

PSIC - Descrição de um Programa de Intervenção Precoce após um Primeiro Episódio Psicótico

Teresa Maia*, Susana Jorge**, Berta Ferreira***, Bárbara Lopes***, Sandra Almeida***, Joana Alexandre***, Luísa Ribeiro****

Resumo:

As autoras descrevem o Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca e após um breve enquadramento teórico sobre a intervenção precoce na psicose e o seu impacto no prognóstico, abordam mais especificamente o Programa PSIC (Programa de intervenção precoce após um primeiro episódio psicótico).

Depois de caracterizarem a amostra inicial, descrevem a evolução dos doentes ao longo das três fases preconizadas para avaliação.

Terminam o artigo, reflectindo sobre as implicações futuras em projectos a desenvolver no Serviço, tendo em consideração os bons níveis de adesão à terapêutica, o baixo número de reinternamentos mas também o declínio do funcionamento psicossocial.

Palavras Chave: Primeiro Episódio Psicótico; Programas de Intervenção.

ABSTRACT:

The authors describe the Fernando Fonseca Psychiatric Department and after a brief theoretic report about Psychosis early intervention and its prognostic implications, describe more specifically the PSIC Program (Early intervention program after a first psychotic episode).

After characterize the initial sample, they describe the patients evolution during the three phases of the Program evaluation.

Finally they present future implications in the development of new projects in this area in the Service, regarding the good therapeutic adherence, the low rate of readmissions and the decrease of Psycho-social level.

Key Words: *First psychotic episode; Interventions approach.*

(I) INTRODUÇÃO

Introdução Geral

O Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca (H.F.F.) foi criado em 1996 e tem como objectivos a promoção da Saúde Mental e o tratamento nas vertentes biológica, psicológica e social dos utentes acima dos 18 anos com perturbações mentais e residentes no Concelho da Amadora e das Freguesias de Queluz, Massamá, Belas e Casal de Cambra do Concelho de Sintra. Esta população caracteriza-se pela existência de graves problemas sócio-económicos, tratando-se de uma zona em franco crescimento habitacional, com bairros muito degradados e graves problemas de inclusão social relacionados com uma grande percentagem de emigrantes (sobretudo oriundos dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa).

De acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde sobre a organização de serviços de saúde mental, procuramos que os cuidados de saúde sejam prestados num meio o menos restritivo possível (preferencialmente a nível da comunidade), de forma a evitar o afastamento dos pacientes do seu meio familiar e a facilitar a sua reinserção social.

A actividade do Serviço decorre a nível hospitalar e comunitário, mantendo-se uma estreita articulação entre as várias unidades que o constituem, de forma a garantir a melhor continuidade de cuidados. No espaço físico do H.F.F. decorrem as

actividades da Unidade Funcional de Psiquiatria de Ligação, do Hospital de Dia e da Unidade de Internamento de Doentes Agudos e o Serviço de Urgência. A nível comunitário, as Equipas da Amadora, Brandoa, Damaia e Queluz constituem a Unidade Funcional Comunitária e estão sediadas nos Centros de Saúde da área onde desenvolvem a sua actividade. Com excepção da Equipa de Queluz que tem a seu cargo 110 000 habitantes, as restantes são responsáveis por 90 000 habitantes. Cada Equipa é constituída por dois Psiquiatras, um Psicólogo, um Técnico de Serviço Social e dois Enfermeiros. A Unidade comunitária dispõe ainda de uma Terapeuta Ocupacional e de um Licenciado em Educação Especial e Reabilitação para as quatro equipas. Estas equipas realizam consultas de psiquiatria, cuidados gerais de enfermagem, avaliações psicológicas, acompanhamentos psicológicos, psicoterapias individuais, familiares e de grupo, administração de medicação *depot*, intervenção social, visitas domiciliárias e grupos psicopedagógicos para familiares de doentes. Regularmente realizam-se, em todas as Equipas Comunitárias, reuniões de articulação com os Clínicos Gerais para formação, discussão e orientação de casos. Para além destas reuniões, existe, sempre que solicitado, uma actividade de Consultadoria com os Médicos de Família.

Tentamos, desde há alguns anos, desenvolver projectos transversais que envolvam as quatro equipas comunitárias, rentabilizando os recursos que dispomos e promovendo cuidados diferenciados a grupos de doentes específicos. Estes projectos con-

sistem em protocolos de boa prática que envolvem as várias unidades do Serviço. Sendo os doentes com Esquizofrenia um dos grupos que nos exige mais cuidados e em que é mais importante o diagnóstico e intervenção precoce de forma a melhorar o seu prognóstico, decidimos elaborar um Programa de Intervenção Precoce após um primeiro episódio psicótico (PSIC) que permitisse rentabilizar os recursos de que dispomos e garantir o melhor nível de cuidados aos novos doentes com psicose. Este programa teve início na Equipa da Brandoa, tendo sido progressivamente adaptado, melhorado e generalizado às outras Equipas.

A intervenção precoce na psicose, a nível da prevenção secundária, tem três áreas mais específicas de intervenção e investigação: a fase pré-psicótica, a duração da psicose não tratada e a avaliação da qualidade do tratamento a implementar.

Na fase pré-psicótica surgem a maioria das limitações psicossociais mas as especificidades do tratamento permanecem difíceis de investigar e aplicar.

A duração da psicose não tratada (DUP) é um alvo mais realista e imediato para as estratégias de detecção e intervenção precoces¹.

Numa primeira análise o conceito de duração da psicose não tratada parece linear, referindo-se a um intervalo de tempo que vai desde o início da psicose ao início do tratamento. Todavia, a sua identificação precisa, em corte transversal, é complexa. Esta dificuldade pode ser devida aos critérios técnicos para definição dos sintomas que caracterizam a psicose (alucinações e delírios ou também desorganização do pensamento formal); à natureza pessoal de

alguns aspectos iniciais dos sintomas psicóticos, o que se traduzirá por uma diferente identificação do início dos sintomas entre o paciente e o observador (o primeiro focalizar-se-à, mais frequentemente, nas alucinações e/ou delírios e, o segundo, nas alterações de comportamento) e limitações associadas à dificuldade de recordar retrospectivamente o ocorrido².

Na literatura existem diferenças significativas em relação ao momento em que termina a DUP. Em alguns estudos considera-se o momento da prescrição e, em outros, o momento em que a terapêutica se torna eficaz. Também surgem desacordos em relação à definição de eficácia da terapêutica. Para alguns autores ocorre às 12 semanas de tratamento com antipsicótico, para outros, às 3 semanas de tratamento. Geralmente estas definições não entram em linha de conta com a adesão à terapêutica por parte do doente².

A intervenção precoce levanta questões éticas e implica uma mobilização de meios e alteração da organização dos serviços, pelo que se torna imprescindível a avaliação dos seus benefícios. A intervenção precoce deve contribuir para uma remissão de sintomas, diminuição da frequência e intensidade das recidivas e prevenção da deterioração psico-social. Deverá ainda alterar o prognóstico heterogéneo mas predominantemente desfavorável da Esquizofrenia³.

Apesar de ainda não estar apurado se a DUP depende e em que grau de variáveis como o funcionamento pré-mórbido e o modo de início e duração dos pródromos, existem evidências que sugerem uma relação inversa entre a DUP e a resposta inicial ao tratamento^{2,3}. É ainda importante

considerar que a DUP e a qualidade do tratamento são dos poucos factores de risco de mau prognóstico potencialmente alteráveis através de estratégias de intervenção precoce, contrastando com a natureza não mutável de factores de risco como o género, os antecedentes familiares, nível educacional, perfil clínico inicial, idade de início dos sintomas psicóticos, funcionamento pré-mórbido e diagnóstico⁴. DUP superior a 1 ano tem sido associado a formas mais severas de Esquizofrenia e a uma remissão de sintomas mais demorada³.

Actualmente não existem evidências claras do impacto da DUP no prognóstico a longo prazo, nomeadamente na predisposição para recidiva de sintomas psicóticos^{2,3}. Os autores defendem que os estudos do prognóstico a longo prazo devem incluir outros indicadores para além da recidiva de sintomas psicóticos. Muitos estudos têm demonstrado que não existe um paralelismo na evolução a longo prazo entre os sintomas positivos, os sintomas negativos e o funcionamento social. Um compromisso neurocognitivo está geralmente mais fortemente relacionado com os níveis da sintomatologia negativa do que com os sintomas psicóticos positivos. Uma hipótese a explorar será a de que, a longo prazo, a DUP poderá estar mais fortemente relacionado com os níveis de sintomatologia negativa, desorganização cognitiva e/ou funcionamento social do que com as recidivas psicóticas².

Na década de 80 verificou-se uma implementação de serviços especializados no primeiro episódio de psicose, particularmente na Austrália e Escandinávia^{5,6}. Desde então, vários projectos nesta área têm surgido, tendo como objectivos a investi-

gação clínica e terapêutica na fase prodrômica e a determinação da eficácia de intervenções para detecção precoce e de boas práticas clínicas após um primeiro surto psicótico.

Descrição do Programa de Intervenção Precoce após o primeiro episódio psicótico

PSIC é um programa focalizado na intervenção comunitária (embora envolva todas as Unidades do Serviço) que se baseia nos seguintes princípios: implementação de um diagnóstico e início de tratamento precoces; tratamento dos sintomas primários com diminuição da comorbilidade secundária; diminuição da frequência e gravidade das recaídas; diminuição do número de doentes em que se perde o contacto após o internamento psiquiátrico; diminuição do número de doentes que abandonam o acompanhamento pela Equipa; diminuição da sobrecarga familiar; promoção do desenvolvimento psicossocial; rentabilização dos recursos humanos e técnicos já existentes e a criação de um conjunto de procedimentos de qualidade e de indicadores que permitam o desenvolvimento, monitorização e avaliação dos cuidados.

O objectivo deste programa é a melhoria do prognóstico dos doentes após um primeiro episódio psicótico mediante a instituição, o mais precocemente possível, de um programa de tratamento ideal.

Os critérios de inclusão são: pacientes de idade inferior a 50 anos com primeiro episódio psicótico e diagnóstico efectuado no Serviço de Psiquiatria do H.F.F. (ambulatório ou internamento) a partir de 1

de Janeiro de 2001 de: Esquizofrenia (CID 10: F20), Perturbação Esquizoafectiva (CID 10: F25), Perturbação Esquizofreniforme (CID 10: F20.8), Perturbação Psicótica Breve (CID 10: F23), Perturbação Delirante (CID 10: F22) ou Perturbação Psicótica SOE (CID 10: F29).

Excluem-se os pacientes que são acompanhados em ambulatório por outras entidades (médico privado ou outro sub-sistema) e pacientes com marcada dependência de substâncias em que esta se torne a problemática principal do doente.

O programa assenta essencialmente em áreas consideradas cruciais para uma melhoria de prognóstico destes pacientes. Estas áreas problema são:

- Optimização da medicação
- Ligação à Equipa
- Adesão ao tratamento
- Aceitação da doença por parte do doente e da família
- Integração familiar
- Reabilitação Psicossocial
- Melhoria da Qualidade dos Cuidados

1 - Procedimento standard

Tendo em consideração as áreas problema e de acordo com o protocolo do PSIC, em todos os doentes deverão ser cumpridos os seguintes procedimentos:

• **Identificação clara, no processo clínico, da inclusão no Programa PSIC**

• **Articulação entre a Unidade de Internamento e a Equipa Comunitária** – se o

primeiro contacto com o doente foi através do seu internamento deverá ocorrer, sempre, a articulação entre a Unidade de Internamento e a Equipa Comunitária que passará a acompanhá-lo após a alta. Semanalmente decorre uma reunião para troca de informações clínicas e sócio-familiares entre o médico do Internamento e a Equipa Comunitária. Veicula-se também o contacto do Enfermeiro e Assistente Social da Equipa Comunitária com o doente durante a permanência na Unidade de Internamento.

• **Consulta de Psiquiatria até 15 dias após a alta** – esta consulta tem como objectivo principal a optimização da medicação e um apoio individual estruturado. O apoio individual, centrado na realidade e no aqui e agora, deve promover a resolução de problemas, a adaptação à psicose, a promoção da auto-estima e a verbalização de sentimentos. Tem também como objectivo evitar e tratar a comorbilidade secundária e o abuso de substâncias. Em relação à medicação, procura-se a utilização da dose mínima eficaz com o objectivo de conseguir o melhor controle dos sintomas com o mínimo de efeitos secundários. O doente tem alta já com indicação da data em que a consulta se irá realizar.

• **Visitas Domiciliárias** – Estas visitas têm como objectivo avaliar a problemática do doente e da sua situação social e familiar de forma a planear a intervenção. Procura-se promover o ensino ao doente e à família, relativamente à doença e à medicação. Os doentes são avaliados sintomaticamente e é administrada medicação sempre que

necessário. Conseguimos, desta forma, evitar reinternamentos, promovendo-se também, a autonomia na toma da medicação. As visitas são realizadas, em geral, pelo Enfermeiro e/ou Assistente Social, acompanhados do Psiquiatra sempre que se justifique. A primeira realiza-se no período de oito dias após a alta do Internamento, sendo a data combinada com o doente e a família. Posteriormente realizam-se visitas domiciliárias sempre que se justifique, como acontece nos casos de não adesão à consulta ou à terapêutica.

• **Grupos Psicopedagógicos para familiares de doentes com um primeiro episódio psicótico e Grupos Psicopedagógicos para familiares de doentes com diagnóstico de Esquizofrenia** – Para vários autores o momento indicado de convocação dos familiares para participação em Reuniões Psicopedagógicas é na Fase Aguda da doença, pois é nesta altura que os familiares se encontram mais motivados para procurar contacto com os técnicos de saúde, procurando informação que lhes sirva de suporte e orientação. Sabe-se também que quanto mais precoce for esta intervenção junto das famílias, melhor será o prognóstico da doença³. Anualmente e desde há três anos, temos realizado um grupo Psicopedagógico para familiares de doentes após um Primeiro Surto Psicótico para as quatro equipas. Realizamos, também, anualmente, Grupos Psicopedagógicos para familiares de doentes já com diagnóstico de Esquizofrenia. Ambos têm como objectivos fornecer informação sobre a doença, diminuir as recaídas, facultar dados à família para a detecção precoce de sin-

tomas de descompensação e formas de articulação com a equipa, melhorar o funcionamento do doente, diminuir o “Family Burden”, melhorar o funcionamento familiar, desfazer estigmas sobre a doença mental, diminuir a culpabilidade dos familiares, permitir o convívio e a partilha de experiências e permitir às famílias perceberem que não estão sós. Estes grupos deverão ocorrer no primeiro ano de doença, têm periodicidade quinzenal com duração de 1 hora e 30 minutos. São grupos abertos em que numa primeira parte há uma apresentação do tema pelos técnicos e posteriormente uma discussão e partilha das experiências por parte dos familiares. Os temas propostos para os grupos do primeiro surto psicótico estão organizados em 7 sessões:

- Apresentação dos participantes, dos objectivos do grupo; Qual o significado de Psicose?
- O Primeiro Surto
- Fases da Doença
- Terapêutica
- O que fazer em caso de Crise
- O ambiente familiar e o doente com Psicose
- Reabilitação.

Como balanço dos grupos ao longo destes anos podemos dizer que os familiares tiveram boa adesão e adquiriram uma sensibilidade maior em relação a alterações do comportamento e sinais de alarme, procurando ajuda mais precocemente junto das equipas, fortalecendo a relação entre a família, o paciente e a equipa.

2 - Procedimentos a implementar de acordo com o projecto terapêutico definido

De acordo com as necessidades individualizadas

pela equipa, o projecto terapêutico destes pacientes pode implicar intervenções em áreas distintas como Terapia Familiar; Reabilitação Psicossocial com encaminhamento para Hospital de Dia, Área de Dia ou Residência; Terapia Ocupacional com treino de Actividades de Vida Diária; Reabilitação Cognitiva; Orientação Profissional ou apoio na integração e manutenção de emprego.

• Terapia Familiar Cognitivo-Comportamental

- Em 2002 quatro técnicos do Serviço realizaram uma formação em Terapia Familiar Comportamental, segundo Falloon, no âmbito de um trabalho de investigação organizado pela Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa e pelo Departamento de Psiquiatria do Hospital de São Francisco Xavier.

Esta forma de intervenção consiste na aplicação de técnicas Cognitivo-Comportamentais ao contexto familiar. É composta por sessões informativas sobre a doença e tratamentos, treino de perícias de comunicação e treino de resolução de problemas.

É feita uma avaliação da família, à qual se segue uma intervenção estruturada mas flexível e adequada às necessidades particulares dos indivíduos e da família. É fornecida informação sobre a doença, sendo treinadas as aptidões de uma forma gradualmente mais complexa.

As sessões têm uma regularidade semanal durante os três primeiros meses, quinzenal nos 6 meses seguintes, tornando-se, posteriormente, mensais. São também promovidas reuniões familiares sem a presença do terapeuta.

A Supervisão é realizada quinzenalmente.

• Reabilitação Psicossocial com encaminhamento para Hospital de Dia, Área de Dia

ou Residência - O Serviço conta, para estes encaminhamentos, com o Hospital de Dia do Serviço e com a Área de Dia e Residência Protegida da IPSS Recomeço, criada por profissionais do Serviço e que funciona perto do Hospital em instalações cedidas pela Câmara Municipal da Amadora. Esta IPSS mantém uma estreita relação com o Serviço.

• **Terapia Ocupacional com treino de Actividades de Vida Diária, Orientação Profissional ou Apoio na integração e manutenção de emprego** – O Serviço dispõe de uma Terapeuta Ocupacional para a Unidade Funcional Comunitária que tem como funções a avaliação das competências e incapacidades dos doentes, o treino de competências sociais de forma a facilitar o processo de integração sócio-profissional/ ocupacional dos utentes e a ampliação do número de contactos com as estruturas da comunidade. Este trabalho pode ser realizado individualmente ou em grupo, no domicílio, no Hospital ou ainda no local de trabalho.

Depois de avaliadas as suas competências e definido um projecto de reintegração ocupacional ou profissional, são realizadas intervenções de forma a melhorar as competências que serão utilizadas posteriormente. Pode haver um acompanhamento no local de trabalho, de forma a facilitar a integração.

Recentemente teve início um Programa de Reabilitação Cognitiva dirigido a alguns doentes e em particular àqueles que apresentam défices a nível das funções executivas, memória e atenção. São utilizadas estratégias de treino das funções

executivas, memória, atenção e treino de resolução de problemas. A abordagem é feita no contexto em que o doente vive habitualmente, de forma a evitar as questões relacionadas com a dificuldade de generalização que, habitualmente, estes doentes têm.

• **Desenvolvimento de contactos com estruturas comunitárias facilitadoras de emprego ou actividades ocupacionais**

Como muitos destes doentes são acompanhados na integração profissional ou sócio-ocupacional isto permite-nos, também, aumentar os contactos com estruturas comunitárias, aumentando a rede de contactos disponíveis.

(II) OBJECTIVOS

O objectivo do programa PSIC é promover a melhoria do prognóstico de doentes após um primeiro episódio psicótico mediante a instituição, o mais precocemente possível, de um programa de tratamento ideal aos doentes residentes na área geográfica pela qual somos responsáveis. Neste trabalho propusemo-nos caracterizar a amostra constituída por estes doentes e a sua evolução ao longo das três fases de seguimento.

(III) METODOLOGIA E DESCRIÇÃO DA AMOSTRA DO PSIC

Seleção da amostra

São incluídos todos os indivíduos que, residindo na nossa área geográfica, contactem com o Serviço no contexto de um primeiro episódio psicótico e desde

que preencham os critérios de inclusão referidos no ponto " Descrição do Programa de Intervenção Precoce após o primeiro episódio psicótico". Estes dados referem-se aos anos de 2001 a 2003.

Fases de avaliação do paciente

O Projecto tem três fases:

I – Fase Aguda – fase que se inicia logo após o diagnóstico e que se prolonga durante os 15 dias seguintes se o seu acompanhamento não requer internamento ou até à alta do internamento se o doente teve que ser internado.

II – Fase de Estabilização – fase que decorre desde o 16º dia após o diagnóstico ou desde a alta do internamento até 6 meses depois.

III – Fase Estável – período que se inicia ao 7º mês de evolução e termina no final do 2º ano de acompanhamento.

Na Fase Aguda o questionário recolhe dados sócio-demográficos, a via de acesso ao protocolo, o perfil de consumo de substâncias antes e após entrada no protocolo, a gravidade dos mesmos (sem consumo, uso ocasional ou recreativo, uso moderado - 1 a 10 vezes por mês, consumo regular - mais de 10 vezes por mês, problema severo – com impacto no funcionamento), o significado etiológico desses consumos, a personalidade prévia de acordo com a avaliação clínica e de acordo com a versão 10 da Classificação Internacional das Doenças (CID-10), a existência de antecedentes familiares a nível psiquiátrico, existência de sintomatologia prodrómica, tempo de evolução desses pródromos, perfil clínico dos sintomas prodrómicos de acordo com os critérios DSM-III-R, idade de início do primeiro episódio psicótico, tempo de evolução dos

sintomas psicóticos sem tratamento ou DUP (período que medeia o início de sintomas psicóticos relatados pelo doente ou percebidos pela família e que se acompanhem de declínio funcional e o início de tratamento com antipsicótico instituído por Psiquiatra do Serviço de Psiquiatria do H.F.F.), duração do internamento quando ocorrido, remissão dos sintomas psicóticos à saída do internamento e hipótese diagnóstica no final da fase aguda.

Na Fase de Estabilização o questionário regista o tipo de tratamento proporcionado, a resistência dos sintomas produtivos ao primeiro antipsicótico, o cumprimento do tratamento, a existência de reinternamentos nesta fase, o tipo e duração do reinternamento, formas de evolução clínica (contínua, episódica com defeito progressivo, episódica com defeito estável, episódica com remissões completas, remissão incompleta, remissão completa, outra forma de evolução⁵), diagnóstico de acordo com a CID-10 no final desta fase, tipo de actividade sócio-ocupacional ou serviço de reinserção profissional que frequente, número de visitas domiciliárias realizadas e o número das que necessitaram da presença de Psiquiatra, número de atendimentos não programados com e sem intervenção de Psiquiatra e tipo de intervenção familiar realizada.

Na Fase Estável o questionário avalia o tipo de tratamento realizado, a eventual resistência dos sintomas produtivos ao antipsicótico instituído, a mudança para um segundo anti-psicótico, o perfil de cumprimento do tratamento, a existência de reinternamentos e o tipo de reinternamento, a duração do reinternamento, a forma de evolução clínica, o diagnóstico no final desta fase, tipo de actividade sócio-ocupacional ou serviço de reinserção profissional que

frequente, número de visitas domiciliárias realizadas e o número das que necessitaram da presença do Psiquiatra, número de atendimentos não programados com e sem intervenção do Psiquiatra e o tipo de intervenção familiar realizada.

Análise Estatística

Para a análise dos dados aplicaram-se as provas descritivas necessárias, utilizando o programa estatístico SPSS.

(IV) RESULTADOS

Durante os três primeiros anos de implementação do PSIC, 27 doentes com primeiro episódio psicótico iniciaram acompanhamento no Serviço de Psiquiatria do H.F.F. 10 pacientes acederam ao protocolo em 2001, 8 em 2002 e 9 em 2003.

Fase Aguda

No quadro 1 discriminam-se os dados sócio-demográficos respeitantes à amostra do PSIC à entrada no protocolo.

Na amostra, 18 sujeitos apresentavam antecedentes de consumo de substâncias. Nos quadros 2 e 3 procede-se à discriminação dos dados referentes ao perfil de consumo de substâncias antes e depois da entrada no protocolo, gravidade dos consumos antes e após entrada no protocolo e os desencadeantes da psicose.

Todos os consumidores de canabinóides encontravam-se no grupo dos doentes com

Esquizofrenia (Paranóide e Hebefrénica).

Retrospectivamente, a avaliação clínica da personalidade prévia, de acordo com a CID-10, não demonstrou qualquer tendência relevante (Quadro 4).

Nos antecedentes familiares há a referir 2 sujeitos com antecedentes familiares de Esquizofrenia, 1 sujeito com antecedentes familiares de Perturbação Afectiva e os restantes sem antecedentes familiares conhecidos.

No quadro 5 discrimina-se, de acordo com o género, a existência de pródromos, a duração dos mesmos e o perfil clínico segundo a versão III-R do Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-III-R).

A duração da psicose não tratada (DUP) é discriminada no quadro 6.

No quadro 7 discrimina-se a via de acesso ao protocolo de acordo com o género.

A duração do internamento e a remissão dos sintomas produtivos na altura da alta do internamento são discriminados no quadro 8.

No quadro 9 discriminam-se os diagnósticos à entrada do protocolo. Durante as restantes fases de avaliação do protocolo e para os doentes que já haviam cumprido essas fases, não se registaram alterações dos diagnósticos colocados inicialmente.

Fase de Estabilização

Dos 27 sujeitos acompanhados de acordo com o pro-

toloco PSIC, 24 encontram-se na fase de estabilização. Destes, 21 são do sexo masculino e 3 do sexo feminino.

No quadro 10 discriminam-se os resultados das variáveis avaliadas nesta fase.

Fase Estável

Dos 27 sujeitos acompanhados de acordo com o protocolo PSIC, 18 encontram-se na fase estável. Destes, 15 são do sexo masculino e 3 do sexo feminino.

No quadro 11 discriminam-se os resultados das variáveis avaliadas nesta fase.

(IV) DISCUSSÃO

Num universo de 380.000 habitantes verificou-se, em 2001, uma incidência de Esquizofrenia de 2,4 por 100.000 habitantes, 1,0 em 2002 e 2,1 em 2003. Estes valores são baixos relativamente ao descrito habitualmente (8), o que se prende com o facto de termos apenas incluído os que recorrem ao nosso serviço e não os que recorrem às outras estruturas psiquiátricas da área.

Fase Aguda

De acordo com o que seria de esperar, existe um predomínio de indivíduos do sexo masculino com, maioritariamente, menos de 34 anos. Há a referir a alta percentagem de doentes de raça negra e de outras nacionalidades, o que se deve aos altos níveis de emigração.

A maioria eram solteiros e viviam ainda com os pais e frequentaram, pelo menos, o 9º ano de escolaridade. Pertenciam, como seria de esperar, a um nível sócio-económico médio e não apresentavam problemas legais.

Existia uma alta percentagem de consumo de substâncias, sobretudo de canabinóides. O predomínio do consumo dessa substância ocorreu nos doentes que apresentavam critérios de diagnóstico para Esquizofrenia. Após a entrada no programa houve uma diminuição do consumo de substâncias de 66,6% dos sujeitos para 25,9%. Este valor correspondeu a consumo de cannabinóides em seis sujeitos e de álcool em um sujeito. Em ambas as fases não se registaram consumos por parte das mulheres.

Em 74% dos casos não se conseguiu estabelecer uma relação entre o consumo de substâncias e o início da sintomatologia psicótica.

Os antecedentes familiares não pareceram relevantes.

Relativamente à Personalidade prévia, não havia predomínio de nenhuma em particular.

Em relação aos pródromos, a maior parte apresentava sintomatologia prodrômica com uma evolução inferior a um ano (considerando-se um intervalo de que varia de mais de 5 anos a uma total ausência de pródromos), constituídos sobretudo por isolamento social (em 51,9% dos doentes), experiências perceptivas invulgares (em 44,4% dos doentes), pensamento mágico (em 40,7%), alterações da iniciativa (25,9%), compromisso funcional marcado (22,2%), afecto aplanado ou inadequado (18,5%), alterações do discurso (18,5%), alterações do comportamento e da higiene (11,1%).

A DUP apresenta valores inferiores a 1 ano para 15 doentes e superior a um ano em 9 doentes. Em 7 doentes a DUP foi inferior a seis semanas.

	Homens (n=22)	Mulheres (n=5)	Total percentual (n=27)
Estado Civil			
Solteiro	20	4	88,9%
Casado ou anteriormente casado	2	1	11,1%
Raça			
Eurocucasiano	15	4	70,4%
Africana	7	1	29,6%
Naturalidade			
Portugal	14	4	66,7%
PALOP	5	1	22,2%
Outra	2	0	7,4%
Escolaridade			
Primária	1	1	7,4%
2º Ciclo	4	0	14,8%
9º Ano	8	2	37%
Complementar	5	1	22,2%
Bacharelato/ Licenciatura	1	1	7,4%
Mestrado/ Doutoramento	0	0	0%
Nível Sócio económico			
Baixo	7	0	25,9%
Médio/Baixo	5	2	25,9%
Médio	8	3	40,7%
Agregado Familiar			
Sozinho	2	0	7,4%
Cônjuge/ Filhos	0	2	7,4%
Pais/ Irmãos	16	3	70,4%
Outros	1	0	3,7%
Recursos Económicos			
Próprios	10	4	51,9%
Família	8	1	33,3%
Pensão/ Reforma / Subsídio	2	0	7,4%

Situação Laboral			
Activo	9	4	48,1%
Incapacidade laboral	1	0	3,7%
Invalidez	0	0	0%
Desempregado	10	0	37%
Estudante	1	1	7,4%
Problemas Legais			
Sim	3	0	11,1%
Não	18	5	85,2%

Quadro 1: Dados sócio - demográficos da amostra do protocolo PSIC.

Contrariamente ao que é habitual, a DUP mais elevada (superior a dois anos) foi encontrada em 5 indivíduos do sexo masculino.

Tiveram acesso ao programa, através do internamento voluntário, 51,9% dos doentes, 40,7% não foram sequer internados e apenas em 7,4% foi necessário o internamento compulsivo.

Em 75% dos doentes internados houve remissão da sintomatologia à saída do internamento, tendo os internamentos, maioritariamente, uma curta duração (inferior a um mês).

Em 19 casos foi feito o Diagnóstico de Esquizofrenia Paranóide e nos restantes foram feitos os diagnósticos de Perturbação Delirante Persistente, Psicose não Orgânica, Esquizofrenia Hebefrénica, Perturbação Esquizofreniforme, Esquizofrenia Simples, Perturbação Psicótica Aguda Transitória.

Em relação à situação laboral, verificou-se, em 13 doentes (48,1%), a existência de emprego regular, 10 (37%) encontravam-se desempregados e dois eram estudantes. Verificou-se ainda que 4 mulheres (80%) tinham emprego regular, havendo

uma estudante.

Fase de Estabilização

Verificou-se uma estabilidade nos diagnósticos comparativamente com a fase inicial.

Relativamente à adesão à medicação, 50 % apresentaram bom cumprimento da medicação, 41,6 % um cumprimento irregular e 8,3 % um mau cumprimento da medicação. Todas as doentes do sexo feminino encontravam-se no grupo com bom cumprimento da medicação.

Decorreram 3 reinternamentos, sendo, um deles, compulsivo e todos eles em indivíduos do sexo masculino.

Todos os doentes haviam iniciado medicação com antipsicóticos atípicos e 16,6% apresentaram resistência ao primeiro antipsicótico prescrito, sendo estes, também, todos do sexo masculino.

Relativamente às formas de evolução há a realçar que 7 (29,2%) dos doentes apresentaram uma

	Homens (n=22)	Mulheres (n=5)	Total percentual (n=27)
Perfil de consumo antes da entrada no protocolo			
Sem consumo	4	5	33,3%
Álcool	2	0	7,4%
Opíáceos	1	0	3,7%
Canabinóides	6	0	22,2%
Alucinogénios	1	0	3,7%
Solventes	1	0	3,7%
Opíáceos + Canabinóides	1	0	3,7%
Álcool + Canabinóides	3	0	11,1%
Álcool + Canabinóides +Cocaína + Estimulantes	2	0	7,4%
Cocaína + Estimulantes + Alucinogénios + Solventes	1	0	3,7%
Gravidade dos consumos antes da entrada no protocolo			
Sem consumo	4	5	33,3%
Uso ocasional (recreativo)	1	0	3,7%
Uso moderado (1 a 10 vezes/mês)	5	0	18,5%
Consumo regular (mais de 10 vezes/mês)	6	0	22,2%
Problema severo (impacto no funcionamento)	4	0	14,8%
Desencadeantes da psicose			
Reactivos a acontecimentos de vida	4	3	25,9%
Tóxicos	7	0	25,9%
Desconhecidos	3	1	14,8%
Ausentes	8	1	33,3%

Quadro 2: Perfil e gravidade do consumo de substâncias antes da entrada no protocolo. Avaliação clínica dos desencadeantes da psicose.

evolução contínua e 7 (29,2%) tiveram remissão completa de sintomas. De referir ainda que, as doentes do sexo feminino que se encontravam nesta fase, apresentaram, em dois casos, remissão completa e num caso remissão incompleta. Em relação à sua situação socio-profissional, 12

doentes (50%) não tinham qualquer actividade sócio-ocupacional ou de reinserção profissional, 9 (37,5%) tinham emprego regular e 2 (8,3%) encontravam-se a realizar curso de Formação Profissional. Todas as mulheres que se encontravam nesta fase tinham emprego regular.

	Homens (n=22)	Mulheres (n=5)	Total percentual (n=27)
Perfil do consumo antes da entrada no protocolo			
Sem consumo	15	5	74,1%
Álcool	1	0	3,7%
Opiáceos	0	0	
Canabinóides	6	0	22,2%
Alucinogénios	0	0	
Solventes	0	0	
Opiáceos + Canabinóides	0	0	
Álcool + Canabinóides	0	0	
Álcool + Canabinóides + Cocaína + Estimulantes	0	0	
Cocaína + Estimulantes + Alucinogénios + Solventes	0	0	
Gravidade dos consumos antes da entrada no protocolo			
Sem consumo	15	5	74,1%
Uso ocasional (recreativo)	2	0	7,4%
Uso moderado (1 a 10 vezes/mês)	2	0	7,4%
Consumo regular (mais de 10 vezes/mês)	2	0	7,4%
Problema severo (impacto no funcionamento)	1	0	3,7%

Quadro 3: Perfil e gravidade dos consumos de substâncias após entrada no protocolo.

Em relação à abordagem terapêutica, é de realçar que em 15 dos sujeitos foram realizadas 3 visitas domiciliárias nesta fase e não houve a necessidade de altas percentagens de consultas não programadas com Enfermeiros ou Psiquiatras.

Em 12 dos sujeitos realizaram-se intervenções familiares em consulta, em 6 essa intervenção foi realizada em grupos psico-educacionais e num dos casos através de Terapia Familiar Cognitivo-Comportamental.

Fase Estável

Nesta fase todos os doentes faziam medicação com antipsicóticos atípicos e em 5 verificou-se resistência à medicação prescrita, tendo sido necessário proceder à alteração para um segundo antipsicótico. Em dois destes doentes houve ainda manutenção da sintomatologia psicótica mesmo com o segundo antipsicótico. No grupo dos doentes resistentes à medicação não se incluía nenhuma mulher.

Persolalidade prévia (CID -10)	Homens (n=22)	Mulheres (n=5)
Paranóide	1	0
Esquizóide	2	1
Antissocial	2	0
Instável / Impulsiva	1	0
Instável / Limite	2	0
Histriónica	0	1
Ansiosa	1	1
Dependente	1	1
Sem especificação	9	1

Quadro 4: Avaliação clínica retrospectiva do perfil da personalidade de acordo com a CID - 10.

Em 44,4% dos casos houve bom cumprimento da medicação, em 38,9% cumprimento irregular e em 16,7% mau cumprimento. Nesta fase 33,3% (1 doente) das mulheres começaram a apresentar um cumprimento irregular da medicação e também em 33,3 destas (1 doente), registou-se incumprimento. Decorreram 5 internamentos dos quais 1 foi compulsivo.

A situação profissional agravou-se com apenas 22,2% com emprego regular. 66,7% dos doentes estavam desempregados ou desocupados, 5,6 % em Formação Profissional e 5,6 % em Hospital de Dia. Nesta fase só 33,3 % das mulheres (1 de 3) estavam empregadas.

Em 50 % não se registaram atendimentos não programados. Verificou-se uma diminuição percentual das visitas domiciliárias sendo que nas mulheres não se registaram visitas domiciliárias.

Observou-se uma alta percentagem de intervenções

familiares, tendo decorrido em Consulta para 10 dos sujeitos, em Grupos Psicoeducacionais para 4 sujeitos e em Terapia Familiar Cognitivo-Comportamental num dos casos.

(V) CONCLUSÕES

Propusemo-nos, neste trabalho, descrever, ao longo das três fases do protocolo, o Programa PSIC e caracterizar os doentes que nele estão integrados. O nosso principal objectivo é implementar e melhorar uma prática e não avaliar a sua eficácia comparativamente a doentes fora do programa.

Apesar da amostra ser ainda pequena, é possível elaborar conclusões que deverão orientar a nossa prática clínica e futuras linhas de investigação.

Em 51,8% da amostra a DUP foi inferior a seis meses. Pensamos que isto se possa dever, por um lado, ao facto de ser difícil definir a altura de início

	Homens (n=22)	Mulheres (n=5)	Total percentual (n=27)
Pródromos			
Sim	16	4	74,1%
Não	3	1	14,8%
Duração dos pródromos			
Sem pródromos	3	1	14,8%
Inferior a 1 ano	7	4	40,7%
1-3 anos	4	0	14,8%
3-5 anos	3	0	11,1%
Superior a 5 anos	2	0	7,4%
Sintomas pródromicos evidenciados			
Pensamento mágico	Sim 8 Não 10	3 2	40,7% 44,4%
Experiências perceptivas invulgares	Sim 11 Não 7	1 4	44,4% 44,4%
Isolamento social	Sim 11 Não 7	3 2	51,9% 33,3%
Compromisso funcional marcado	Sim 4 Não 11	2 3	22,2% 63%
Afecto aplanado ou inadequado	Sim 3 Não 15	2 3	18,5% 66,7%
Discurso desagregado, vago, circunstancial, sobre-elaborado, pobre ou sem conteúdo	Sim 3 Não 15	2 3	18,5% 66,7%
Marcada falta de iniciativa ou energia	Sim 4 Não 14	3 2	25,9% 59,3%
Comportamento marcadamente peculiar	Sim 2 Não 16	0 5	7,4% 77,8%
Compromisso marcado da higiene pessoal	Sim 3 Não 15	0 5	11,1% 74,1%

Quadro 5: Presença de pródromos, duração e perfil clínico dos pródromos segundo a DSM III-R .

DUP	Homens (n=22)	Mulheres (n=5)	Total percentual (n=27)
Inferior a 6 semanas	4	3	25,9%
De 6 a 12 semanas	4	0	14,8%
De 3 a 6 meses	2	1	11,1%
De 6 meses a 1 ano	1	0	14,3%
De 1 a 2 anos	3	1	14,8%
Superior a 2 anos	5	0	18,5%

Quadro 6: Duração da psicose não tratada.

Via de acesso ao protocolo	Homens (n=22)	Mulheres (n=5)	Total percentual (n=27)
Consulta	9	2	40,7%
Internamento voluntário	11	3	51,9%
Internamento compulsivo	2	0	7,4%

Quadro 7: Via de acesso ao protocolo.

	Homens (n=13)	Mulheres (n=3)	Total percentual (n=16)
Duração do internamento			
< 1 mês	10	3	81,3%
1-3 meses	3	0	18,8%
Remissão dos sintomas produtivos à saída do internamento			
Sim	10	2	75%
Não	3	1	25%

Quadro 8: Duração do internamento e remissão dos sintomas produtivos aquando da alta do internamento.

Diagnóstico clínico (CID-10/ DSM-IV)	Homens (n=22)	Mulheres (n=5)	Total percentual (n=27)
Esquizofrenia			
Paranóide	16	3	70,4%
Hebelfrênica	1		3,7%
Simples	1		3,7%
Perturbação Esquizofreniforme	1		3,7%
Perturbação Delirante Persistente	1	1	7,4%
Psicose Aguda e Transitória		1	3,7%
Psicose não orgânica não especificada	2		7,4%

Quadro 9: Diagnósticos CID-10 ou DSM-IV à entrada e durante a evolução do protocolo.

da sintomatologia mas também ao facto de haver, na realidade, um fácil acesso ou encaminhamento para o nosso Serviço pelas várias estruturas da área pela qual somos responsáveis.

A adesão ao seguimento demonstrou-se boa em cerca de metade da amostra, havendo uma ligeira diminuição na Fase Estável, devendo ser tido em consideração que os 27 doentes da amostra inicial ainda não cumpriram as três fases. Nenhum dos doentes abandonou o programa.

Na Fase de Estabilização 87,5% da amostra não teve reinternamentos, enquanto que na Fase Estável esta percentagem diminuiu para 72,2%. Dos 3 internamentos da Fase de Estabilização só um deles foi compulsivo. Na Fase Estável verificaram-se 4 internamentos em que só um foi compulsivo. Nenhuma das mulheres foi reinternada. Estes valores ocorreram com uma percentagem de 27,8% de doentes

resistentes à medicação, sendo que, em 2 (11,1%), a resistência à medicação persistiu apesar da instituição de novo antipsicótico.

Estes dados apontam para o interesse deste tipo de abordagem no aumento da adesão ao seguimento e à medicação mas também para a necessidade de melhorar e de estruturar novas formas de intervenção.

Observamos que, com o tempo, existe um declínio da situação profissional/ocupacional dos doentes, registando-se uma diminuição da percentagem de ocupação ou emprego estável e remunerado. No início do protocolo 48,1% tinham um emprego estável, valor que decresce para 22,2% na Fase Estável. No grupo das mulheres, apesar de estas apresentarem bons índices de adesão à medicação, ausência de reinternamentos e ausência de resistência à medicação, também se verificou um

	Homens (n=21)	Mulheres (n=3)	Total percentual (n=24)
Tipo de Tratamento			
Antipsicóticos atípicos	20	3	95,8%
Antipsicóticos + Psicoterapia	1	0	4,2%
Resistência ao 1º antipsicótico			
Sim	4	0	16,6%
Não	16	3	79%
Cumprimento do tratamento			
Bom	9	3	50%
Irregular	10	0	41,6%
Incumprimento	2	0	8,3%
Reinternamentos			
Sim	3	0	12,5%
Não	18	3	87,5%
Tipo de reinternamento			
Voluntário	2	0	8,3%
Compulsivo	1	0	4,2%
Duração do reinternamento			
Menos de 1 mês	3	0	12,5%
Entre 1 a 3 meses	0	0	
Mais de 3 meses	0	0	
Formas de evolução			
Contínua	7	0	29,2%
Episódica com defeito progressivo	2	0	8,3%
Episódica com defeito estável	4	0	16,7%
Episódica com remissões completas	1	3	4,2%
Remissão incompleta	2	0	12,5%
Remissão completa	5	0	29,2%

PSIC - Descrição de um Programa de Intervenção Precoce após um Primeiro Episódio Psicótico

Actividade sócio ocupacional ou reinserção profissional			
Nenhuma	12	0	50%
Fórum	0	0	
Centro de Dia	0	0	
Emprego regular	6	3	37,5%
Emprego protegido	0	0	
Curso de Formação Profissional	2	0	8,3%
Nº de visitas domiciliárias (VD) realizadas			
Nenhuma	6	1	29,2%
Até 3	13	2	62,5%
Mais de 3	1	0	4,2%
Em alguma das VD foi necessária a presença da Psiquiatra			
Sim	2	0	8,3%
Não	12	3	62,5%
Nº de atendimentos não programados com a intervenção do Psiquiatra			
Nenhum	11	2	54,2%
Até 10	8	0	33,3%
Mais de 10	0	0	
Intervenção familiar realizada			
Unicamente em consulta	11	1	50%
Grupos familiares psicoeducacionais	5	1	25%
Intervenção familiar cognitivo-comportamental	1	0	4,2%

Quadro 10: Resultados das variáveis da fase de estabilização.

	Homens (n=15)	Mulheres (n=3)	Total percentual (n=18)
Tipo de Tratamento			
Antipsicóticos atípicos	14	3	94,4%
Antipsicóticos + Psicoterapia	1	0	5,5%
Resistência dos sintomas produtivos ao antipsicótico			
Sim	5	0	27,8%
Não	10	3	72,2%
Mudança para 2º antipsicótico			
Sim	5	0	27,8%
Não	10	3	72,2%
Manutenção dos sintomas produtivos com o 2º antipsicótico			
Sim	2	-	11,1%
Não	3	-	16,7%
Cumprimento do tratamento			
Bom	7	1	44,4%
Irregular	6	1	38,9%
Incumprimento	2	1	16,7%
Reinternamentos			
Sim	5	0	27,8%
Não	10	3	72,2%
Tipo de reinternamento			
Voluntário	4	0	22,2%
Compulsivo	1	0	5,6%
Duração do reinternamento			
Menos de 1 mês	4	0	22,2%
Entre 1 a 3 meses	1	0	5,6%
Mais de 3 meses	0	0	

Formas de evolução			
Contínua	6	1	38,9%
Episódica com defeito progressivo	2	0	11,1%
Episódica com defeito estável	2	2	22,2%
Episódica com remissões completas	1	0	5,6%
Remissão incompleta	1	0	5,6%
Remissão completa	3	0	16,7%
Actividade sócio-ocupacional ou reinserção profissional			
Nenhuma	10	2	66,7%
Hospital de Dia	1	0	5,6%
Fórum	0	0	
Centro de Dia	0	0	
Emprego regular	3	1	22,2%
Emprego protegido	0	0	
Curso de Formação Profissional	1	0	5,6%
Nº de visitas domiciliárias (VD) realizadas			
Nenhuma	9	3	66,7%
Até 3	5	0	27,8%
Mais de 3	1	0	5,6%
Em alguma das VD foi necessária a presença da Psiquiatra			
Sim	0	0	
Não	15	3	100%
Nº de atendimentos não programados			
Nenhum	8	1	50%
Até 10	6	2	44,4%
Mais de 10	0	0	

Nº de atendimentos não programados com a intervenção do Psiquiatra			
Nenhum	1	1	11,1%
Até 10	5	1	33,3%
Mais de 10	0	0	
Intervenção familiar realizada			
Unicamente em consulta	7	3	55,6%
Grupos familiares psicoeducacionais	4	0	22,2%
Intervenção familiar cognitivo-comportamental	1	0	5,6%

Quadro 11: Resultados das variáveis da fase estável.

decréscimo na percentagem das que tinham um emprego estável.

O decréscimo do funcionamento psicossocial poderá estar relacionado com o agravamento da sintomatologia inerente à própria doença, às graves carências socio-económicas destas famílias que habitam em bairros degradados e com problemas graves de segurança e marginalidade, o grau de desorganização e perturbação familiar e a falta de estruturas residenciais e socio-ocupacionais adaptadas para estes doentes.

Tudo isto se pode prender, obviamente, com a insuficiência do programa em suprir algumas destas carências, o que nos leva a pensar na necessidade de criar formas de intervenção e estruturas mais adaptadas às necessidades destes doentes.

De forma a tentarmos suprir o decréscimo psicossocial detectado nestes doentes, queremos desenvolver uma série de novos projectos inseridos neste programa que visem a melhoria do prognóstico.

A nível da reinserção sócio-profissional, pensamos implementar estruturas de emprego protegido relacionadas com a nossa IPSS Recomeço e estabelecer protocolos com estruturas empregadoras ou ocupacionais. Gostaríamos também de poder aumentar o número de lugares disponíveis em Unidades de Vida Autónoma ou Protegidas.

Estamos a iniciar um programa de reabilitação cognitiva no qual pretendemos implementar protocolos já utilizados noutros serviços mas adaptados à nossa realidade e com a preocupação de avaliarmos a sua eficácia.

Pensamos continuar a desenvolver intervenções familiares sob a forma de Terapia Familiar ou Grupos Multifamiliares.

A existência do PSIC tem promovido o estudo e a discussão desta temática no Serviço, estimulando a apresentação de temas em *Journal Club* e promovendo um maior rigor nas formas de registo e na aferição de critérios de diagnóstico.

Como linhas futuras de investigação, pretendemos avaliar o impacto dos factores de prognóstico habitualmente descritos na evolução posterior dos doentes, estando em elaboração um trabalho de investigação nesta área.

Decorre, actualmente, um trabalho de investigação com este grupo de doentes sobre a influência de vários antipsicóticos sobre o insight.

O desenvolvimento de acções de Formação aos Médicos de Família sobre Psicose poderá contribuir, também, para promover o diagnóstico e a intervenção precoce.

Pensamos que, acima de tudo, a reflexão e avaliação da nossa prática nos tem permitido questionar e melhorar a nossa forma de intervenção e motivar-nos para a descoberta e implementação de novas estratégias.

(VI) BIBLIOGRAFIA

1. Kalla, O., et al, Duration of untrated psychosis and its correlates in first episode psychosis in Finland and Spain. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106: 265-275.
2. Norman, Ross, M. G., Malla, Ashok, K., Duration of

untreated psychosis: a critical examination of the concept and its importance. *Psychological Medicine*, volume 31 (3). April 2001.381-400.

3. Don Linszen, Peter Dingemans, Marie Lenior, Early intervention and a five year follow up in young adults with a short duration of untreated psychosis : ethical implications, *Schizophrenia Research* 51 (2001) 55-61.

4. S.M. Harrigan, P.D. McGony, H. Krstev, Does treatment delay in first episode psychosis really matter?, *Psychological Medicine*, 2003 33, 97-110.

5. Spencer, E., Birchwood, M., McGovern, D., *Advances in Psychiatric Treatment* 2001, vol. 7, pp. 133-142.

6. Edwards, J., McGorry, P., Pennell, K., *Early Intervention in Psychosis*, 2000 John Wiley & Sons Ltd.

7. Chinchilla Moreno A., *Las Esquizofrenias*, 1996, Masson.

8. Vázquez-Barquero, J.L., et al., Análisis Psicopatológico de las fases iniciales de la esquizofrenia: Estudio de Primeros Episodios de Esquizofrenia de Cantabria, original apresentado no VI Curso Anual sobre Esquizofrenia, Hospital General Universitario "Gregorio Marañon", Novembro de 2000.