EDUARDO SAUERBRONN GOUVEA
CRISTIANO NOTO
BIANCA BONADIA
NATASHA MALO DE SENÇO
ARY GADELHA
RODRIGO A. BRESSAN
QUIRINO CORDEIRO

ARTIGO

PRIMEIRO EPISÓDIO PSICÓTICO: ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

FIRST-EPISODE PSYCHOSIS: EMERGENCY ASSISTANCE

Resumo

O termo psicose é usado para descrever um estado mental em que o indivíduo perde o contato com a realidade, e a etapa inicial de manifestação dos sintomas psicóticos define o primeiro episódio psicótico (PEP). Este artigo apresenta conceitos e dados gerais sobre PEP, apresenta fatores de risco e provê orientações sobre o diagnóstico (inclusive diagnósticos diferenciais), tratamento e acompanhamento de pacientes com PEP, com destaque para o papel das emergências psiquiátricas. As diferentes fases das psicoses também são descritas. Como conclusão, os autores salientam a importância da identificação e investigação dos casos, o início precoce do tratamento e o acompanhamento aproximado e individualizado dos pacientes.

Palavras-chave: Psicoses, primeiro episódio psicótico, emergência psiquiátrica.

Abstract

The term psychosis is used to describe a mental state in which the individual loses contact with reality, and the first step in the manifestation of psychotic symptoms is referred to as first-episode psychosis. This article presents general concepts and data on first-episode psychosis, describes risk factors, and provides guidance on the diagnosis (including differential diagnosis), treatment, and follow-up of these patients, with special attention to the role played by psychiatric emergency centers. The different phases of psychoses are also described. The authors conclude by underscoring the importance of identifying and investigating cases of first-episode psychosis, beginning treatment as early as possible, and maintaining a close, individualized follow-up regimen.

Keywords: Psychoses, first-episode psychosis, psychiatric emergency.

Introdução: conceitos gerais

O termo psicose, como capacidade/incapacidade de ajuizar, é usado para descrever um estado mental em que o indivíduo perde o contato com a realidade, manifestando caracteristicamente delírios, alucinações, pensamento e/ou comportamento desorganizado. A etapa inicial de manifestação dos sintomas psicóticos, em que a intensidade dos mesmos leva uma quebra evidente do funcionamento, define o primeiro episódio psicótico (PEP).

Diferentes definições são utilizadas na literatura, considerando o PEP como o estágio inicial da doença, o surgimento dos primeiros sintomas ou, até mesmo, o início do tratamento[1]. O termo é mais apropriado para os quadros iniciais, cujo diagnóstico só pode ser confirmado com a evolução. É comum um indivíduo no PEP evoluir posteriormente com o diagnóstico de transtorno bipolar ou esquizofrenia. No entanto, sabe-se por certo que se trata de uma condição heterogênea, variando quanto à apresentação clínica, idade de início e grupos diagnósticos, como discutiremos a seguir[2].

O PEP ocorre geralmente durante a adolescência e início da idade adulta, com cerca de 40% dos casos iniciando-se entre os 15 e 18 anos de idade[3]. No Brasil, existem poucos dados epidemiológicos disponíveis sobre o PEP. Em estudo realizado na cidade de São Paulo, identificou-se uma incidência de 15,8/100.000 pessoas/ano[4]. A média de idade no primeiro contato de casos de PEP foi de aproximadamente 33 anos, com mais de 60% dos casos antes dos 35 anos. Entre os homens, a média de idade no primeiro contato foi menor em 4 a 5 anos no grupo de psicoses não afetivas quando comparado ao grupo das psicoses afetivas; o mesmo não foi observado entre as mulheres, que apresentaram médias de idades semelhantes entre os dois grupos de psicoses[4].

Ainda hoje, principalmente no Brasil, os serviços de emergência respondem majoritariamente pelo primeiro contato entre pacientes em PEP e os serviços de saúde[4], por isso a importância do reconhecimento, investigação e encaminhamento adequados desses casos desde os prontos-socorros.

EDUARDO SAUERBRONN GOUVEA[1], CRISTIANO NOTO[2], BIANCA BONADIA[3], NATASHA MALO DE SENÇO[3], ARY GADELHA[4], RODRIGO A. BRESSAN[5], QUIRINO CORDEIRO[6]

[1] Pronto-Socorro e Serviço de Primeiro Episódio Psicótico, Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM), Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP. [2] Serviço de Primeiro Episódio Psicótico, CAISM, Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP. [3] Pronto-Socorro, CAISM, Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP. [4] Programa de Esquizofrenia (PROESQ), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP. [5] Departamento de Psiquiatria, UNIFESP, São Paulo, SP. [6] Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas, Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP. CAISM, Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP. Departamento de Psiquiatria, UNIFESP, São Paulo, SP. Comissão de Emergências Psiquiátricas, ABP.

