



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO**  
**COMPORTAMENTO**

**ISABELA DE FÁTIMA PINA DE ALMEIDA**

**FATORES ASSOCIADOS A MELHORES DESFECHOS NO PRIMEIRO EPISÓDIO**  
**PSICÓTICO**

Recife, 2023

ISABELA DE FÁTIMA PINA DE ALMEIDA

**FATORES ASSOCIADOS A MELHORES DESFECHOS NO PRIMEIRO EPISÓDIO  
PSICÓTICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento.

Área de concentração: Neurociências.

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Machado Tavares

Coorientador: Prof. Dr. Rodrigo Coelho Marques

Recife, 2023

Catálogo na fonte:  
Bibliotecário: Aécio Oberdam, CRB4: 1895

A447f Almeida, Isabela de Fátima Pina de.  
Fatores associados a melhores desfechos no primeiro episódio psicótico / Isabela de Fátima Pina de Almeida – 2023.  
43 p.

Orientador: Leonardo Machado Tavares  
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Recife, 2023.  
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Transtornos psicóticos. 2. Espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. 3. Intervenção médica precoce. Tavares, Leonardo Machado (orientador). II. Título.

616.8 CDD (23.ed.)

UFPE (CCS 2023 - 215)

ISABELA DE FÁTIMA PINA DE ALMEIDA

**FATORES ASSOCIADOS A MELHORES DESEFECHOS NO PRIMEIRO EPISÓDIO  
PSICÓTICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento.  
Área de concentração: Neurociências.

Aprovada em: 26/06/2023

---

Prof. Dr. Leonardo Machado Tavares  
Orientador (UFPE)

---

Prof. Dr. Rodrigo Coelho Marques  
Coorientador (UFPE)

---

Prof. Dr. Murilo Duarte da Costa Lima  
Examinador (UFPE)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Lúcia de Bustamante Simas  
Examinadora (UFPE)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosana Christine Cavalcanti Ximenes  
Examinadora (UFPE)

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por todas as conquistas e felicidades em minha vida.

Gostaria de agradecer à minha família por todo o amor, apoio e encorajamento durante meu caminho pessoal e acadêmico. Sem o suporte deles, esta jornada teria sido muito mais difícil. Agradeço especialmente à minha mãe, Teresa Pina, e à minha avó, Severina Pina, por serem uma fonte constante de inspiração e motivação, e por me ensinarem a importância da perseverança e do trabalho duro.

Agradeço ao meu companheiro e esposo, Rodrigo Santiago, por ser meu porto seguro e fonte de apoio emocional durante meu caminho. Seu amor incondicional, paciência e compreensão foram essenciais para me manter motivada e comprometida em terminar este trabalho. Agradeço por toda a felicidade e amor que trouxe para minha vida, principalmente após o nascimento de nossa filha, Ana Elisa.

Quero agradecer também a toda a minha família estendida, por sua presença e encorajamento constantes. Seus gestos gentis e palavras de apoio foram inestimáveis e sou muito grata por tê-los em minha vida. São meus amigos e a família que ganhei ao longo da minha caminhada: André Correia, Catarina de Moraes, Eveline Brito, Camila Farias, Mayara Barros, Philip Urquiza e Poliana Alcoforado.

Agradeço aos meus professores e mestres ao longo de toda a minha jornada. Foram muitos que passaram pela minha vida, trazendo afeto e conhecimento, além de confiança inabalável nas minhas capacidades intelectuais e acadêmicas. Agradeço aos meus preceptores e colegas da psiquiatria Ezron Maia, Tiago Durães, Tácito Medeiros, Alírio Dantas, Rodrigo Silva, José Brasileiro, Amaury Cantilino, Ângela Gusmão e Murilo Duarte.

Agradeço à banca examinadora da minha qualificação, professores Rosana, Maria Lúcia e Murilo, pela atenção, cuidado e pelo tempo disponibilizados para o aperfeiçoamento deste projeto.

Gostaria de expressar minha gratidão a Leonardo Machado pela orientação, apoio e incentivo durante todo o processo de pesquisa. Sem sua orientação, este trabalho não teria sido possível. Agradeço a confiança e o apoio durante todo esse tempo; seu carinho e amizade me são muito caros.

Agradeço também aos amigos que me ajudaram neste projeto, Aldo e Benjamim.

Por último, gostaria de expressar minha gratidão também a Rodrigo Marques, meu amigo e coorientador desta pesquisa. Seu suporte, incentivo e ensinamentos foram sempre fundamentais para mim.

## RESUMO

A presença de sintomas psicóticos é comum na prática clínica, ocorrendo em diversos transtornos e doenças. A criação de serviços especializados na condução do primeiro episódio psicótico (PEP) tem demonstrado melhores desfechos funcionais e tratamento adequado e rápido para tais condições. Em 2018, foi criado no Hospital das Clínicas da UFPE (HC-UFPE) o ambulatório de PEP. O presente estudo avaliou os dados dos pacientes admitidos no referido ambulatório entre julho de 2018 e julho de 2021, buscando identificar o perfil dos pacientes atendidos, bem como os fatores relacionados a melhores desfechos clínicos. Para isso, foram utilizados dados como uso de substâncias psicoativas, histórico de violência na infância e presença de sintomas de humor, entre outros, referentes a admissão no ambulatório e avaliação após 6 meses de tratamento, tratando-se de um estudo de coorte retrospectiva. Após a coleta de dados e exclusão dos que não preenchiam os critérios, foram incluídos na pesquisa 34 pacientes. A análise estatística descritiva foi realizada através de medidas de média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil, a depender da distribuição de normalidade dos dados, para as variáveis quantitativas contínuas; e do número absoluto/percentagem para as variáveis qualitativas. Para comparação entre os valores da PANSS (escala das síndromes positiva e negativa) nos dois momentos, foi utilizado o teste *t*-pareado, paramétrico. Para avaliação da correlação entre DPNT e resposta ao tratamento com as demais variáveis, foi realizado o teste de correlação de Spearman. Como resultado, 85,3% da amostra foi de homens, com 50% dos pacientes com idade entre 19 e 30 anos, sendo 82% moradores da região metropolitana do Recife. 70% dos pacientes tiveram resposta ao tratamento implementado pelo ambulatório (redução >50% na PANSS), sendo que apenas 30% necessitaram de internamento psiquiátrico ao longo do acompanhamento inicial de 6 meses. Menor tempo de DPNT teve associação com menor probabilidade de internamento psiquiátrico e maior resposta ao tratamento. O uso de SPA não interferiu no prognóstico dos pacientes analisados. Na comparação entre grupos houve redução na pontuação das subescalas PANSS total, geral e positiva, sem alterações estatisticamente significativas na subescala negativa. Diante do exposto, ressaltamos a importância da existência do ambulatório especializado em psicose precoce para garantir desfechos positivos e a recuperação desses pacientes.

**Palavras-chave:** transtornos psicóticos; espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos; intervenção médica precoce.

## ABSTRACT

The presence of psychotic symptoms is common in clinical practice, occurring in various disorders and conditions. The establishment of specialized services for the management of the first-episode psychosis (FEP) has shown improved functional outcomes and timely, appropriate treatment for such conditions. In 2018, the FEP outpatient clinic was created at the Hospital das Clínicas da UFPE (HC-UFPE). The present study evaluated the data of patients admitted to this clinic between July 2018 and July 2021, aiming to identify the profile of the patients treated, as well as factors related to better clinical outcomes. Data collected upon admission to the clinic and assessment after 6 months of treatment were used, including substance use, history of childhood violence, and presence of mood symptoms, among others, in a retrospective cohort study design. After data collection and exclusion of those not meeting the criteria, 34 patients were included in the study. Descriptive statistical analysis was performed using measures of mean and standard deviation or median and interquartile range, depending on the distribution of data normality, for continuous quantitative variables; and absolute number/percentage for qualitative variables. The paired t-test, a parametric test, was used to compare PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) scores at the two time points. Spearman's correlation test was used to evaluate the correlation between duration of untreated psychosis (DUP) and treatment response with other variables. Results showed that 85.3% of the sample consisted of men, with 50% of the patients aged between 19 and 30 years, and 82% residing in the metropolitan region of Recife. 70% of the patients responded to the treatment implemented by the outpatient clinic (reduction >50% in PANSS scores), with only 30% requiring psychiatric hospitalization during the initial 6-month follow-up period. A shorter DUP was associated with a lower likelihood of psychiatric hospitalization and better treatment response. Substance use did not interfere with the prognosis of the analyzed patients. In the comparison between groups, there was a reduction in the scores of the PANSS total, general, and positive subscales, with no statistically significant changes in the negative subscale. In light of the above, we emphasize the importance of the existence of a specialized clinic for early psychosis to ensure positive outcomes and the recovery of these patients.

**Keywords:** psychotic disorders; schizophrenia spectrum and other psychotic disorders; early medical intervention.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

|       |                                          |
|-------|------------------------------------------|
| DPNT  | Duração da psicose não tratada           |
| PANSS | Escala das síndromes positiva e negativa |
| PEP   | Primeiro episódio psicótico              |
| SPA   | Substâncias psicoativas                  |

## SUMÁRIO

|          |                                                                 |           |
|----------|-----------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO</b>                                               | <b>9</b>  |
| 1.1      | CONCEITOS RELACIONADOS AO PRIMEIRO EPISÓDIO PSICÓTICO (PEP)     | 9         |
| 1.2      | DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E ESTABILIDADE DIAGNÓSTICA NO PEP       | 11        |
| 1.3      | PRIMEIRO EPISÓDIO PSICÓTICO E FATORES PREDITIVOS DE PROGNÓSTICO | 13        |
| 1.4      | JUSTIFICATIVA                                                   | 13        |
| 1.5      | HIPÓTESES                                                       | 14        |
| 1.6      | OBJETIVOS                                                       | 14        |
| 1.6.1    | <i>Objetivo geral</i>                                           | 14        |
| 1.6.2    | <i>Objetivos específicos</i>                                    | 14        |
| <b>2</b> | <b>MÉTODOS</b>                                                  | <b>15</b> |
| 2.1      | DELINEAMENTO DA PESQUISA                                        | 15        |
| 2.2      | LOCAL DO ESTUDO                                                 | 15        |
| 2.3      | ACESSO AO AMBULATÓRIO E PROTOCOLO DO SERVIÇO                    | 17        |
| 2.4      | AMOSTRA                                                         | 18        |
| 2.5      | INSTRUMENTOS                                                    | 19        |
| 2.5.1    | <i>Instrumento de extração de dados</i>                         | 19        |
| 2.5.2    | <i>Escala PANSS (escala das síndromes positiva e negativa)</i>  | 19        |
| 2.5.3    | <i>Escala de classificação de mania de Young</i>                | 21        |
| 2.6      | PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS                               | 21        |
| 2.7      | CONSIDERAÇÕES ÉTICAS                                            | 22        |
| <b>3</b> | <b>RESULTADOS</b>                                               | <b>23</b> |
| 3.1      | ANÁLISE DESCRITIVA                                              | 23        |
| 3.2      | ESTUDOS DE CORRELAÇÃO                                           | 24        |
| 3.3      | ESTUDOS DE COMPARAÇÃO ENTRE GRUPOS                              | 26        |
| <b>4</b> | <b>DISCUSSÃO</b>                                                | <b>28</b> |
| <b>5</b> | <b>CONCLUSÃO</b>                                                | <b>32</b> |
|          | <b>REFERÊNCIAS</b>                                              | <b>33</b> |
|          | <b>APÊNDICE A – Questionário da pesquisa</b>                    | <b>36</b> |
|          | <b>ANEXO A – Escala das síndromes positivas e negativas</b>     | <b>40</b> |
|          | <b>ANEXO B – Young Mania Rating Scale</b>                       | <b>41</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 CONCEITOS RELACIONADOS AO PRIMEIRO EPISÓDIO PSICÓTICO (PEP)

A presença de sintomas psicóticos — isto é, alterações da sensopercepção (alucinações), alterações no juízo de realidade (delírios) e alterações do comportamento e da psicomotricidade — é muito comum na prática clínica em diversas doenças psiquiátricas e outras condições médicas gerais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). Os primeiros anos após o início dos sintomas psicóticos, descritos por Bischow como período crítico, são cruciais para que seja realizada uma intervenção adequada para reduzir o risco de incapacidade a longo prazo (BIRCHWOOD; TODD; JACKSON, 1998). Também é comum que haja revisão diagnóstica, seja por mudanças no quadro clínico ou por diagnóstico inicial incorreto (GALE-GRANT *et al.*, 2020).

