

PRIMEIRO SURTO PSICÓTICO: DESENCADEANTES E DEMAIS FATORES ASSOCIADOS, EM USUÁRIOS DE CAPS II NO MUNICÍPIO DE ERECHIM, RIO GRANDE DO SUL

First psychotic episode: triggering and other associated factors in users of
Psychosocial Attention Center II in the city of Erechim,
Rio Grande do Sul state

Amanda Peracchi Schneider^{1*}; Ramiro Ronchetti¹

¹Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), Erechim, Brasil.

**E-mail*: amanda_peracchi@hotmail.com

Data do recebimento: 21/11/2023 - Data do aceite: 27/02/2024

RESUMO: A esquizofrenia é um grave transtorno psiquiátrico que, normalmente, tem início no final da adolescência ou no início da idade adulta e é precedida por uma personalidade pré-mórbida. Entretanto, habitualmente, o diagnóstico é realizado após o primeiro surto psicótico, que é um evento neurológico traumático que pode ser desencadeado por situações potencialmente geradores de crise. Sendo assim, esta pesquisa busca analisar a personalidade pré-mórbida e os desencadeantes do primeiro surto psicótico em usuários do CAPS II (Centro de Atenção Psicossocial II) de Erechim, Rio Grande do Sul, diagnosticados com esquizofrenia. Para isso, participaram 16 pessoas, com idade entre 33 e 70 anos e de ambos os sexos. A pesquisa foi realizada com a aplicação de formulários, cujos dados foram analisados, organizados e apresentados em forma de tabelas e gráfico, associados à análise descritiva. Desse modo, esta pesquisa classifica-se como observacional, de natureza transversal e retrospectiva, com objetivo descritivo e abordagem mista, quantitativa e qualitativa. Constatou-se que, apesar da maioria dos entrevistados terem apresentado particularidades na personalidade pré-mórbida, de todos terem passado por alguma situação desconfortável pouco antes do primeiro

surto psicótico, assim como todos terem experienciado a psicose, isso não lhes proporcionou o atendimento precoce somado aos seus benefícios.

Palavras-chave: Esquizofrenia. Psicose. Pré-mórbido.

ABSTRACT: Schizophrenia is a serious psychiatric disorder that usually begins in late adolescence or early adulthood, and it is preceded by a premorbid personality. However, the diagnosis is usually made after the first psychotic episode, which is a traumatic neurological event that can be triggered by potentially crisis-generating situations. Therefore, this research seeks to analyze the premorbid personality and the triggers of the first psychotic episode in users of Psychosocial Attention Center II in Erechim, Rio Grande do Sul, diagnosed with schizophrenia. For this, 16 people aged between 33 and 70 years old of both sexes participated in the study. The research was carried out with the application of forms, which were analyzed, organized and presented in the form of tables and graphs, associated with descriptive analysis. Thus, this research is classified as observational, of cross-sectional and retrospective nature, with a descriptive objective and a mixed quantitative and qualitative approach. It was found that, even though most of the interviewees had presented particularities in the premorbid personality, all of them had gone through some uncomfortable situation shortly before the first psychotic episode, as well as all of them had experienced psychosis, this did not provide them with early care added to its benefits.

Keywords: Schizophrenia. Psychosis. Premorbid.

Introdução

A esquizofrenia é uma doença de distribuição universal e que afeta, aproximadamente, 24 milhões de pessoas ou 1 em cada 300 pessoas em todo o mundo (WHO, 2022). Ela tem um quadro clínico bastante polimorfo e heterogêneo que, normalmente, se manifesta na adolescência, ou no início da idade adulta. Além disso, é “pelo menos em parte, uma doença do neurodesenvolvimento, e muitos estudos de coortes de nascimento (*birth cohorts*) mostram que todo o desenvolvimento dessas crianças é alterado desde muito cedo” (Louzã Neto; Cordás, 2011, p. 128-129), ou seja, mesmo os indivíduos que irão desenvolver esquizofrenia, já possuem,

ao longo do desenvolvimento, alterações de personalidade ou traços peculiares de personalidade. Para isso, o objetivo desta pesquisa foi analisar a personalidade pré-mórbida e os desencadeantes do primeiro surto psicótico em usuários ativos do CAPS II (Centro de Atenção Psicossocial II) de Erechim, Rio Grande do Sul, diagnosticados com esquizofrenia (CID 10-F20).

O interesse pela esquizofrenia ao longo do tempo se confunde com a própria história da psiquiatria. Inúmeros relatos literários, desde obras de Ésquilo (525-456 a.C.) a William Shakespeare (1.564-1.616), deixam claro que as psicoses graves são reconhecidas até mesmo pelos leigos há muitos séculos (Gadelha; Nardi; Silva, 2021). Não obstante, ela ainda é considerada um transtorno de etiologia desconhecida. Apesar de que, no decorrer

dos anos, inúmeros sinais e sintomas foram descritos para caracterizá-la e diferenciá-la de outros diagnósticos. Com a mesma intenção, tem-se acentuado as pesquisas para definir o papel potencial da epigenética na etiologia da esquizofrenia. Contudo, o que se tem de mais estruturado até agora é a relevante associação dos aspectos genéticos com fatores ambientais e psicossociais, que, juntos, influenciam o curso do transtorno, desde seu início, até o tratamento, as recaídas e o prognóstico.

O aparecimento de sintomas psicóticos francos marca o início formal do primeiro surto psicótico, no qual o paciente apresenta uma quebra de contato com a realidade, por meio de sintomas como delírios, alucinações, alterações de psicomotricidade e discurso ou comportamento desorganizados. A avaliação desse episódio é essencialmente clínica e é de extrema importância excluir causas orgânicas e quadros induzidos por uso de substâncias. Para mais, deve ser acompanhado longitudinalmente, para que sejam estabelecidos diagnóstico nosológico específico e plano terapêutico.

Anterior à manifestação do primeiro surto psicótico é possível que essas pessoas apresentem um funcionamento típico pré-mórbido, que é caracterizado como as mudanças e sinais específicos que o indivíduo apresenta antes do aparecimento da doença. Essas alterações geralmente são inespecíficas e passam despercebidas pela pessoa, pelos familiares e até mesmo pelos profissionais de saúde. Entretanto, nas últimas décadas, houve maior interesse na identificação desses sinais, de maneira prospectiva, com vistas a detecção precoce. Ademais, outro ponto de destaque do primeiro surto psicótico é o motivo pelo qual o indivíduo rompe o equilíbrio naquele momento e o que ocasiona a crise. Isso porque, ao longo da vida, é natural passar por momentos de conflito e desequilíbrio, mas indivíduos que possuem propensão a desenvolver esquizofrenia, ao passar por alguma

dessas situações de desconforto, podem vir a desencadear um surto psicótico; são etapas estressoras e potencialmente geradoras de crise.

Outrossim, alterações de estruturas cerebrais ocorrem em um surto psicótico e algumas dessas alterações evoluem sobretudo nos anos iniciais após o início do quadro psicótico. Em concordância com Lines (2017), fundamentalmente, a psicose é um evento neurológico traumático, como um ataque interno ao cérebro. Por isso, os primeiros anos, após o início dos sintomas psicóticos, são cruciais para que seja realizada uma intervenção com alto impacto na trajetória do transtorno e para que seja reduzido o risco de incapacidade a longo prazo.

Materiais e Métodos

O presente artigo é resultado de uma pesquisa, classificada como observacional, de natureza transversal e retrospectiva, com objetivo descritivo e abordagem mista, quantitativa e qualitativa. A população são os habitantes do município de Erechim (RS), localizado na região Norte do Rio Grande do Sul (Brasil) e a amostragem é composta por usuários ativos do CAPS II (Centro de Atenção Psicossocial II) de Erechim (RS), diagnosticados, por um profissional médico, com esquizofrenia (F20 pela CID-10, Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), de ambos os sexos e com idade entre 33-70 anos. Participaram 16 (dezesseis) pessoas e todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo suas identidades preservadas. Salienta-se que os diagnósticos em questão são os disponíveis nos prontuários do CAPS II, que foram conduzidos pelo médico psiquiatra determinado pela Prefeitura Municipal. Além disso, os indivíduos foram convidados pela aluna pesquisadora

a participar da pesquisa em suas visitas ao CAPS II, seja para consultas ou retirada/aplicação de medicamentos, ou convidados a comparecer ao local, por ligações telefônicas.

A pesquisa foi realizada com a aplicação de formulários compostos por campos preenchíveis (coleta de dados objetiva) aos usuários ativos, com condições mentais adequadas para responder os espaços, que concordaram em participar e que não estavam sob interdição judicial ou curatela. A presença de um familiar também foi solicitada, quando possível, com o propósito de diminuir potenciais vieses de lembrança. A aplicação dos formulários aconteceu exclusivamente no CAPS II de Erechim (RS), de maneira individual e seguindo os protocolos de biossegurança do COVID-19 vigente no momento. A coleta de dados ocorreu do dia 06 de agosto de 2021 até 27 de setembro de 2021. A organização e apresentação dos resultados obtidos realizou-se por meio da elaboração de tabelas com cálculos de frequência absoluta e relativa, de gráfico *Boxplot* em violino e de análises descritivas.

O projeto de pesquisa deste artigo foi aprovado previamente pelo Comitê de Ética em Pesquisa da URI Erechim na data de 15 de junho de 2021, sendo o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE: 44679421.1.0000.5351).

Resultados e Discussão

A esquizofrenia é um distúrbio psiquiátrico que afeta pessoas com características psicológicas singulares e é relatada desde as civilizações mais remotas. É um dos transtornos mentais graves mais comuns, mas sua natureza essencial ainda não foi esclarecida. Na revisão da quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5-TR) é descrita como o espectro da esquizofrenia (APA, 2023).

Segundo Perkins *et al.* (2005), a vulnerabilidade à esquizofrenia provavelmente está relacionada com fatores genéticos e ambientais que influenciam o desenvolvimento inicial do cérebro, sendo que a doença é minimamente expressa até a adolescência ou a idade adulta jovem. Diz-se minimamente expressa, pois na esquizofrenia é observado um padrão de alterações da personalidade pré-mórbida, que consiste em elementos identificados bem antes do surgimento da doença. Eles “variam e incluem alterações na percepção, na emoção, na cognição, no pensamento e no comportamento” (Sadock B.; Sadock V.; Ruiz, 2017, p. 300). A expressão dessas manifestações varia entre as pessoas e ao longo do tempo, mas o efeito da doença é sempre grave e geralmente de longa duração.

Lieberman *et al.* (2001) ressaltaram a importância da identificação prévia de alterações nas personalidades pré-mórbidas ao afirmar que, apesar do pessimismo histórico sobre o prognóstico da esquizofrenia, estudos sugerem que a intervenção precoce pode melhorar o resultado do tratamento. Ademais, é imprescindível destacar que sinais e sintomas pré-mórbidos aparecem antes da fase prodrômica da doença (período que antecede a eclosão da psicose), portanto, já existem indicadores antes do processo patológico se tornar evidente e que os sinais e sintomas prodrômicos fazem parte da evolução do transtorno. Estes são caracterizados, conforme Carvalho e Costa (2008), por sinais como: isolamento social, deterioração do funcionamento social, do trato pessoal e higiene, comportamento estranho, embotamento afetivo ou afeto inapropriado, alterações do discurso, crenças e pensamentos mágicos, percepção incomum das experiências e falta de iniciativa, interesse ou energia. McGorry e Edwards (2002) também propõem que os pródromos, uma vez passíveis de serem reconhecidos, tornam possível a interrupção da progressão da psicose ou podem facilitar

o tratamento após o seu surgimento. De acordo com McGorry e Singh (1995), as estimativas da duração dos pródromos sugerem um valor médio de dois anos em pacientes com esquizofrenia. O desafio, até aqui, é identificar esses sinais e sintomas como algo anômalo, pois a tendência é que, por serem tão imprecisos, eles sejam normalizados e caracterizados erroneamente como parte da personalidade do indivíduo.