Etiopatogenia e fatores de risco

O modelo de estresse e vulnerabilidade das psicoses postula que os doentes apresentam características genéticas que levam a alterações no neurodesenvolvimento, resultando em uma maior vulnerabilidade, sobre a qual incidem fatores ambientais (por exemplo, uso de maconha) e psicossociais, desencadeando a psicose[5,6]. Mais recentemente, esse modelo ganhou força com estudos de epigenética, que procuram identificar os mecanismos pelos quais fatores ambientais agem sobre a expressão gênica nas psicoses[7,8]. Epidemiologicamente, identificam-se alguns fatores de risco, que são resumidos na Tabela 1.

Tabela 1 - Fatores de risco ambientais para primeiro episódio psicótico[9-13]

História familiar de psicose
Transtorno de personalidade esquizoide, esquizotípica e paranoide
Faixa etária: adolescência e adulto jovem
Abuso de drogas
Antecedente pessoal ou familiar de migração
Idade paterna avançada
Nascer em centros urbanos
Antecedente de complicações obstétricas

Diagnóstico

Diagnóstico nas emergências psiquiátricas

No Brasil, com a insuficiência dos serviços extra-hospitalares em prover plena assistência aos casos agudos, os serviços de emergências psiquiátricas assumiram papel central no manejo desses casos. Caracterizam-se como "porta de entrada" da rede de atendimento em saúde mental, participando inclusive da regulação (redução) das internações psiquiátricas, por meio de observações curtas em suas retaguardas[14-16].

A apresentação clínica sintomatológica inicial nos casos de PEP pode ser bastante heterogênea, dificultando o diagnóstico preciso com base em manuais (10ª edição da Classificação Internacional das Doenças – CID-10, e 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-V). No contexto da emergência, o diagnóstico geral de PEP é preferível a um diagnóstico psiquiátrico definitivo, como, por exemplo, de esquizofrenia ou transtorno bipolar, se houver dúvida. Isso é importante, pois em alguns casos o diagnóstico definitivo só será possível com o seguimento, e a prioridade nesse contato inicial é avaliar e intervir em situações de risco. Além disso, o diagnóstico precoce pode ter um efeito negativo, resultando em maior estigma e pessimismo entre os pacientes e familiares. Portanto, recomenda-se a utilização de um diagnóstico sindrômico, como, por exemplo, psicose ou PEP[17].

Diagnóstico diferencial

Os diagnósticos psiquiátricos são diagnósticos de exclusão, e só devem ser feitos após investigação clínica e exclusão de causas médicas ou relacionadas ao uso de substâncias/medicações. Não é possível diferenciar entre uma psicose primária e uma psicose secundária a uma condição médica geral com base apenas na apresentação psicopatológica. Portanto, em todos os casos que se apresentem em uma emergência psiquiátrica, deve-se proceder à obtenção de detalhada anamnese, com avaliação dos sinais vitais e exame físico completo, incluindo exame neurológico[18]. A Tabela 2 resume as principais condições médicas gerais que podem cursar com sintomas psicóticos.

Tabela 2 - Condições médicas gerais que podem cursar com sintomas psicóticos

Doenças endócrino-metabólicas	**Doenças infecciosas**
Hipertireoidismo	Malária
Hipotireoidismo	Toxoplasmose
Doença de Cushing	Neurocisticercose
Insulinoma	Neurossífilis
Feocromocitoma	HIV
Porfiria aguda intermitente	Outras encefalites
Doença de Tay-Sachs	
Doença de Niemann-Pick	
	Doenças neurológicas
Doenças autoimunes	Epilepsia
Lúpus eritematoso sistêmico	Traumatismo cranioencefálico
Encefalopatia de Hashimoto	Doenças desmielinizantes
Síndromes paraneoplásicas	Tumores cerebrais
Delirium	**Intoxicação exógena**

Exames complementares

Idealmente, os seguintes exames laboratoriais devem ser solicitados rotineiramente: glicemia de jejum, hemograma completo, dosagem de eletrólitos (incluindo cálcio), função hepática, função renal, sorologias (hepatites, HIV e sífilis), urina 1, exame toxicológico, teste de gravidez (em mulheres em idade fértil), perfil tireoidiano. A obtenção de exames complementares deverá ser guiada a partir da história clínica, de acordo com possíveis queixas físicas dos pacientes ou em função de algum achado nos exames laboratoriais de rotina.