O conceito de primeiro episódio psicótico (PEP) consiste no surgimento de sintomas psicóticos pela primeira vez no indivíduo e tem sua maior incidência em adultos jovens, acometendo uma população em pleno desenvolvimento de sua vida produtiva (KIM *et al.*, 2011).

Os serviços de saúde mental especializados em PEP têm sido cada vez mais comuns, englobando não apenas a esquizofrenia (principal diagnóstico de transtorno mental primário nessas ocasiões), mas outros tipos de transtornos, como o transtorno bipolar do humor e o transtorno esquizoafetivo. Isso se justifica por, na maioria dos pacientes, o quadro apresentar-se de forma polimorfa e com graus variados de sintomas psicóticos e de outras dimensões psicopatológicas (KIM *et al.*, 2011). O programa implantado em Melbourne, na Austrália, é um dos exemplos pioneiros nessa área. O projeto teve início nos anos 1980 e mostrou-se bastante inovador em prover uma estrutura especializada para atendimento e avaliação, 24 horas por dia, de pacientes em sua primeira crise psicótica (MCGORRY; KILLACKEY; YUNG, 2008). Dados recentes da literatura demonstram a superioridade do tratamento oferecido por serviços de intervenção precoce em PEP em relação ao tratamento usual (CORRELL *et al.*, 2018).

Os serviços que trabalham com esse público utilizam critérios diferentes para definir sua população-alvo, ou seja, definir o que seria o primeiro episódio psicótico. As três categorias mais usadas como definição são: 1) primeiro episódio como sendo o primeiro contato do indivíduo com o serviço; 2) primeiro episódio sendo o que ocorre em uma faixa de tempo de tratamento; e 3) primeiro episódio como sendo o que ocorre em uma faixa de tempo de doença. A maioria dos serviços considera o primeiro episódio psicótico como o aparecimento da

sintomatologia psicótica nos últimos 2 a 5 anos, sem remissão durante esse período. Essa definição é importante por existirem evidências que mostram maior deterioração funcional dos pacientes incluídos nesses critérios (GADELHA; NARDI; SILVA, 2021).

A etiologia multifatorial dos transtornos mentais psicóticos é bem estabelecida, com diversos fatores de risco descritos ao longo do desenvolvimento do indivíduo. História familiar e vulnerabilidade genética, alterações do neurodesenvolvimento, intercorrências obstétricas, experiências traumáticas durante o período da infância, estressores ambientais e uso de substâncias psicoativas, entre outros fatores, são identificados na literatura como importantes fatores de risco (ARAÚJO, 2021). O Quadro 1 traz um sumário dos fatores ambientais associados à psicose.

Quadro 1 – Fatores ambientais associados à psicose de acordo com o período de exposição ao longo do desenvolvimento

| <b>Fatores ambientais /<br/>Exposição</b> | <b>Pré-natal</b> | <b>Perinatal</b> | <b>Infância</b> | <b>Adolescência</b> |
|-------------------------------------------|------------------|------------------|-----------------|---------------------|
| Desnutrição                               | x                |                  |                 |                     |
| Anemia materna                            | x                |                  |                 |                     |
| Metais pesados                            | x                |                  |                 |                     |
| <i>Toxoplasma gondii</i> *                | x                |                  |                 |                     |
| Infecção viral*                           | x                | x                | x               |                     |
| Status de minoria                         | x                | x                | x               | x                   |
| Baixo nível socioeconômico*               | x                | x                | x               | x                   |
| Vitamina D Sérica baixa                   |                  | x                |                 |                     |
| Complicações obstétricas                  |                  | x                |                 |                     |
| Estação do nascimento*                    |                  | x                |                 |                     |
| Prematuridade                             |                  | x                |                 |                     |
| Migração*                                 |                  | x                | x               | x                   |
| Zona urbana*                              |                  | x                | x               | x                   |
| Maus tratos*                              |                  |                  | x               |                     |
| Bullying                                  |                  |                  | x               |                     |
| Trauma cranioencefálico                   |                  |                  | x               | x                   |
| Estimulantes                              |                  |                  | x               | x                   |
| Cannabis*                                 |                  |                  |                 | x                   |
| Tabaco*                                   |                  |                  |                 | x                   |

\*Maior nível de evidência da associação (metanálise ou múltiplos estudos de larga escala); os demais apresentam consistência intermediária (múltiplos estudos pequenos ou forte associação em estudo de alta qualidade).

Fonte: Araújo, 2021.

## 1.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E ESTABILIDADE DIAGNÓSTICA NO PEP

Diversas condições médicas podem ocorrer com sintomas psicóticos, desde transtornos psicóticos primários como a esquizofrenia, transtornos de humor (depressão com sintomas psicóticos e transtorno bipolar) e transtornos delirantes, até sintomas psicóticos por outras condições médicas gerais (como lúpus e doença de Wilson), uso de medicamentos (por exemplo, corticoides) ou transtornos psicóticos induzidos por substâncias psicoativas. Devido a essa enorme variedade de diagnósticos, é sempre fundamental uma avaliação exaustiva e ampla do paciente em PEP. A Figura 1 apresenta um fluxograma para a tomada de decisão no processo de diagnóstico diferencial de PEP, com alguns exemplos de condições médicas gerais, substâncias psicoativas e medicações (ARAÚJO, 2021).

Além dessa variedade de diagnósticos possíveis, devido a sua característica de sintomas flutuantes, polimorfos e sintomas de humor pouco claros, a psicose do PEP pode ser mais vulnerável a alterações diagnósticas ao longo do tempo, em comparação com estágios posteriores da psicose (KIM *et al.*, 2011). Apesar disso, estudos mais recentes mostram uma estabilidade maior no diagnóstico de esquizofrenia e de psicose afetiva. Uma metanálise realizada por Fusar-Poli *et al.* (2016), que englobou 42 estudos, com acompanhamento médio de 4,5 anos, evidenciou uma estabilidade de cerca de 90% no diagnóstico de esquizofrenia e cerca de 80% no de psicose afetiva, além de evidenciar mudanças infrequentes entre as duas categorias diagnósticas. Outros diagnósticos apresentaram uma estabilidade mais baixa, e muitos receberam posteriormente o diagnóstico de esquizofrenia (FUSAR-POLI *et al.*, 2016).

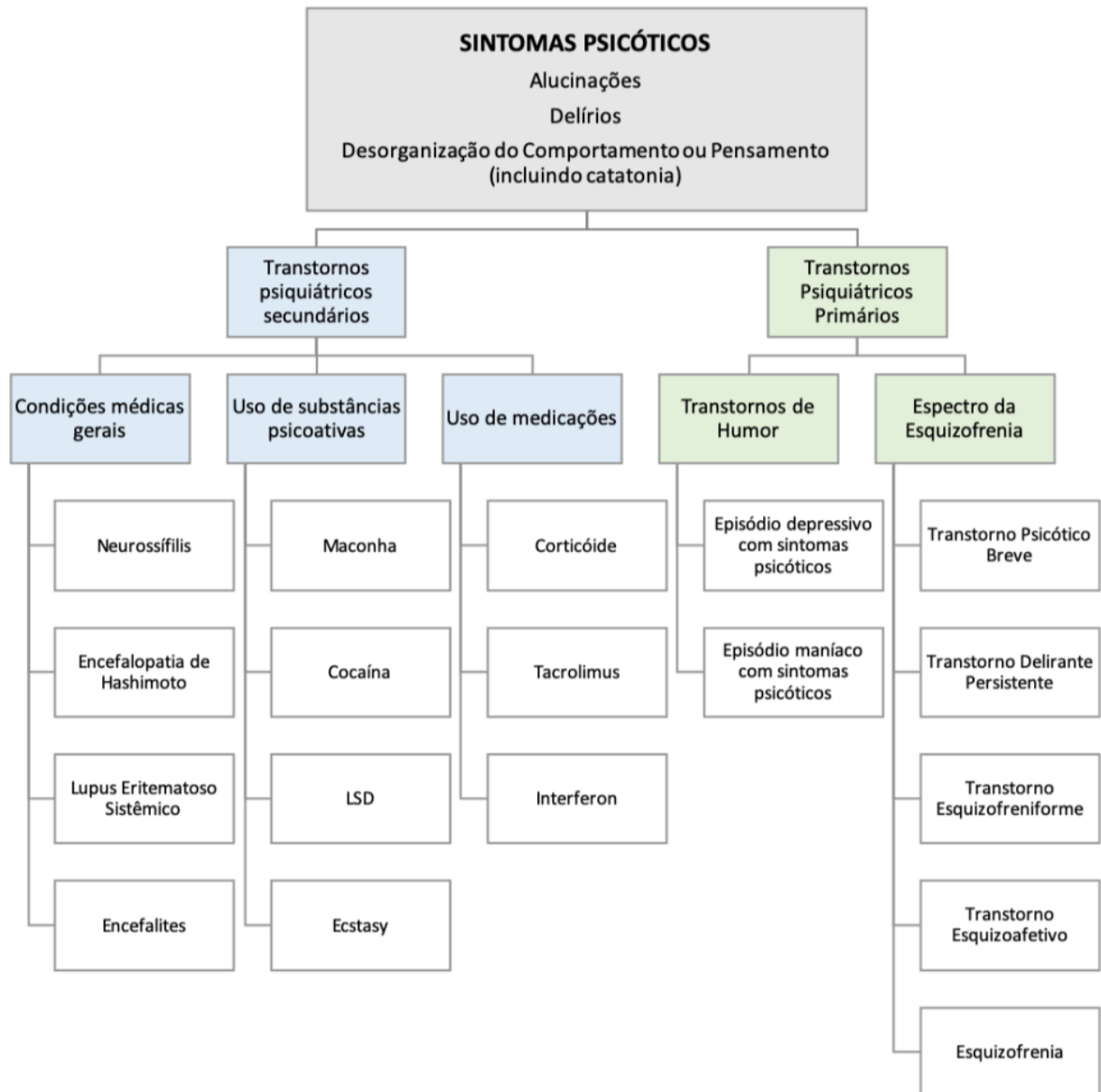
Essa informação é fundamental para o planejamento terapêutico do paciente em questão, tanto para tratamentos médicos como psicossociais. Além disso, a mudança diagnóstica durante o acompanhamento pode influenciar o relacionamento médico-paciente e a adesão do paciente ao tratamento (KIM *et al.*, 2011).

No estudo de Kim *et al.* (2011), o sexo feminino, uma duração de psicose não tratada (DPNT) mais curta, um bom nível de funcionamento prévio e vários sintomas, incluindo mania, foram identificados como associados a uma instabilidade no diagnóstico e mudança de uma psicose não afetiva para afetiva.

