

INTRODUÇÃO

Os transtornos psicóticos são transtornos mentais graves que acometem indivíduos jovens e estão entre os transtornos psiquiátricos mais debilitantes⁵. Caracterizam-se pela presença de delírios, alucinações, desorganização do pensamento ou comportamento, incluindo catatonia, e sintomas negativos⁶, conforme explicita o Quadro 1.

Intervenção precoce (IP) em psiquiatria é a expressão usada para designar uma forma específica de condução dos transtornos psiquiátricos,

baseada em evidências científicas, que prevê o estabelecimento precoce de diagnóstico acurado e tratamento efetivo, com o objetivo de melhorar o desfecho clínico e funcional. O diagnóstico rápido da síndrome psicótica é fundamental. Reduzir a duração de psicose não tratada, aprimorar o desempenho funcional, reduzindo os prejuízos decorrentes do transtorno são alguns dos focos da IP, ao considerar a importância da fase inicial do adoecimento psíquico⁷. Por essa razão, médicos não especialistas precisam estar familiarizados com a síndrome.

Quadro 1

Sintomas mais comumente observados nos Transtornos Psicóticos (APA, 2013), com suas definições e exemplos.

Critério diagnóstico	Definições	Exemplos
Delírio	Crenças fixas e irreais, irrefutáveis, não cedem à argumentação lógica contrária, não compartilhadas pelos pares	Delírio persecutório, de referência, somático, religioso, de grandeza
Alucinação	Percepção sensorial sem estímulo externo, vívida e sem controle voluntário	Alucinação auditiva, visual, tátil, olfativa, gustativa
Desorganização do pensamento (discurso)	Alteração da forma do pensamento, alteração da sintaxe grave o suficiente para prejudicar a comunicação	Afrouxamento das associações, tangencialidade, idade, incoerência ou "salada de palavras"
Desorganização do comportamento	Comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal com prejuízo nas atividades cotidianas	Comportamento sem sentido, pueril, agitação imprevisível, catatonia
Sintomas negativos	Déficit motivacional e expressão emocional diminuída	Embotamento afetivo, avolia, alogia, anedonia, falta de sociabilidade

EPIDEMIOLOGIA

Estudos epidemiológicos demonstram que as taxas de incidência são maiores em homens, residentes em áreas urbanas, migrantes e grupos étnicos minoritários⁸. Dados relativos à incidência de PEP no Brasil, são escassos. Em estudo conduzido na cidade de São Paulo⁹, 367 casos de PEP foram identificados no período de 2002-2005. A taxa de incidência encontrada foi de 15,8/100.000

pessoas-ano [intervalo de confiança de 95% (IC 95%): 14,3 – 17,6], considerada baixa para uma metrópole como São Paulo, tendo-se em vista as altas taxas de incidência observadas em grandes metrópoles europeias⁸.

Em um estudo realizado em nosso meio¹⁰, verificamos que a taxa de incidência de PEP no Décimo Terceiro Departamento Regional de Saúde do Estado de São Paulo (DRS-XIII) foi mais elevada entre pessoas que se autodeclararam como

não brancas (19,9/100.000 IC95%: 20,5 – 19,0), em comparação aos brancos (15,2; IC95%: 12,8 – 17,5), e entre os moradores das 25 cidades componentes do DRS-XIII (21,3/100.000; IC95%: 20,2 – 22,3), em comparação com Ribeirão Preto (16,7/100.000; IC95%: 15,7 – 17,7), a cidade sede do departamento e com maior densidade populacional, mas melhores indicadores socioeconômicos.

A etiologia dos transtornos mentais com manifestações psicóticas não é bem conhecida. Sabe-se que decorre da interação de múltiplos fatores, tanto biológicos como socioambientais. Diversos estudos epidemiológicos levantaram evidências a respeito dos principais fatores de risco associados à gênese da psicose primária¹¹. História familiar e vulnerabilidade genética, alterações de neurodesenvolvimento, intercorrências na gestação, experiências traumáticas na infância, baixa escolaridade, estressores ambientais atuais ou recentes, uso de substâncias psicoativas, cannabis em particular, são fatores associados a um maior risco de ocorrência de transtornos psicóticos^{12,13}.

Apesar das associações encontradas em estudos epidemiológicos não serem suficientemente consistentes ao ponto de se tornarem critérios diagnósticos, a investigação clínica deve levar em consideração os antecedentes pessoais, devido à importância de seus desdobramentos na neurobiologia e no surgimento de sintomas psicóticos e prognóstico^{14,15}. Entre os fatores a serem investigados encontram-se aqueles relacionados à gestação, parto e neurodesenvolvimento. Além disso, não se pode deixar de caracterizar a exposição a eventos adversos durante a infância e a adolescência, incluindo-se o uso de substâncias psicoativas.

O diagnóstico em psiquiatria ainda é sintomático, atóxico e não implica em etiologia bem definida, por isso, seguir um protocolo de investigação de pacientes em PEP cria parâmetros mais confiáveis para estimar plano terapêutico e prognóstico.

DIAGNÓSTICO

Dentre os transtornos psiquiátricos com manifestações psicóticas estão os do espectro

da esquizofrenia (transtorno delirante, psicótico breve, esquizofreniforme, esquizoafetivo e esquizofrenia), e os transtornos do humor, como o episódio maníaco ou o episódio depressivo com sintomas psicóticos⁶. Além desses, os chamados transtornos psicóticos primários, existem as síndromes psicóticas secundárias ao uso de substâncias psicoativas¹⁶, medicamentos¹⁷ ou outras condições médicas¹⁸⁻²⁰. A Figura 1 apresenta um fluxograma para as tomadas de decisão no processo de diagnóstico diferencial de PEP, com alguns exemplos de condições médicas gerais, substâncias psicoativas e medicações.