Em alguns casos, sugere-se ainda a obtenção de dosagens de velocidade de hemossedimentação (VHS) e fator antinuclear (FAN) na investigação de quadros reumatológicos, e de ceruloplasmina e vitamina B12 na investigação de doença de Wilson e anemia perniciosa, respectivamente[19].

Diante de um caso de PEP, eletroencefalografia deve ser realizada nas seguintes situações: antecedente pessoal de

EDUARDO SAUERBRONN GOUVEA
CRISTIANO NOTO
BIANCA BONADIA
NATASHA MALO DE SENÇO
ARY GADELHA
RODRIGO A. BRESSAN
QUIRINO CORDEIRO

crises convulsivas, estreitamento do campo de consciência (possível evento ictal), antecedente de traumatismo cranioencefálico grave e suspeita de narcolepsia (alucinações durante as transições do ciclo sono-vigília).

A realização de exames de neuroimagem de rotina em casos de PEP ainda não é consensual. No atendimento de emergência, deverá ser solicitada caso haja algum indício de comprometimento neurológico: início súbito (sem pródromo), alucinações visuais, rebaixamento do nível de consciência, quadro infeccioso (quando houver suspeita de infecção do sistema nervoso central) ou psicoses de início tardio (acima dos 30 anos)[20-24].

Diagnósticos diferenciais psiquiátricos

A ocorrência de sintomas psicóticos perfaz a apresentação de diversos quadros psiquiátricos. Na diferenciação entre os quadros psiquiátricos, é imperativo que se obtenha descrição detalhada do caso: início e evolução dos sintomas psicóticos, alterações do comportamento antes e após o início dos sintomas psicóticos, ocorrência de sintomas de humor depressivos ou maniformes, ocorrência de episódio de agitação e/ou agressividade, histórico de ideação suicida ou tentativa de suicídio, ocorrência de alterações de sensopercepção, alterações de funcionamento social e escolares, histórico de uso/abuso de drogas ilícitas, histórico de comorbidades clínicas e antecedentes familiares de transtornos psiquiátricos. Os principais diagnósticos diferenciais definidos pelos manuais diagnósticos estão listados na Tabela 3.

Tabela 3 - Diagnósticos psiquiátricos com possíveis sintomas psicóticos

Esquizofrenia
Transtorno psicótico induzido por substância
Transtorno psicótico breve
Transtorno bipolar
Transtorno esquizoafetivo
Depressão psicótica
Transtorno do estresse pós-traumático
Transtorno obsessivo-compulsivo
Transtorno de personalidade esquizoide ou esquizotípica
Síndrome de Asperger

Fases inicias das psicoses

As fases iniciais das psicoses podem ser didaticamente separadas em fase prodrômica, fase aguda e fase de recuperação.

Fase prodrômica

Caracteriza o processo de adoecimento prévio que culmina com a manifestação dos sintomas psicóticos. Trata-se de um período com duração variável, podendo chegar a alguns anos, marcado por alteração dos funcionamentos psicossocial e interpessoal. É tradicionalmente descrito como um período de "estranhamento", marcado por sintomas de desrealização e despersonalização. Nele podem ocorrer variações afetivas e de humor como irritabilidade, ansiedade e depressão, dificuldade de concentração e de memória, alterações do ciclo sono-vigília, perda de energia, manifestação de pensamentos de conteúdos estranhos, isolamento e perda de rendimento na escola e/ou no trabalho. Há uma vivência, por parte do paciente, de que algo irá acontecer de forma iminente, gerando uma forte tensão interna. Nesse momento, podem surgir comportamentos sem sentido, sintomas depressivos e desconfiança com um humor delirante[25]. Alguns indivíduos podem apresentar sintomas psicóticos atenuados e breves. Muitas vezes, o diagnóstico da fase prodrômica só se faz retrospectivamente. Porque várias dessas manifestações são inespecíficas e podem ocorrer em decorrência de outros estressores psicossociais, clínicos e psiquiátricos, a conduta nessa fase deve ser expectante e de acompanhamento.

Fase aguda ou PEP

Caracteriza o período de ocorrência dos sintomas psicóticos propriamente ditos. É nessa fase que a grande maioria dos indivíduos recebe ajuda, sendo levados por seus familiares ou amigos a algum serviço de saúde[26,27]. O principal motivo da procura são as mudanças de comportamento (agressivo ou desorganizado) e as alterações delirantes do pensamento. Podem ocorrer delírios persecutórios, religiosos, de grandeza, somáticos e de experiência passiva (inserção ou roubo de pensamento). As alucinações auditivas são as mais frequentes; outros tipos (visuais e somáticas) são menos comuns e sugerem a ocorrência de quadros orgânicos.