Os principais sintomas pré-mórbidos citados pelos indivíduos participantes da pesquisa estão distribuídos na Tabela I e se caracterizam como inespecíficos por envolverem, praticamente, todas as funções psíquicas. Isoladamente, não constituem, diagnóstico nenhum, visto que não são exclusivos desse transtorno mental. Porém, merecem atenção se houver alteração persistente no comportamento e no desempenho das atividades do indivíduo, ainda mais se associados a algum outro fator de risco.

Destaca-se que a esquizofrenia resulta de uma combinação multifatorial, em que a influência ou combinação de fatores hereditários, psicossociais ou do ambiente con-

tribuem no desenvolvimento do transtorno. Vassos *et al.* (2019) descrevem como fatores de risco epidemiológicos para o desenvolvimento da esquizofrenia: viver em área urbana, imigração, complicações obstétricas, nascimento no final do inverno e início da primavera (provável relação com a exposição ao vírus influenza durante o desenvolvimento neural), idade paterna avançada na concepção (pode estar associado a um risco maior de mutações), uso de maconha e tabagismo e adversidades na infância.

Outrossim, para melhor entendimento da esquizofrenia, o seu diagnóstico é eminentemente clínico e baseia-se ainda, exclusivamente, na história psiquiátrica e no exame do estado mental. Os critérios para o diagnóstico estão presentes no DSM-5-TR, que correlaciona sintomatologia, prejuízo da vida sócio-ocupacional, tempo dos sintomas e exige o afastamento dos diagnósticos diferenciais. Para isso, a divisão didática dos sintomas da esquizofrenia em positivos e negativos é de extrema relevância. Os sintomas positivos representam fenômenos que, em situações de normalidade, deveriam estar ausentes,

Tabela I. Sintomas pré-mórbidos relatados por 16 indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia ativos no CAPS II de Erechim/RS

Sintomas Pré-Mórbidos	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Baixo rendimento escolar	9	56,25
Introversão	7	43,75
Retraimento social e emocional	7	43,75
Comportamento desconfiado e excêntrico	6	37,5
Tendência ao isolamento	5	31,25
Violência/agressividade	4	25
Ansiedade	4	25
Dificuldade em estabelecer relacionamento afetivo (romântico)	3	18,75
Agitação psicomotora	3	18,75
Dor psicossomática	2	12,5
Mania de perseguição	1	6,25
Anedonia	1	6,25
Não identificou nenhum sintoma	1	6,25

e incluem delírios, alucinações (principalmente auditivas), distorções ou exageros de linguagem e da comunicação, discurso e comportamento desorganizados, comportamento catatônico e agitação. Os sintomas negativos da esquizofrenia caracterizam-se por uma redução na expressão de funções mentais, e compreendem, principalmente, apatia, anedonia (ausência de prazer), embotamento cognitivo e disforia neuroléptica.

Por conseguinte, para fins diagnósticos, considerando os critérios do DSM-5-TR, o indivíduo precisa apresentar sinais contínuos de perturbação (período prodrômico que pode ser manifestado apenas por sinais negativos) durante, pelo menos, seis meses, e algum sinal positivo (especificamente delírios, alucinações ou discurso desorganizado) por uma quantidade de tempo significativa durante um período de um mês (ou menos, se tratados com sucesso) (APA, 2023). Assim sendo, além do diagnóstico ser clínico e retroativo, com pelo menos seis meses de sintomatologia identificada, a esquizofrenia envolve uma gama de disfunções cognitivas, comportamentais e emocionais, mas não possui nenhum sintoma patognomônico do transtorno, tornando-a ainda mais difícil de diferenciar de outras síndromes clínicas heterogêneas.

Ademais, a psicose, marcante na esquizofrenia, é caracterizada como a fase aguda da doença, em que os sintomas positivos se tornam perceptíveis. O primeiro surto psicótico corresponde a uma ruptura temporária na homeostase pré-existente do paciente e, de acordo com DiTomasso e Kovnat (1995), a crise é como uma experiência durante a qual a pessoa enfrenta um agente de estresse considerado intransponível, apesar do uso de abordagens características para a resolução de problemas. Segundo Hegenberg (2010), existem etapas do ciclo de vida que são, potencialmente, geradoras de crise, como casamento, separação, desemprego, faleci-

mento de um ente querido, adolescência etc. Embora elas não levem, obrigatoriamente, o indivíduo à crise, isso acaba acontecendo em muitas situações.

Os dados obtidos nesta pesquisa demonstram que todos os dezesseis participantes vivenciaram um surto psicótico em algum momento da vida. Apesar de eles terem sido capazes de identificar algumas situações que coincidiram, cronologicamente, com a época do primeiro surto psicótico (Tabela II), foi possível observar, durante a coleta de dados, que eles dispuseram de grande dificuldade para reconhecer fatores associados e/ou desencadeantes desse primeiro episódio. Possivelmente, por essa ter sido uma fase da vida (dos fatores pré-mórbidos à estabilização da doença) muito conturbada e confusa. Além disso, a maioria dos indivíduos não havia nem realizado associações da doença com outro fator que não fosse o genético.

Tabela II. Situações vivenciadas por 16 indivíduos ativos do CAPS II de Erechim/RS com diagnóstico de esquizofrenia pouco tempo antes do seu primeiro surto psicótico.

Situações desencadeantes	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Uso de drogas	9	56,25
Brigas com familiares e amigos	5	31,25
Conflito familiar	5	31,25
Prisão	3	18,75
Separação	2	12,5
Síndrome de Burnout	2	12,5
Desemprego	1	6,25
Falecimento de algum ente querido	1	6,25
Saída do núcleo familiar	1	6,25
Estupro	1	6,25
Abandono	1	6,25
Puerpério	1	6,25

Um dos dados relevantes apresentado na Tabela II foi que mais da metade dos in-

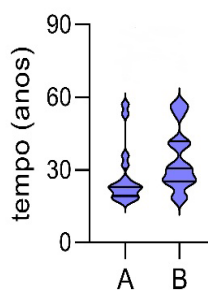
divíduos que responderam ao questionário relataram que fizeram uso de drogas pouco antes do seu primeiro surto psicótico. A associação entre a dependência de substâncias psicoativas (maconha, álcool, tabaco) e a esquizofrenia é elevada, variando entre 20 e 45% (Gadelha; Nardi; Silva, 2021). Davenport (2020) associa essa combinação ao ambiente social em que o indivíduo está inserido e o desejo de sentir-se melhor, de acalmar e aliviar a ansiedade, muitas vezes como forma de automedicação. Entretanto, a relação entre os dois transtornos ainda é alvo de controvérsias. Há fortes evidências de que o uso de *Cannabis* possa ser um fator de risco para o desenvolvimento de esquizofrenia, existindo uma relação dose-dependente e associação com vulnerabilidade genética (Gadelha; Nardi; Silva, 2021).

Finalmente, a observação inicial da esquizofrenia é a de haver relação familiar. De fato, pessoas com um familiar de primeiro grau com esquizofrenia têm 10 a 13% de chance a mais de ser afetado, sendo que, quanto maior o compartilhamento genético, maior o risco (Gadelha; Nardi; Silva, 2021). Contudo, atualmente, observa-se que a esquizofrenia provém de uma interação complexa entre os genes e o ambiente, mas ainda não há descrição das suas respectivas contribuições relativas.

Não obstante, o intervalo de tempo entre o início dos sintomas psicóticos e o início do tratamento costuma ser extenso. Infelizmente, esse indicador não foi diferente do encontrado na pesquisa: a idade média do primeiro surto psicótico foi de 27 anos, entretanto, a idade média para o início do acompanhamento no CAPS II foi de 34,25 anos, cerca de 7 anos depois. Indiscutivelmente, o ideal seria que a idade do primeiro surto psicótico e a idade do início do acompanhamento no CAPS II fossem bem próximas, o que não ocorre. Na Figura 1 observa-se a diferença de localização do segundo quartil de cada

categoria, que se refere a mediana das idades de cada um. Da mesma forma, a distribuição do primeiro surto psicótico fica quase integralmente concentrada abaixo dos 30 anos, sendo que o início do acompanhamento no CAPS II tem seus picos após essa idade. Outro fator verificado é que a idade média do primeiro surto psicótico desses indivíduos é posterior ao que, geralmente, é postulado nas literaturas relacionadas. Sadock B., Sadock V. e Ruiz (2017) apontam que, usualmente, o espectro tende a se apresentar antes dos 25 anos (na adolescência ou início da idade adulta), com um segundo pico em mulheres aos 40 anos, declinando substancialmente entre os idosos e persistindo por toda a vida em quem tem o diagnóstico.

Figura 1. Idade do primeiro surto psicótico e idade do início do acompanhamento no CAPS II de 16 indivíduos diagnosticados com esquizofrenia.



Nota: A) Idade em que os indivíduos apresentaram o primeiro surto psicótico.

B) Idade em que os indivíduos iniciaram o acompanhamento no CAPS II.

O atraso na procura pelo atendimento adequado pode ter diversas causas. A detecção precoce depende da possibilidade de reconhecer sintomas ou sinais que possam prever a doença e, nesse caso, alguns são muito inespecíficos (ansiedade, irritabilidade, mudanças afetivas e cognitivas) e não oferecem certeza de que o portador evoluirá para a

doença. Para mais, também há a dificuldade no reconhecimento da psicose por generalistas e outros profissionais da atenção primária, bem como pelos familiares e amigos. Esse fator pode vir associado, ou não, a relutância em procurar ajuda, seja por estigma, falta de conhecimento ou medo. Ademais, ambos dependem de um serviço acessível e que responda à demanda.

Outro fator que apoia o diagnóstico e dificulta o tratamento é que alguns indivíduos com psicose podem carecer de *insight* ou consciência do seu transtorno (anosognosia), que pode estar presente em todo o curso da doença e se caracteriza como um sintoma e não como uma estratégia de enfrentamento. “É um preditor comum de má adesão ao tratamento e prevê taxas elevadas de recaída, aumento do número de tratamentos involuntários funcionamento psicossocial mais pobre, agressão e um curso mais pobre da doença” (APA, 2023).

As intervenções precoces na esquizofrenia dependem do reconhecimento precoce da doença e de se iniciar o tratamento adequado o mais cedo possível, visando reduzir a morbidade a longo prazo e melhorar a recuperação. O estudo de Helgason (1990) demonstra como pacientes que procuram tratamento mais cedo tendem a ter melhores resultados, enquanto aqueles com maior intervalo antes de procurar tratamento foram internados com maior frequência e necessitaram de mais tempo de internação. Outrossim, McGorry e Edwards (2002) enfatizam que o não-tratamento na fase inicial da psicose ocasiona deterioração biológica, social e psicológica.

Existem, também, várias outras consequências relatadas do tratamento tardio dos sintomas psicóticos, dentre as quais, algumas são: “uso abusivo de substâncias, risco aumentado de depressão e suicídio, enfraquecimento das relações interpessoais, atos violentos e criminais, hospitalizações desnecessárias, desestruturação das ativi-

dades profissionais e escolares” (McGorry; Edwards, 2002, p. 14). Tudo isso causa um prejuízo importante na qualidade de vida, colocando a esquizofrenia no ranking de morbidade como a 15ª doença que causa mais incapacidade (anos de vida vividos com incapacidade) (Gadelha; Nardi; Silva, 2021). Ressalta-se que um longo período sem diagnóstico e tratamento, ainda mais associado ao uso de substâncias psicoativas, são fatores de predição de mortalidade.

De acordo com Hjorthøj *et al.* (2017), as pessoas com esquizofrenia têm grande redução em sua expectativa de vida, entre 10 e 20 anos, que vem se acentuando ao longo dos anos. Estima-se que 10% da mortalidade seja por suicídio (Siris, 2001). Entretanto, provavelmente essa diferença na expectativa de vida entre a população em geral e as pessoas com esquizofrenia tem relação com fatores de risco cardiovasculares, visto que estes indivíduos estão mais expostos a obesidade, tabagismo, diabetes, estilo de vida não saudável (sedentarismo) e menor acesso aos serviços de saúde (Brown, 1997).

Como consequência, a esquizofrenia provoca impactos econômicos tanto nos serviços de saúde, em termos de morbidade e mortalidade, quanto nos demais setores da sociedade. De acordo com (Gadelha; Nardi; Silva, 2021), os custos totais estão relacionados, principalmente, ao tempo de internação hospitalar, a problemas de saúde física, a maior uso de serviços de saúde, ao uso de substâncias psicoativas, ao absenteísmo e desemprego, à perda de moradia e renda, à interrupção escolar, a problemas judiciais e ao impacto econômico sobre a família.

Os impactos econômicos associados à incapacidade gerada pelo espectro da esquizofrenia estão diretamente relacionados com as limitações encontradas na pesquisa, principalmente na obtenção de uma amostra maior. As principais foram: internações hospitalares

longas, curatela, medo de contaminação com o COVID-19, dificuldade de contato por abandono familiar ou do tratamento, morte precoce, desaparecimento, prisão e recusa na participação da pesquisa, geralmente por instabilidade do estado mental ou pelo estereótipo da doença. De fato, constatou-se um número de indivíduos, que frequentam o CAPS II ativamente, muito menor do que o esperado, abrindo precedente para a necessidade de avaliar um potencial viés de seleção da pesquisa, visto que as pessoas que participaram são aquelas que estão mais vinculados ao serviço e que, conseqüentemente, aderem melhor ao tratamento. Ainda, observa-se um prejuízo funcional importante de quase a totalidade dos entrevistados. Efetivamente, déficits cognitivos na esquizofrenia são comuns e fortemente associados a prejuízos profissionais e funcionais, entretanto, relaciona-se o quadro dos entrevistados com o início tardio do acompanhamento no centro especializado, o que reverbera em conseqüências, tais como as de um tratamento atardado e as perdas de uma abordagem precoce.

Ao atentar para isso, recentemente, tem-se utilizado o termo de *recovery*, que considera a recuperação pessoal como objetivo do tratamento, englobando os níveis funcionais e sintomáticos (Nardi; Silva; Quevedo, 2022). Apesar do grande estigma associado aos transtornos psicóticos, vale ressaltar que, após o primeiro surto, aproximadamente 60% dos pacientes atingem remissão dos sintomas, com taxas crescentes nos últimos anos (Lally *et al.*, 2018).

Considerações Finais

A esquizofrenia é um distúrbio cerebral que afeta a maneira como as pessoas pensam, sentem e percebem a si mesmos e a realidade. Ela tem um grande impacto mundial, tanto na economia, quanto na qualidade de vida dos indivíduos e familiares. Em vista disso, é de extrema importância salientar a intervenção precoce, principalmente no primeiro surto psicótico, visando reduzir a morbidade a longo prazo. Do mesmo modo, observa-se que a maioria das pessoas entrevistadas possui alguma particularidade na personalidade pré-mórbida, que todos passaram por alguma situação desconfortável pouco antes do primeiro surto psicótico, assim como todos experienciaram a psicose. Todavia, isso não trouxe a eles o atendimento correto precoce, apenas as conseqüências de um tratamento tardio. Além disso, apesar de a psicose ser relatada há séculos, e de que o diagnóstico, atualmente, seja realizado longitudinalmente, considerando um período de seis meses, a medicina ainda não é capaz de intervir precocemente e de gozar dos seus benefícios, na maioria da população esquizofrênica. Por fim, destaca-se que a pesquisa enfrentou limitações importantes para obtenção de uma amostra maior, assim como é necessário avaliar um potencial viés de seleção, pois os indivíduos que participaram são aqueles que estão mais vinculados ao CAPS II e que, conseqüentemente, aderem melhor ao tratamento.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5-TR**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2023. 1152 p.

BROWN, S. Excess mortality of schizophrenia. A meta-analysis. **The British Journal of Psychiatry**. London: 1997, v. 171, p. 502-508. Disponível em: <https://doi.org/10.1192/bjp.171.6.502>. Acesso em: 05 fev. 2023.

- CARVALHO, N. R.; COSTA, I. I. Primeiras crises psicóticas: identificação de pródromos por pacientes e familiares. **Psicologia Clínica**. Rio de Janeiro: 2008, v. 20, n. 1, p. 153-164.
- DAVENPORT, L. O que motiva o uso de Cannabis em pacientes com primeiro episódio psicótico? **Medscape**. New York: 2020. Disponível em: https://portugues.medscape.com/verartigo/6505026#vp_1. Acesso em: 29 jan. 2023.
- DITOMASSO, R.; KOVNAT, K. Pacientes da clínica geral. *In*: Dattilio & Freeman (orgs). **Estratégias cognitivo-comportamentais para intervenção em crises**. Campinas: Editorial Psy, 1995.
- GADELHA, A.; NARDI, A. E.; SILVA, A. G. (org.). **Esquizofrenia: teoria e clínica**. 2. ed. Porto Alegre: Grupo A, 2021.
- HEGENBERG, M. **Psicoterapia Breve: clínica psicanalítica**. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010, p. 110.
- HELGASON, L. Twenty years' follow-up of first psychiatric presentation for schizophrenia: have been prevented? **Acta Psychiatr Scand**, v. 81, p. 231-235, 1990.
- HJORTHØJ, C.; STÜRUP, A. E.; MCGRATH, J. J.; NORDENTOFT, M. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. **Lancet Psychiatry**. Copenhagen: 2017, v. 4, p. 295-301. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30078-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30078-0). Acesso em: 05 fev. 2023.
- LALLY, J.; AJNAKINA, O.; STUBBS, B.; CULLINANE, M.; MURPHY, K. C.; GAUGHRAN, F.; MURRAY, R. M. Remission and recovery from first-episode psychosis in adults: systematic review and meta-analysis of long-term outcome studies. **The British Journal of Psychiatry**. London: 2018, v. 211, p. 350-358. Disponível em: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.117.201475>. Acesso em: 05 fev. 2023.
- LIEBERMAN, J. A.; PERKINS, D.; BELGER, U.; CHAKOS, M.; JARSKOG, F.; BOTEVA, K.; GILMORE, J. The early stages of schizophrenia: speculations on pathogenesis, pathophysiology, and therapeutic approaches. **Biological Psychiatry**. Chapel Hill: Elsevier, 2001, p. 884-897.
- LINES, E. An introduction to early psychosis intervention: some relevant findings and emerging practices. **Canadian Mental Health Association (CMHA)**. Toronto, ON: 2017.
- LOUZÃ NETO, M. R.; CORDÁS, T. A. **Transtornos da Personalidade**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- MCGORRY, P. D.; EDWARDS, J. **Intervenção precoce nas psicoses**. São Paulo: Janssen-Cilag, 2002.
- MCGORRY, P. D.; SINGH, B. Schizophrenia: risk and possibility of prevention. **Handbook of Studies in Preventive Psychiatry**. Raphael, B; Burrows, G. D. (eds.). New York: Elsevier, p. 491-514, 1995.
- NARDI, A. E.; SILVA, A. G.; QUEVEDO, J. (org.). **Tratado de Psiquiatria da Associação Brasileira de Psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2022, p. 304-319.
- PERKINS, D.; GU, H.; BOTEVA, K.; LIEBERMAN, J. A. Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. **The American Journal of Psychiatry**, v. 162, n. 10, p. 1785-1804, 2005.
- SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017, p. 300.
- SIRIS, S. Suicide and schizophrenia. **Journal of Psychopharmacology**, v. 15, p. 127-135, 2001.

VASSOS, E.; SHAM, P.; KEMPTON, M.; TROTTA, A.; STILO, S. A.; GRAYER-ANDERSON, C.; DI FORTI, M.; LEWIS, C. M.; MURRAY, R. M.; MORGAN, C. The Maudsley environmental risk score for psychosis. **Psychological Medicine**, v. 50, p. 2213-2220, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0033291719002319>. Acesso em: 03 fev. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mental disorders**. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>. Acesso em: 29 jan. 2023.