Os principais consensos de tratamento no PEP consideram a separação dos pacientes em dois grupos — psicose afetiva e psicose não afetiva — com a finalidade de indicar a melhor condução terapêutica enquanto o diagnóstico não é firmado (TORRENT *et al.*, 2018). Identificar se delírios ou alucinações ocorrem exclusivamente durante um episódio maníaco ou depressivo maior, bem como a gravidade dos sintomas depressivos ou maníacos, ajuda a

distinguir entre psicose afetiva e não afetiva e tem repercussões no tratamento — como a utilização ou não de agentes estabilizadores do humor, por exemplo (EARLY PSYCHOSIS GUIDELINES WRITING GROUP AND EPPIC NATIONAL SUPPORT PROGRAM, 2016).

Figura 1 – Fluxograma do processo de diagnóstico diferencial do primeiro episódio psicótico



Fonte: Araújo, 2021.

### 1.3 PRIMEIRO EPISÓDIO PSICÓTICO E FATORES PREDITIVOS DE PROGNÓSTICO

Diversos fatores estão relacionados a melhores desfechos dos pacientes após o PEP. Alguns dos fatores associados a esses desfechos são a idade de início, a DPNT, os sintomas de apresentação, o processamento cognitivo e o funcionamento visuoespacial (OLIVEIRA, 2019; FUSAR-POLI; MCGORRY; KANE, 2017; HOWES *et al.*, 2021). Uma idade precoce, uma longa DPNT e sintomas negativos na apresentação são preditivos de desfechos desfavoráveis (OLIVEIRA, 2019). Dentre esses, a DPNT, ou seja, o tempo entre o início dos sintomas psicóticos e o primeiro tratamento adequado realizado, apresenta-se como um importante preditor de desfecho clínico independente. Quanto maior a DPNT, mais sintomas totais estarão presentes — em especial os classificados como pertencentes à síndrome psicótica positiva (delírios e alucinações), mas também pior funcionalidade, menor probabilidade de remissão, mais reagudizações e maior custo para o sistema de saúde (CAVALCANTE *et al.*, 2020; FUSAR-POLI; MCGORRY; KANE, 2017; HOWES *et al.*, 2021).

A não adesão à terapêutica medicamentosa e o consumo de substâncias como *cannabis* foram descritos em diversos estudos de *follow-up* como fatores de reincidência e de nova hospitalização (OLIVEIRA, 2019).

### 1.4 JUSTIFICATIVA

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

Os serviços de intervenção precoce, embora tenham forte embasamento na literatura, ainda são escassos no país. Em Pernambuco, o serviço do HC-UFPE é o único desse tipo. Os dados existentes sobre os desfechos após um PEP são, majoritariamente, de países desenvolvidos (CAVALCANTE, 2019). Por isso, é importante que tenhamos dados sobre a população brasileira, no geral, e do Nordeste em particular, para verificar se os desfechos encontrados em outras partes do mundo também teriam validade em nossa população (uma validação externa das outras pesquisas), bem como encontrar possíveis novos desfechos.

Após este projeto inicial, outros deverão ser realizados, avaliando seguimento clínico e desfechos dos pacientes acompanhados.

Além do benefício específico para este ambulatório, a pesquisa fornece dados e informações sobre a população específica do PEP, favorecendo a ampliação do conhecimento científico na área.

## 1.5 HIPÓTESES

- H0: Menor duração da psicose não tratada e ausência de história de uso de substâncias psicoativas não estão significativamente associadas a melhores desfechos clínicos após PEP.
- H1: A duração da psicose não tratada e a história de uso de substâncias psicoativas estão significativamente associadas a melhores desfechos clínicos após PEP.

## 1.6 OBJETIVOS

### 1.6.1 *Objetivo geral*

Verificar quais variáveis estão associadas a melhores desfechos clínicos após PEP, especialmente as variáveis duração de psicose não tratada e uso de substâncias psicoativas.

### 1.6.2 *Objetivos específicos*

- Traçar o perfil epidemiológico da amostra de pacientes do ambulatório do PEP do HC-UFPE;
- Avaliar fatores associados a melhores desfechos no primeiro episódio psicótico por meio da amostra de pacientes do ambulatório do PEP do HC-UFPE, especialmente as variáveis duração de psicose não tratada e uso de substâncias psicoativas.

## 2 MÉTODOS

### 2.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Foi realizada a coleta de dados de prontuários dos pacientes admitidos no ambulatório de primeiro episódio psicótico (PEP) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE).

Foram incluídos todos os pacientes entre 15 e 65 anos admitidos desde julho/2018 até julho/2021. Após recebimento de dados do setor de regulação do hospital, obteve-se um total de 75 pacientes. Foram excluídos os pacientes que não apresentaram informações nos prontuários sobre seguimento e os pacientes fora da faixa etária estipulada.

Para a coleta de dados, tendo em vista que se utilizaram somente dados obtidos a partir do estudo de material já coletado e/ou de investigação de prontuários com as informações referentes aos pacientes, foi solicitada a dispensa do TCLE (termo de consentimento livre e esclarecido). Nesses termos, foram cumpridas todas as diretrizes e normas reguladoras descritas na Resolução CNS nº 466/12 e suas complementares.

O instrumento de coleta foi um questionário elaborado pela mestranda e seu orientador (APÊNDICE A). Os dados coletados foram referentes a dois momentos: admissão (*baseline*) e avaliação após 6 meses de tratamento (*follow-up*). Para maximizar os dados disponíveis em prontuário, as avaliações realizadas entre 4 e 8 meses de tratamento foram consideradas como representativas do resultado em 6 meses. A avaliação da redução de sintomas foi realizada a partir da pontuação da PANSS nos dois momentos, tratando-se, portanto, de uma coorte retrospectiva.

O desfecho clínico positivo (resposta ao tratamento) foi medido pela diminuição de pelo menos 50% na PANSS total inicial (cálculo realizado após subtrair a pontuação mínima de 30 pontos da escala PANSS total) (LEUCHT *et al.*, 2007).

### 2.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Ambulatório de Primeiro Episódio Psicótico (PEP) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE) e no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do Hospital das Clínicas, com a anuência da direção do SAME e da chefia do serviço de psiquiatria para a realização da pesquisa.

A criação do ambulatório do PEP-HC ocorreu em 2018, por iniciativa do Professor Doutor Leonardo Machado e colaboradores. Após cinco anos de funcionamento e diversos pacientes atendidos, foi necessária uma avaliação do perfil dos pacientes do ambulatório, bem como fatores envolvidos nos diversos desfechos clínicos existentes. Após essa avaliação inicial com este projeto, espera-se o aperfeiçoamento da avaliação e condução clínica do ambulatório, promovendo ações de prevenção em saúde mental e buscando intervir, com base em evidências, na história clínica da doença psicótica.

O serviço funciona, atualmente, dentro do programa de residência médica em psiquiatria do HC-UFPE, contando com a participação de quatro médicos psiquiatras e pelo menos três residentes de psiquiatria, recebendo também residentes externos ao programa do HC-UFPE. O programa aceita pacientes de todo o estado de Pernambuco, encaminhados da emergência psiquiátrica (Hospital Ulysses Pernambucano, única emergência do estado), CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) ou ambulatórios de psiquiatria. Os pacientes são admitidos se estiverem no primeiro episódio psicótico (até 1 ano do início dos sintomas psicóticos, sem remissão do quadro) e recebem farmacoterapia visando à redução dos sintomas com efeitos colaterais mínimos. Também são submetidos, conforme necessidade, a uma avaliação da terapia ocupacional, podendo ser encaminhados para os grupos que funcionam semanalmente. O programa enfatiza a psicoeducação para os pacientes e seus familiares, através de grupos mensais liderados por psicólogos e durante os atendimentos médicos. Conta também com o auxílio de uma enfermeira, para orientar os pacientes quanto ao acesso a medicações de alto custo disponíveis nos programas do SUS e para aplicação de medicamentos antipsicóticos injetáveis no próprio ambulatório. No Quadro 2, sintetizamos a formação da equipe multiprofissional do ambulatório.

Quadro 2 – Componentes do ambulatório PEP-HC/UFPE

|                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Atendimento médico psiquiátrico                                                                |
| Avaliação da terapia ocupacional                                                               |
| Grupos de terapia ocupacional                                                                  |
| Avaliação psicológica (dentro de um projeto de extensão do Departamento de Psicologia da UFPE) |
| Grupos de família e pacientes para psicoeducação e orientação parental                         |
| Atendimento em enfermagem                                                                      |
| Ambulatório de medicações injetáveis                                                           |

Fonte: Elaborado pela autora.

O ambulatório já forneceu dados para pesquisas em psicologia cognitiva e terapia ocupacional, com publicações nessas áreas. Porém, ainda não teve publicações na área de psiquiatria.

### 2.3 ACESSO AO AMBULATÓRIO E PROTOCOLO DO SERVIÇO

Os pacientes chegam ao serviço do PEP HC-UFPE através de encaminhamento realizado por médicos que fizeram a avaliação inicial. Os principais locais que encaminham pacientes são os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) e o SEP (Serviço de Emergência Psiquiátrica do Estado de Pernambuco). Também ocorre, com menos frequência, o encaminhamento pela triagem geral realizada no próprio HC-UFPE e por outros ambulatórios de psiquiatria do estado.

Após identificar que o paciente se encontra no primeiro ano do primeiro episódio psicótico, este é admitido no serviço, com a realização de ampla anamnese psiquiátrica e clínica geral, exame mental completo e exame clínico e neurológico sumários. Após discussão entre a equipe, uma hipótese diagnóstica é estabelecida e são solicitados diversos exames laboratoriais (Quadro 3) e ressonância magnética de crânio. Os pacientes e familiares recebem também psicoeducação adequada para o momento e são informados quanto ao plano terapêutico que se seguirá. As avaliações são mais frequentes no início do quadro, tornando-se mais esparsas conforme a melhora da sintomatologia e estabelecimento de diagnóstico adequado. Caso haja suspeita ou confirmação de outra condição médica geral, os pacientes são encaminhados para outros ambulatórios específicos dentro do HC-UFPE. No Quadro 3 constam os exames laboratoriais solicitados na avaliação inicial.

Quadro 3 – Exames laboratoriais solicitados na avaliação inicial no ambulatório PEP HC-UFPE

|                                                 |
|-------------------------------------------------|
| Hemograma                                       |
| Perfil lipídico                                 |
| Glicemia de jejum                               |
| Função tireoideana, renal e hepática            |
| Eletrólitos                                     |
| Vitamina B12, ácido fólico                      |
| Prolactina                                      |
| Sorologias para hepatites virais, HIV e sífilis |

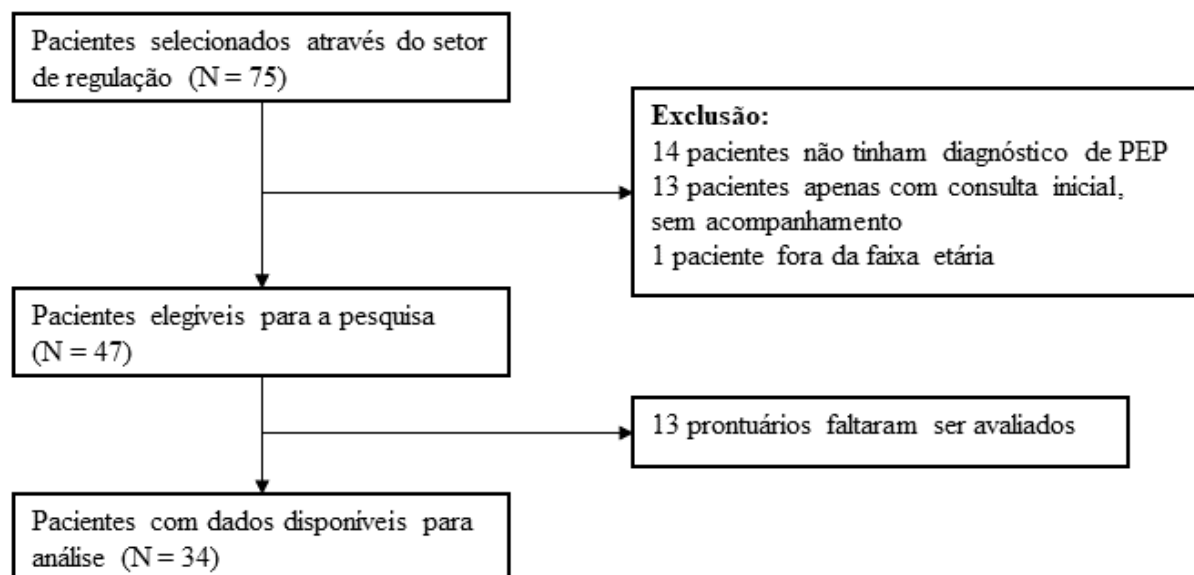
Fonte: Elaborado pela autora.

## 2.4 AMOSTRA

Foram incluídos todos os pacientes entre 15 e 65 anos admitidos no ambulatório do PEP de julho de 2018 a julho de 2021, e que continham em seu prontuário as informações relacionadas aos fatores e desfechos estudados. Os dados disponíveis em prontuário foram fornecidos pelos pacientes e seus familiares. Fatores como duração da psicose não tratada, história de violência na infância, história de uso de substâncias psicoativas, internamento, alterações de neuroimagem, alterações no desenvolvimento neuropsicomotor e presença de sintomas neuropsiquiátricos previamente ao adoecimento foram avaliados na amostra do ambulatório.

O setor de regulação do HC-UFPE forneceu uma lista com nome e prontuário de 75 pacientes marcados para o ambulatório PEP no período descrito. Desses 75, após avaliação dos prontuários, constatou-se que 14 pacientes não tinham diagnóstico compatível com PEP, 1 estava fora da faixa etária (13 anos) e 13 pacientes tiveram apenas a consulta de triagem, sem seguimento. Por problemas na coleta de dados, 13 pacientes faltaram ter seus prontuários avaliados para conclusão da pesquisa. Sendo assim, restaram  $n = 34$  pacientes que entraram nas análises estatísticas realizadas. A Figura 2 sintetiza essas informações.

Figura 2 – Fluxograma de seleção dos dados da amostra atual



Fonte: Elaborada pela autora.

## 2.5 INSTRUMENTOS

### 2.5.1 *Instrumento de extração de dados*

Foi elaborado um instrumento de extração de dados (APÊNDICE A) contendo dados sociodemográficos, história do desenvolvimento neuropsicomotor, determinantes de adesão ao tratamento medicamentosos, história clínica pregressa, história familiar e história do adoecimento atual. Através desse questionário, foi possível coletar informações sobre a duração da psicose não tratada e o uso de substâncias psicoativas (variáveis independentes).

### 2.5.2 *Escala PANSS (escala das síndromes positiva e negativa)*

Para informações sobre resposta ao tratamento, utilizamos a escala PANSS (variável dependente). Com a aplicação dessa escala (ANEXO A), foi possível observar redução da psicopatologia psicótica ao longo do seguimento.

A escala PANSS foi formada pela união dos 18 itens da *Brief Psychiatry Rating Scale* (BPRS) e dos 12 itens adicionais de uma outra escala denominada *Psychopathology Rating Scale* (PSP). A PANSS manteve sua versão original desde sua primeira publicação, em 1987 (KAY; FISZBEIN; OPLER, 1987). Nos anos subsequentes, foram publicados critérios operacionais para definir os 30 sintomas e os escores de cada um dos sete níveis de gravidade da psicopatologia. Os sintomas selecionados estão distribuídos em três subescalas:

Sintomas positivos:

1. Delírios;
2. Desorganização conceitual;
3. Comportamento alucinatório;
4. Excitação;
5. Grandiosidade;
6. Desconfiança;
7. Hostilidade.

Sintomas negativos:

1. Afeto embotado;
2. Retraimento emocional;

3. Contato pobre;
4. Retraimento social passivo/apático;
5. Dificuldade no pensamento abstrato;
6. Falta de espontaneidade e fluência;
7. Pensamento estereotipado.

Psicopatologia geral:

1. Preocupação somática;
2. Ansiedade;
3. Sentimento de culpa;
4. Tensão;
5. Maneirismo e postura;
6. Depressão;
7. Retardo motor;
8. Falta de cooperação;
9. Conteúdo incomum do pensamento;
10. Desorientação;
11. Atenção pobre;
12. Perda do julgamento e *insight*;
13. Distúrbio de volição;
14. Mau controle de impulsos;
15. Preocupação;
16. Esquiva social ativa.

Cada um destes itens apresenta a seguinte estrutura:

1. Definição: descrição psicopatológica do sintoma
2. Base para avaliação: modo pelo qual o sintoma é avaliado: a) durante a entrevista somente; b) somente por meio de informações dos familiares; e c) por ambas as fontes.
3. Avaliação da gravidade: cada nível (1-7) apresenta uma definição ou “âncora”, que avalia a gravidade do sintoma em termos de frequência, intensidade e impacto sobre o comportamento do paciente (FREITAS, 2018; GORENSTEIN; WANG; HUNGERBÜHLER, 2016).

### 2.5.3 Escala de classificação de mania de Young

A escala de classificação de mania de Young (ANEXO B) foi utilizada para avaliar presença de sintomas de humor maníaco na população psicótica estudada, sendo parte do protocolo de avaliação inicial do ambulatório, importante para o diagnóstico diferencial e a diferenciação entre psicose afetiva e não-afetiva.

A Escala de Mania de Young ou Escala de Avaliação de Mania Modificada (EAMm) foi criada em 1978, com o objetivo de detectar sintomas psicopatológicos específicos, quantificar sua gravidade e avaliar as mudanças dessa gravidade ao longo do tempo. Pelo fato dela apresentar bons indicadores psicométricos em seu estudo original, ser de rápida e simples aplicação e abranger os principais sintomas de um episódio maníaco, é considerada o padrão ouro entre as escalas de mania.

No Brasil, na tradução e adaptação para o português realizada por Vilela e Loureiro (2000), foi mantida a estrutura de pontuação da escala original. Porém visando sanar algumas limitações observadas no original, foram acrescentados um roteiro semiestruturado de perguntas-guia, a definição operacional dos itens e um detalhamento mais aprofundado nos pontos de ancoragem, de modo a facilitar sua aplicação sistemática (RECHE, 2019; GORENSTEIN; WANG; HUNGERBÜHLER, 2016).

## 2.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Foi criado um banco de dados do Microsoft Excel do Office 365 Personal. Para análise estatística dos resultados, foi atribuído um nível de significância de 95% ( $p < 0,05$ ) através do software estatístico GraphPad Prism v.8.0.0 para MacOS.

A análise estatística descritiva foi realizada através de medidas de média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil, para dados contínuos paramétricos e não-paramétricos, respectivamente. Foi utilizada a distribuição de frequência (relativa ou absoluta) para apresentar as variáveis categóricas. A normalidade de distribuição foi analisada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov.

As variáveis independentes (sexo, idade, naturalidade, escolaridade, arranjo de vida, diagnóstico, origem do paciente, história de internamento e uso de substâncias psicoativas e condição trabalhista) foram tabuladas com codificação numérica na forma de variáveis categóricas ordinais ou dicotômicas.

Medidas totais e para subescalas da PANSS (variáveis dependentes), realizadas na admissão do paciente e depois de 6 meses, foram comparadas por teste para diferença entre grupos dependentes, escolhendo-se o teste *t*-pareado diante da normalidade dos dados.

A resposta ao tratamento foi medida pela diminuição de pelo menos 50% na PANSS total inicial (cálculo realizado após subtrair a pontuação mínima de 30 pontos da escala PANSS total) e transformada em variável dicotômica: respondedores e não respondedores.

A DPNT foi usada como variável contínua (dados em semanas) ou ordinal (estratificação em 3 categorias usando os percentis 25 e 75 como referências): DPNT  $\leq 4$  semanas, entre 4 e 12 semanas, e  $>12$  semanas.

Para avaliação da correlação entre DPNT ordinal e resposta ao tratamento, assim como para as variáveis independentes, foi realizado o teste de correlação de Spearman. A correlação entre DPNT contínua em semanas e a pontuação da PANSS e subescalas também foi analisada pelo teste de Spearman, pela não normalidade dos dados da DPNT.

## 2.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto preliminar foi submetido à análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas, seguindo todos os trâmites legais necessários para sua realização. O estudo só teve início após a devida aprovação pelo CEP. A pesquisa atendeu às exigências da declaração de Helsinki para pesquisa em seres humanos.

Identificamos os seguintes riscos éticos da pesquisa: estigmatização; divulgação de informações quando houver acesso aos dados de identificação; invasão de privacidade; divulgação de dados confidenciais e risco à segurança dos prontuários. Para mitigar esses riscos, buscamos limitar o acesso aos prontuários apenas pelo tempo, quantidade e qualidade das informações específicas para a pesquisa; garantir a não violação e a integridade dos documentos (danos físicos, cópias, rasuras); assegurar a confidencialidade, a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro. Os dados foram armazenados no computador pessoal da pesquisadora principal.

### 3 RESULTADOS

#### 3.1 ANÁLISE DESCRITIVA

A distribuição das variáveis contínuas foi considerada normal, exceto a DPNT (expressa em semanas). A Tabela 1 mostra a análise descritiva da amostra dos 34 pacientes que continuaram o seguimento após 6 meses. Destacamos que 85,3% da amostra era constituída de homens, com 50% dos pacientes com idade entre 19 e 30 anos, sendo 82% moradores da região metropolitana do Recife. De nossa amostra, 73% dos indivíduos eram solteiros e 47% moravam com os pais. Importante destacar também que cerca de 56% dos pacientes estavam sem ocupação (nem estudo, nem trabalho). A maioria dos pacientes (70%) não teve história de internamento ao longo do acompanhamento.

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas de indivíduos do ambulatório de PEP.

| Variáveis                     | N  | %    |
|-------------------------------|----|------|
| Sexo                          |    |      |
| Masculino                     | 29 | 85,3 |
| Feminino                      | 5  | 14,7 |
| Idade                         |    |      |
| Entre 15-18 anos              | 5  | 14,7 |
| Entre 19-30 anos              | 17 | 50,0 |
| Entre 30-44 anos              | 5  | 14,7 |
| Entre 45-65 anos              | 7  | 20,6 |
| Naturalidade                  |    |      |
| RMR                           | 28 | 82,4 |
| Interior do estado            | 5  | 14,7 |
| Estado Civil                  |    |      |
| Solteiro                      | 25 | 73,5 |
| Casado                        | 7  | 20,6 |
| Divorciado                    | 1  | 2,9  |
| Viúvo                         | 1  | 2,9  |
| Arranjo de vida               |    |      |
| Pais                          | 16 | 47,1 |
| Cônjuges/Filhos               | 9  | 26,5 |
| Irmãos                        | 3  | 8,8  |
| Sozinho (a)                   | 3  | 8,8  |
| Escolaridade                  |    |      |
| Analfabeto                    | 1  | 2,9  |
| Ensino fundamental incompleto | 2  | 5,9  |
| Ensino médio incompleto       | 5  | 14,7 |
| Ensino médio completo         | 20 | 58,8 |
| Ensino superior incompleto    | 4  | 11,8 |
| Ensino superior completo      | 1  | 2,9  |
| Pós-graduação                 | 1  | 2,9  |

|                                                  |    |          |
|--------------------------------------------------|----|----------|
| Condição de trabalho                             |    |          |
| Desempregado                                     | 19 | 55,9     |
| Empregado                                        | 8  | 23,5     |
| Outros                                           | 1  | 2,9      |
| Origem do paciente                               |    |          |
| Emergência                                       | 15 | 44,1     |
| CAPS                                             | 7  | 20,6     |
| Ambulatório/Demanda Espontânea                   | 6  | 17,6     |
| Internamento psiquiátrico                        |    |          |
| Sim                                              | 8  | 23,5     |
| Não                                              | 24 | 70,6     |
| Uso de drogas                                    |    |          |
| Múltiplas                                        | 10 | 29,4     |
| Cannabis                                         | 4  | 11,7     |
| Outros                                           | 7  | 20,6     |
| Sem uso                                          | 6  | 17,6     |
| Diagnóstico                                      |    |          |
| Psicose não-afetiva                              | 13 | 38,2     |
| Psicose afetiva                                  | 10 | 29,4     |
| Induzido por substâncias                         | 4  | 11,7     |
| Outros                                           | 7  | 20,6     |
| <hr/>                                            |    |          |
| DPNT (semanas): mediana [intervalo interquartil] | 30 | 4 [6,25] |

RMR – Região Metropolitana do Recife; CAPS – Centro de Atenção Psicossocial; DNPT – duração da psicose não tratada.