Além dos sintomas psicóticos descritos acima, caracteristicamente presentes na fase aguda, pacientes em PEP podem apresentar outras características, como catatonia (intensa inibição psicomotora), sintomas depressivos e sintomas negativos[28,29]. Os sintomas depressivos, altamente prevalentes (17 a 83%), apresentam-se intrinsicamente relacionados ao PEP desde a sua fase prodrômica, estando relacionados a

EDUARDO SAUERBRONN GOUVEA[1], CRISTIANO NOTO[2], BIANCA BONADIA[3], NATASHA MALO DE SENÇO[3], ARY GADELHA[4], RODRIGO A. BRESSAN[5], QUIRINO CORDEIRO[6]

[1] Pronto-Socorro e Serviço de Primeiro Episódio Psicótico, Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM), Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP. [2] Serviço de Primeiro Episódio Psicótico, CAISM, Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP. [3] Pronto-Socorro, CAISM, Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP. [4] Programa de Esquizofrenia (PROESQ), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP. [5] Departamento de Psiquiatria, UNIFESP, São Paulo, SP. [6] Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas, Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP. CAISM, Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP. Departamento de Psiquiatria, UNIFESP, São Paulo, SP. Comissão de Emergências Psiquiátricas, ABP.

piores índices de qualidade de vida, exercício laboral e satisfação com atividades de vida diária, e a maiores índices de comportamento suicida e suicídio[30-33].

Fase de recuperação

A recuperação é um processo gradual que objetiva, para além da remissão completa dos sintomas, a reinserção social e o retorno às atividades de vida prévias à doença. Compreende, didaticamente, um período de aproximadamente 18 meses[34]. Usualmente, os pacientes em PEP apresentam bons níveis de recuperação após a primeira crise[35,36]. No entanto, esse mesmo nível de recuperação não costuma ser observado com o decorrer da doença[37].

O período crítico

O maior impacto dos sintomas psicóticos e suas recidivas ocorre nos primeiros anos da doença[3]. Consistentemente, pesquisadores têm indicado que um maior tempo de psicose não tratada (tempo entre o início dos sintomas e o início do tratamento) está relacionado a um pior prognóstico[38]. Os 2 a 5 primeiros anos são considerados um "período crítico"[39]. Trata-se do período de maior risco de desadaptação funcional, com maior perda cognitiva, maiores taxas de desemprego, recidiva e suicídio. Marca-se, portanto, como uma fase propícia para a (re)construção da "identidade", dos laços familiares, de amizades e vocacionais, evitando-se, com todo o esforço, novas recaídas. Nesse sentido, as abordagens psicossociais são intervenções indispensáveis ao restabelecimento do quadro[40]. Apesar da boa resposta inicial ao tratamento, a maioria dos pacientes apresentará recidiva dos sintomas em até 5 anos após o início da doença; alguns estudos apontam recidiva em até 80% dos casos nesse período[35,41].

Tratamento

Manejo: estabelecendo prioridades

A abordagem de doentes psiquiátricos no contexto das emergências psiquiátricas é uma atividade desafiadora e complexa. São frequentes situações de agitação psicomotora, violência ou intenso sofrimento entre aqueles (pacientes e familiares) que procuram os prontos-socorros. O suicídio é a principal causa de morte desses indivíduos, e antecedentes de autoagressão e uso de drogas são os principais fatores de risco[42,43].

No caso do PEP, familiares e pacientes estão diante de um contexto completamente novo, angustiante, ameaçador e de difícil compreensão. Em geral, procuram ajuda na fase aguda do quadro, quando os pacientes já se apresentam delirantes, agitados, agressivos ou com comportamento desorganizado.

Na prática, a avalição de emergência tem por objetivo estimar os riscos relacionados ao caso, a fim de escolher a melhor abordagem terapêutica e decidir sobre a indicação, ou não, de internação hospitalar. A admissão em enfermaria psiquiátrica deverá ser considerada fortemente em casos de agitação psicomotora intensa, impulsividade irrefreável, risco de agressividade, risco ou tentativa de suicídio, diante da exposição a situações de risco, diante da falta de *insight* e/ou quando não houver continência/suporte familiar para a possibilidade de internação domiciliar e manejo extra-hospitalar. Esses fatores de risco compõem uma trama que deve servir como guia, uma vez que inexistem protocolos rígidos que possam definir a conduta de admissão (ou não) na emergência psiquiátrica[44]. A prática clínica revela nuances que devem ser detalhados por uma equipe bem treinada e experiente.