Vários medicamentos podem deflagrar sintomas psicóticos. Corticoesteroides, levodopa, tacrolimus, interferon e os anticolinérgicos são alguns exemplos^{21,22}. Portanto, faz-se necessária uma investigação detalhada da história clínica, antecedentes pessoais e busca ativa de informações sobre o uso de medicações atuais ou recentes. Nesses casos, quando devidamente diagnosticados, a suspensão da medicação já levaria à remissão dos sintomas.

Existem ainda quadros complexos, do ponto de vista fisiopatológico, em que as manifestações psiquiátricas não são primárias, mas decorrentes de outras condições médicas²³. Doenças autoimunes, como o lúpus eritematoso sistêmico, ou infecções do sistema nervoso central, como a neurosífilis, são exemplos de doenças que podem gerar sintomas psicóticos^{18,19,24}.

Apesar de raros, é fato que o adequado diagnóstico de transtornos psicóticos associados a outras condições médicas é imperativo, para que seja ofertado o tratamento apropriado para cada caso. Dados obtidos, por exemplo, na história da moléstia atual, interrogatório de diversos aparelhos e no exame físico são valiosos na avaliação diagnóstica, mas podem não ser suficientes, haja vista o comprometimento da qualidade de informações fornecidas por um paciente psicótico com juízo crítico da realidade prejudicado. Neste contexto, diretrizes internacionais^{6,25} orientam, além da coleta de dados durante a anamnese e da realização de exame físico, a realização de exames complementares incluindo, em alguns casos, realização de exames de neuroimagem.

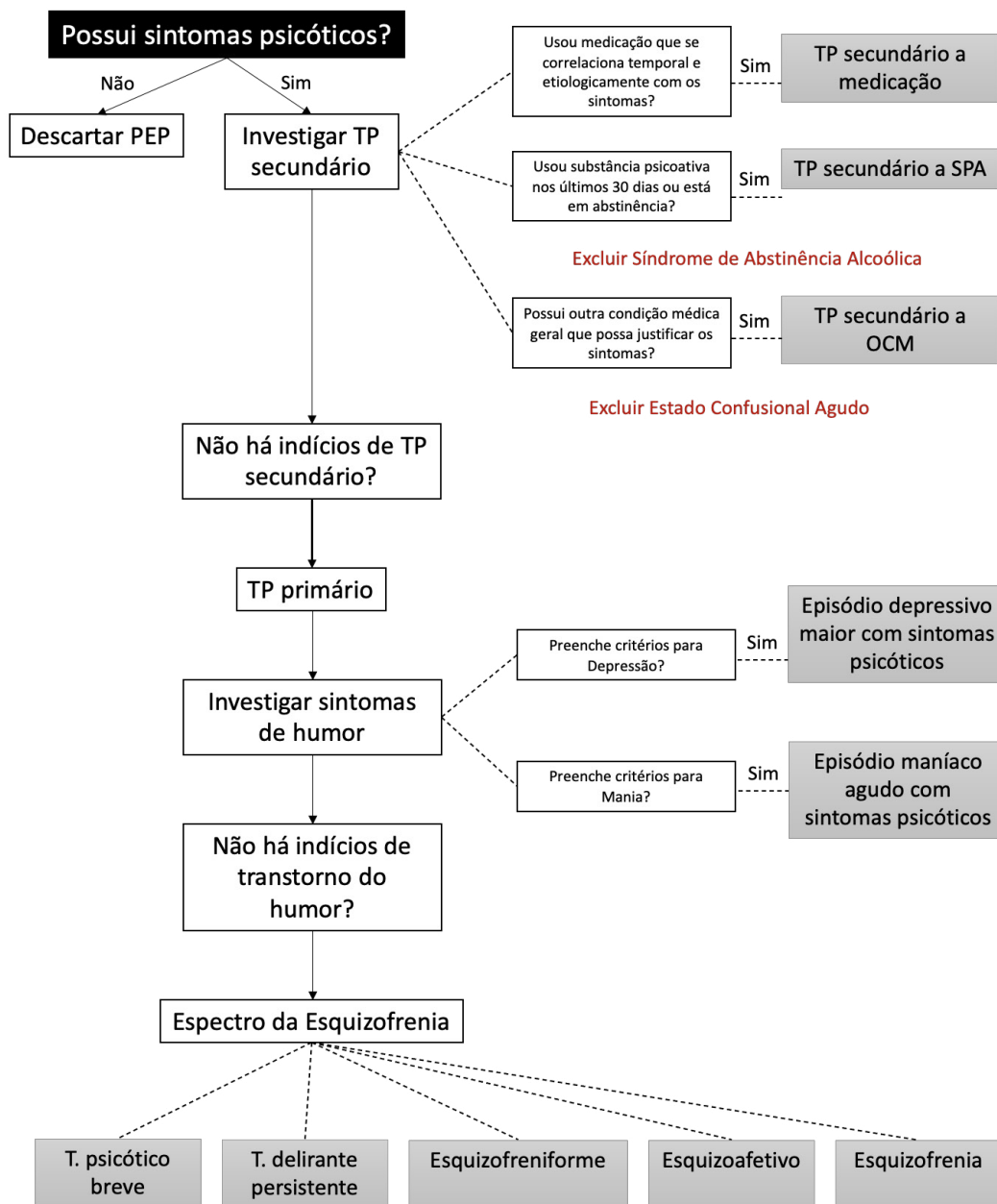


Figura 1: Fluxograma para diagnóstico diferencial de PEP

Figura original

O QUE É ESSENCIAL AVALIAR NO CONTEXTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA?

A abordagem de paciente em PEP pode ser dividida em duas etapas:

A primeira prioridade diz respeito à avaliação da segurança do paciente e da equipe.

O paciente em PEP pode se apresentar no cenário de urgência/emergência com episódio de agitação psicomotora ou agressividade.

Paralelamente, deve-se avaliar se há risco de vida iminente por meio da aferição de sinais vitais, oximetria de pulso e glicemia. No raciocínio diferencial, é fundamental excluir a possibilidade de psicose secundária a outra condição

médica ou uso de substância psicoativa, principalmente, estado confusional agudo e síndrome de abstinência alcoólica, que demandam pronta intervenção.

A segunda prioridade refere-se à avaliação clínica propriamente dita por meio de:

1. realização de anamnese detalhada, exame do estado mental e exame físico;
2. solicitação de exames laboratoriais ou de imagem conforme orientado no Protocolo para Avaliação de Primeiro Episódio Psicótico do HCFMRP-USP, descrito a seguir;
3. avaliação das indicações e contra-indicações do uso de antipsicóticos.

ESCALAS DE AVALIAÇÃO

A adoção de escalas para quantificar sintomas e funcionalidade atende ao intuito de nortear as decisões clínicas por dados parametrizáveis. Entre as escalas de avaliação de gravidade de sintomas psicóticos validadas para uso em nosso meio, encontra-se a *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS), constituída de 18 itens que recebem pontuação de 0 (não relatado) a 6 (muito grave). A BPRS analisa quatro dimensões psicopatológicas: isolamento-lentificação psicomotora, alteração do pensamento, ansiedade-depressão e ativação^{26,27}. A segunda escala proposta é para avaliação de funcionalidade, sendo a mais classicamente utilizada a Avaliação Global de Funcionamento (GAF) e, mais recentemente, a Escala de avaliação de Incapacidades da Organização Mundial da Saúde 2.0 (WHODAS 2.0). A GAF é dividida em dez faixas de pontuação, o paciente recebe uma medida única que varia de 0 a 100. A escala pretende fornecer uma ideia geral dos prejuízos causados pelo transtorno psiquiátrico²⁸. A WHODAS 2.0 foi desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e conta com uma versão reduzida com 12 itens que avaliam dificuldades apresentadas por causa de suas condições de saúde, pontuada em escala Likert variando de 1 (nenhuma dificuldade) a 5 (dificuldade extrema ou não consegue fazer). Avalia a funcionalidade e incapacidade de seis domínios de vida: cognição, mobilidade, autocuidado, convivência

com as pessoas, atividades de vida e participação na sociedade²⁹.

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE PRIMEIRO EPISÓDIO PSICÓTICO

Publicado originalmente em 2010³⁰, o Protocolo dos Serviços de Psiquiatria de Cuidados Agudos e Intervenção Precoce do HCFMRP-USP visava estabelecer parâmetros para diagnóstico diferencial de PEP. Recentemente, o documento foi revisado (Quadro 2), baseando-se na análise de três fatores: (1) resultado da aplicação do Protocolo original em uma amostra de 250 pacientes em PEP, atendidos no Ambulatório de Primeiro Episódio Psicótico entre 2015 e 2018³¹; (2) revisão das últimas diretrizes internacionais^{6,25,32,33}; e (3) consenso de especialistas do próprio serviço. O resultado produziu um Protocolo de avaliação mais abrangente, explicado a seguir.

O protocolo objetiva colher dados suficientes para a formulação de hipóteses diagnósticas e, posteriormente, instituição da terapêutica apropriada. Através de sua aplicação, são avaliados a queixa principal e duração dos sintomas, história da moléstia atual, interrogatório sobre os diversos aparelhos, uso de substâncias psicoativas ou medicamentos, enquanto é feito o exame do estado mental do paciente. Exame físico geral e neurológico completam a caracterização do quadro.

Antecedentes pessoais (intercorrências durante a gestação, parto, infância e adolescência) e familiares, fatores ambientais (migração, mudança de condição socioeconômica, eventos vitais e estressores) e caracterização do suporte social são informações levantadas não só para auxílio no diagnóstico diferencial, como para orientar a tomada de decisão terapêutica.

No protocolo de PEP do HCFMRP-USP são incluídos alguns exames laboratoriais de triagem, cuja principal finalidade é a exclusão de outras condições médicas e/ou uso de substâncias psicoativas. Os resultados desses exames também oferecem parâmetros basais de indicadores de eventuais complicações e comorbidades que possam ocorrer com a introdução e manutenção do tratamento farmacológico³⁴.

A avaliação clínica engloba a coleta de dados que permitem descrição detalhada do quadro clínico, possíveis fatores causais ou desencadeantes e os desdobramentos dele de-

correntes. É parte fundamental do raciocínio clínico uma vez que sustenta a elaboração de hipótese diagnóstica, indicação terapêutica e estimativa prognóstica³⁰.

Quadro 2.

Protocolo para Avaliação de Primeiro Episódio Psicótico do HCFMRP-USP

	Descrição	Observações	Indicação
Avaliação clínica	Anamnese/Exame do Estado Mental	Ênfase no interrogatório de diversos aparelhos	
	Atividade Física	Tipo de atividade, intensidade e frequência	
	Uso passado e atual de SPA	Início, duração, frequência, quantidade, tipo e repercussão	
	Antecedentes Pessoais	Foco em intercorrências na gestação, parto e desenvolvimento	Todos os pacientes
	Antecedentes Familiares	Transtornos psiquiátricos na família e comorbidades frequentes	
	Fatores Ambientais	Estressores recentes, migração, zona urbana	
	Suporte Social	Status econômico e vínculos	
	Escalas de Sintomas	BPRS e GAF	
Exame físico	Motricidade	SEP, acatisia e movimentos involuntários	
	Índice de Massa Corporal (IMC)	Parte da avaliação metabólica	
	Sinais Vitais	Pressão arterial, frequência cardíaca e temperatura	Todos os pacientes
	Circunferência Abdominal	Parte da avaliação metabólica	
	Exame Físico Geral	Diagnóstico diferencial e estado geral de saúde	
	Exame Neurológico Sumário	Foco em diagnóstico diferencial	
	Hemograma	Diagnóstico diferencial e estado geral de saúde	
	Eletrólitos	Sódio e potássio	
	Função Renal	Ureia e creatinina	
	Função Hepática	TGO e TGP	
Exames complementares	Função Tireoidiana	TSH	
	Glicemia	Jejum	
	Lipidograma	Avaliação do status metabólico e efeitos colaterais de medicação	Todos os pacientes
	Beta-HCG	Mulheres em idade fértil	
	Elisa Anti-HIV	Diagnóstico diferencial	
	VDRL	Diagnóstico diferencial	
	TSH	Diagnóstico diferencial	
	FAN	Diagnóstico diferencial	
	Toxicológico	Se paciente negar o uso, afirmativa de uso com período de abstinência menor que 14 dias	Considerar avaliação clínica
	Tomografia de Crânio	Instalação aguda de sintomas, idade de início ou apresentação atípica, má resposta terapêutica, queixas somáticas	Considerar avaliação clínica
Demais	Eletroencefalograma	Após interconsulta com a neurologia	
	Metais Pesados	Cobre sérico e ceruloplasmina (Doença de Wilson)	Considerar avaliação clínica
	Vitamina B12	Investigação de síndrome demencial	
	Folato	Investigação de síndrome demencial	

Avaliação clínica: O exame do estado mental pode ser considerado o equivalente do exame

físico na anamnese psiquiátrica, sem que se exclua a importância daquele³⁵. É o instrumento que

traduz o estado mental no momento do exame, constituído pela descrição de: apresentação geral (aparência, psicomotricidade, situação da entrevista e da interação), linguagem e pensamento (características da fala, da forma do pensamento e de seu conteúdo, como sua logicidade e a capacidade de abstração), sensopercepção, afetividade e humor, atenção e concentração, memória, orientação, consciência, capacidade intelectual e juízo crítico da realidade³⁶.

A proposta do novo protocolo adiciona um breve questionário sobre atividade física. As diretrizes internacionais recentes têm reforçado a importância de se levar em consideração o estilo de vida e a análise metabólica na determinação dos objetivos do tratamento, além de estimular o monitoramento de efeitos colaterais adversos dos psicofármacos^{25,33}. Dessa forma, orienta-se determinar qual atividade física é realizada, a frequência, duração e intensidade. Estudos recentes sugerem que a atividade física pode ser um fator protetor contra o desenvolvimento de psicose³⁷. Portadores de transtornos psiquiátricos graves, notadamente os transtornos psicóticos crônicos, tem expectativa de vida reduzida em 15 anos devido a comorbidades cardiovasculares^{38,39}. Portadores de esquizofrenia têm risco aumentado para desenvolvimento de síndrome metabólica, obesidade, hipertensão e dislipidemia⁴⁰.

Exames complementares: Os exames mais específicos para diagnóstico diferencial de PEP se dividem em quatro categorias: toxicológico, sorológico, endocrinológico e reumatológico. A dosagem de metabólitos de substâncias psicoativas (SPA), mais comumente o THC e o benzoilecgonina, deve ser solicitada somente nos casos em que há negativa do uso por parte do paciente. O período de abstinência maior do que 15 dias começa a diminuir a acurácia do exame, desse modo, quando houver comprovação da cessação do uso por tal período, não se deve solicitar os exames.

A proposição de protocolo exclui a indicação de solicitação de tomografia computadorizada de crânio para todos os pacientes. A literatura demonstra que não há evidências científicas suficientes que sustentem tal prática^{6,32}. Anormalidades estruturais são achados incidentais comuns, sem relevância clínica e, raramente, associados a etiologia da psicose⁴¹. Por outro lado, uma revisão

recente demonstrou prevalência de 6% de achados estruturais clinicamente significativos em ressonância magnética em pacientes em PEP⁴². Após discussão das diretrizes no consenso de especialistas, e considerando a baixa disponibilidade para realização de ressonância magnética de rotina, concluiu-se que exames de imagem se reservam aos casos em que há instalação aguda de sintomas, idade de início ou apresentação atípica, má resposta terapêutica e queixas clínicas concomitantes aos sintomas psicóticos. No caso de indisponibilidade de realização de ressonância magnética de encéfalo, a tomografia computadorizada pode ser uma alternativa. Mais uma vez, reforça-se a importância da avaliação clínica na orientação da propedêutica complementar.