Fonte: Elaborada pela autora.

### 3.2 ESTUDOS DE CORRELAÇÃO

Quanto ao desfecho primário do estudo, todas as análises com DPNT tiveram perda de dados de 4 pacientes, por falta de dados no prontuário.

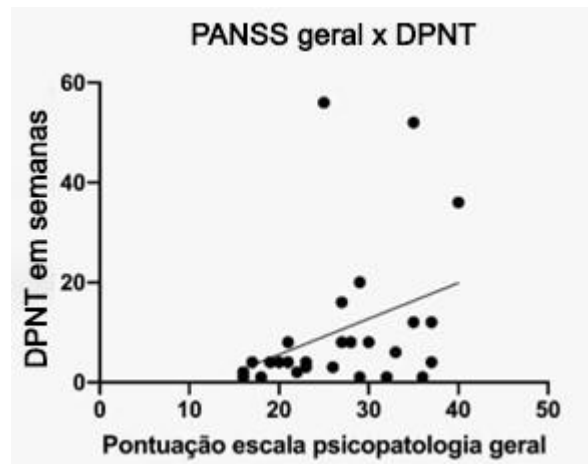
Os estudos de correlação entre DPNT e variáveis independentes apontaram como significativa a associação apenas com o item história de internamento ( $\rho$  de Spearman 0,3989,  $p=0,029$ ). Para as demais variáveis descritas no plano estatístico não foram encontradas correlações — incluindo o uso de substâncias psicoativas, que era uma hipótese do estudo e não se confirmou.

Correlações da DPNT em semanas com variáveis dependentes apontaram significância para uma associação com PANSS geral pós ( $\rho$  de Spearman 0,3963,  $p=0,0301$ ), PANSS total pós ( $\rho$  de Spearman 0,4520,  $p=0,0122$ ) e resposta ao tratamento ( $\rho$  de Spearman 0,3708,  $p=0,0437$ ).

Associações entre resposta ao tratamento e variáveis independentes, incluindo nessa análise os 4 pacientes sem DPNT disponível, não revelaram correlações significativas.

A Figura 3 mostra o *scatterplot* com linha de regressão apresentando a correlação direta moderada entre PANSS geral pós e a DPNT em semanas. A Figura 4 mostra um *heatmap* das principais correlações estudadas, tendo em vista os objetivos do estudo e os achados demonstrados como estatisticamente significativos.

Figura 3 – *Scatterplot* da correlação entre PANSS geral seguimento e DPNT em semanas



DPNT – duração da psicose não tratada, medida em semanas para essa correlação; correlação com pontuação da subescala PANSS geral; PANSS – escala das síndromes positiva e negativa.

Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 4 – *Heatmap* de algumas correlações mais significativas

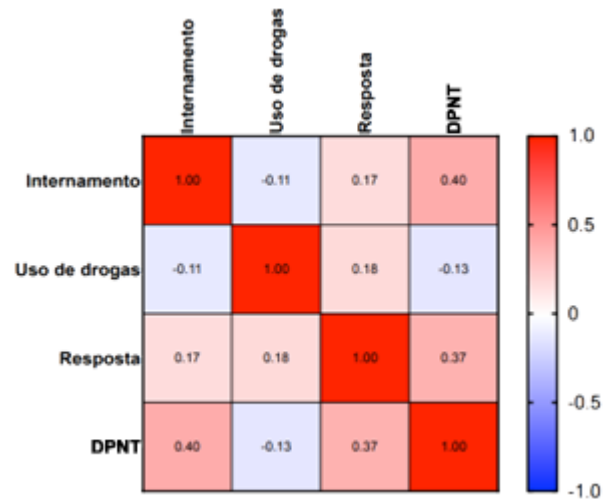


Figura mostrando os valores de  $\rho$  de Spearman. A força da correlação entre as variáveis pode ser interpretada pelas cores, sendo o vermelho uma correlação direta total e o azul uma correlação negativa total. Quanto mais próximo do 0, menor é a correlação.

Fonte: Elaborada pela autora.

### 3.3 ESTUDOS DE COMPARAÇÃO ENTRE GRUPOS

Na análise pré/pós (*baseline x follow-up* 6 meses) da PANSS com a utilização do teste *t*-pareado, houve diferença significativa entre os valores da PANSS geral, PANSS positiva e PANSS total, como pode ser observado na Tabela 2 e na Figura 5. Como esperado, a dimensão negativa apresentou pouca mudança.

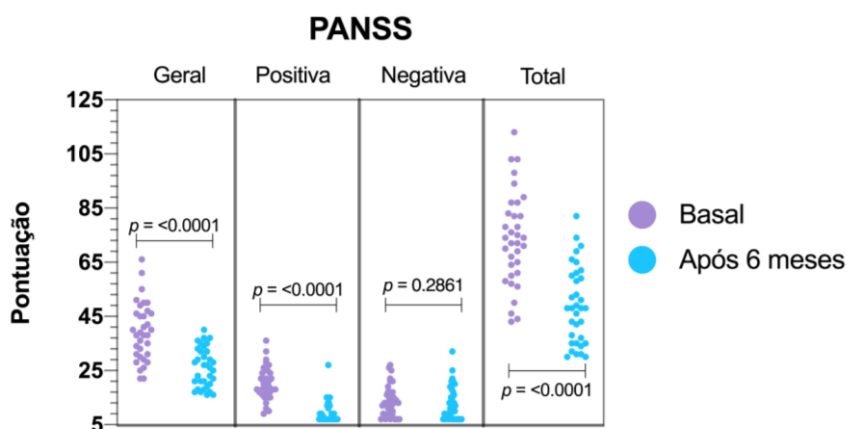
Tabela 2. Análise do teste *t* para a PANSS *baseline* e *follow-up*

| Variáveis         | Linha de base<br>(n=30) | Pós-tratamento<br>(n=30) | Test <i>t</i><br>pareado | P-value |
|-------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|---------|
| PANSS: média [DP] |                         |                          |                          |         |
| Geral             | 39,32 [10,71]           | 26,15 [7,16]             | t=8,534, df=33           | <0,0001 |
| Positiva          | 20,21 [6,07]            | 9,74 [4,29]              | t=10,63, df=33           | <0,0001 |
| Negativa          | 14,03 [5,69]            | 13,06 [6,24]             | t=1,084, df=33           | 0,2861  |
| Total             | 73,56 [17,17]           | 49 [14,2]                | t=10,23, df=33           | <0,0001 |

PANSS - Escala das síndromes positiva e negativa; resultado do teste *t* para as subescalas e PANSS total; média e desvio padrão (dp); valor de  $p < 0,05$  considerado significativo.

Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 5 – Teste *t*-pareado para a PANSS *baseline* e seguimento



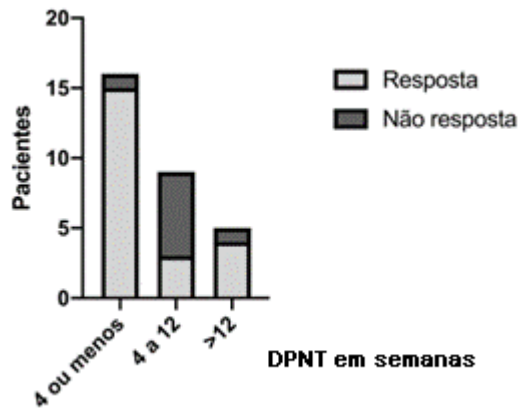
PANSS – Escala das síndromes positiva e negativa; pontuação da escala PANSS total e subescalas no *baseline* e *follow-up*; *p* representa a significância estatística.

Fonte: Elaborada pela autora.

A resposta clínica foi considerada quando houve uma redução da PANSS  $> 50\%$ . Observamos uma quantidade maior de respondedores com a DPNT  $\leq 4$  semanas e  $> 12$  semanas. Em nossa amostra, tivemos boa quantidade de pacientes com resposta ao tratamento (taxa de 70% de resposta). Na Figura 6 evidenciamos a resposta clínica dos pacientes em relação à DPNT estratificada em semanas (DPNT  $\leq 4$  semanas, entre 4 e 12 semanas e  $> 12$  semanas). Na

Figura 7 podemos observar a mudança na pontuação da PANSS (em %) entre os grupos respondedores e não respondedores.

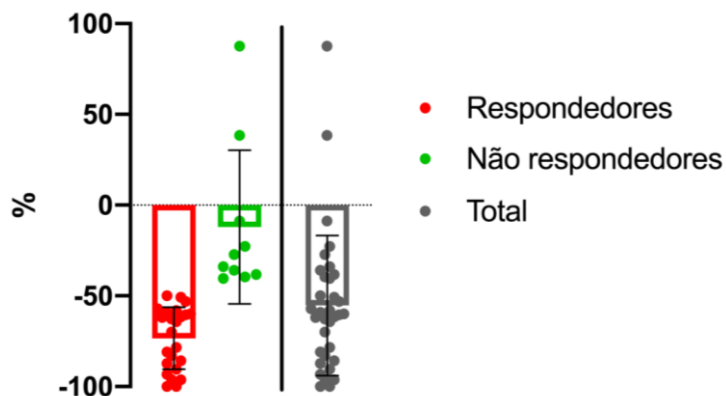
Figura 6 – Resposta dos pacientes em relação à DPNT em semanas



DPNT – duração da psicose não tratada; a figura mostra a quantidade de pacientes que tiveram resposta ao tratamento quando comparados com a DPNT estratificada em semanas.

Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 7 – Mudança da PANSS após 6 meses entre os respondedores e não respondedores



PANSS – Escala das síndromes positiva e negativa; mudança na pontuação da PANSS (em %) entre os pacientes respondedores e não respondedores.

Fonte: Elaborada pela autora.

## 4 DISCUSSÃO

A presente amostra de pacientes atendidos no ambulatório do PEP-UFPE foi constituída em sua maioria por pessoas do sexo masculino (85,3%), com idade entre 19 e 30 anos (50%) e moradores da região metropolitana do Recife (82%). Apenas 17,6% dos pacientes negavam história de uso de alguma substância psicoativa. A maior parte dos pacientes era solteira (73,5%) e morava com os pais (47,1%). Embora a maioria tivesse ensino médio completo (58,8%), apenas 23,5% estavam em algum emprego.

A mediana da DPNT foi de 4 semanas, mas se percebeu uma DPNT bastante variável, com um considerável grau de dispersão (intervalo interquartil de 6,25). Um total de 38,2% dos pacientes tiveram como hipótese diagnóstica inicial um PEP devido a uma psicose não-afetiva. Cerca de 70% dos pacientes tiveram resposta ao tratamento implementado pelo ambulatório (redução >50% na PANSS), sendo que apenas 30% necessitaram de internamento psiquiátrico ao longo do acompanhamento inicial de 6 meses. Menor tempo de DPNT teve associação com menor probabilidade de internamento psiquiátrico e maior resposta ao tratamento (redução >50% na PANSS). O uso de substâncias psicoativas não interferiu no prognóstico dos pacientes analisados.

Em nossa amostra, a grande maioria mora na região metropolitana do Recife, portanto, uma área urbana. Esse dado vem ao encontro da literatura, que evidencia que morar em zona urbana é um fator de risco ambiental para psicose (KAHN *et al.*, 2015; DEL-BEN *et al.*, 2019). Por outro lado, uma vez que a amostra é constituída por pacientes atendidos no único ambulatório especializado em PEP do estado de Pernambuco, este dado pode evidenciar uma desassistência nas regiões mais distantes da capital, ou seja, que não fazem parte da região metropolitana. É possível que muitos pacientes que desenvolvem PEP e que não moram na região metropolitana não recebam cuidado rápido ou adequado.

O fato de a maior parte da amostra ser constituída por pessoas jovens e do gênero masculino também está de acordo com a literatura (DEL-BEN *et al.*, 2019; KIRKBRIDE *et al.*, 2017). As duas principais causas de PEP são esquizofrenia e transtorno bipolar. Essas duas condições tendem a acometer homens em uma proporção um pouco maior do que mulheres, e tendem a acontecer em uma faixa etária mais jovem (DEL-BEN *et al.*, 2019; KIRKBRIDE *et al.*, 2017). A própria faixa etária dos pacientes pode ter contribuído para o fato de grande parte da amostra ainda morar com os pais, ser solteira e não ter filhos, fenômeno de certo modo observado em outros grupos, mesmo sem adoecimento.

Apenas 38,2% dos pacientes da amostra tiveram como hipótese diagnóstica inicial um PEP devido a uma psicose não-afetiva, ou seja, muitos pacientes não tinham a esquizofrenia como principal hipótese diagnóstica. Este é um dado importante, que corrobora a ideia clínica positiva de um diagnóstico sindrômico inicial (o próprio PEP), em vez de um diagnóstico nosológico precoce (DEL-BEN *et al.*, 2010; SHINN *et al.*, 2017). Além disso, destaca-se a importância de avaliar os desfechos do PEP, não só no contexto daqueles pacientes que evoluirão como esquizofrenia, mas também daqueles que evoluirão com outros diagnósticos nosológicos, especialmente transtorno bipolar.

Nossa amostra parece ter se constituído por pessoas que tinham um nível de ajustamento relativamente bom antes do adoecimento, uma vez que a maioria (58,8%) tinha ensino médio completo. Chama atenção, porém, o fato de, apesar do nível de escolaridade considerado bom para a região atendida, apenas 23,5% ter algum emprego. Não sabemos se a perda do emprego foi consequência do PEP em si, ou se algum nível de sintomas prodrômicos interferiu no funcionamento social. Tendo em vista dados disponíveis na literatura (AJNAKINA *et al.*, 2021), é plausível que os dois fatores tenham contribuído para este achado.

Em nossa amostra, o uso de substâncias psicoativas (SPAs) não interferiu no prognóstico dos pacientes. No entanto, deve-se destacar o fato de 82,4% os pacientes usarem alguma SPA, incluindo *cannabis*, ou mesmo fazerem uso de múltiplas SPAs — ou seja, houve uma prevalência muito alta de uso de alguma SPA entre os pacientes da amostra como um todo. É possível que o uso de SPA não tenha interferido no prognóstico dentro dessa amostra, mas tenha se associado ao aumento do risco desta amostra ter desenvolvido psicose em si. Este raciocínio é plausível diante dos dados disponíveis na literatura na atualidade (MARCONI *et al.*, 2016; NIELSEN *et al.*, 2017; HASAN *et al.*, 2020).

Serviços especializados em PEP parecem trazer um impacto positivo no cuidado das pessoas que passam por esse adoecimento (EARLY PSYCHOSIS GUIDELINES WRITING GROUP AND EPPIC NATIONAL SUPPORT PROGRAM, 2016; KANE *et al.*, 2016; PUNTIS *et al.*, 2020; CÔRREA-OLIVEIRA *et al.*, 2022). Corroborando este dado, chama atenção positivamente o fato de 70% dos pacientes da amostra terem respondido ao tratamento implementado pelo ambulatório (redução >50% na PANSS). Além disso, esses serviços especializados podem contribuir para menores taxas de internamento psiquiátrico e, assim, trazer impacto econômico positivo para vários setores da sociedade. Nesse sentido, apenas 30% dos pacientes da amostra necessitaram de internamento psiquiátrico ao longo do acompanhamento inicial de 6 meses. Este é um número que traz esperança no tratamento precoce da psicose e potencialmente pode justificar investimentos nessa área.

Com relação à DPNT, a mediana da DPNT na amostra foi de 4 semanas. Apesar da variabilidade deste número, pode-se considerar o fácil acesso ao ambulatório, bem como a articulação feita com outros serviços, como o serviço de emergência psiquiátrica e o centro de atenção psicossocial, como pontos positivos para uma DPNT relativamente curta. Isso impacta diretamente o sucesso do desfecho clínico e funcional, como evidencia a literatura (SANTESTEBAN-ECHARRI *et al.*, 2017; HOWES *et al.*, 2021; O'KEEFFE *et al.*, 2022) e como mostra nossa pesquisa, uma vez que, em nossa amostra, um menor tempo de DPNT teve associação com menor probabilidade de internamento psiquiátrico e maior resposta ao tratamento (redução >50% na PANSS).

Durante o andamento da pesquisa, diversos problemas se apresentaram como a reestruturação dos prontuários do HC-UFPE, como a chegada do prontuário eletrônico e a digitalização dos prontuários antigos. Além disso, por problemas de saúde o cronograma de coleta de dados não pode ser seguido, necessitando de nova aprovação do Comitê de ética em pesquisa (CEP). Devido a pendências emitidas pelo CEP e por conta do parto e licença-maternidade da mestranda, não foi possível realizar a coleta dos últimos 13 prontuários. Como os dados obtidos com a amostra de 34 pacientes foram considerados satisfatórios pela equipe de pesquisa e banca de qualificação, optou-se por encerrar a pesquisa com essa amostra.

Em relação às dificuldades e limitações da pesquisa em si, a mais significativa foi a falta de informações importantes no prontuário dos pacientes. Informações que julgávamos importantes, como dados sobre violência na infância, foram praticamente inexistentes. Com isso, precisamos mudar a hipótese do trabalho, que incluía este como um desfecho importante. Também existiam poucos dados descrevendo o resultado dos exames de neuroimagem; porém, em um segundo momento, poderíamos resolver essa limitação através do *software* disponível atualmente para os exames de imagem realizados pelos pacientes. Também foi importante a ausência de mais escalas sendo aplicadas durante o acompanhamento dos pacientes, como a Escala de Calgary para depressão em esquizofrenia e a CGI (Escala de Impressão Clínica Global), além de uma escala para avaliar funcionalidade no paciente psicótico, tão importante para avaliar desfechos como qualidade de vida. Utilizaremos essas informações para aperfeiçoar o atendimento do nosso ambulatório e para facilitar a realização de novas pesquisas, através de um cuidado maior com o preenchimento adequado do prontuário.

Por se tratar de um estudo realizado em prontuário em um ambulatório de ensino, muitas vezes a avaliação inicial e as avaliações de seguimento não eram realizadas pelo mesmo indivíduo. Isso pode levar a variações importantes entre os médicos assistentes, inclusive no preenchimento da PANSS e no estabelecimento de hipóteses diagnósticas no seguimento. O

ideal seria a criação de um protocolo de pesquisa em que os mesmos pesquisadores, devidamente treinados na aplicação das referidas escalas, fizessem a avaliação inicial e as avaliações de seguimento. A utilização do instrumento de coleta de dados como um norte para a inclusão de informações em prontuário também facilitaria a realização de pesquisas com maior rigor científico.

O número de pacientes que perderam seguimento e que não tinham diagnóstico de PEP também prejudicou nossa amostra, deixando-a menor do que o esperado inicialmente. Novas pesquisas, com amostras maiores e seguimento prolongado, seriam interessantes.

Como pontos positivos do nosso estudo, podemos destacar que são dados obtidos de uma população pouco estudada — pacientes psicóticos de um serviço público na região Nordeste do Brasil, um país em desenvolvimento. Dados de países mais pobres já são escassos, e em nossa região são praticamente inexistentes, sendo quase toda a literatura do país concentrada em dados da região Sudeste.

## 5 CONCLUSÃO

A presente amostra de pacientes atendidos no ambulatório do PEP-UFPE foi constituída em sua maioria por pessoas do sexo masculino (85,3%), com idade entre 19 e 30 anos (50%), moradoras da região metropolitana do Recife (82%), solteiras (73,5%), morando com os pais (47,1%), com ensino médio completo (58,8%) e desempregadas (76,5%). 38,2% dos pacientes tiveram como hipótese diagnóstica inicial um PEP devido a uma psicose não-afetiva. 70% dos pacientes tiveram resposta ao tratamento implementado pelo ambulatório (redução >50% na PANSS), sendo que apenas 30% necessitaram de internamento psiquiátrico ao longo do acompanhamento inicial de 6 meses. A maioria dos pacientes (82,4%) tinha história de uso de alguma SPA. Apesar disso, o uso dessas substâncias não interferiu no prognóstico dentro da amostra analisada. A mediana da DNPT foi de 4 semanas, sendo que menor tempo de DNPT teve associação com menor probabilidade de internamento psiquiátrico e maior resposta ao tratamento (redução >50% na PANSS).

Diante do exposto, ressaltamos a importância da existência do ambulatório especializado em psicose precoce para garantir desfechos positivos e a recuperação desses pacientes. O acompanhamento desses pacientes e a estruturação da avaliação para todos os pacientes do ambulatório servirá para a obtenção de novos dados e informações dessa população específica no Nordeste, permitindo melhor planejamento e condução desses casos.

## REFERÊNCIAS

- AJNAKINA, O. *et al.* Employment and relationship outcomes in first-episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. **Schizophrenia Research**, v. 231, p. 122-133, maio 2021.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 5. ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
- ARAÚJO, J. M. **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. 2021. 70 f. Dissertação (Mestrado em Medicina). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2021.
- BIRCHWOOD, M.; TODD, P.; JACKSON, C. Early intervention in psychosis. **International Clinical Psychopharmacology**, v. 13, p. S31-S40, jan. 1998.
- CAVALCANTE, D. A. *et al.* Impact of duration of untreated psychosis in short-term response to treatment and outcome in antipsychotic naïve first-episode psychosis. **Early Intervention in Psychiatry**, v. 14, n. 6, p. 677-683, dez. 2020.
- CORRÊA-OLIVEIRA, G. E. *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 Intervention in Psychiatry**, v. 16, n. 7, p. 800-807, 2022.
- CORRELL, C. U. *et al.* Comparison of Early Intervention Services vs Treatment as Usual for Early-Phase Psychosis. **JAMA Psychiatry**, v. 75, n. 6, p. 555, 1 jun. 2018.
- DEL-BEN *et al.* Diagnóstico diferencial de primeiro episódio psicótico: importância da abordagem otimizada nas emergências psiquiátricas. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 32, suppl. 2, out. 2010.
- DEL-BEN, C. M. *et al.* Urbanicity and risk of first-episode psychosis: incidence study in Brazil. **The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science**, v. 215, n. 6, p. 726-729, 2019.
- EARLY PSYCHOSIS GUIDELINES WRITING GROUP AND EPPIC NATIONAL SUPPORT PROGRAM. **Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis**, 2. ed. Melbourne: Orygen, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health, 2016.
- FREITAS, R. R. de. **Avaliação das dimensões psicopatológicas da esquizofrenia resistente e não resistente ao tratamento**: estudo transversal multicêntrico internacional. 2018. 80 f. Dissertação (Mestrado em Ciências). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2018.
- FUSAR-POLI, P. *et al.* Diagnostic Stability of ICD/DSM First Episode Psychosis Diagnoses: Meta-analysis. **Schizophrenia Bulletin**, v. 42, n. 6, p. 1395-1406, 1 nov. 2016.
- FUSAR-POLI, P.; MCGORRY, P. D.; KANE, J. M. Improving outcomes of first-episode psychosis: an overview. **World Psychiatry**, v. 16, n. 3, p. 251-265, 21 set. 2017.

- GADELHA, A.; NARDI, A. E.; SILVA, A. G. (org.). **Esquizofrenia: teoria e clínica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2021. 264 p.
- GALE-GRANT, O. *et al.* Diagnostic stability and outcome after first episode psychosis. **Journal of Mental Health**, v. 30, n. 1, p. 104-112, 22 set. 2020.
- GORENSTEIN, C.; WANG, Y-P.; HUNGERBÜHLER, I. (org.). **Instrumentos de avaliação em saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2016.
- HASAN, A. *et al.* Cannabis use and psychosis: a review of reviews. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**, v. 270, n. 4, p. 403-412, 2020.
- HOWES, O. D. *et al.* The clinical significance of duration of untreated psychosis: an umbrella review and random-effects meta-analysis. **World Psychiatry**, v. 20, n. 1, p. 75-95, 12 jan. 2021.
- KAHN, R. S. *et al.* Schizophrenia. **Nature Reviews Disease Primers**, v. 1, p. 15067, 2015.
- KANE, J. M. *et al.* Comprehensive versus usual community care for first-episode psychosis: 2-year outcomes from the NIMH RAISE early treatment program. **The American Journal of Psychiatry**, v. 173, n. 4, p. 362-372, 2016.
- KAY, S. R.; FISZBEIN, A.; OPLER, L. A. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin**, v. 13, n. 2, p. 261-276, 1 jan. 1987.
- KIM, J. S. *et al.* Diagnostic stability of first-episode psychosis and predictors of diagnostic shift from non-affective psychosis to bipolar disorder: A retrospective evaluation after recurrence. **Psychiatry Research**, v. 188, n. 1, p. 29-33, jun. 2011.
- KIRKBRIDE, J. B. *et al.* The Epidemiology of First-Episode Psychosis in Early Intervention in Psychosis Services: Findings from the Social Epidemiology of Psychoses in East Anglia [SEPEA] Study. **American Journal of Psychiatry**, v. 174, n. 2, p. 143-153, fev. 2017.
- LEUCHT, S. *et al.* Defining “Response” in Antipsychotic Drug Trials: Recommendations for the Use of Scale-Derived Cutoffs. **Neuropsychopharmacology**, v. 32, n. 9, p. 1903-1910, 7 fev. 2007.
- MARCONI, A. *et al.* Meta-analysis of the association between the level of cannabis use and risk of psychosis. **Schizophrenia Bulletin**, v. 42, n. 5, p. 1262-1269, 2016.
- MCGORRY, P. D.; KILLACKEY, E.; YUNG, A. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. **World Psychiatry**, v. 7, n. 3, p. 148-156, out. 2008.
- NIELSEN, S. M. *et al.* Association between alcohol, cannabis, and other illicit substance abuse and risk of developing schizophrenia: a nationwide population-based register study. **Psychological Medicine**, v. 47, n. 9, p. 1668-1677, 7 fev. 2017.
- O’KEEFFE, D. *et al.* 20-Year Prospective, Sequential Follow-Up Study of Heterogeneity in Associations of Duration of Untreated Psychosis with Symptoms, Functioning, and Quality of Life Following First-Episode Psychosis. **American Journal of Psychiatry**, v. 179, n. 4, p. 288-297, 1 abr. 2022.

OLIVEIRA, J. I. M. de. **Primeiro episódio psicótico: fatores de risco, fatores preditivos e diagnóstico diferencial.** 2019. 46 p. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2019.

PUNTIS, S. *et al.* Specialised early intervention teams for recent-onset psychosis. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 11, n. 11, 2 nov. 2020.

RECHE, M. **Avaliação das capacidades psicométricas da Escala de Depressão de Hamilton de seis itens e da Escala de Mania de Bech-Rafaelsen modificada revisada em uma amostra de indivíduos deprimidos com características mistas composta predominantemente por mulheres.** 2019. 132 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

SANTESTEBAN-ECHARRI, O. *et al.* Predictors of functional recovery in first-episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. **Clinical Psychology Review**, v. 58, p. 59-75, dez. 2017.

SHINN, A. K. *et al.* McLean OnTrack: a transdiagnostic program for early intervention in first-episode psychosis. **Early Intervention in Psychiatry**, v. 11, n. 1, p. 83-90, fev. 2017. doi: 10.1111/eip.12299.

TORRENT, C. *et al.* Affective versus non-affective first episode psychoses: A longitudinal study. **J Affect Disord**, v. 238, p. 297-304, 1 out. 2018. doi: 10.1016/j.jad.2018.06.005.

VILELA, J.; LOUREIRO, S. Escala de Avaliação de Mania de Young: Estudo das qualidades psicométricas da versão brasileira. In: GORENTSEIN, C.; ANDRADE, L.; ZUARDI, A. **Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia.** São Paulo: Lemos Editorial, 2000. p. 113-124.

**APÊNDICE A – Questionário da pesquisa****QUESTIONÁRIO DA PESQUISA DE MESTRADO**

(Atendimento inicial e 6 primeiros meses)

IDADE:     ☐ entre 10-14 anos       ☐ entre 15-18 anos       ☐ entre 19-30 anos  
             ☐ entre 30-44 anos       ☐ entre 45 – 65 anos       ☐ maior que 65 anos

NATURALIDADE: ☐ Recife   ☐ RMR   ☐ Interior do Estado   ☐ Outros estados

GÊNERO:   ☐ Homem (Homem cis)   ☐ Mulher (Mulher cis)   ☐ Homem Trans  
             ☐ Mulher Trans   ☐ Não-binário   ☐ Outros   ☐ Prefere não responder

ESTADO CIVIL:   ☐ Solteiro(a)           ☐ Casado(a)       ☐ Divorciado(a)  
                     ☐ União estável       ☐ Outros

MORA COM: ☐ Pais       ☐ Sozinho(a)       ☐ Cônjuges/Filhos       ☐ Amigos

RELIGIÃO: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDADE: ☐ Ensino fundamental completo   ☐ Ensino fundamental incompleto  
☐ Ensino médio completo   ☐ Ensino médio incompleto   ☐ Ensino superior completo  
☐ Ensino superior incompleto   ☐ Pós-graduação

DIFICULDADE NO DESEMPENHO ESCOLAR:   ☐ Sim       ☐ Não

DIFICULDADE NO APRENDIZADO:           ☐ Sim       ☐ Não

REPETÊNCIA NA ESCOLA:                   ☐ Sim       ☐ Não

CONDIÇÃO TRABALHISTA:   ☐ Empregado   ☐ Desempregado   ☐ Informal  
                                 ☐ Autônomo   ☐ Em benefício previdenciário

ORIGEM DO PACIENTE:   ☐ Emergência   ☐ CAPS   ☐ Ambulatório  
                                 ☐ Demanda espontânea

## INTERNAMENTO PSIQUIÁTRICO:

☐ Sim☐ Antes de chegar ao ambulatório☐ Após admissão no ambulatório☐ NãoHISTÓRIA DE VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA: ☐ Negligência ☐ Abuso sexual☐ Abuso físico ☐ Abuso emocionalHISTÓRIA DE TRANSTORNO MENTAL PRÉVIO: ☐ Sim ☐ Não

Qual? \_\_\_\_\_

Presença de alterações pré-mórbidas na personalidade que não fechavam critérios  
diagnósticos para outras condições: ☐ Sim ☐ Não Quais? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_HISTÓRIA DE USO DE SUBSTÂNCIAS: ☐ Álcool ☐ Tabaco ☐ Cannabis☐ Cocaína/Crack ☐ Psicoestimulantes ☐ Psicodélicos

QUANTO TEMPO ESTIMADO EM MESES: \_\_\_\_\_

HISTÓRICO FORENSE: ☐ Sim ☐ Não\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## HISTÓRIA DE EVENTOS NEUROLÓGICOS PRÉVIOS:

☐ TCE leve☐ TCE com desmaio e/ou alteração do nível de consciência, vômitos ou outros  
sinais de alerta☐ Epilepsia☐ Distúrbios do movimento:☐ Outros: \_\_\_\_\_HISTÓRIA DE ALTERAÇÕES NO DNPM: ☐ Não ☐ Sim

---

HISTÓRIA FAMILIAR DE TRANSTORNO MENTAL:

---

Qual(is)?

Em quem?

## SINTOMATOLOGIA Psicótica (vide também escala PANSS)

| ESCALA         | PANSS BASELINE | PANSS APÓS 6 MESES |
|----------------|----------------|--------------------|
| PANSS GERAL    |                |                    |
| PANSS POSITIVA |                |                    |
| PANSS NEGATIVA |                |                    |

## PRESENÇA DE SINTOMAS DE HUMOR (vide escala de Mania):

( ) NÃO ( ) SIM

( ) Na admissão

( ) Ao longo dos primeiros 6 meses

## TEMPO DE DURAÇÃO DA PSICOSE NÃO-TRATADA (DUP):

## TRATAMENTO MEDICAMENTOSO ao longo dos 6 meses

USO DE ANTIPSICÓTICOS: ( ) Haldol ( ) Risperidona  
 ( ) Clorpromazina/Levomepromazina ( ) Quetiapina  
 ( ) Olanzapina ( ) Aripiprazol ( ) Lurasidona  
 ( ) Clozapina ( ) Outros: \_\_\_\_\_

USO DE ESTABILIZADORES DE HUMOR: ( ) Valproato ( ) Lítio  
 ( ) Carbamazepina ( ) Lamotrigina

Quanto tempo em meses:

USO DE BENZODIAZEPÍNICOS: ( ) Sim ( ) Não

Quanto tempo em meses:

USO DE ANTIDEPRESSIVOS:    ( ) ISRS    ( ) ISRN

( ) ADT    ( ) Multi-modais/outros: \_\_\_\_\_

Quanto tempo em meses:

ACHADOS NOS EXAMES DE NEUROIMAGEM: ( ) Sem achados patológicos

( ) Com achados

---

---

---

### ESTABILIDADE DO DIAGNÓSTICO NOS PRIMEIROS SEIS MESES:

Diagnóstico inicial \_\_\_\_\_ Diagnóstico após 6 meses \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO DE OUTRA CONDIÇÃO MÉDICA GERAL:

---

## ANEXO A – Escala das síndromes positivas e negativas

| <u>Escala Positiva</u>            |   |   |   |   |   |   |   |
|-----------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| P1 – Delírios                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| P2 - Desorganização conceitual    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| P3 - Comportamento alucinatório   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| P4 – Excitação                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| P5 – Grandiosidade                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| P6 – Desconfiança e Perseguição   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| P7 – Hostilidade                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <u>Escore da Escala Positiva:</u> |   |   |   |   |   |   |   |

| <u>Escala Negativa</u>                 |   |   |   |   |   |   |   |
|----------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| N1- Embotamento Afetivo                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| N2 - Retraimento emocional             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| N3- Contato pobre                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| N4- Retraimento social passivo/apático | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| N5- Dificuldade pensamento abstrato    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| N6- Falta de espontaneidade e fluência | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| N7- Pensamento estereotipado           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <u>Escore da Escala Negativa:</u>      |   |   |   |   |   |   |   |

| <u>Escala de Psicopatologia Geral</u>  |   |   |   |   |   |   |   |
|----------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| G1 – Preocupação somática              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| G2 – Ansiedade                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| G3 – Culpa                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| G4 – Tensão                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| G5 – Maneirismo/postura                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| G6 – Depressão                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| G7 – Retardo motor                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| G8 – Falta de cooperação               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| G9 – Conteúdo incomum do pensamento    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| G10 – Desorientação                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| G11 – Déficit de atenção               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| G12 – Juízo e crítica                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| G13 – Distúrbio de volição             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| G14 – Mau controle de impulso          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| G15 – Preocupação                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| G16 – Esquiva social ativa             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <u>Escala de psicopatologia Geral:</u> |   |   |   |   |   |   |   |

PANSS total: \_\_\_\_\_

Comentários: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Necessidade de informação suplementar? ( ) Não ( ) Sim

## ANEXO B – Young Mania Rating Scale

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>1. Humor e afeto elevado</b><br/>         Este item compreende uma sensação difusa e prolongada, subjetivamente experimentada e relatada pelo indivíduo, caracterizada por sensação de bem-estar, alegria, otimismo, confiança e ânimo. Pode haver um afeto expansivo, ou seja, uma expressão dos sentimentos exagerada ou sem limites, associada à intensa relação com sentimentos de grandeza (euforia). O humor pode ou não ser congruente ao conteúdo do pensamento.</p>    | <p>(0) Ausência de elevação do humor ou afeto<br/>         (1) Humor ou afeto discreta ou possivelmente aumentados, quando questionado<br/>         (2) Relato subjetivo de elevação clara de humor; mostra-se otimista, autoconfiante, alegre ;afeto apropriado ao conteúdo do pensamento<br/>         (3) Afeto elevado ou inapropriado ao conteúdo do pensamento; jocoso<br/>         (4) Eufórico; risos inadequados, cantando<br/>         (X) Não avaliado</p> |
| <p><b>2. Atividade motora- Energia Aumentadas</b><br/>         Este item compreende a psicomotricidade- e expressão corporal- apresentada pelo paciente, incluindo a sua capacidade em controlá-la, variando desde um grau de normalidade, até um estado de agitação, com atividade motora sem finalidade, não influenciada por estímulos externos. O item compreende ainda o relato subjetivo do paciente, quanto à sensação de energia, ou seja, capacidade de produzir e agir.</p> | <p>(0) Ausente<br/>         (1) Relato subjetivo de aumento da energia ou atividade motora<br/>         (2) Apresenta-se animado ou com gestos aumentados<br/>         (3) Energia excessiva; às vezes, hiperativo; inquieto (mas pode ser acalmado)<br/>         (4) Excitação motora; hiperatividade contínua (não pode ser acalmado)<br/>         (x) Não avaliado</p>                                                                                            |
| <p><b>3. Interesse sexual</b><br/>         Este item compreende idéias e/ou impulsos persistentes relacionados a questões sexuais, incluindo a capacidade do paciente em controlá-los. O interesse sexual pode restringir-se a pensamentos e desejos não concretizados, em geral verbalizados apenas após solicitação, podendo chegar até a um comportamento sexual frenético e desenfreado, sem qualquer controle ou crítica quanto à riscos e normas morais.</p>                    | <p>(0) Normal; sem aumento<br/>         (1) Discreta ou possivelmente aumentado<br/>         (2) Descreve aumento subjetivo, quando questionado<br/>         (3) Conteúdo sexual espontâneo; discurso centrado em questões sexuais; auto-relato de hipersexualidade<br/>         (4) Relato confirmado ou observação direta de comportamento explicitamente sexualizado, pelo entrevistador ou outras pessoas<br/>         (x) Não avaliado</p>                      |
| <p><b>4. Sono</b><br/>         Este item inclui redução ou a falta na capacidade de dormir, e/ou a redução ou falta de necessidade de dormir, para sentir-se bem disposto e ativo.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <p>(0) Não relata diminuição de sono<br/>         (1) Dorme menos que a quantidade normal, cerca de 1 hora a menos do que seu habitual<br/>         (2) Dorme menos que a quantidade normal, mais que 1 hora a menos do que seu habitual<br/>         (3) Relata diminuição da necessidade de sono<br/>         (4) Nega necessidade de sono<br/>         (x) Não avaliado</p>                                                                                       |
| <p><b>5. Irritabilidade</b><br/>         Este item revela a predisposição afetiva para sentimentos/emoções como raiva ou mau-humor apresentados pelo paciente diante de estímulos externos. Inclui baixo limiar à frustração, com reações de ira exagerada, podendo chegar a um estado constante de comportamento desafiador, querelante e hostil.</p>                                                                                                                                | <p>(0) Ausente<br/>         (2) Subjetivamente aumentada<br/>         (4) Irritável em alguns momentos durante a entrevista; episódios recentes (nas últimas 24 horas) de ira ou irritação na enfermaria<br/>         (6) Irritável durante a maior parte da entrevista; ríspido e lacônico o tempo todo<br/>         (8) Hostil; não cooperativo; entrevista impossível<br/>         (x) Não avaliado</p>                                                           |

#### 6. Fala (velocidade e quantidade)

Este item compreende a velocidade e a quantidade do discurso verbal apresentado pelo paciente. Inclui sua capacidade de percebê-lo e controlá-lo, por exemplo, diante de solicitações para que permaneça em silêncio ou permita que o entrevistador fale.

- (0) Sem aumento
- (2) Percebe-se mais falante do que o (2) seu habitual
- (4) Aumento da velocidade ou quantidade da fala em alguns momentos; verborrêico, às vezes (com solicitação, consegue-se interromper a fala)
- (6) Quantidade e velocidade constantemente aumentadas; dificuldade para ser interrompido (não atende a solicitações; fala junto com o entrevistador)
- (8) Fala pressionada, ininterruptível, contínua (ignora a solicitação do entrevistador)
- (x) Não avaliado

#### 7. Linguagem – Distúrbio do Pensamento

Este item refere-se a alterações da forma do pensamento, avaliada pelas construções verbais emitidas pelo paciente. O pensamento pode estar mais ou menos desorganizado, de acordo com a gravidade das alterações formais do pensamento, descritas a seguir:

- Circunstancialidade: fala indireta que demora a atingir o ponto desejado, mas eventualmente vai desde o ponto de origem até o objetivo final, a despeito da superinclusão de detalhes e observações irrelevantes;
- Tangencialidade: incapacidade para manter associações do pensamento dirigidas ao objetivo- o paciente nunca chega do ponto inicial ao objetivo final desejado;
- Fuga de ideias: verbalizações rápidas e contínuas, ou jogos de palavras que produzem uma constante mudança de uma ideia para outra; as ideias tendem a estar conectadas e, mesmo em formas menos graves, podem ser difíceis de ser acompanhadas pelo ouvinte;
- Ecolalia consonante: repetição automática de palavras ou frases, com entonação e forma que produzem efeito sonoro de rima;
- Incoerência: fala ou pensamento essencialmente incompreensíveis aos outros, porque as palavras ou frases são reunidas sem uma conexão com lógica e significado, podendo chegar à incoerência gramatical e à salada de palavras.

- (0) Sem alterações
- (1) Circunstancial; pensamentos rápidos
- (2) Perde objetivos do pensamento; muda de assunto frequentemente; pensamentos muito acelerados
- (3) Fuga de idéias; tangencialidade; dificuldade para acompanhar o pensamento; ecolalia consonante
- (4) Incoerência; comunicação impossível
- (x) Não avaliado

#### 8. Conteúdo

Este item compreende ideias e crenças apresentadas pelo paciente, variando, de acordo com a intensidade, de ideias novas e/ou incomuns ao paciente, ideação supervalorizada (ou seja, crença falsa, intensamente arraigada, porém suscetível à argumentação racional), a delírios (crenças falsas, baseadas em inferências incorretas sobre a realidade, inconsistentes com a inteligência e antecedentes culturais do paciente, e que não podem ser corrigidas pela argumentação). Conteúdos comumente encontrados no paciente maniaco incluem: (1) ideias místicas, de conteúdo religioso, referindo-se à atuação de entidades sobre o paciente, outras pessoas ou fatos; (2) ideias paranóides, i.e., crença de estar sendo molestado, enganado ou perseguido; (3) ideias de grandeza, i.e., concepção exagerada da própria importância, poder ou identidade, incluindo posses materiais, qualidades incomuns e relacionamentos especiais com personalidades famosas ou entidades místicas; (4) ideias de referência, i.e., crença de que o comportamento dos outros tem relação consigo próprio ou de que eventos, objetos ou outras pessoas possuem um significado particular e incomum para si- p.ex., frequentemente acredita que os outros estão falando de si.

- (0) Normal
- (2) Novos interesses e planos compatíveis com a condição sociocultural do paciente, mas questionáveis
- (4) Projetos especiais totalmente incompatíveis com a condição socioeconômica do paciente; hiper-religioso
- (6) Ideias supervalorizadas
- (8) Delírios
- (x) Não avaliado

#### 9. Comportamento disruptivo agressivo

Este item compreende a atitude e as respostas do paciente ao entrevistador e a situação da entrevista. O paciente pode apresentar-se desconfiado ou irônico e sarcástico, mas ainda assim respondendo aos questionamentos, ou então não cooperativo e francamente agressivo, inviabilizando a entrevista.

- (0) Ausente, cooperativo
- (2) Sarcástico; barulhento, às vezes; desconfiado
- (4) Ameaça o entrevistador, gritando; entrevista dificultada
- (6) Agressivo; destrutivo; entrevista impossível
- (x) Não avaliado

---

**10. Aparência**

Este item compreende a apresentação física do paciente, incluindo aspectos de higiene, asseio e modo de vestir-se.

- (0) Arrumado e vestido apropriadamente
- (1) Descuidado minimamente; adornos ou roupas minimamente inadequados ou exagerados
- (2) Precariamente asseado; despenteado moderadamente; vestido com exagero
- (3) Desgrenhado; vestido parcialmente; maquiagem extravagante
- (4) Completamente descuidado; com muitos adornos e adereços; roupas bizarras
- (x) Não avaliado

---

**11. *Insight* (discernimento)**

Este item refere-se ao grau de consciência e compreensão do paciente quanto ao fato de estar doente. Varia tanto de um entendimento adequado (afetivo e intelectual) quanto à presença da doença, passando por concordância apenas diante de argumentação, chegando a uma negação total de sua enfermidade, referindo estar, em seu comportamento, normal e não necessitando de qualquer tratamento.

- (0) *Insight* presente: espontaneamente refere estar doente e concorda com a necessidade de tratamento
- (1) *Insight* duvidoso: com argumentação, admite possível doença e necessidade de tratamento
- (2) *Insight* prejudicado: espontaneamente admite alteração comportamental, mas não a relaciona com a doença, ou discorda da necessidade de tratamento
- (3) *Insight* ausente: com argumentação, admite de forma vaga alteração comportamental, mas não a relaciona com a doença, ou discorda da necessidade de tratamento
- (4) *Insight* ausente: nega a doença, qualquer alteração comportamental e necessidade de tratamento
- (x) Não avaliado

Total: \_\_\_\_\_