Medicações

Alguns princípios devem nortear o tratamento psicofarmacológico nos casos de PEP:

- O objetivo do tratamento deve ser a remissão completa dos sintomas.
- Realizar ensaio farmacológico com dose "ótima" em 4 a 6 semanas.
- Caso os antipsicóticos típicos (de primeira geração) sejam a primeira opção de tratamento, a troca por um atípico (de segunda geração) não deve ser postergada diante da ocorrência de efeitos colaterais.
- Utilizar a menor dose possível (aproximadamente metade da dose utilizada habitualmente).
- Discutir benefícios e efeitos colaterais de cada medicação (sintomas extrapiramidais, efeitos metabólicos e outros efeitos indesejáveis).
- Estar atento à resistência precoce ao tratamento.

As medicações devem ser mantidas por um período mínimo de 1 a 2 anos. Apesar de alguns estudos sugerirem períodos maiores, de até 5 anos de manutenção do tratamento, a extensão do tratamento deverá ser vista caso a caso, a depender da gravidade dos sintomas iniciais, aderência ao tratamento, tempo e qualidade de resposta ao tratamento, e recuperação funcional dos doentes[34,45].

As diretrizes do National Institute for Health and Clinical

EDUARDO SAUERBRONN GOUVEA
CRISTIANO NOTO
BIANCA BONADIA
NATASHA MALO DE SENÇO
ARY GADELHA
RODRIGO A. BRESSAN
QUIRINO CORDEIRO

Excellence (NICE), do Reino Unido, retiraram a recomendação do uso de antipsicóticos atípicos como tratamento de escolha de primeira linha, corroborando achados inconclusivos de algumas metanálises sobre a superioridade (tamanho de efeito) dos antipsicóticos atípicos sobre os típicos no PEP[46,47]. Por outro lado, em suas últimas versões, as diretrizes da American Psychiatry Association (APA), de 2004, do The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (diretrizes práticas para o tratamento da esquizofrenia e doenças relacionadas) de 2005, e do Early Psychosis Prevention and Intervention Center (EPPIC), também da Austrália, de 2011, mantiveram a recomendação do uso de antipsicóticos atípicos preferencialmente aos típicos[48,49]. Diante da dificuldade de acesso aos antipsicóticos atípicos em determinadas regiões do Brasil, não é possível recomendar o uso desse tipo de medicação em todo o país. Assim, sugerimos o uso de antipsicótico típico ou atípico, em baixa dose (equivalente a 1-5 mg de haloperidol), como recomendação inicial de tratamento.

Quanto à escolha medicamentosa, alguns estudos recomendam a distinção entre psicose não afetiva e psicose afetiva quando se identificam nítidos sintomas de polarização do humor, a fim de recorrer a medicações estabilizadoras do humor[49].

Acompanhamento ambulatorial: prevenção de recaídas

Apesar de não serem prioridade no atendimento de emergência, práticas de psicoeducação devem ser iniciadas precocemente. Orientações quanto à evolução do tratamento e à necessidade de intervenções psicossociais e de suporte à família podem ser realizadas já no primeiro atendimento. Idealmente, o paciente deveria ser reavaliado poucos dias após sua liberação do pronto-socorro ou da internação. A adesão ao tratamento medicamentoso é o principal fator de risco a ser reavaliado a curto prazo com relação à recidiva dos sintomas[50]. Durante o acompanhamento, pacientes e familiares devem ser informados quanto a possíveis recidivas, sendo orientados a retornar aos serviços de atendimento ou a procurar as emergências psiquiátricas caso tenham também abandonado o acompanhamento ambulatorial.

A importância das intervenções psicossociais se baseia no fato de que, apesar da boa resposta sintomatológica, grandes proporções (até 80% em alguns estudos) de pacientes não obtêm plena recuperação sociolaborativa e de qualidade de vida[51,52]. Terapia individual, de grupo, terapia ocupacional, terapia familiar e serviço de assistência social (reinserção no mercado de trabalho) são ferramentas utilizadas na complementação da terapia medicamentosa.

Alguns estudos com modelos de atendimento multidisciplinar apontam para redução dos sintomas, melhora da qualidade de vida e de funcionamento global, melhora cognitiva, menores taxas de readmissão hospitalar, melhora do *insight*, maior satisfação com o tratamento, menores taxas de uso abusivo de substâncias e menor incidência de comportamentos autoagressivos[53]. O Brasil, bem como o restante da América Latina, apresenta uma escassez de serviços especializados no atendimento do PEP, os chamados serviços de intervenção precoce. As raras exceções são os serviços localizados nas grandes cidades e vinculados às universidades[54]. Espalhados pelo território, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do SUS teriam como objetivo cumprir essa tarefa[55].

Conclusão

Temas a respeito do PEP vêm ganhando mais e mais destaque na produção científica psiquiátrica nos últimos anos. Diversos enfoques surgem a fim de recortar a vasta seara das psicoses em suas fases iniciais. Na prática do dia a dia, no que concerne ao PEP, salientaríamos como pontos-chave a questão da correta identificação e investigação dos casos, descartando a ocorrência de outras condições médicas, o início precoce do tratamento e o acompanhamento aproximado e individualizado dos pacientes, com abordagem multidisciplinar e o uso de antipsicóticos na menor dose efetiva.

Correspondência:
Quirino Cordeiro
Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM)
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Rua Major Maragliano, 241, Vila Mariana
04017-030 - São Paulo, SP
E-mail: qcordeiro@yahoo.com

Fontes de financiamento: Cristiano Noto recebe bolsa da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Ary Gadelha recebe bolsa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Rodrigo A. Bressan recebeu fundos de pesquisa da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), CNPq e CAPES.

EDUARDO SAUERBRONN GOUVEA[1], CRISTIANO NOTO[2], BIANCA BONADIA[3], NATASHA MALO DE SENÇO[3], ARY GADELHA[4], RODRIGO A. BRESSAN[5], QUIRINO CORDEIRO[6]

[1] Pronto-Socorro e Serviço de Primeiro Episódio Psicótico, Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM), Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP. [2] Serviço de Primeiro Episódio Psicótico, CAISM, Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP. [3] Pronto-Socorro, CAISM, Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP. [4] Programa de Esquizofrenia (PROESQ), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP. [5] Departamento de Psiquiatria, UNIFESP, São Paulo, SP. [6] Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas, Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP. CAISM, Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP. Departamento de Psiquiatria, UNIFESP, São Paulo, SP. Comissão de Emergências Psiquiátricas, ABP.

Conflitos de interesse: Cristiano Noto atuou como palestrante para a Janssen. Ary Gadelha atuou como palestrante e/ou consultor para a Janssen. Rodrigo A. Bressan recebeu fundos de pesquisa da Fundação Safra, Fundação ABADS, Janssen, Eli Lilly, Lundbeck, Novartis e Roche; atuou como palestrante para AstraZeneca, Bristol, Janssen e Lundbeck; e tem participação na Radiopharmacus Ltda. e na Biomolecular Technology Ltda. Quirino Cordeiro participou de atividades de ensino para a Janssen. Os outros autores não têm conflitos de interesse a declarar.