Se houver suspeita clínica de psicose associada à epilepsia, recomenda-se solicitar interconsulta, quando disponível, com equipe de neurologia, cujo julgamento irá direcionar para a solicitação ou não de eletroencefalograma e demais exames necessários. A literatura revela que portadores de epilepsia apresentam até oito vezes mais chance de desenvolver psicose, principalmente, aqueles com epilepsia de lobo temporal⁴³, por isso, na anamnese, deve ser extensamente investigada a ocorrência de crises epiléticas.

Para diagnóstico diferencial de psicose, principalmente em idosos, salienta-se a importância da dosagem de ácido fólico e vitamina B12, causas reversíveis de síndrome demencial, entidade nosológica que pode figurar como etiologia do PEP. A dosagem sérica de cobre e ceruloplasmina objetiva investigar Doença de Wilson⁴⁴, patologia metabólica autossômica recessiva que dá origem ao acúmulo de cobre em tecidos, como o tecido neural^{45,46}.

CONDUTAS

Todo paciente em PEP deve ser encaminhado ao especialista. Entretanto, não é recomendado aguardar a avaliação psiquiátrica para iniciar o tratamento medicamentoso, que é feito com medicamentos da classe dos antipsicóticos. Associações com outros tipos de fármacos podem ser necessárias, como os benzodiazepínicos e o biperideno. A presença de comorbidades psiquiátricas,

como algum entre os transtornos do humor, exigirá associação com outras classes de psicotrópicos (estabilizadores do humor e antidepressivos). No fluxograma, optou-se por apontar os medicamentos disponíveis no SUS.

A Figura 2 explicita o algoritmo de tratamento medicamentoso para PEP utilizado pelo serviço de Psiquiatria do HCFMRP-USP^{1,4,25,30-33}. Ressalta-se que o tratamento deve ser iniciado com doses baixas, que devem ser ajustadas periodicamente, a cada 5 a 7 dias (se não estiver em risco com intensa agitação psicomotora e necessidade diária de doses adicionais com protocolo para agitação psicomotora), com o objetivo de remitir completamente os sintomas psicóticos, atingindo a dose mínima efetiva e tolerada. Em cenários ambulatoriais,

o ajuste da dose pode assumir um ritmo mais lento (dias a semanas, idealmente), quando comparado a cenários de urgência e emergência. Desse modo, reavaliações frequentes fazem parte do manejo clínico. Para pacientes que não apresentem urgência ou emergência psiquiátrica, o ajuste pode ser feito a cada 4 a 6 semanas.

O clínico deve se atentar para a manutenção do medicamento em dose adequada e por tempo suficiente para produzir resposta terapêutica. O ensaio medicamentoso completo garante melhor desfecho. A adesão deve ser endereçada frequentemente, pois, devido à natureza dos sintomas psicóticos, possível ausência de insight e perda da crítica da realidade, o paciente pode se recusar a ingerir medicamentos.

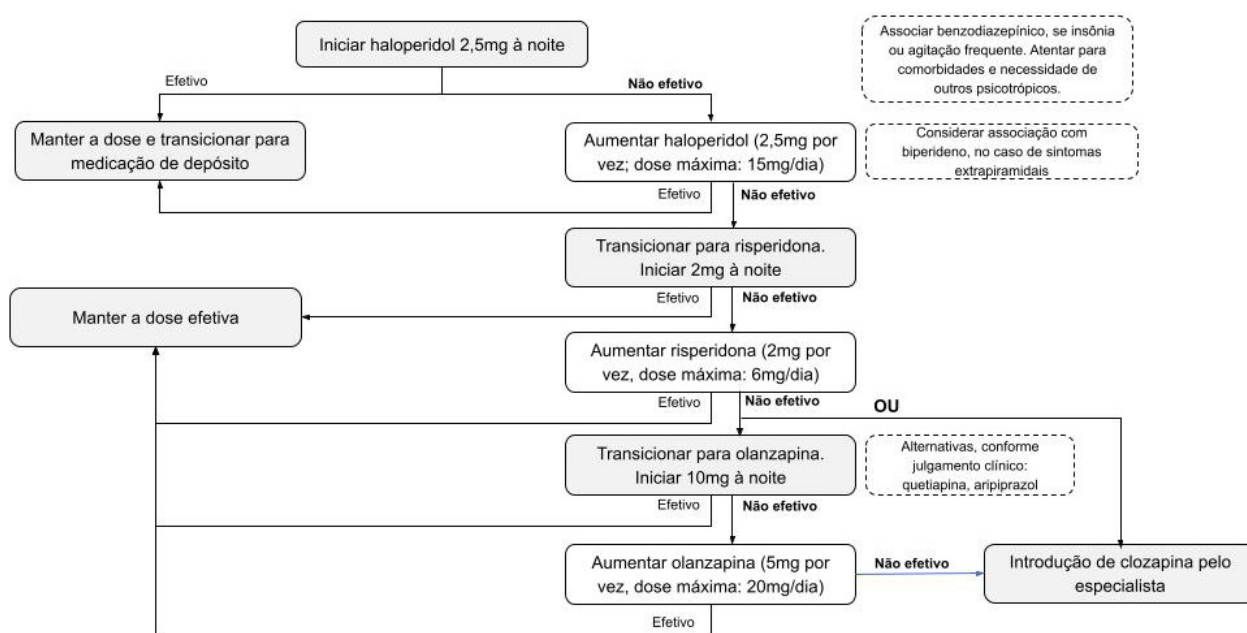


Figura 2: Algoritmo de tratamento com antipsicóticos para PEP

Figura original

COMO SABER SE É NECESSÁRIO INTERNAR O PACIENTE OU SEGUIR AMBULATORIALMENTE?

Para definir o manejo do paciente, deve-se analisar alguns fatores como: risco de suicídio, risco de episódios de agitação e heteroagressividade, capacidade de autocuidado, suporte social

e se já houve tentativa de tratamento ambulatorial. A partir do levantamento dessas informações, procede-se com a decisão de encaminhar o paciente para internação ou para seguimento ambulatorial especializado, conforme detalhado na Figura 3. Vale ressaltar que para indicação de seguimento ambulatorial, deve-se garantir atendimento precoce com especialista.

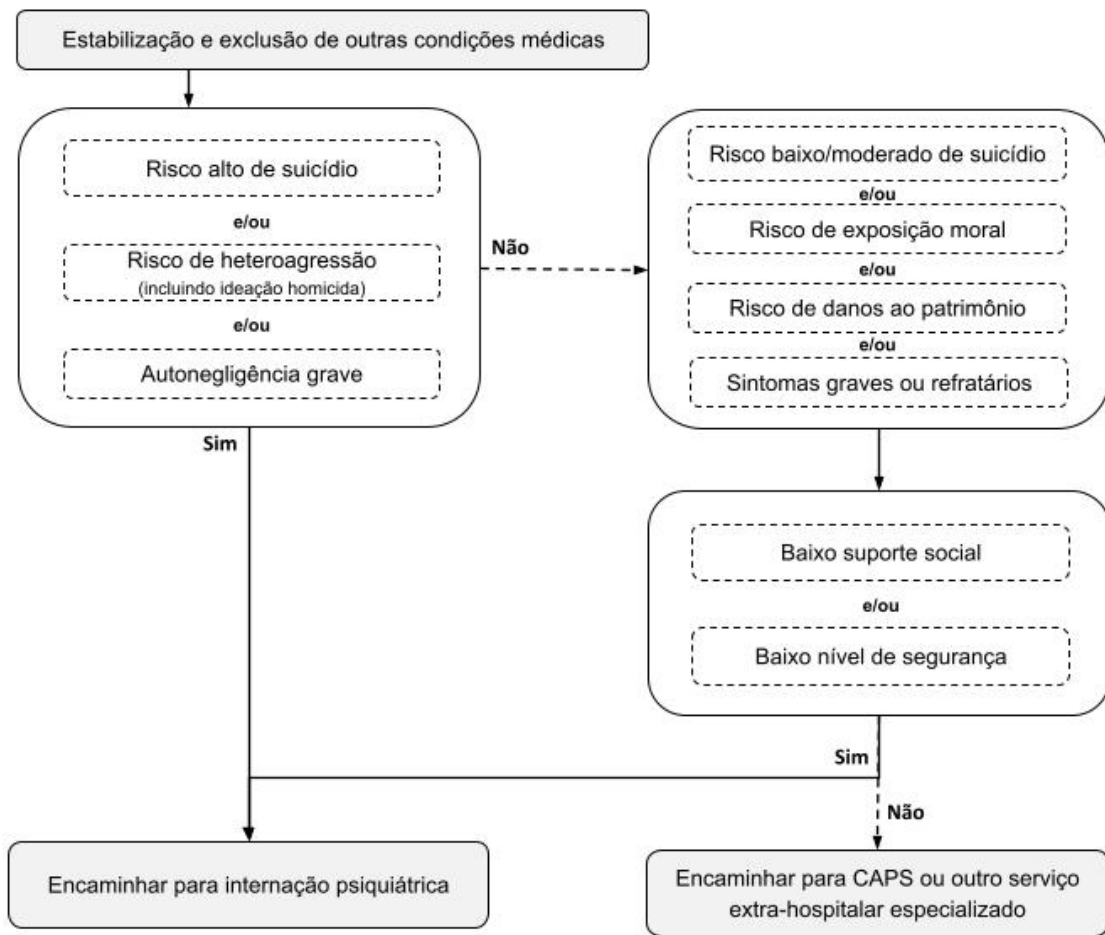


Figura 3: Critérios para internação e tratamento ambulatorial

Figura original

QUANDO ENCAMINHAR PARA O ESPECIALISTA?

Todos os casos de PEP devem ser encaminhados ao especialista, uma vez que essa é uma condição psiquiátrica grave. O acompanhamento longitudinal desse paciente permite adquirir maior acurácia diagnóstica, além de proporcionar avaliações sobre riscos e benefícios dos psicotrópicos e manejo de seus efeitos adversos. Ao encaminhar, o profissional deve esclarecer as dúvidas do paciente e seus familiares, reforçando a importância de manutenção do seguimento para prevenção de recaídas e melhora de funcionalidade.

Dica do especialista

1. O PEP é um agravo assustador para familiares e pacientes, por isso, o profissional deve ser acolhedor e esclarecer seu papel no tratamento.
2. Familiares e amigos próximos podem ser a principal fonte de informação sobre os sintomas do paciente, por isso, o médico não pode negligenciar a escuta ativa dos acompanhantes.
3. A presença de familiares nas consultas é muito útil, mas o paciente deve ter a oportunidade de ser avaliado sozinho.
4. Intervenção e tratamento precoces para pacientes em PEP diminuem o estigma sobre o transtorno, melhoram o desfecho clínico e funcional, além de evitar recaídas e internações.
5. Em caso de suspeita de psicose, o profissional deve encaminhar ao especialista, mesmo que tenha dúvidas sobre o diagnóstico.
6. Pacientes psicóticos têm menor expectativa de vida devido, principalmente, às doenças cardiovasculares. O médico não-especialista deve ser diligente ao investigar e tratar comorbidades clínicas.

Tópicos-chave

1. O primeiro episódio psicótico é uma entidade clínica incapacitante e com graves consequências, por isso, sua rápida identificação é imprescindível. A intervenção precoce garante melhor desfecho, e evita recidivas e internações desnecessárias.
2. Os sintomas psicóticos estão presentes em diversas condições médicas. Apesar de raros, os transtornos psicóticos de etiologia bem definida (medicações, substâncias psicoativas e outras causas médicas) não devem ser negligenciados no raciocínio clínico, pois demandam tratamentos diferentes.
3. Todos os pacientes que apresentam sintomas psicóticos devem ser encaminhados ao psiquiatra, mesmo aqueles cuja psicose possui etiologia bem definida, seja ela secundária a outras condições médicas, seja provocada por uso de substâncias psicoativas ou medicamentos.

REFERÊNCIAS

1. Araújo, Jéssica Moraes. Protocolo de avaliação de primeiro episódio psicótico: a experiência dos serviços de psiquiatria de cuidados agudos e intervenção precoce do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2021 [citado 2024-01-24]. doi:10.11606/D.17.2021.tde-28012022-112720
2. Ayesa-Arriola R, María J, Terán P, Setién-Suero E, Neergaard K, Ochoa S, et al. Patterns of recovery course in early intervention for FIRST episode non-affective psychosis patients: The role of timing. 2019 [cited 2023 Nov 16]; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.01.032>
3. Fusar-Poli P, McGorry PD, Kane JM. Improving outcomes of first-episode psychosis: an overview. *World Psychiatry*. 2017 Oct;16(3):251–65.
4. Nasrallah HA. For First-Episode Psychosis, Psychiatrists Should Behave like Cardiologists: Starting a Long-Acting Injectable Antipsychotic Soon after a First Psychotic Episode Can Prevent a More Destructive Second Episode. *Curr Psychiatr [Internet]*. 2017;16:4. Available from: <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:80452050>
5. Ezeoke A, Mellor A, Buckley P, Miller B. A systematic, quantitative review of blood autoantibodies in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2013 Oct;150(1):245–51.
6. American Psychiatry Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 - 5ª Edição. 2014.
7. Srihari VH, Shah J, Keshavan MS. Is Early Intervention for Psychosis Feasible and Effective? *Psychiatric Clinics of North America*. 2012 Sep;35(3):613–31.
8. Jongsma HE, Gayer-Anderson C, Lasalvia A, Quattrone D, Mulè A, Szöke A, et al. Treated Incidence of Psychotic Disorders in the Multinational EU-GEI Study. *JAMA Psychiatry*. 2018 Jan 1;75(1):36–46.
9. Menezes PR, Scazufca M, Busatto G, Coutinho LMS, McGuire PK, Murray RM. Incidence of first-contact psychosis in São Paulo, Brazil. *Br J Psychiatry Suppl*. 2007 Dec;51:s102–6.
10. Del-Ben CM, Shuhama R, Loureiro CM, Ragazzi TCC, Zanatta DP, Tenan SHG, et al. Urbanicity and risk of first-episode psychosis: incidence study in Brazil. *Br J Psychiatry*. 2019 Dec;215(6):726–9.
11. Zwicker A, Denovan-Wright EM, Uher R. Gene-environment interplay in the etiology of psychosis. *Psychol Med*. 2018 Sep;48(12):1925–36.
12. Davis J, Eyre H, Jacka FN, Dodd S, Dean O, McEwen S, et al. A review of vulnerability and risks for schizophrenia: Beyond the two hit hypothesis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2016 Jun;65:185–94.
13. Radua J, Ramella-Cravaro V, Ioannidis JPA, Reichenberg A, Phipphothatsanee N, Amir T, et al. What causes psychosis? An umbrella review of risk and protective factors. *World Psychiatry*. 2018 Feb 19;17(1):49–66.
14. Fachim HA, Corsi-Zuelli F, Loureiro CM, Iamjan SA, Shuhama R, Joca S, et al. Early-life stress effects on BDNF DNA methylation in first-episode psychosis and in rats reared in isolation. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2021 Jun 8;108:110188.
15. Gomes F V, Zhu X, Grace AA. Stress during critical periods of development and risk for schizophrenia. *Schizophr Res*. 2019 Nov;213:107–13.
16. Gage SH, Hickman M, Zammit S. Association Between Cannabis and Psychosis: Epidemiologic Evidence. *Biol Psychiatry*. 2016 Apr 1;79(7):549–56.
17. Maharani B, Jafrin AL, Bai KV, Sivagnanam G. Levofloxacin-induced tactile hallucination and acute anxiety reaction. *Indian J Pharmacol*. 2019;51(2):123–5.
18. Hanly JG, Li Q, Su L, Urowitz MB, Gordon C, Bae S, et al. Psychosis in Systemic Lupus Erythematosus: Results From an International Inception Cohort Study. *Arthritis & Rheumatology*. 2019 Feb 18;71(2):281–9.
19. Jeppesen R, Benros ME. Autoimmune Diseases and Psychotic Disorders. *Front Psychiatry*. 2019;10:131.
20. Zhou JY, Xu B, Lopes J, Blamoun J, Li L. Hashimoto encephalopathy: literature review. *Acta Neurol Scand*. 2017 Mar;135(3):285–90.
21. Beaulieu-Boire I, Lang AE. Behavioral effects of levodopa. *Movement Disorders*. 2015 Jan 9;30(1):90–102.
22. Hodgins GE, Saltz SB, Gibbs EP, Gonzalez R, Regan J, Nemeroff C. Steroid-Induced Psychosis in the Pediatric Population: A New Case and Review of the Literature. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2018 Jun;28(5):354–9.
23. Griswold KS, Del Regno PA, Berger RC. Recognition and Differential Diagnosis of Psychosis in Primary Care. *Am Fam Physician*. 2015 Jun 15;91(12):856–63.
24. Pape K, Tamouza R, Leboyer M, Zipp F. Immunoneuropsychiatry - novel perspectives on brain disorders. *Nat Rev Neurol*. 2019 Jun;15(6):317–28.

25. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management Clinical guideline CG178 [Internet]. 2014. Available from: www.nice.org.uk/guidance/cg178
26. Crippa JAS, Sanches RF, Hallak JEC, Loureiro SR, Zuardi AW. Factor structure of Bech's version of the Brief Psychiatric Rating Scale in Brazilian patients. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*. 2002 Oct;35(10):1209–13.
27. Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychol Rep*. 1962 Jun 31;10(3):799–812.
28. Pedersen G, Urnes Ø, Hummelen B, Wilberg T, Kvarstein EH. Revised manual for the Global Assessment of Functioning scale. *Eur Psychiatry*. 2018 Jun;51:16–9.
29. Silveira C, Parpinelli MA, Pacagnella RC, Camargo RS de, Costa ML, Zanardi DM, et al. Adaptação transcultural da Escala de Avaliação de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde (WHODAS 2.0) para o Português. *Rev Assoc Med Bras*. 2013 May;59(3):234–40.
30. Del-Ben CM, Rufino ACTBF, Azevedo-Marques JM de, Menezes PR. Diagnóstico diferencial de primeiro episódio psicótico: importância da abordagem otimizada nas emergências psiquiátricas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2010 Oct;32(suppl 2):S78–86.
31. Corrêa-Oliveira GE, Scarabelot LF, Araújo JM, Boin AC, de Paula Pessoa RM, Leal LR, et al. Early intervention in psychosis in emerging countries: Findings from a first-episode psychosis programme in the Ribeirão Preto catchment area, southeastern Brazil. *Early Interv Psychiatry*. 2022 Jul 18;16(7):800–7.
32. Addington D, Abidi S, Garcia-Ortega I, Honer WG, Ismail Z. Canadian Guidelines for the Assessment and Diagnosis of Patients with Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2017 Sep 21;62(9):594–603.
33. Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program. Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program. Melbourne; 2016.
34. Sifakis S, Tzachanis D, Samara M, Papazisis G. Antipsychotic Drugs: From Receptor-binding Profiles to Metabolic Side Effects. *Curr Neuropharmacol*. 2018 Aug 21;16(8):1210–23.
35. Finney GR, Minagar A, Heilman KM. Assessment of Mental Status. *Neurol Clin*. 2016 Feb;34(1):1–16.
36. Zuardi AW, Loureiro SR. Semiologia psiquiátrica. *Medicina (Ribeirão Preto Online)*. 1996 Mar 30;29(1):44–53.
37. Brokmeier LL, Firth J, Vancampfort D, Smith L, Deenik J, Rosenbaum S, et al. Does physical activity reduce the risk of psychosis? A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Psychiatry Res*. 2020 Feb;284:112675.
38. da Roza DL, de Rezende MG, Barros REM, de Azevedo-Marques JM, Santos JLF, Morais LCC, et al. Excess mortality in a cohort of Brazilian patients with a median follow-up of 11 years after the first psychiatric hospital admission. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2023 Feb;58(2):319–30.
39. Vancampfort D, Firth J, Schuch FB, Rosenbaum S, Mugisha J, Hallgren M, et al. Sedentary behavior and physical activity levels in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a global systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*. 2017 Oct;16(3):308–15.
40. Bueno-Antequera J, Munguía-Izquierdo D. Exercise and Schizophrenia. *Adv Exp Med Biol*. 2020;1228:317–32.
41. Forbes M, Stefler D, Velakoulis D, Stuckey S, Trudel JF, Eyre H, et al. The clinical utility of structural neuroimaging in first-episode psychosis: A systematic review. *Aust N Z J Psychiatry*. 2019 Nov;53(11):1093–104.
42. Blackman G, Neri G, Al-Doori O, Teixeira-Dias M, Mazumder A, Pollak TA, et al. Prevalence of Neuro-radiological Abnormalities in First-Episode Psychosis: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2023 Oct 1;80(10):1047–54.
43. Clancy MJ, Clarke MC, Connor DJ, Cannon M, Cotter DR. The prevalence of psychosis in epilepsy; a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2014 Dec 13;14(1):75.
44. Ryan A, Nevitt SJ, Tuohy O, Cook P. Biomarkers for diagnosis of Wilson's disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Nov 19;2019(11).
45. Nagral A, Sarma MS, Matthai J, Kukkle PL, Devarbhavi H, Sinha S, et al. Wilson's Disease: Clinical Practice Guidelines of the Indian National Association for Study of the Liver, the Indian Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, and the Movement Disorders Society of India. *J Clin Exp Hepatol*. 2019;9(1):74–98.
46. Socha P, Janczyk W, Dhawan A, Baumann U, D'Antiga L, Tanner S, et al. Wilson's Disease in Children: A Position Paper by the Hepatology Committee of the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2018 Feb;66(2):334–44.

Autor Correspondente:
Jéssica Moraes Araújo
jessicamrsarj@gmail.com

Editor:
Prof. Dr. Paulo Henrique Manso

Recebido: 28/01/2024
Aprovado: 07/05/2024
