U.PORTO

MESTRADO INTEGRADO
MEDICINA

Intervenção em Estados Mentais de Risco para Psicose no Ensino Superior

Inês Maria Pereira Paixão

M

2026



Intervenção em Estados Mentais de Risco para Psicose no Ensino Superior

Revisão Bibliográfica

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Medicina

Submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto

Estudante:

Inês Maria Pereira Paixão

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Endereço eletrónico: inesmppaixao@gmail.com

Orientadora:

Drª. Joana Cristina Ribeiro da Silva

Assistente Hospitalar de Psiquiatria, Hospital Magalhães Lemos, Unidade Local de Saúde Santo António

Afiliação: Docente externo de Psiquiatria do Mestrado integrado em Medicina, Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Endereço eletrónico: u61221@chporto.min-saude.pt

Coorientador:

Prof. Doutora Isabel Maria Lourinho dos Santos Gonçalves Peixoto

Psicóloga Especialista Clínica e da Saúde, Doutoramento em Biomedicina

Afiliação: Assessor na Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Gabinete de Apoio ao Estudante, Empregabilidade e *Alumni*

Endereço eletrónico: imlourinho@icbas.up.pt

Porto, junho de 2026

Intervenção em Estados Mentais de Risco para Psicose no Ensino Superior

Assinado por: Inês Maria Pereira Paixão
Num. de Identificação: BI30816048
Data: 07-06-2026 21:27:31 +01:00

CHAVE MÓVEL

Inês Maria Pereira Paixão

Assinado por: **Joana Cristina Ribeiro da Silva**
Num. de Identificação: 12871963
Data: 2026.06.07 22:25:36+01'00'

Drª. Joana Cristina Ribeiro da Silva

Prof. Doutora Isabel Maria Lourinho dos Santos Gonçalves Peixoto

Porto, junho de 2026

Declaração de Integridade

Eu, Inês Maria Pereira Paixão, com o número de estudante 202007511, estudante do 6.º ano do Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, declaro que esta dissertação é da minha autoria e que não foi utilizada previamente, no todo ou em parte, em qualquer outro curso ou unidade curricular, desta ou de outra instituição. Todas as referências a outros autores, bem como as respetivas ideias, afirmações e pensamentos, estão devidamente identificadas no corpo do texto e nas referências bibliográficas, de acordo com as normas de referenciação. Tenho conhecimento de que a prática de plágio ou auto-plágio constitui uma infração académica.

Assinado por: Inês Maria Pereira Paixão
Num. de Identificação: BI30816048
Data: 07-06-2026 21:28:17 +01:00



Agradecimentos

Um agradecimento à minha orientadora, Dra. Joana Ribeiro da Silva, por ter prontamente aceitado orientar esta dissertação. Um obrigada pela disponibilidade e simpatia que sempre demonstrou.

À minha coorientadora, Professora Doutora Isabel Lourinho, agradeço a colaboração, os conselhos e a disponibilidade demonstrada.

À minha família, em especial aos meus pais e irmã, agradeço o apoio incondicional, a paciência e o incentivo constante. Sem o vosso suporte, nada disto teria sido possível.

Aos meus amigos, agradeço a amizade, todos os momentos de apoio e por tornarem este percurso mais leve e bonito. Ao meu namorado, obrigada por estares sempre presente e por todo o carinho, compreensão e apoio ao longo desta etapa.

Resumo

Introdução: As perturbações psicóticas estão associadas a impacto funcional significativo, pelo que a identificação precoce de Estados Mentais de Risco para Psicose (EMRP) representa uma oportunidade para intervir antes da instalação de uma psicose franca. O ensino superior constitui um contexto particularmente relevante para esta abordagem, uma vez que a idade universitária coincide com o período de maior vulnerabilidade para o aparecimento de EMRP.

Métodos: Foi realizada uma revisão narrativa da literatura, através de pesquisa nas bases de dados *PubMed*, *Google Scholar* e *PsycInfo*, utilizando termos relacionados com perturbações psicóticas, estudantes universitários, fatores de risco, estados mentais de risco e intervenção precoce. Foram privilegiados artigos publicados desde 2000, em português ou inglês, incluindo também *guidelines* internacionais relevantes.

Desenvolvimento: Os EMRP incluem diferentes apresentações clínicas, como sintomas positivos atenuados, sintomas psicóticos breves, limitados e intermitentes, fatores de vulnerabilidade genética associados a deterioração funcional e *basic symptoms*. A sua identificação pode recorrer a instrumentos como o CAARMS, o SIPS e o PQ-B, embora estes não substituam avaliação clínica especializada. Nos estudantes universitários, fatores como *stress* académico, privação de sono, isolamento social, consumo de substâncias, trauma, história familiar de psicose, estigma e menor apoio social podem aumentar a vulnerabilidade. Neste contexto, os gabinetes de apoio psicológico universitário podem funcionar como pontos privilegiados de deteção precoce, desde que articulados com equipas especializadas em saúde mental e programas de Intervenção Precoce na Psicose. Assim, propõe-se um modelo de intervenção sediado na universidade, assente na promoção da literacia em saúde mental, identificação de estudantes em risco, avaliação clínica, referenciação especializada e manutenção de suporte académico. Como aplicação prática deste modelo, é apresentada uma proposta de projeto piloto no ICBAS, com o objetivo de identificar, orientar e encaminhar estudantes com possível EMRP, em articulação com os serviços especializados do SNS.

Conclusão: Os EMRP constituem uma janela de oportunidade para uma intervenção precoce, preventiva e centrada no funcionamento global do estudante. No contexto português, persistem limitações relacionadas com a validação de instrumentos, formação dos profissionais, articulação entre universidades e serviços de saúde mental e escassez de programas dirigidos especificamente aos EMRP. Futuramente, será essencial validar escalas para a população portuguesa, criar circuitos de referenciação, desenvolver estudos nacionais e implementar projetos-piloto adaptados ao ensino superior, como o modelo proposto para o ICBAS.

Abstract

Introduction: Psychotic disorders are associated with significant functional impairment; therefore, the early identification of At-Risk Mental States for Psychosis (ARMS) represents an opportunity to intervene before the onset of frank psychosis. Higher education is a particularly relevant setting for this approach, as university age coincides with the period of greatest vulnerability for the emergence of ARMS.

Methods: A narrative literature review was conducted through searches in PubMed, Google Scholar and PsycInfo, using terms related to psychotic disorders, university students, risk factors, at-risk mental states and early intervention. Articles published since 2000, in Portuguese or English, were prioritised, as well as relevant international guidelines.

Development: ARMS include different clinical presentations, such as attenuated positive symptoms, brief, limited and intermittent psychotic symptoms, genetic vulnerability factors associated with functional decline, and basic symptoms. Their identification may involve instruments such as the CAARMS, SIPS and PQ-B, although these do not replace specialised clinical assessment. Among university students, factors such as academic stress, sleep deprivation, social isolation, substance use, trauma, family history of psychosis, stigma and lower social support may increase vulnerability. In this context, university psychological support services may act as key points for early detection, provided that they are articulated with specialised mental health teams and Early Intervention in Psychosis programmes. Therefore, a university-based intervention model is proposed, grounded in the promotion of mental health literacy, identification of at-risk students, clinical assessment, specialised referral and maintenance of academic support. As a practical application of this model, a pilot project at ICBAS is proposed, with the aim of identifying, guiding and referring students with possible ARMS, in collaboration with specialised services within the Portuguese National Health Service.

Conclusion: ARMS represent a window of opportunity for early, preventive intervention focused on the student's overall functioning. In the Portuguese context, limitations remain regarding the validation of instruments, professional training, articulation between universities and mental health services, and the scarcity of programmes specifically targeting ARMS. In the future, it will be essential to validate scales for the Portuguese population, create referral pathways, develop national studies and implement pilot projects adapted to higher education, such as the model proposed for ICBAS.

Lista de Abreviaturas

ARMS - *At-Risk Mental State*
BDI - *Beck Depression Inventory*
BLIPS - *Brief, Limited and Intermittent Psychotic Symptoms*
BS - *Basic Symptoms*
CAARMS - *Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States*
CAPE-15 - *Community Assessment of Psychic Experiences – 15-item version*
CHR-P - *Clinical High Risk for Psychosis*
CPQ-16 - *Chinese Prodromal Questionnaire – 16-item version*
CSC - Coordinated Specialty Care
CSP - Cuidados de Saúde Primários
CSPQ-B - *Chinese Version of the Schizotypal Personality Questionnaire – Brief*
DSM-5-TR - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition, Text Revision*
DUP - *Duration of Untreated Psychosis*
EMRP - Estados Mentais de Risco para Psicose
EPA - *European Psychiatric Association*
GAEEA - Gabinete de Apoio ao Estudante, Empregabilidade e Alumni
GRD - *Genetic Risk and Deterioration Syndrome*
HHA - Eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal
HPA - *Hypothalamic-Pituitary-Adrenal*
ICBAS - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
IPP - Intervenção Precoce na Psicose
MeSH - *Medical Subject Headings*
NICE - *National Institute for Health and Care Excellence*
OR - *Odds Ratio*
PDI - *Peters et al. Delusions Inventory*
PEP - Primeiro Episódio Psicótico
PQ-16 - *Prodromal Questionnaire – 16-item version*
PQ-B - *Prodromal Questionnaire – Brief Version*
PRIME - *Prevention through Risk Identification, Management, and Education*
QI - Quociente de Inteligência
SCID-5-RV - *Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, Research Version*
SIPS - *Structured Interview for Psychosis-Risk Syndromes*
SNS - Serviço Nacional de Saúde
SPA - Sintomas Positivos Atenuados
SPI-A - *Schizophrenia Proneness Instrument – Adult Version*
SPI-CY - *Schizophrenia Proneness Instrument – Child and Youth Version*
SPQ-B - *Schizotypal Personality Questionnaire – Brief*
TCC - Terapia Cognitivo-Comportamental
THC - Tetraidrocanabinol
UHR - *Ultra-High Risk*
WHO - *World Health Organization*

Índice

Agradecimentos ..... **i**

Resumo ..... **ii**

Abstract ..... **iii**

Lista de Abreviaturas ..... **iv**

Índice ..... **v**

Lista de figuras ..... **vi**

Lista de tabelas ..... **vii**

Introdução **1**

Objetivos **2**

Métodos **2**

Estados Mentais de Risco para Psicose **3**

Importância da Intervenção Precoce na Psicose **7**

Psicose e o Contexto do Ensino Superior **10**

Determinantes de Saúde Mental no Estudante Universitário **12**

Fatores de Risco para EMRP 12

Fatores associados ao contexto universitário 13

Fatores sociais e demográficos 13

Fatores biológicos, individuais e familiares 14

Consumo de substâncias 15

Estigma 16

Fatores Protetores 17

Programas de Intervenção Precoce em EMRP **18**

Modelos de Intervenção Clássicos 18

Terapias psicológicas 18

Terapêutica farmacológica 19

Linhas de Orientação de *Guidelines* Internacionais 19

Intervenção orientada para o contexto universitário 20

Limitações em Portugal 23

Proposta de Projeto Piloto no ICBAS **25**

Conclusão e Perspetivas Futuras **27**

Apêndice **28**

Referências **36**

Lista de figuras

Figura 1. Curso natural da psicose

Figura 2. Avaliação clínica dos EMRP

Figura 3. Modelo Biopsicossocial de Transição para Psicose

Lista de tabelas

Tabela I. *Guidelines* de tratamento para EMRP propostas por organizações internacionais

Tabela II. Comparação de estudos de deteção de EMRP em contexto universitário

Tabela III. *Prodromal Questionnaire – Brief Version* (PQ-B)

Introdução

As perturbações psicóticas constituem um importante problema de saúde mental, frequentemente associadas a um impacto funcional significativo[1]. Atualmente, reconhece-se que o seu curso potencialmente deteriorante pode ser atenuado com os programas de intervenção precoce na psicose, que se baseiam no facto de existir um período crítico[2], em que o tratamento atempado tem um impacto positivo no prognóstico do doente com psicose. Neste sentido, tem crescido o consenso de que a identificação de Estados Mentais de Risco para Psicose (EMRP) representa uma janela de oportunidade para prevenir ou retardar a transição para um episódio de psicose[3].

Cheung *et al*. defendem que as universidades podem constituir um contexto privilegiado para a implementação de estratégias de deteção e intervenção precoce em psicose, uma vez que a idade típica de frequência do ensino superior coincide com o período de maior incidência do pródromo e do primeiro episódio psicótico. Esta coincidência torna a população estudantil particularmente relevante, dado que muitos jovens se encontram numa fase de maior vulnerabilidade ao aparecimento de sinais precoces de psicose. Os autores salientam ainda que, embora os serviços de saúde mental universitários estejam frequentemente direcionados para problemáticas como a ansiedade, a depressão e as perturbações do comportamento alimentar, estes tendem a estar menos preparados para identificar manifestações iniciais de psicose e para encaminhar adequadamente estudantes que possam encontrar-se em EMRP[4].

Em Portugal, apesar do crescente reconhecimento da importância da intervenção precoce na psicose, os programas e estruturas existentes parecem estar predominantemente orientados para o primeiro episódio psicótico, e não tanto para fases prévias, como os EMRP. A literatura nacional refere que não existe ainda um plano nacional plenamente estruturado para a intervenção precoce na psicose, o que contribui para alguma heterogeneidade entre serviços[5,6]. Esta lacuna é particularmente relevante no ensino superior, onde a deteção de EMRP poderia permitir respostas mais precoces e potencialmente mais eficazes na preservação do funcionamento académico e social.

Assim, estudar a intervenção em EMRP no ensino superior torna-se pertinente não apenas pela elevada vulnerabilidade desta faixa etária, mas também pela oportunidade de desenvolver modelos de intervenção adaptados ao contexto universitário. A colaboração entre gabinetes de apoio psicológico e equipas especializadas em psicose pode ajudar a identificar precocemente estes sinais, reduzir o estigma associado aos sintomas psicóticos e promover uma recuperação mais eficaz antes da instalação de sintomas psicóticos francos.

Objetivos

Assim, o presente trabalho tem como objetivo sintetizar a literatura existente sobre os EMRP e os fatores de risco e de proteção associados aos EMRP nos estudantes universitários, bem como descrever e caracterizar programas de intervenção precoce nos estados mentais de risco, e possíveis adaptações ao contexto das instituições de ensino superior, incluindo uma proposta de projeto piloto no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS).

Métodos

Para responder a estes objetivos, foi realizada uma revisão narrativa da literatura, com recurso à pesquisa de artigos relevantes nas bases de dados bibliográficas Google Scholar, PsycInfo e PubMed, utilizando os *Medical Subject Headings*(MeSH) Terms: *Psychotic Disorders*, *Students*, *Universities* e *Risk factors*, e combinações destas com outras palavras-chave como *Clinical High Risk*, *Ultra-High risk*, *At risk mental state*, *Intervention* e *Psychosis*. Consideraram-se artigos publicados preferivelmente entre 1 de janeiro de 2000 e 1 de maio de 2026, em língua portuguesa ou inglesa.

Os artigos foram selecionados pela leitura do título e do resumo avançando posteriormente para a leitura integral dos artigos que cumpriam os objetivos do trabalho, priorizando revisões sistemáticas, meta-análises e ensaios clínicos randomizados. Destes artigos, foram excluídos os que se referiam apenas ao primeiro episódio psicótico, os que não tinham como população alvo os estudantes universitários ou jovens adultos e ainda aqueles que se focavam em temas não incluídos nesta revisão.

Foram ainda selecionados para esta revisão artigos relevantes de anos anteriores, artigos encontrados através do método de retropesquisa bibliográfica de algumas das referências dos artigos previamente selecionados, e, pela sua importância clínica, *guidelines* internacionais sobre Estados Mentais de Risco para Psicose.

.

Estados Mentais de Risco para Psicose

A psicose corresponde a uma alteração significativa da relação do indivíduo com a realidade, podendo manifestar-se através de diferentes sintomas, nomeadamente delírios, alucinações, alterações do pensamento, alterações da forma e curso do pensamento, com discurso desorganizado, e alterações comportamentais. Estes sintomas são habitualmente designados como sintomas positivos, sendo os mais frequentes as alucinações, sobretudo auditivas, e os delírios, como ideias persecutórias, de referência ou de grandeza. Para além destes, as perturbações psicóticas podem também envolver sintomas negativos, que correspondem à diminuição ou perda de funções previamente existentes, como o embotamento afetivo ((expressão reduzida das emoções), alogia (pobreza no discurso e conteúdo verbal), isolamento social, anedonia (menor capacidade para sentir prazer) e apatia-avolição (menor motivação, desejo e persistência nas tarefas). Podem ainda estar presentes dificuldades cognitivas, nomeadamente ao nível da atenção, memória, funções executivas e desempenho académico ou ocupacional. Esta combinação de sintomas contribui para o impacto funcional frequentemente associado às perturbações psicóticas[7–10].

O curso natural de uma psicose (Figura 1) pode ser entendido como um processo evolutivo, geralmente semelhante entre as diferentes perturbações psicóticas. Numa fase inicial, o doente pode apresentar uma Personalidade Pré-Mórbida em que há alterações subtis nos traços psicológicos do doente. Nesta fase, o indivíduo pode apresentar personalidade esquizotípica, menor expressividade emocional e dificuldade em criar relações interpessoais. Depois, segue-se o Pródromo em que se inicia uma deterioração progressiva e inespecífica no funcionamento do doente. Pode surgir uma combinação de sintomas como humor deprimido, ansiedade, sintomas psicóticos atenuados e, essencialmente, sintomas negativos. O reconhecimento precoce do pródromo é uma das metas da intervenção precoce. Posteriormente, vem o Surto Psicótico que marca o início clínico inequívoco da psicose, caracterizada por sintomas positivos proeminentes. A linha de base de funcionamento deteriora-se após cada surto psicótico/recaída. E, por fim, o Estadio crónico/residual após a fase ativa da doença, onde predominam os sintomas negativos e défices cognitivos. Nesta fase, pode haver remissão da incapacidade funcional, no entanto a maioria apresenta algum grau de incapacidade persistente[10–12].

Foi neste contexto que surgiu o conceito de Estados Mentais de Risco para Psicose (EMRP), também designado na literatura internacional como *At-Risk Mental State* (ARMS), *Ultra-High Risk* (UHR) ou *Clinical High Risk for Psychosis* (CHR-P). Estes conceitos procuram identificar indivíduos, geralmente jovens e em procura de ajuda, que apresentam sinais ou sintomas numa fase inicial associados a

um risco aumentado de desenvolver uma perturbação psicótica. A identificação destes estados permite realizar uma Intervenção Precoce na Psicose (IPP) antes da instalação de sintomas psicóticos francos, com o objetivo de reduzir o sofrimento, melhorar o funcionamento global e, quando possível, prevenir ou retardar a transição para psicose, evitando o Primeiro Episódio Psicótico (PEP)[12,13].

Os critérios *Ultra-High Risk* foram desenvolvidos precisamente para identificar indivíduos com risco aumentado de transição para psicose. Para um indivíduo ser considerado UHR tem, então, de cumprir alguns critérios, nomeadamente, procurar ajuda em cuidados de saúde mental, e pertencer, pelo menos, a um dos seguintes grupos[12,13]:

- Grupo de sintomas positivos atenuados (SPA): apresentam sintomas psicóticos positivos ligeiros.
- Grupo de sintomas psicótico breves, limitados e intermitentes (BLIPS, do inglês *brief, limited, intermitente psychotic symptoms*): experienciam curtos episódios de sintomas psicóticos, os quais resolveram sem tratamento.
- Grupo de vulnerabilidade ou GRD (*genetic risk and deterioration syndrome subgroup*): pelo menos um familiar de primeiro grau com perturbação psicótica e/ou perturbação esquizotípica da personalidade, e diminuição do funcionamento global em relação ao nível pré-mórbido, durante o último ano.

A aplicação clínica destes critérios exige instrumentos estruturados que permitam avaliar a gravidade, frequência e evolução dos sintomas. Um dos instrumentos mais utilizados para identificar os indivíduos em UHR, é o CAARMS (*Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States*), que é uma das ferramentas mais usadas para deteção precoce da psicose. Esta ferramenta inclui escalas para analisar alterações dos sintomas ao longo do tempo, sendo que os sintomas abrangidos por estas escalas incluem os sintomas positivos, alterações cognitivas, da atenção e concentração, perturbações emocionais, sintomas negativos, alterações do comportamento, entre outras. Com a avaliação da gravidade e frequência dos sintomas, utilizando o CAARMS, consegue-se determinar se os indivíduos preenchem os critérios para um dos grupos dos critérios UHR ou se confirmam critérios para um PEP (justificando o diagnóstico de uma perturbação psicótica)[13,14].

Além do CAARMS, o *Structured Interview for Psychosis-Risk Syndromes* (SIPS) constitui outro instrumento utilizado na avaliação dos EMRP, que também permite incluir os doentes num dos três grupos UHR[15].

Para além dos critérios UHR, estão descritas ainda manifestações mais precoces da psicose, nomeadamente os *basic symptoms* (BS), que são alterações subjetivas, sentidas pela própria

pessoa, que podem afetar diferentes domínios como a perceção, o processamento do pensamento, a linguagem, a atenção. Ao contrário dos sintomas psicóticos clássicos, os BS não envolvem necessariamente ideias delirantes, perda de contacto com a realidade ou ausência de *insight*: a pessoa percebe que algo está diferente no seu funcionamento mental, mas reconhece que essa experiência tem uma natureza psicológica ou interna. Estes sintomas têm sido estudados prospetivamente, e são importantes na avaliação dos EMRP porque podem surgir numa fase muito precoce do desenvolvimento do quadro, antes dos sintomas psicóticos atenuados típicos dos critérios UHR, e por isso, podem ajudar a identificar um estado prodrómico mais inicial. A avaliação dos BS pode ser realizada, através do *Schizophrenia Proneness Instrument*, nas versões para adultos (SPI-A) e para crianças e jovens (SPI-CY)[12].

A complexidade e heterogeneidade destes estados levantam também questões quanto ao seu enquadramento nos sistemas formais de classificação diagnóstica. A questão da inclusão dos EMRP nos sistemas de classificação foi alvo de debate[16,17]. No DSM-5-TR, os Estados Mentais de Risco para Psicose não constituem uma categoria diagnóstica formal. O manual inclui a designação *Attenuated Psychosis Syndrome* (Síndrome Psicótica Atenuada) na Secção III, reservada a condições que necessitam de investigação adicional, e não como diagnóstico clínico plenamente reconhecido[18]. Esta decisão reflete a relevância clínica do conceito, mas também as preocupações quanto ao risco de falsos positivos, estigmatização e incerteza quanto à evolução destes estados. Assim, embora os EMRP sejam amplamente reconhecidos na literatura científica e utilizados em serviços especializados de IPP, permanecem sobretudo como um conceito de utilidade clínica e científica, em vez de uma categoria diagnóstica formal no DSM-5-TR[18,19].

Por fim, é importante referir que nem todos os indivíduos classificados como UHR/EMRP evoluem para psicose. O risco de transição para psicose aumenta após 2 anos, sendo de 25% aos 3 anos e atingindo 35% aos 10 anos[20].

Apesar da utilidade clínica dos critérios de EMRP, importa reconhecer que estes indivíduos não constituem um grupo homogéneo. Podem apresentar combinações distintas de sintomas positivos atenuados, sintomas negativos, alterações cognitivas, ansiedade, depressão, isolamento social ou deterioração funcional, e uma proporção significativa não evolui para psicose, podendo manter sintomas subclínicos, desenvolver outras perturbações psiquiátricas ou recuperar funcionalmente. Esta heterogeneidade também se reflete nos subgrupos de risco: os SPA são os mais frequentes, representando cerca de 85% dos casos, seguidos pelos BLIPS, com cerca de 10%, e pelo GRD, com aproximadamente 5%. Contudo, o risco de transição não é igual entre subgrupos, sendo mais elevado nos BLIPS e, em seguida, nos SPA, enquanto o GRD isolado parece não conferir risco

superior ao da população fora do grupo de risco[21]. Assim, os EMRP devem ser entendidos como uma condição de vulnerabilidade clínica e funcional, e não como uma fase inevitável de evolução para psicose, reforçando a necessidade de estratificação individual do risco.

Importância da Intervenção Precoce na Psicose

As perturbações psicóticas constituem uma condição psiquiátrica grave, frequentemente crónica e altamente incapacitante[22]. A evidência acumulada nas últimas décadas tem vindo a demonstrar que a deteção e o tratamento precoce da psicose podem modificar de forma significativa o curso clínico da doença, com impacto positivo no prognóstico, ao nível da funcionalidade, sintomas residuais, cognição e qualidade de vida do doente[23].

A intervenção precoce está relacionada com a existência de um "período crítico" no início da evolução das perturbações psicóticas, em que se deve iniciar o tratamento[2]. Este período crítico corresponde tipicamente aos primeiros cinco anos da doença, sendo muitas vezes precedido pela fase prodrómica, caracterizada por alterações subtis no funcionamento social, emocional e cognitivo, o que muitas vezes corresponde aos EMRP. Intervir nesta fase inicial com o tratamento adequado pode ser determinante na evolução a longo prazo da patologia, alterando substancialmente o prognóstico, ao prevenir a deterioração progressiva e reduzir o risco de evolução para uma forma crónica da doença[2,24]. Quando não é possível agir nos EMRP, a abordagem nas fases iniciais da psicose baseia-se em duas vertentes. A primeira é a deteção e tratamento precoce do Primeiro Episódio de Psicose (PEP). A segunda prende-se com a redução da Duração da Psicose Não Tratada (DUP, do inglês *duration of untreated psychosis*). A DUP corresponde ao intervalo entre o início dos sintomas psicóticos francos e o início de tratamento adequado, sendo considerada um dos principais indicadores modificáveis associados ao prognóstico[25,26]. Vários estudos e meta-análises têm demonstrado que uma DUP mais prolongada se associa a pior o prognóstico funcional e neurobiológico do doente. Uma revisão sistemática e meta-análise publicada em 2024 reforça precisamente o papel da DUP como alvo central das estratégias de deteção e intervenção precoce no primeiro episódio psicótico[26].

A relação entre psicose não tratada e pior prognóstico, por vezes, tem sido referida como "neurotoxicidade da psicose". De acordo com esta perspetiva, a exposição prolongada a sintomas psicóticos ativos poderia contribuir para alterações neurobiológicas e funcionais progressivas, potencialmente agravando a evolução da doença, o que reforça a necessidade de identificar e tratar precocemente os primeiros sintomas psicóticos, evitando a progressão para formas mais graves e resistentes da doença. Contudo, importa reconhecer que esta hipótese permanece debatida, uma vez que a relação causal entre DUP e neurodegeneração é difícil de isolar de outros fatores confundidores, como a gravidade intrínseca da doença, o efeito dos antipsicóticos ou predisposições genéticas preexistentes[23,27,28].

A intervenção precoce pretende prevenir os efeitos a longo prazo associados à psicose ativa, que leva a um impacto negativo em múltiplos domínios, incluindo a cognição, função, saúde física e integração social. Esta deterioração tende a persistir mesmo com tratamento, o que justifica uma intervenção precoce e multidisciplinar, com contenção sintomática, para diminuir o risco de recaídas, reduzir a morbilidade e melhorar os desfechos a longo prazo[29].

Entre as consequências a longo prazo da psicose ativa, destacam-se os défices cognitivos que se associam com perda de funcionalidade e autonomia, pior desempenho académico e profissional e redução da qualidade de vida. Estes défices tipicamente são persistentes mesmo com a remissão dos sintomas psicóticos com o tratamento, e têm implicações nas funções executivas, capacidade de atenção e podem levar a diminuição da velocidade de processamento e dificuldades no pensamento abstrato[30,31]. Para além disso, também há o risco de persistência dos sintomas negativos[32].

A nível neurobiológico, as perturbações psicóticas têm sido associadas a alterações estruturais cerebrais progressivas, nomeadamente reduções do volume do córtex cerebral, com envolvimento da região frontal e temporal. Estudos longitudinais sugerem ainda que a duração das recaídas psicóticas pode associar-se a maior perda de tecido cerebral, embora esta relação seja influenciada por múltiplos fatores, incluindo tratamento antipsicótico, gravidade clínica e duração da doença[33,34].

Tem ainda um impacto na funcionalidade, com dificuldades em manter emprego e autonomia na vida diária, o que está associado a deterioração social, académica e profissional, podendo conduzir a exclusão social, dependência familiar e empobrecimento das relações interpessoais[35].

Ao nível do impacto psicossocial, a psicose prolongada pode levar ao isolamento e exclusão social e perda de laços afetivos, muitas vezes devido ao estigma associado à psicose[36]. E neste âmbito do impacto psicológico, importa também reconhecer o impacto emocional do primeiro episódio psicótico tanto na vida do indivíduo como da família[37].

Quanto à esperança média de vida, os doentes com perturbações psicóticas têm uma expectativa de vida reduzida em 15 a 20 anos, devido ao risco elevado de suicídio, e ao risco de se associar a doenças cardiovasculares e metabólicas[38,39].

E por fim, também há o risco de recidivas de surtos psicóticos, com ressurgimento dos sintomas psicóticos positivos e com possível consequente deterioração associada[40].

Para concluir, importa destacar o impacto dos programas de IPP no prognóstico, sobretudo quando comparados com o tratamento habitual. Diversos estudos têm vindo a demonstrar diferenças significativas entre estas abordagens, evidenciando os benefícios clínicos e funcionais associados à

intervenção precoce[41,42]. Além disso, salientam a importância não apenas da intervenção nas fases iniciais da psicose, mas também da continuidade do tratamento, da manutenção do progresso terapêutico e de uma transição estruturada para os cuidados habituais[42]. Correll *et al*., em 2018, elaboraram uma revisão sistemática com ensaios clínicos randomizados que comparavam os dois tipos de intervenção (tratamento habitual *versus* intervenção precoce na psicose). Os resultados foram todos favoráveis à intervenção precoce. Entre os *outcomes* medidos, quando comparado com o tratamento habitual, a IPP apresentou menor descontinuação do tratamento, menor risco de hospitalização psiquiátrica, menor severidade dos sintomas positivos, negativos, depressivos e gerais, menor taxa de recaída, maior taxa de remissão e *recovery*, melhor funcionamento global do doente, melhor envolvimento na escola e trabalho associado a maior taxa de empregabilidade e, por fim, melhor qualidade de vida[43].

Apesar dos benefícios amplamente demonstrados da intervenção precoce no PEP, a sua transposição para os EMRP deve ser feita com prudência. Ao contrário do PEP, em que existe já uma perturbação psicótica estabelecida, os EMRP correspondem a uma condição de vulnerabilidade clínica e funcional, marcada por elevada heterogeneidade e incerteza prognóstica. Muitos indivíduos identificados como estando em risco não evoluem para psicose, podendo recuperar funcionalmente ou desenvolver outras perturbações psiquiátricas. Mais do que prevenir exclusivamente a transição para psicose, a intervenção em EMRP deve centrar-se na redução do sofrimento atual, na melhoria do funcionamento académico, social e familiar, na diminuição de fatores de risco modificáveis e na monitorização clínica adequada. Ou seja, a abordagem deve ser baseada nas necessidades clínicas atuais e não apenas na prevenção da psicose[44].

Psicose e o Contexto do Ensino Superior

O ensino superior constitui um contexto particularmente relevante para a promoção da saúde mental e para a implementação de estratégias de intervenção precoce em psicose, uma vez que reúne uma população situada numa fase etária de maior vulnerabilidade para o aparecimento de perturbações mentais[45,46]. De facto, numa meta-análise de 192 estudos epidemiológicos, verificaram que 62,5% das perturbações mentais têm início antes dos 25 anos[46]. A entrada na universidade ocorre, frequentemente, numa fase de maior vulnerabilidade para o aparecimento de perturbações mentais, incluindo manifestações associadas ao risco psicótico. Esta transição envolve ainda mudanças desenvolvimentais, académicas e sociais que podem aumentar o sofrimento psicológico e dificultar a adaptação ao contexto universitário[46,47].

A relevância deste contexto é reforçada pela elevada prevalência de problemas de saúde mental entre estudantes universitários. Estudos internacionais realizados no âmbito dos *World Mental Health Surveys* da Organização Mundial de Saúde demonstraram que uma proporção significativa de estudantes apresenta perturbações mentais, muitas vezes com início anterior à entrada no ensino superior e com impacto no funcionamento académico e psicossocial. Auerbach *et al*. (2016) verificaram que cerca de 20,3% dos estudantes universitários apresentavam uma perturbação mental nos 12 meses anteriores, salientando ainda que muitos destes quadros permaneciam sem tratamento[47]. Num estudo posterior, Auerbach *et al*. (2018), observaram que 35% dos estudantes avaliados preenchiam critérios para pelo menos uma perturbação mental ao longo da vida e 31% para uma perturbação nos 12 meses anteriores, o que reforça a importância das instituições de ensino superior como espaços estratégicos para prevenção, rastreio e intervenção em saúde mental[48].

Embora a investigação em saúde mental universitária se tenha centrado sobretudo em sintomas depressivos, ansiosos, *stress* académico e ideação suicida, o contexto universitário é também pertinente para a identificação de estudantes EMRP. Em estudantes universitários, estas manifestações podem ser confundidas com *stress*, isolamento, ansiedade social, dificuldades de adaptação ou queda no rendimento académico, o que pode atrasar o reconhecimento clínico e o acesso a apoio especializado[49,50]. Estudos realizados com estudantes universitários chineses sugerem que a prevalência de risco clínico para psicose neste contexto é relativamente baixa, mas clinicamente relevante. Shi *et al*. (2016)[51] identificaram uma prevalência aproximada de 1,14% numa amostra de 2800 estudantes, enquanto Wu *et al*. (2021)[52], num estudo multicêntrico com 23.063 estudantes, encontraram uma taxa de deteção de 0,3%, embora os próprios autores assinalem que este valor poderá estar subestimado devido às características do procedimento de

rastreio utilizado. Ambos os estudos sustentam a importância do ensino superior como contexto de identificação precoce de estados mentais de risco para psicose[51,52].

O impacto dos EMRP no percurso académico pode ser significativo. Em estudantes universitários em risco clínico para psicose, têm sido observadas comorbilidades ansiosas e depressivas, maior gravidade sintomática, pior funcionamento, dificuldades cognitivas, isolamento social, níveis mais baixos de autoestima, suporte social e de resiliência. Estas dificuldades podem comprometer o rendimento académico, a assiduidade, a integração social e a adaptação ao ensino superior, mesmo quando não ocorre transição para psicose[51,53,54]. Assim, a intervenção precoce neste contexto não deve ter como único objetivo prevenir a transição para psicose, mas também reduzir o sofrimento, melhorar o funcionamento e promover a adaptação académica e psicossocial.

Neste sentido, as instituições de ensino superior ocupam uma posição privilegiada na deteção precoce de dificuldades psicológicas, devido à sua proximidade com os estudantes e à existência de serviços de apoio académico, social e psicológico. Contudo, para que esta resposta seja eficaz, é essencial que estes serviços estejam sensibilizados para a possível presença de manifestações psicóticas atenuadas, muitas vezes associadas a queixas inespecíficas como ansiedade, *stress*, isolamento ou dificuldades académicas[55,56].

Determinantes de Saúde Mental no Estudante Universitário

O ensino superior coincide frequentemente com uma fase de transição para a vida adulta, podendo aumentar a vulnerabilidade dos jovens a problemas de saúde mental[57,58]. Esta etapa é frequentemente designada por *emerging adulthood* e caracteriza-se por um conjunto de mudanças significativas ao nível pessoal, social e identitário. Durante esta fase, os jovens vivem um período de exploração da identidade, marcado pela experimentação e tomada de decisões em áreas como o amor, o trabalho e as ideologias. Trata-se também de uma etapa de instabilidade, na qual são comuns mudanças, voluntárias ou involuntárias, ao nível do emprego, das relações afetivas e da residência. Paralelamente, verifica-se um maior foco em si mesmo, associado a uma maior liberdade individual e a uma menor presença de obrigações diárias e papéis sociais rígidos relativamente a terceiros. Outro aspeto característico desta fase é a perceção de não ser adolescente nem adulto, mas algo entre os dois. Por fim, é também marcada por um forte sentido de possibilidades e otimismo, traduzido numa elevada resiliência e na crença de que o futuro poderá ser positivo, mesmo perante contextos de crise ou incerteza económica[59].

Estas características do adulto emergente podem constituir um contexto de maior exposição ao *stress* psicossocial e de menor suporte estrutural, aumentando a suscetibilidade ao aparecimento de EMRP nesta fase da vida. Além da vulnerabilidade associada ao contexto universitário, existem diversos fatores de risco que podem predispor os estudantes a EMRP, bem como fatores protetores que podem atenuar essa vulnerabilidade. Muitos destes fatores são transversais a outras perturbações psiquiátricas[60].

Fatores de Risco para EMRP

Antes de enumerar os principais fatores de risco para EMRP, importa sublinhar que a sua presença não significa, necessariamente, que a pessoa irá desenvolver uma perturbação psicótica. Muitos estudantes podem apresentar sofrimento psicológico significativo sem que este evolua para psicose. Os EMRP não resultam de um único determinante isolado, mas antes da interação entre vulnerabilidades biológicas, psicológicas e sociais. Ainda assim, a identificação precoce destes sinais e o acesso atempado a apoio psicológico e/ou psiquiátrico são fundamentais para reduzir o risco de agravamento e favorecer uma evolução mais positiva[20]. Uma meta-análise analisou cerca de 170 fatores para perceber a sua associação com os estados mentais de risco para psicose[61].

Fatores associados ao contexto universitário

Os fatores associados ao contexto universitário podem funcionar como *stressores* cumulativos que aumentam a vulnerabilidade psicológica dos estudantes e, em indivíduos mais predispostos, podem contribuir para os EMRP. A exposição persistente a *stress* psicossocial pode estar associada à desregulação do eixo hipotálamo-hipófise-Adrenal (HHA), com aumento da secreção de cortisol, sendo a hiperativação deste eixo considerada uma das vulnerabilidades biológicas implicadas na transição para a psicose. Fatores de stress psicossocial, como acontecimentos de vida significativos, experiências adversas ou problemas quotidianos, podem favorecer avaliações negativas sobre si próprio e sobre o ambiente, como sentimentos de fracasso, inferioridade ou vulnerabilidade. Estas avaliações podem, por sua vez, intensificar a resposta fisiológica ao stress, envolvendo o eixo HHA e o sistema dopaminérgico, contribuindo para maior reatividade afetiva e sensibilidade geral ao *stress*[62]. No contexto universitário, esta vulnerabilidade pode ser agravada pela elevada pressão académica, o medo do fracasso e as exigências de desempenho têm sido associados a níveis mais elevados de *stress* e pior saúde mental em estudantes universitários[63–65]. Do mesmo modo, a privação de sono e a desregulação dos ritmos de vida constituem fatores relevantes, uma vez que alterações do sono têm sido relacionadas com experiências psicóticas e sintomas psicóticos atenuados[66,67]. A sobrecarga de trabalho, a carga horária intensa, o *burnout* académico e o perfecionismo podem também contribuir para o desgaste emocional e para a redução da capacidade de lidar com o *stress*, sobretudo quando associados a uma perceção de ausência de apoio social[68,69]. Para além disso, o afastamento da família e a fragilidade das redes de apoio podem intensificar sentimentos de solidão e insegurança, fatores que têm sido associados a maior sofrimento psicológico e a experiências psicóticas em estudantes universitários[70]. Finalmente, a incerteza em relação ao futuro profissional pode aumentar a ansiedade, a ruminação e o sentimento de falta de controlo, agravando o mal-estar psicológico nesta fase de transição para a vida adulta[71]. Assim, embora estes fatores não causem necessariamente psicose de forma direta, podem contribuir para um contexto de vulnerabilidade acrescida, especialmente quando se combinam com fatores individuais, familiares ou biológicos previamente existentes.

Fatores sociais e demográficos

A urbanicidade, ou seja, viver em meios urbanos, tem sido associada a maior probabilidade de vir a desenvolver um EMRP (OR de 2,19). Esta associação poderá refletir a influência de fatores como maior exposição a stress social, menor coesão comunitária, isolamento, desigualdade socioeconómica ou maior exposição a adversidades ambientais. Além disso, pertencer a uma minoria étnica numa área de elevada densidade étnica também foi associado a maior risco de EMRP (OR de 2,11)[61].

Fatores biológicos, individuais e familiares

Um dos fatores mais relevantes é a história familiar de psicose, uma vez que a existência de familiares de primeiro grau com perturbações psicóticas está associada a uma maior probabilidade de desenvolvimento de sintomas psicóticos ou estados mentais de risco. Este fator é um indicador de vulnerabilidade acrescida, ou seja, ter antecedentes familiares não significa que o estudante irá desenvolver psicose, mas pode aumentar a sua sensibilidade a outros fatores de risco[72–74]. Santesteban-Echarri *et al*. (2022), estudou 703 indivíduos em EMRP, e verificou que 12% tinham um familiar de primeiro grau com história de psicose. Apresentavam, ainda, maior gravidade global de sintomas positivos e negativos, pontuações de QI mais baixas e relatavam maior exposição a experiências traumáticas, em particular abuso psicológico e físico[73].

A hipótese neurodesenvolvimental da psicose sugere que determinadas alterações ocorridas durante a gravidez, o parto ou a infância podem interferir no desenvolvimento normal do sistema nervoso central. A sinaptogénese inicia-se sobretudo durante o segundo e o terceiro trimestres da gravidez e prolonga-se ao longo da infância. Agressões precoces no período perinatal podem comprometer o funcionamento das redes neuronais e conduzir a um estado de maior vulnerabilidade[75,76]. Entre estes fatores podem incluir-se complicações obstétricas, infeções pré-natais, exposição a stress materno, alterações no desenvolvimento cognitivo, dificuldades precoces de aprendizagem ou problemas no desenvolvimento social[77]. Estas alterações podem contribuir para uma organização cerebral mais vulnerável, sobretudo quando ocorrem em interação com predisposição genética e experiências ambientais adversas. Esta combinação pode aumentar a fragilidade psicológica ao longo da vida e estar associada a maior risco de manifestação de EMRP.[75,76]

Também a presença de ansiedade, depressão ou sofrimento psicológico persistente pode aumentar a vulnerabilidade[50,78,79]. Um estudo (n=509)[50] mostrou que 40% dos indivíduos em EMRP apresentavam perturbação depressiva associada, e 8% apresentava ansiedade. Observou-se que a comorbidade com perturbação de ansiedade está associada a um discurso mais desorganizado, o que sugere que a ansiedade pode desencadear perturbações do pensamento, interferir na expressão linguística associando-se a sintomas psicóticos atenuados mais severos[79]. Da mesma forma, a comorbidade com a depressão associou-se a mais anedonia, evidenciando a relação entre os domínios afetivos e negativos na fase prodrómica da psicose. Embora os sintomas ansiosos e depressivos provavelmente influenciem a psicopatologia apresentada e o funcionamento global, eles não afetam o risco de transição para o transtorno psicótico[50].

Uma revisão sistemática identificou o stress psicossocial, a sensibilidade interpessoal e o isolamento social como fatores relevantes nos EMRP. O stress psicossocial inclui experiências adversas, como

acontecimentos de vida negativos, trauma, discriminação, conflitos familiares ou dificuldades sociais persistentes, que podem aumentar a vulnerabilidade psicológica e favorecer o agravamento de sintomas subclínicos. A sensibilidade interpessoal refere-se a uma preocupação acentuada com a avaliação dos outros, medo de rejeição, tendência para interpretar interações sociais como ameaçadoras e elevada vigilância face a sinais de crítica ou exclusão. Esta hipersensibilidade pode contribuir para ansiedade social, desconfiança e interpretações persecutórias. Por sua vez, o isolamento social pode reforçar este ciclo, ao reduzir o apoio social e limitar oportunidades de confronto com experiências interpessoais positivas, favorecendo a ruminação, o isolamento e a manutenção de crenças negativas sobre si próprio e sobre os outros. Assim, estes fatores parecem interagir entre si, contribuindo para a vulnerabilidade e possível progressão clínica em indivíduos com EMRP[62].

Os traumas vividos na infância ou na adolescência, como o abuso físico, emocional ou sexual, a negligência, a perda precoce, a violência familiar ou o *bullying*, constituem importantes fatores de risco para EMRP[80–82], com um *odds ratio* (OR) de 2,87[61]. A literatura sugere que, neste processo, os padrões de apego inseguro assumem particular relevância. Relações precoces inconsistentes, negligentes ou abusivas podem comprometer o desenvolvimento de competências de regulação emocional e aumentar a sensibilidade à rejeição, à ameaça interpessoal e ao *stress*, tornando o indivíduo mais reativo perante situações futuras de *stress*. Do mesmo modo, também se associa ao risco de psicose a derrota social (*social defeat*), entendida como a experiência subjetiva de exclusão, humilhação ou inferioridade social. Assim, o trauma pode contribuir para os EMRP através de uma via afetiva, mediada por ansiedade, depressão, vergonha e perceção de ameaça[83]. Em contexto universitário, as exigências académicas e sociais podem reativar vulnerabilidades associadas a experiências adversas anteriores.

Consumo de substâncias

O consumo de substâncias constitui um fator relevante no aumento da vulnerabilidade para sintomas psicóticos, sobretudo em indivíduos com predisposição biológica, familiar ou psicológica. Assim, o consumo de cannabis, estimulantes e álcool em excesso não deve ser entendido como causa única e direta de psicose, mas como um conjunto de fatores que pode precipitar, intensificar ou manter sintomas psicóticos em pessoas vulneráveis[84]. No contexto universitário, esta relação é particularmente importante, uma vez que o consumo de substâncias pode coexistir com stress académico, privação de sono, instabilidade emocional e menor supervisão familiar, criando um contexto de risco acrescido[85].

Entre as substâncias mais estudadas encontra-se a *cannabis*, cuja associação com sintomas psicóticos está bem documentada. O risco parece ser maior quando o consumo se inicia precocemente, durante a adolescência, e quando é frequente ou envolve produtos com maior concentração de THC (tetraidrocanabinol). Em pessoas com EMRP, o consumo de *cannabis* pode contribuir para o agravamento de sintomas psicóticos atenuados e aumentar a probabilidade de transição para psicose, especialmente quando o consumo se mantém ao longo do tempo[86,87].

Os estimulantes, como anfetaminas, metanfetaminas e cocaína, podem estar associados ao aparecimento de sintomas psicóticos, sobretudo quando consumidos em doses elevadas, de forma repetida ou em contextos de stress e privação de sono. Estes sintomas podem incluir paranoia, ideias persecutórias, alucinações, agitação e desorganização do pensamento, estando relacionados com o aumento da atividade dopaminérgica no cérebro. Em alguns casos, os sintomas desaparecem após a suspensão da substância, mas em indivíduos vulneráveis podem persistir ou contribuir para quadros psicóticos mais graves[84].

O álcool em excesso pode prejudicar a saúde mental dos estudantes universitários, sobretudo quando associado a outros fatores de risco, como stress, privação de sono e instabilidade emocional. Embora a sua relação com a psicose seja menos específica do que a da *cannabis* ou dos estimulantes, o consumo abusivo pode contribuir para alterações do sono, desregulação emocional, impulsividade e agravamento de sintomas ansiosos ou depressivos. Em situações de intoxicação grave, consumo crónico ou abstinência, podem ainda surgir sintomas psicóticos induzidos pelo álcool, como alucinações, delírios ou confusão, especialmente em pessoas vulneráveis[84,85].

Estigma

O estigma pode funcionar como um fator de risco indireto para os EMRP, sobretudo porque dificulta a procura de ajuda e aumenta o sofrimento psicológico. Estudantes que experienciam sintomas psicóticos atenuados, podem evitar falar sobre estas experiências por medo de serem rotulados, rejeitados ou discriminados. Este receio pode levar ao isolamento social, à ocultação dos sintomas e ao atraso no acesso a apoio psicológico ou psiquiátrico, favorecendo o agravamento do mal-estar e a manutenção dos sintomas. Além disso, o autoestigma pode intensificar sentimentos de vergonha, baixa autoestima e desesperança, reduzindo a adesão ao tratamento e o recurso a redes de apoio. Assim, embora o estigma não seja uma causa direta de EMRP, pode agravar vulnerabilidades existentes e contribuir para uma evolução clínica menos favorável[36,88].

Fatores Protetores

Nos estudantes universitários, os fatores de proteção para os EMRP incluem recursos individuais, sociais e institucionais que podem diminuir o impacto dos fatores de risco e favorecer uma evolução mais positiva.

Entre os fatores individuais destacam-se a autoestima e a resiliência, uma vez que uma perceção mais positiva de si próprio e uma maior capacidade de adaptação ao stress podem ajudar o estudante a lidar melhor com dificuldades académicas, sociais e emocionais. O estudo de Shi *et al*. (2016), realizado com estudantes universitários chineses em risco clínico para psicose, mostrou que estes apresentavam níveis mais baixos de autoestima, apoio social e resiliência quando comparados com estudantes sem risco clínico, sugerindo que estes fatores devem ser considerados alvos relevantes de intervenção psicológica[51].

O apoio social constitui outro fator protetor central, pois relações positivas com colegas, família, professores ou serviços de apoio universitário podem reduzir o isolamento, facilitar a partilha de dificuldades e aumentar a probabilidade de procura de ajuda. A literatura sobre resiliência em jovens em risco para psicose reforça que o suporte familiar, o sentimento de pertença, a integração social e estratégias eficazes de *coping* podem atenuar o impacto de vulnerabilidades psicológicas e ambientais[51,89]. Neste sentido, a existência de gabinetes de apoio psicológico nas universidades representa também um fator protetor relevante, uma vez que facilita o acesso a cuidados, permite a identificação precoce de sinais de sofrimento e oferece acompanhamento psicológico em fases iniciais, antes do agravamento dos sintomas. Estes serviços podem ainda promover ações de sensibilização, programas de literacia em saúde mental e estratégias de prevenção do estigma, contribuindo para um ambiente académico mais informado, inclusivo e protetor[90].

Além disso, a literacia em saúde mental é particularmente importante no contexto universitário, pois permite aos estudantes reconhecer sinais precoces de sofrimento psicológico ou sintomas psicóticos atenuados, compreender melhor quando procurar ajuda e reduzir crenças estigmatizantes associadas à psicose. Uma maior literacia pode, assim, diminuir o medo de ser julgado, combater o autoestigma e promover atitudes mais favoráveis ao contacto com serviços de saúde mental[91,92].

Programas de Intervenção Precoce em EMRP

Os programas de intervenção precoce nos EMRP são fundamentais para identificar indivíduos vulneráveis e orientar a resposta clínica adequada. Após a avaliação inicial, os indivíduos podem ser classificados em diferentes subgrupos de risco, sendo posteriormente encaminhados para monitorização ou programas de intervenção (Figura 2), que procuram reduzir a probabilidade de transição para psicose e promover um tratamento ajustado a cada caso.

Modelos de Intervenção Clássicos

Terapias psicológicas

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é a primeira linha de tratamento para EMRP. Engloba vários componentes, nomeadamente psicoeducação, formulação de caso, desafiar cognições e estratégias comportamentais. Os objetivos da TCC incluem a psicoeducação e normalização da experiência anómala vivida através do fornecimento de um modelo biopsicossocial da mesma, desenvolvimento de estratégias de *coping* para lidar com os sintomas positivos, identificação e reestruturação de cognições erróneas e substituição das mesmas por cognições mais positivas, incentivar uma automonitorização dos sintomas para ajudar a estabelecer uma relação entre os mesmos e o *stress*, encorajar o desenvolvimento de estratégias e atividades prazerosas para enfrentar os sintomas negativos e depressivos, entre outros[93]. Têm sido desenvolvidos vários estudos para perceber o benefício da TCC nos EMRP. Uma meta-análise de 2013 incluiu 11 ensaios randomizados, e concluiu que existem evidências de que a TCC reduz eficazmente a transição para a psicose aos 12 meses. No que toca aos sintomas positivos da psicose, quando foi feita uma análise de sensibilidade, com o continuar das sessões de TCC houve um efeito significativo na sua redução, em relação à frequência e intensidade. No entanto, a TCC não apresentou efeitos positivos estatisticamente significativos nos sintomas negativos, na depressão ou na melhoria da qualidade de vida[94].

As intervenções familiares nos EMRP são concebidas como abordagens psicoeducativas, dirigidas à redução do *stress* familiar, à melhoria da comunicação e à promoção de estratégias de resolução de problemas. A sua relevância prende-se com o facto de muitos indivíduos em EMRP serem jovens ainda inseridos no contexto familiar, sendo este um espaço central de suporte, mas também de potencial tensão e sobrecarga. O'Brien *et al.* (2014) sugerem que intervenções familiares focadas na psicoeducação, comunicação e gestão de conflitos podem melhorar o funcionamento familiar e reduzir a sintomatologia em jovens em EMRP. Contudo, a evidência quanto ao seu efeito direto na

prevenção da transição para psicose permanece mais limitada, pelo que estas intervenções são geralmente entendidas como componentes complementares de programas integrados de intervenção precoce, frequentemente associadas à TCC e ao acompanhamento clínico regular[95].

Também é importante intervir através de remediação cognitiva, considerando que o défice cognitivo muitas vezes já está presente na fase prodrómica. De facto, nestas idades jovens a deterioração ao nível da memorização, velocidade de processamento, rapidez de raciocínio e atenção pode ser muito disruptiva. Além disso, devido a estes défices cognitivos, um jovem em EMRP pode ter a sua cognição social afetada, e por isso ter dificuldade nas suas interações sociais, pelo que é relevante considerar também o treino de competências sociais[93].

Terapêutica farmacológica

Os antipsicóticos foram inicialmente estudados como estratégia preventiva, sobretudo em indivíduos com sintomas positivos atenuados intensos, persistentes ou associados a deterioração funcional. Estudos testaram antipsicóticos em baixa dose em associação com TCC, sugerindo algum benefício inicial na redução da transição para psicose[96]. Contudo, esta estratégia tornou-se progressivamente mais controversa devido ao risco de efeitos adversos, incluindo aumento ponderal, alterações metabólicas, sintomas extrapiramidais e estigmatização, bem como à elevada proporção de indivíduos em EMRP que eventualmente não transitam para psicose[93]. Por essa razão, as recomendações contemporâneas tendem a desencorajar o uso rotineiro de antipsicóticos nos EMRP, pelo risco de medicalização excessiva.

Os ácidos gordos ómega-3, foram propostos como alternativa de baixo risco aos antipsicóticos, devido às suas propriedades neuroprotetoras. Nos primeiros estudos realizados apresentaram benefícios no que tocava à taxa de transição para psicose, melhoria dos sintomas positivos e negativos e melhoria do funcionamento global[93]. No entanto, estudos posteriores de maior dimensão, não replicaram de forma consistente esse efeito benéfico em contextos onde os participantes recebiam simultaneamente tratamento psicossocial de boa qualidade, gestão clínica e, quando indicado, antidepressivos[97]. Assim, os ácidos gordos ómega-3 mantêm interesse histórico e potencial valor adjuvante, mas a sua eficácia como intervenção preventiva isolada permanece incerta.

Linhas de Orientação de *Guidelines* Internacionais

O desenvolvimento e a consolidação do conceito de EMRP motivaram a criação de algoritmos clínicos por diversas organizações internacionais de saúde mental. O objetivo central destas

guidelines consiste em uniformizar os critérios de deteção e, fundamentalmente, orientar as decisões terapêuticas nesta fase de elevada vulnerabilidade, minimizando a heterogeneidade dos programas de IPP e salvaguardando o prognóstico dos jovens em risco de psicose.

A tabela I sintetiza e compara as principais recomendações propostas por algumas organizações internacionais, nomeadamente *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) do Reino Unido[98], da *Orygen* da Austrália[99], da *European Psychiatric Association* (EPA)[100], bem como as *Canadian Treatment Guidelines for Individuals at Clinical High Risk of Psychosis*[101]. A análise comparativa das principais diretrizes mundiais, revela um forte consenso internacional relativamente à abordagem de primeira linha, mas ainda mantém alguma discussão no que concerne a outras terapêuticas adicionais. De uma forma transversal, todas as organizações preconizam que a abordagem inicial nos EMRP deve ser psicossocial, elegendo a TCC como primeira linha de tratamento, e mantêm-se afastados da terapêutica farmacológica, apoiando que a intervenção nesta fase deve ser proporcional ao nível de risco, evitando abordagens excessivamente medicalizantes ou estigmatizantes, para mitigar potenciais danos éticos.

Intervenção orientada para o contexto universitário

Embora a intervenção precoce na psicose (IPP) seja atualmente reconhecida como uma abordagem eficaz e amplamente implementada em contextos clínicos, principalmente quando dedicada ao Primeiro Episódio Psicótico, a sua aplicação no contexto universitário permanece limitada[102]. Esta lacuna é particularmente relevante, uma vez que os estudantes universitários são vulneráveis a EMRP.

A literatura disponível sobre programas dedicados aos EMRP em contexto universitário[52,56,102–107], sintetizada na Tabela III, demonstra que os estudos realizados até ao momento se têm centrado sobretudo no rastreio e deteção precoce de estudantes em EMRP, mais do que na construção de programas de intervenção integrados dentro das próprias instituições de ensino superior.

Por exemplo, Thompson *et al.*[56] e Saavedra *et al.*[102] estudaram populações de estudantes acompanhados em serviços universitários de saúde mental, no qual esses estudantes eram rastreados para sintomas psicóticos atenuados e, quando indicado, submetidos a avaliação clínica mais aprofundada. A intervenção consistia sobretudo no encaminhamento para serviços especializados de intervenção precoce, mais do que na implementação de um programa terapêutico plenamente integrado na universidade. Esta tendência evidencia uma característica central da literatura existente: os gabinetes de apoio psicológico universitário têm sido utilizados como pontos

estratégicos de identificação precoce e encaminhamento, mas raramente como locais de intervenção continuada e estruturada para EMRP. Assim, apesar de estes dois estudos incluírem uma etapa de encaminhamento para programas especializados, a maior parte da literatura existente permanece ainda muito orientada para o rastreio ou para a validação de instrumentos/escalas. O estudo de Burke *et al.*[106] constitui uma exceção parcial, ao propor uma intervenção preventiva transdiagnóstica em contexto universitário, com sessões de grupo dirigidas a dificuldades emocionais e funcionais relevantes. Ainda assim, neste caso, a intervenção não se limita exclusivamente aos EMRP, enquadrando-se numa abordagem mais ampla de prevenção em saúde mental.

Outro aspeto relevante diz respeito à população-alvo dos estudos. Alguns incidem sobre estudantes que já procuravam ajuda psicológica nos serviços universitários, o que permite um rastreio de EMRP mais contextualizado. Em contraste, Wu *et al.*[52], Ma *et al.*[107] e Kim *et al.*[103] recorreram a estratégias mais próximas do rastreio universal, avaliando amostras alargadas de estudantes universitários. De referir que, nestes estudos, o objetivo era validar escalas de avaliação de sintomas psicóticos, e não delinear estratégias ou programas de IPP. Embora esta abordagem permita identificar estudantes que poderiam não procurar ajuda espontaneamente, ela levanta limitações importantes, nomeadamente o aumento da taxa de falsos positivos, o risco de estigmatização e a sobrecarga dos serviços responsáveis pela avaliação subsequente. Deste modo, o rastreio universal de sintomas psicóticos atenuados em toda a população estudantil não deve ser assumido como estratégia de primeira linha.

No que respeita aos instrumentos de rastreio, os estudos analisados recorreram maioritariamente ao *Prodromal Questionnaire – Brief Version* (PQ-B) (tabela III), para avaliar o risco de EMRP nos estudantes universitários. Este questionário consiste em 21 perguntas, que incidem sobre sintomas positivos, funcionamento social e funcionamento académico/ocupacional. Estes instrumentos apresentam a vantagem de serem breves, de fácil aplicação e adequados para uma primeira triagem de EMRP. No entanto, não têm valor diagnóstico isolado, já que este instrumento foi concebido para funcionar como a primeira etapa de um processo de triagem em duas fases, que depende da entrevista realizada pelo médico para se chegar a um diagnóstico[108]. De facto, nestes estudos um resultado positivo foi confirmado por entrevistas mais especializadas, recorrendo, por exemplo, ao SIPS.

A partir desta literatura, é possível pensar num modelo de intervenção em EMRP orientado para o contexto universitário, que deve incluir promoção da saúde mental, identificação precoce, avaliação

clínica, referenciação especializada e suporte académico, evitando reduzir a resposta universitária a um simples processo de rastreio.

A primeira etapa deverá consistir na promoção da literacia em saúde mental, sensibilização da comunidade académica e redução do estigma. Antes da implementação de qualquer estratégia formal de deteção, é fundamental que estudantes, docentes e funcionários compreendam que alterações do pensamento, da perceção, do sono, do funcionamento social ou do rendimento académico podem constituir sinais de sofrimento psicológico relevante. A criação de uma cultura institucional que normalize a procura de ajuda pode facilitar o acesso precoce aos serviços, reduzindo barreiras como o medo de rotulagem, a vergonha ou a perceção de que os sintomas não são suficientemente graves[91,109].

A segunda etapa corresponde à identificação de estudantes potencialmente em EMRP. Tendo em conta as limitações associadas ao rastreio universal, a literatura parece apoiar uma abordagem mais seletiva, centrada nos estudantes que já se encontram em contacto com os serviços universitários de apoio psicológico, já que estes serviços funcionam como locais privilegiados para uma deteção inicial [56,102,104,105]. Neste contexto, o rastreio com instrumentos como o PQ-B[108], apresentado na Tabela 3, poderá ser integrado na avaliação de estudantes que apresentem sintomas ansiosos ou depressivos persistentes, isolamento social, alterações marcadas do sono, consumo de substâncias, dificuldades interpessoais, quebra significativa do desempenho académico ou experiências percetivas/pensamentos invulgares[53].

A terceira etapa consiste na avaliação clínica e estratificação de risco. Um resultado positivo num instrumento de rastreio não deverá ser interpretado como confirmação de EMRP, mas sim como indicação para avaliação clínica aprofundada. Se possível, a avaliação deverá recorrer a entrevistas estruturadas ou semiestruturadas reconhecidas na área, como a *Structured Interview for Psychosis-Risk Syndromes* (SIPS) ou a *Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States* (CAARMS), instrumentos utilizados para clarificar a presença de critérios de EMRP. Esta etapa é coerente com os estudos revistos, nos quais os rastreios positivos eram frequentemente seguidos por avaliação clínica mais especializada, incluindo entrevistas diagnósticas presenciais ou, em alguns casos, contactos telefónicos de confirmação[56,102,105].

Além disso, nesta etapa e nos gabinetes de apoio psicológico deve-se ter em consideração os vários fatores de risco para EMRP e o modelo biopsicossocial de transição para psicose (Figura 3). O modelo biopsicossocial sugere a interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais, em que vulnerabilidades genéticas ou biológicas, quando combinadas com experiências traumáticas ou acontecimentos de vida significativos, podem originar crenças nucleares negativas. Perante novos

episódios de *stress* psicossocial, estas crenças podem ser reativadas, gerando ansiedade, desregulação emocional, isolamento social e maior sensibilidade interpessoal. Quando o indivíduo tem estratégias de *coping* desadaptativas, como a ruminação ou o consumo de substâncias, podem surgir sintomas psicóticos subclínicos. Este modelo é muito relevante na prática clínica, pois permite compreender o percurso individual de cada pessoa e orientar intervenções psicossociais personalizadas (por exemplo, na TCC), dirigidas aos fatores de risco específicos de cada caso[62].

A quarta etapa corresponde à orientação para programas especializados de IPP. Quando a avaliação clínica sugere a presença de EMRP, segundo os estudos revistos, o papel da universidade não deverá ser substituir os serviços especializados, mas sim garantir uma referenciação, para permitir uma continuidade de intervenção[56,102,105].

A quinta etapa deverá envolver o suporte académico como componente da própria intervenção. Alterações cognitivas, dificuldades de concentração, ansiedade social, insónia, desmotivação ou suspeição interpessoal podem comprometer a assiduidade, o desempenho em avaliações e a permanência no ensino superior. Assim, adaptações curriculares, flexibilização de prazos, apoio psicopedagógico, tutoria académica e articulação com docentes podem funcionar como medidas protetoras[110]. Estas intervenções não substituem o acompanhamento clínico especializado, mas podem reduzir o stress ambiental, preservar o funcionamento e favorecer a recuperação. Neste sentido, o suporte académico deve ser entendido como parte integrante de uma resposta universitária a estudantes em EMRP.

Limitações em Portugal

Apesar da relevância crescente da intervenção precoce na psicose, a aplicação de um modelo estruturado de deteção e intervenção em EMRP no contexto universitário português enfrenta ainda várias limitações. Estas limitações tornam-se particularmente importantes quando se considera que, no modelo anteriormente proposto, a universidade teria um papel essencial na promoção da literacia em saúde mental, na identificação precoce, na avaliação inicial e na referenciação para cuidados especializados.

Uma primeira limitação prende-se com a falta de instrumentos de rastreio e avaliação clínica validados para a população portuguesa. Ferramentas como o CAARMS, o SIPS e o PQ-B[13,15,108], são amplamente utilizadas na literatura internacional para a identificação e diagnóstico dos EMRP, mas a sua aplicação em Portugal pode ser dificultada pela falta de validação formal, adaptação da língua e da cultura. Esta limitação condiciona a implementação de estratégias de identificação e

intervenção precoce, uma vez que os instrumentos utilizados devem ser fiáveis e culturalmente adequados.

Outra dificuldade importante diz respeito à formação das equipas dos gabinetes de apoio psicológico universitário. Estes serviços têm um papel privilegiado na identificação de estudantes em sofrimento psicológico, mas estão frequentemente mais preparados para responder a problemáticas como ansiedade, depressão, *stress* académico ou dificuldades de adaptação, e não tanto a psicose. A identificação de EMRP pode exigir formação específica, sobretudo porque estas manifestações podem ser confundidas com outras dificuldades emocionais comuns no contexto universitário[56,102].

Para além disso, existe ainda uma dificuldade relevante na articulação entre os serviços de apoio psicológico universitário e o Serviço Nacional de Saúde (SNS). Mesmo quando um estudante é identificado como podendo encontrar-se em EMRP, a continuidade dos cuidados depende da existência de circuitos claros de referenciação para avaliação psiquiátrica especializada. Na prática, esta articulação pode ser limitada por barreiras institucionais, tempos de espera e ausência de protocolos formais entre universidades e serviços de saúde mental.

Por fim, importa salientar que os programas de Intervenção Precoce na Psicose existentes em Portugal parecem estar sobretudo orientados para o PEP, e não tanto para fases anteriores, como os EMRP[24,93]. É necessário alargar o foco da intervenção precoce em Portugal, integrando não apenas o tratamento do primeiro episódio psicótico, mas também a avaliação, monitorização e intervenção em EMRP.

Perante estas limitações, a criação de projetos-piloto em instituições de ensino superior específicas poderá representar um primeiro passo para avaliar a viabilidade de circuitos de identificação precoce, formação dos profissionais e referenciação especializada.

Proposta de Projeto Piloto no ICBAS

Tendo em consideração a importância de intervir nos EMRP antes da instalação de uma psicose ativa, de forma a prevenir ou minimizar o seu impacto funcional, bem como a vulnerabilidade particular dos estudantes universitários, seria relevante desenvolver um projeto piloto para o encaminhamento de indivíduos em risco para cuidados especializados, tendo como principais portas de entrada os Cuidados de Saúde Primários (CSP) as universidades, que se articulariam posteriormente com os serviços especializados do SNS.

No Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), a implementação de um projeto piloto de deteção e orientação de estudantes em EMRP encontra uma base favorável na atividade já desenvolvida pelo Gabinete de Apoio ao Estudante, Empregabilidade e *Alumni* (GAEEA). Em 2025, o GAEEA manteve uma intervenção relevante na promoção do bem-estar psicológico através de consultas clínicas, ações de literacia em saúde mental, formações e acompanhamento de situações de vulnerabilidade académica. Em 2025, foram realizadas 1.801 consultas de psicologia, 77 consultas de triagem e 108 consultas de psiquiatria, verificando-se um aumento de 20,7% nas consultas de psicologia e de 92,5% nas consultas de triagem face ao ano anterior. A elevada procura dos serviços de saúde mental do GAEEA sugere uma necessidade crescente de apoio psicológico por parte da comunidade académica, reforçando a pertinência de uma resposta estruturada nesta área e evidenciando o papel do gabinete como ponto privilegiado de contacto com estudantes em sofrimento psicológico[111].

Assim, o objetivo principal seria criar um modelo de identificação precoce, orientação e encaminhamento de estudantes com possível EMRP no ICBAS. Como objetivos adicionais, seria pertinente aumentar a literacia em saúde mental e psicose precoce, reduzir o estigma associado à procura de ajuda, capacitar profissionais do apoio psicológico universitário para reconhecer sinais de EMRP, criar um circuito interno de sinalização e avaliação, estabelecer articulação com serviços de saúde mental do SNS e promover suporte académico aos estudantes identificados.

A população-alvo do projeto piloto deverá incluir sobretudo estudantes do ICBAS que procurem espontaneamente apoio psicológico no GAEEA, ou que sejam sinalizados por apresentarem sofrimento psicológico persistente, diminuição do rendimento académico, isolamento social, alterações marcadas do sono, sintomas ansiosos ou depressivos persistentes, consumo de substâncias ou perceções e pensamentos invulgares.

Paralelamente, o projeto deverá integrar ações de sensibilização dirigidas a estudantes, docentes e funcionários, promovendo a literacia em saúde mental, a redução do estigma e o reconhecimento de sinais precoces de psicose.

Para garantir uma resposta adequada, seria importante que especialistas em psicose e EMRP formassem os profissionais do GAEEA na identificação de EMRP, nos fatores de risco e nos critérios de referenciação. A identificação inicial destes estados mentais de risco poderia ocorrer através da procura espontânea, ou da inclusão de perguntas de rastreio nas avaliações psicológicas iniciais. Instrumentos breves como o PQ-B poderiam ser utilizados como triagem, mas sempre com cautela, devido à ausência de validação em português e ao facto de não terem valor diagnóstico isolado.

Por fim, o projeto deverá prever um circuito claro de referenciação entre o ICBAS/GAEEA e os serviços especializados do SNS, nomeadamente o Serviço Local de Saúde Mental do Porto Ocidental.

Mesmo após a referenciação, o GAEEA poderia manter acompanhamento psicológico e académico, através de tutoria, apoio psicopedagógico, articulação com docentes, sem substituir os cuidados especializados.

Conclusão e Perspetivas Futuras

Os Estados Mentais de Risco para Psicose constituem uma fase clínica relevante, pois permitem identificar jovens com sintomas psicóticos atenuados, sofrimento psicológico e alterações funcionais antes da instalação de uma psicose franca, e assim prevenir deterioração funcional a longo prazo. Neste contexto, o ensino superior assume particular importância, uma vez que a idade universitária coincide com o período de maior vulnerabilidade para o aparecimento destas perturbações com múltiplos fatores de stress académico, social e pessoal. De facto, as universidades podem desempenhar um papel relevante na promoção da literacia em saúde mental, na redução do estigma, na identificação precoce e encaminhamento de estudantes em risco de psicose.

Como perspetivas futuras, será fundamental validar para a população portuguesa instrumentos como o PQ-B, o CAARMS e o SIPS, formar profissionais dos gabinetes de apoio psicológico universitário na identificação de EMRP e criar protocolos formais de referenciação entre universidades, cuidados de saúde primários, serviços de psiquiatria e programas de intervenção precoce. Será igualmente necessário desenvolver programas que incluam explicitamente os EMRP, bem como realizar estudos nacionais sobre a sua prevalência em estudantes universitários, as barreiras à procura de ajuda e a eficácia de projetos-piloto adaptados ao contexto português, como o modelo proposto para o ICBAS.

Em suma, os EMRP representam uma janela de oportunidade para uma intervenção precoce, preventiva e centrada no funcionamento global do estudante. Para que esta oportunidade seja plenamente aproveitada, é necessário transformar a deteção precoce no ensino superior numa resposta articulada, especializada e ajustada à realidade portuguesa.

Apêndice

Figuras

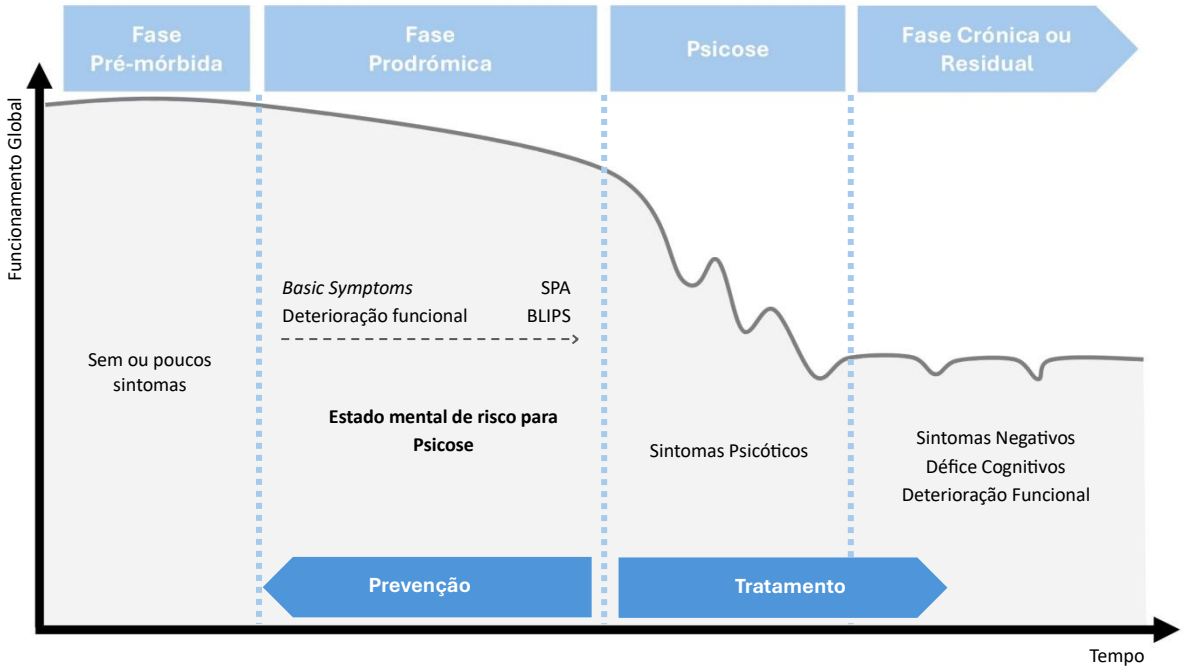


Figura 1 – **Curso natural da Psicose**. Adaptado de Fusar-Poli *et al.* (2013)[12] e de Lieberman *et al.* (2018)[10]. SPA, Sintomas positivos atenuados; BLIPS, *Brief limited intermittent psychotic symptoms.*

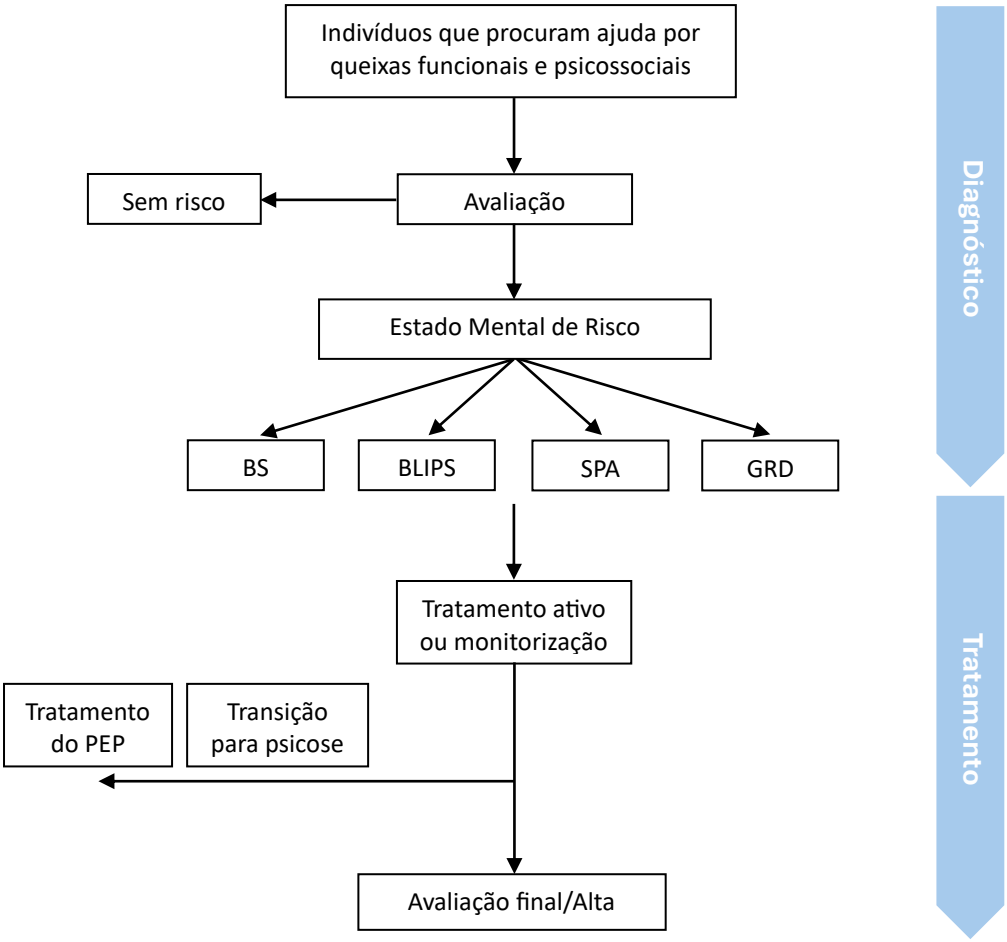


Figura 2 – **Avaliação clínica dos EMRP**. Adaptado de Fusar-Poli etal. (2013)[12]. BS, *Basic Symptoms*; BLIPS, *Brief limited intermittent psychotic symptoms*; SPA, Sintomas positivos atenuados; GRD, *Genetic risk and deterioration syndrome*; PEP, Primeiro episódio psicótico.

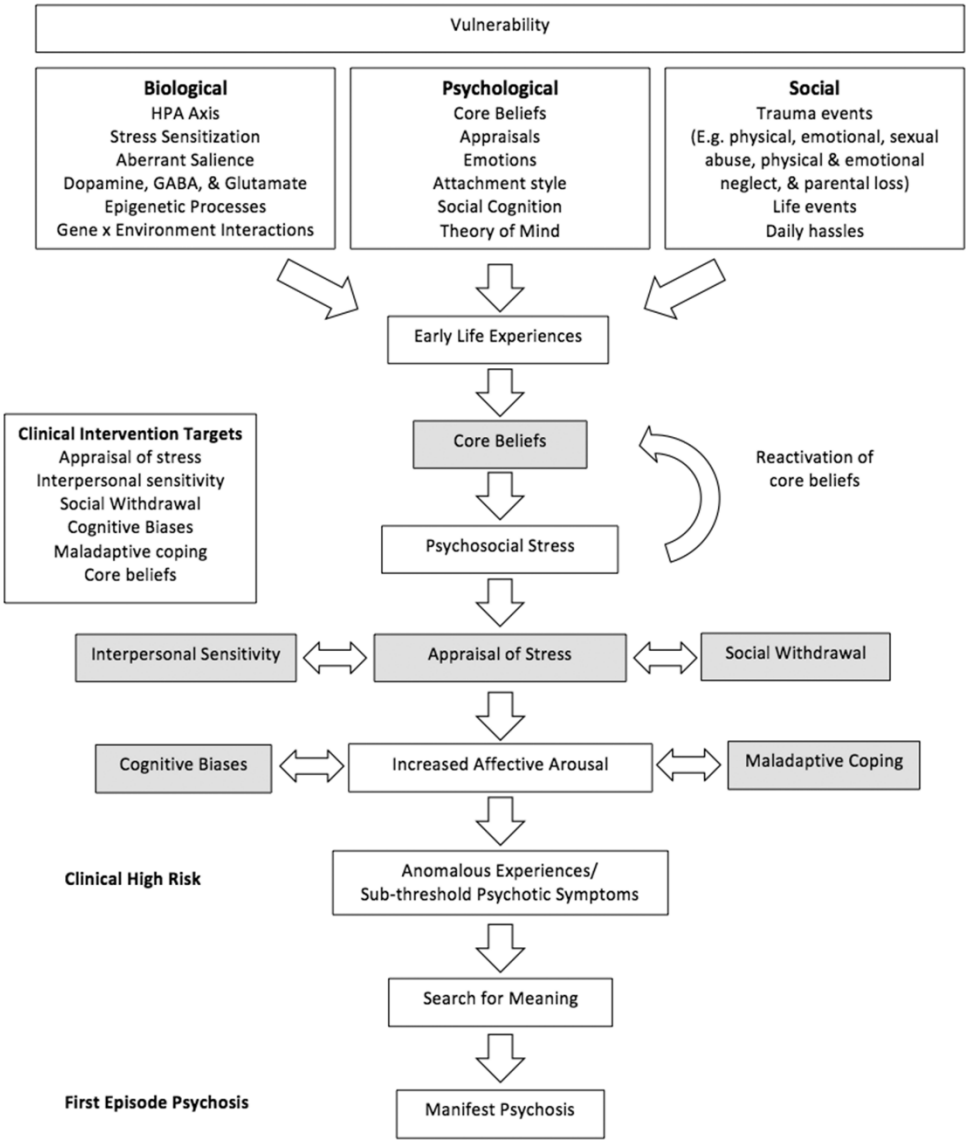


Figura 3 - **Modelo Biopsicossocial de Transição para Psicose**. Fonte: Georgiades *et al.* (2023)[62], licenciado sob *Creative Commons Attribution 4.0 International License* (CC BY 4.0). HPA, hypothalamic-pituitary-adrenal.

Tabelas

Tabela I - ***Guidelines*** **de tratamento para EMRP propostas por organizações internacionais.**

Guideline	**Principais recomendações de intervenção nos EMRP**
National Institute for Health and Care Excellence (NICE) - *Psychosis and Schizophrenia in Adults: Prevention and Management* (Reino Unido, 2014)	*Numa pessoa em EMRP, intervir com TCC individual, com ou sem intervenção familiar. Se comorbilidades como depressão, ansiedade, perturbação da personalidade ou abuso de substâncias intervir de acordo com as guidelines da NICE. Não recorrer a terapêutica farmacológica com antipsicóticos.* *se, após o tratamento, a pessoa continuar a apresentar sintomas, comprometimento funcional, mas não for possível estabelecer um diagnóstico claro de psicose, deve ser acompanhada regularmente para detetar alterações nos sintomas e no funcionamento durante um período de até 3 anos, utilizando ferramentas de avaliação estruturadas e validadas. Se uma pessoa solicitar a alta do serviço, devem ser oferecidas consultas de acompanhamento e a opção de se auto-encaminhar no futuro. