Caro Editor da Acta Medica Portuguesa,

Respondemos abaixo a todos os comentários e sugestões dos Revisores do nosso artigo intitulado “Intervenção precoce na psicose em Portugal: Onde estamos nós?”. Respondemos ponto por ponto aos comentários e sugestões dos Revisores.

Nesta revisão do artigo revimos também todas as referências, procurando cumprir as regras referentes à sua estrutura.

Reconhecemos que as sugestões contribuíram para uma melhoria na qualidade do artigo final.

Esperamos que com estas alterações introduzidas, o nosso artigo seja aceite para publicação na Acta Médica Portuguesa.

Cumprimentos,

Ricardo Coentre

Pedro Levy

25/03/2020

**Revisor A:**

**Comentário 1.**

“*A principal crítica que se pode fazer ao artigo é a falta de dados em que
se apoia a avaliação da situação em Portugal. Num artigo com o título
”Intervenção precoce na psicose em Portugal: Onde estamos nós?”,
 esperaríamos encontrar alguns dados sobre os primeiros surtos em Portugal
(por exemplo, que estimativa se pode fazer da sua prevalência?;  o que se
sabe ou pode inferir sobre o treatment gap nestes casos?)  e sobre os
programas existentes (de que tipo são?; que componentes incluem?; que
grupos profissionais incluem e como estão organizados?; que atividades têm
desenvolvido?, que barreiras têm encontrado, etc.)*.”

**Autores:**

Recentemente foi publicado um artigo com os resultados do primeiro inquérito sobre as equipas de intervenção precoce na psicose em Portugal e que resume a realidade da intervenção precoce em Portugal (referência abaixo). Como sugerido por este revisor nesta versão revista do artigo referimos de forma sumária, por limitações de espaço, as principais características e limitações em Portugal desta intervenção em Portugal:

“Um recente estudo publicado sobre a intervenção precoce na psicose em Portugal, faz um retrato do nosso país no que concerne a este tema.10 Cerca de 11 equipas realizam este tipo de intervenção em Portugal. A heterogeneidade de recursos, intervenções e distribuição geográfica é a regra. A maioria das equipas existe nos maiores centros populacionais, e localizadas sobretudo no norte e centro do país. As intervenções mais frequentemente disponibilizadas incluem medicação antipsicótica, intervenção familiar e psicoeducação. As equipas de intervenção precoce em Portugal mostram limitações significativas na sua organização e intervenções disponíveis. Para muitos serviços, a existência destas equipas é contingência dos recursos disponíveis nos Serviços de Psiquiatria onde se inserem.”

Referência:

-Early intervention in psychosis: The first national survey in Portugal.

Coentre R, Levy P.

Schizophr Res. 2020 Mar 16. pii: S0920-9964(20)30122-5. doi: 10.1016/j.schres.2020.03.019. [Epub ahead of print]

**Comentário 2.**

*“A parte dedicada à apresentação do que são os programas de intervenção
precoce para primeiros surtos beneficiaria também muito se incluísse
informação mais detalhada sobre vários pontos que não são referidos no
artigo: nomeadamente, o papel nuclear do modelo de tratamento assertivo na
comunidade (base de que tem partido a maioria dos programas avaliados na
literatura internacional) e os diferentes modelos de intervenção precoce
existentes.

O conhecimento do primeiro é fundamental para compreender as exigências
que coloca a criação destes programas em termos de recursos e de contexto
organizacional. Na verdade, os primeiros serviços especializados de
Intervenção precoce surgiram da necessidade de complementar redes de
serviços já muito diferenciadas (dispondo de equipas de saúde mental
comunitária, estruturas de apoio residencial e emprego apoiado), com
programas muito assertivos e capazes de assegurar apoio integrado 24 horas
por dia, 7 dias por semana (ver referências).*

*O segundo ponto é também essencial para se poder discutir qual o modelo
que poderá ser mais adequado no contexto específico do nosso país – o
modelo “especialista”, prestado por uma  equipa multidisciplinar
responsável por um território,, oferecendo cuidados intensivos por tempo
limitado a indivíduos com  primeiro episódio de psicose; o modelo
'hub-and-spoke', em que um 'hub' central fornece supervisão, formação e
suporte administrativo a Equipas  de saúde mental comunitária locais; ou
o modelo "integrado", em que profissionais específicos das Equipas  de
saúde mental comunitária locais são nomeados como profissionais de
Intervenção Precoce e ficam responsáveis por uma carga determinada de
casos (Behan, Masterton & Clarke, 2016).