Referências

1. Breitborde NJ, Srihari VH, Woods SW. Review of the operational definition for first-episode psychosis. Early Interv Psychiatry. 2009;3:259-65.
2. Reay R, Mitford E, McCabe K, Paxton R, Turkington D. Incidence and diagnostic diversity in first-episode psychosis. Acta Psychiatr Scand. 2010;121:315-9.
3. Ballageer T, Malla A, Manchanda R, Takhar J, Haricharan R. Is adolescent-onset first-episode psychosis different from adult onset? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2005;44:782-9.
4. Menezes PR, Scazufca M, Busatto G, Coutinho LM, McGuire PK, Murray RM. Incidence of first-contact psychosis in Sao Paulo, Brazil. Br J Psychiatry Suppl. 2007;51:s102-6.
5. Nuechterlein KH, Dawson ME. A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. Schizophr Bull. 1984;10:300-12.
6. van Os J, Kenis G, Rutten BP. The environment and schizophrenia. Nature. 2010;468:203-12.
7. Rutten BP, Mill J. Epigenetic mediation of environmental influences in major psychotic disorders. Schizophr Bull. 2009;35:1045-56.
8. Rapoport JL, Addington AM, Frangou S, Psych MR. The neurodevelopmental model of schizophrenia: update 2005. Mol Psychiatry. 2005;10:434-49.
9. Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. Am J Psychiatry. 2005;162:12-24.
10. Sipos A, Rasmussen F, Harrison G, Tynelius P, Lewis G, Leon DA, et al. Paternal age and schizophrenia: a population based cohort study. BMJ. 2004;329:1070.
11. Eaton WW, Mortensen PB, Frydenberg M. Obstetric factors, urbanization and psychosis. Schizophr Res. 2000;43:117-23.
12. Marcelis M, Navarro-Mateu F, Murray R, Selten JP, Van Os J. Urbanization and psychosis: a study of 1942–1978 birth cohorts in The Netherlands. Psychol Med. 1998;28:871-9.
13. Tandon R, Keshavan MS, Nasrallah HA. Schizophrenia, "just the facts" what we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology. Schizophr Res. 2008;102:1-18.
14. Barros RE, Tung TC, Mari Jde J. [Psychiatric emergency services and their relationships with mental health network in Brazil]. Rev Bras Psiquiatria. 2010;32:S71-7.
15. Barros RE, Marques JM, Carlotti IP, Zuardi AW, Del-Ben CM. Short admission in an emergency psychiatry unit can prevent prolonged lengths of stay in a psychiatric institution. Rev Bras Psiquiatr. 2010;32:145-51.
16. Del-Ben CM, Marques JM, Sponholz A Jr, Zuardi AW. [Mental health policies and changes in emergency service demand]. Rev Saude Publica. 1999;33:470-6.
17. McGorry PD. Psychoeducation in first-episode psychosis: a therapeutic process. Psychiatry. 1995;58:313-28.
18. Garden G. Physical examination in psychiatric practice. Adv Psychiatr Treat. 2005;11:142-9.
19. Freudenreich O, Schulz SC, Goff DC. Initial medical work-up of first-episode psychosis: a conceptual review. Early Interv Psychiatry. 2009;3:10-8.
20. Sheitman BB, Lee H, Strous R, Lieberman JA. The evaluation and treatment of first-episode psychosis. Schizophr Bull. 1997;23:653-61.
21. Manjunatha N, Saddichha S. Brain imaging in psychiatry--a study of 435 psychiatric in-patients at a university clinic. Acta Psychiatr Scand. 2007;115:492; author reply 492.
22. Lubman DI, Velakoulis D, McGorry PD, Smith DJ, Brewer W, Stuart G, et al. Incidental radiological findings on brain magnetic resonance imaging in first-episode psychosis and chronic schizophrenia. Acta Psychiatr Scand. 2002;106:331-6.
23. Mochcovitch MD, Baczynski TP, Chagas MHC, Papelbaum M, Silva AG, Hallak JEC et al. Primeiro episódio psicótico (PEP): diagnóstico e diagnóstico diferencial [Internet]. 2012 [cited 2014 Nov 19]. http://

EDUARDO SAUERBRONN GOUVEA
CRISTIANO NOTO
BIANCA BONADIA
NATASHA MALO DE SENÇO
ARY GADELHA
RODRIGO A. BRESSAN
QUIRINO CORDEIRO

www.projetodiretrizes.org.br/diretrizes11/primeiro_episodio_psicotico.pdf
24. Khandanpour N, Hoggard N, Connolly DJ. The role of MRI and CT of the brain in first episodes of psychosis. Clin Radiol. 2013;68:245-50.
25. Conrad K. La esquizofrenia incipiente. Madri: Alhambra. 1963.
26. Fridgen GJ, Aston J, Gschwandtner U, Pflueger M, Zimmermann R, Studerus E, et al. Help-seeking and pathways to care in the early stages of psychosis. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2013;48:1033-43.
27. Platz C, Umbricht DS, Cattapan-Ludewig K, Dvorsky D, Arbach D, Brenner HD, et al. Help-seeking pathways in early psychosis. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2006;41:967-74.
28. Kirkpatrick B, Buchanan RW, Ross DE, Carpenter WT Jr. A separate disease within the syndrome of schizophrenia. Arch Gen Psychiatry. 2001;58:165-71.
29. Hovington CL, Bodnar M, Joober R, Malla AK, Lepage M. Identifying persistent negative symptoms in first episode psychosis. BMC Psychiatry. 2012;12:224.
30. Sands JR, Harrow H. Depression during the longitudinal course of schizophrenia. Schizophr Bull. 1999;25:157-71.
31. Addington D, Addington J, Patten S. Depression in people with first-episode schizophrenia. Br J Psychiatry Suppl. 1998;172:90-2.
32. Bottlender R, Strauss A, Moller HJ. Prevalence and background factors of depression in first admitted schizophrenic patients. Acta Psychiatr Scand. 2000;101:153-60.
33. Romm KL, Rossberg JI, Berg AO, Barrett EA, Faerden A, Agartz I, et al. Depression and depressive symptoms in first episode psychosis. J Nerv Ment Dis. 2010;198:67-71.
34. International Early Psychosis Association Writing Group. International clinical practice guidelines for early psychosis. Br J Psychiatry Suppl. 2005;48:s120-4.
35. Robinson D, Woerner MG, Alvir JM, Bilder R, Goldman R, Geisler S, et al. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. Arch Gen Psychiatry. 1999;56:241-7.
36. Robinson DG, Woerner MG, McMeniman M, Mendelowitz A, Bilder RM. Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. Am J Psychiatry. 2004;161:473-9.
37. Jaaskelainen E, Juola P, Hirvonen N, McGrath JJ, Saha S, Isohanni M, et al.A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. Schizophr Bull. 2013;39:1296-306.
38. 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;62:975-83.
39. Birchwood M, Todd P, Jackson C. Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. Br J Psychiatry Suppl. 1998;172:53-9.
40. McGorry PD, Killackey E, Yung A. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. World Psychiatry. 2008;7:148-56.
41. Wiersma D, Nienhuis FJ, Slooff CJ, Giel R. Natural course of schizophrenic disorders: a 15-year followup of a Dutch incidence cohort. Schizophr Bull. 1998;24:75-85.
42. Craig TJ, Ye Q, Bromet EJ. Mortality among first-admission patients with psychosis. Compr Psychiatry.2006;47:246-51.
43. Bjorkenstam C, Björkenstam E, Hjern A, Bodén R, Reutfors J. Suicide in first episode psychosis: a nationwide cohort study. Schizophr Res. 2014;157:1-7.
44. Way BB, Banks S. Clinical factors related to admission and release decisions in psychiatric emergency services. Psychiatr Serv. 2001;52:214-8.
45. Spencer E, Birchwood M, McGovern D. Management of first-episode psychosis. Adv Psychiatr Treat. 2001;7:133-40.
46. Crossley NA, Constante M, McGuire P, Power P. Efficacy of atypical v. typical antipsychotics in the treatment of early psychosis: meta-analysis. Br J Psychiatry. 2010;196:434-9.
47. Zhang JP, Gallego JA, Robinson DG, Malhotra AK, Kane JM, Correll CU. Efficacy and safety of individual second-generation vs. first-generation antipsychotics in first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis. Int J Neuropsychopharmacol. 2013;16:1205-18.
48. Lehman AF, Lieberman JA, Dixon LB, McGlashan TH,

EDUARDO SAUERBRONN GOUVEA[1], CRISTIANO NOTO[2], BIANCA BONADIA[3], NATASHA MALO DE SENÇO[3], ARY GADELHA[4], RODRIGO A. BRESSAN[5], QUIRINO CORDEIRO[6]

[1] Pronto-Socorro e Serviço de Primeiro Episódio Psicótico, Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM), Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP. [2] Serviço de Primeiro Episódio Psicótico, CAISM, Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP. [3] Pronto-Socorro, CAISM, Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP. [4] Programa de Esquizofrenia (PROESQ), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP. [5] Departamento de Psiquiatria, UNIFESP, São Paulo, SP. [6] Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas, Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP. CAISM, Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP. Departamento de Psiquiatria, UNIFESP, São Paulo, SP. Comissão de Emergências Psiquiátricas, ABP.

Miller AL, Perkins DO, et al. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. Am J Psychiatry. 2004;161:1-56.

49. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders [Internet]. 2005 [cited 2014 Nov 19]. https://www.ranzcp.org/Files/Resources/Publications/CPG/Clinician/CPG_Clinician_Full_Schizophrenia-pdf.aspx
50. Cremniter D, Payan C, Meidinger A, Batista G, Fermanian J. Predictors of short-term deterioration and compliance in psychiatric emergency patients: a prospective study of 457 patients referred to the emergency room of a general hospital. Psychiatry Res. 2001;104:49-59.
51. Tohen M, Strakowski SM, Zarate C Jr, Hennen J, Stoll AL, Suppes T, et al. The McLean-Harvard first-episode project: 6-month symptomatic and functional outcome in affective and nonaffective psychosis. Biol Psychiatry. 2000;48:467-76.
52. Whitehorn D, Brown J, Richard J, Rui Q, Kopala L. Multiple dimensions of recovery in early psychosis. Int Rev Psychiatry. 2002;14:273-83.
53. Penn DL, Waldheter EJ, Perkins DO, Mueser KT, Lieberman JA. Psychosocial treatment for first-episode psychosis: a research update. Am J Psychiatry. 2005;162:2220-32.
54. Brietzke E, Araripe Neto AG, Dias A, Mansur RB, Bressan RA. Early intervention in psychosis: a map of clinical and research initiatives in Latin America. Rev Bras Psiquiatr. 2011;33:s213-24.
55. Brasil, Centro Cultural Ministério da Saúde. Caps e outros serviços [Internet]. 2014 [cited 2014 Nov 19]. http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/capsacre.php