 Penso que esta informação adicional permitiria aos autores fundamentar
melhor as suas conclusões e propostas e daria aos leitores muito mais
elementos para formarem a sua própria opinião*.*”*

 **Autores:**Com este artigo pretendemos sensibilizar para a necessidade em se avançar com equipas de intervenção precoce na psicose em Portugal, independentemente dos modelos exatos de criação das mesmas. Pensamos até que poderá existir alguma heterogeneidade na formação e organização das equipas de intervenção precoce na psicose, em função em parte dos recursos e organização local dos serviços de Saúde Mental já existentes. Nos países onde existem redes bem desenvolvidas de equipas de intervenção precoce na psicose (ex. Inglaterra) ocorre heterogeneidade no modelo de génese e organização das equipas, coexistindo modelos diferentes (ex. modelo especializado, integrado etc.) em equipas diferentes. Pensamos assim que, independentemente do modelo de génese e organização da equipa, o fundamental é que as equipas assegurem as intervenções, baseadas na melhor evidência científica, propostas neste tipo de equipas e referidas no nosso artigo. Concordante com este conceito estão as diversas normas de orientação (“*Guidelines*”) disponíveis, que não especificam o modelo de génese e organizativo, mas sublinham as intervenções que devem ter disponíveis.

Como é sugerido por este revisor, nesta versão revista do artigo mencionamos o papel relevante de tratamento assertivo na comunidade como característica importante em muitas equipas de intervenção precoce na psicose a nível internacional:

“Muitas das equipas existentes têm um papel centralizado na comunidade com um modelo assertivo de intervenção.”

**Referências**

-NICE (2016) National Institute for Health and Care Excellence (NICE) website. Psychosis and schizophrenia in children and young people: recognition and management.

- Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program, Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis, 2nd edition update, 2016, Orygen, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health, Melbourne.

**Comentário 3:**
 “*Os autores concluem o artigo referindo  que “a intervenção precoce na
psicose representa uma oportunidade de melhoria dos cuidados aos doentes
jovens que estão nas primeiras fases da doença, considerada uma
oportunidade de boas práticas clínicas psiquiátricas”, que “nem
Portugal pode ficar de fora, nem estes cuidados podem ficar apenas
confinados a centros de cuidados de saúde terciários” e que “o
surgimento de mais equipas de intervenção precoce necessita, mais do que
novos técnicos, a reorganização dos recursos humanos já existentes nos
serviços de Psiquiatria, com dedicação particular de Técnicos de Saúde
Mental a esta área de cuidados psiquiátricos”, para concluir que é
urgente “a criação de um plano nacional a este nível, para a efetiva
generalização desta intervenção a todos os serviços de Psiquiatria.

 As primeiras referências são largamente suportadas pela evidência
disponível, exceto no que refere à necessidade de novos técnicos –
parece difícil provar que seja possível melhorar a intervenção precoce
sem um aumento significativo de novos profissionais.”*

**Autores:**

Concordamos com o revisor que o aumento do número de técnicos será um objetivo relevante para a melhoria da intervenção precoce na psicose em Portugal. Mas o primeiro passo para a constituição de equipas pode ser apenas a reorganização das equipas, por exemplo a afetação dos doentes nas fases iniciais da psicose a determinados técnicos específicos já existentes nos serviços, como Psiquiatras, Psicólogos e outros profissionais. Foi assim que se iniciou a nossa própria equipa, que numa primeira fase consistiu apenas na reafectação de recursos existentes nos cuidados aos doentes jovens com psicose. Só numa fase posterior existiu a contratação de técnicos específicos para a equipa.

**Comentário 4.** *“O que me parece ser mais problemático nas conclusões, no entanto, é a
recomendação de um plano nacional urgente neste campo. Um plano nacional,
com que objetivo? Centrado em que modelo (especializado, hub-and-spoke,
integrado)?  Porquê desenvolver um plano nacional específico se já
existe um plano nacional de saúde mental que aborda em profundidade as
questões relacionadas com a organização de serviços? Não faria mais
sentido integrar no plano nacional aquilo que possa não estar lá em
relação aos programas de intervenção precoce? E sendo esse o caso o que
proporiam os autores?  Estas são questões que penso deveriam ser
consideradas numa melhoria do artigo.”*
**Autores:**

Ver resposta ao comentário 2.

Concordamos com o revisor que um plano nacional na intervenção precoce na psicose deve estar integrado no Plano Nacional de Saúde Mental. Tornamos isto claro nesta versão revista do artigo.

“Pensamos ser urgente a criação de um plano nacional a este nível, integrado no Plano Nacional de Saúde Mental, para a efetiva generalização desta intervenção a todos os serviços de Psiquiatria.”

Como sugere este revisor referimos também os principais eixos de organização e intervenções mínimas que deveriam existir em cada equipa:

“As equipas de intervenção precoce, multidisciplinares e com modelo assertivo, deverão incluir intervenções consideradas nucleares como intervenção familiar, psicoeducação e terapia cognitivo-comportamental para a psicose, para além da psicofarmacologia. Outras intervenções como intervenção vocacional e emprego protegido, intervenção especifica para o uso de substâncias e remediação cognitiva, entre outras, devem também ser disponibilizadas. Estas equipas devem fazer o seguimento de todos os jovens que sofram um primeiro episódio psicótico por um período mínimo de 5 anos. Se existirem recursos suficientes, as equipas devem também prestar cuidados a utentes com risco elevado de psicose.”

**Comentário 5:**
“*Uma chamada de atenção final para duas gralhas na Introdução, que
sinalizamos a bold:

..... Considera-se que o período entre 2 a 5 anos após o primeiro
episódio psicótico é aquele em que ocorre uma detioração agressiva com
estabilidade subsequente. Este tempo a que se designou “período
crítico” é especialmente vocacionado para intervenções terapêuticas
que promovam o funcionamento e minimizem o desenvolvimento de incapacidade.
Estas intervenções, realizadas por equipas multidisciplinares, incluem
psicofarmacologia, psicoeducação, intervenção familiar, terapia
cognitivo-comportamental para a psicose, entre outras. Estas equipas são
constituídas especificamente para abordarem de uma série de necessidades
dos doentes jovens, incluindo de funcionamento, educação/emprego e saúde
física*.”

**Autores:** Corrigimos as gralhas apontadas pelo revisor na introdução do artigo:

“Este tempo, a que se designou “período crítico”, é especialmente vocacionado para intervenções terapêuticas que promovam o funcionamento e minimizem o desenvolvimento de incapacidade. Estas intervenções, realizadas por equipas multidisciplinares, incluem psicofarmacologia, psicoeducação, intervenção familiar, terapia cognitivo-comportamental para a psicose, entre outras. Estas equipas são constituídas especificamente para abordagem de uma série de necessidades dos doentes jovens, incluindo educação/emprego e saúde física. Como as necessidades são diferentes consoante a fase da história natural da perturbação psicótica, as intervenções deverão também ser adaptadas à etapa em que cada doente se encontra. Muitas das equipas existentes têm um papel centralizado na comunidade com um modelo assertivo de intervenção.”

**Revisor C:**

**Comentário 1:**

“*An interesting perspective on a relevant mental health topic: well written
and up to date.

In the section 'Programas no mundo', some references to published works by
Portuguese teams could be included, after the phrase "Em Portugal um
interesse crescente por parte de diversos técnicos tem existido nas
últimas duas décadas."

Suggestions:

Maia T, Ferreira B, Lopes B, Almeida S, Alexandre J, Ribeiro L. PSIC ‑
Descrição de um Programa de Intervenção Precoce após um Primeiro
Episódio Psicótico. Psilogos. 2004;1:104‑27.*

*Ribeiro JS, Coroa M, Oliveira P, Morais S, Bajouco M, Caldeira S, Costa H,
Santos V, Madeira N. Impact of an early psychosis on psychopharmacological
treatment patterns and clinical outcomes – a retrospective study. European
Neuropsychopharmacology. 2019; 29 (Suppl 1): S427-8.*[*https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2018.11.646*](https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2018.11.646)

*Trovão JN, Canha J, Carneiro L, Castro F, Ribeiro E, Borges S, Marques AI.
Psicose inicial: evolução clínica e psicossocial dos doentes em programa
especializado, comparativamente ao tratamento habitual. Revista Portuguesa
de Psiquiatria e Saúde Mental. 2019; 5(4):45-50*”

**Autores**:

Tal como sugerido por este revisor incluímos uma das referências referidas. Todavia sublinhamos que segundo as regras da Acta Médica Portuguesa apenas podemos incluir no total 10 referências bibliográficas:

*“Ribeiro JS, Coroa M, Oliveira P, Morais S, Bajouco M, Caldeira S, Costa H,
Santos V, Madeira N. Impact of an early psychosis on psychopharmacological
treatment patterns and clinical outcomes – a retrospective study. European
Neuropsychopharmacology. 2019; 29 (Suppl 1): S427-8.”*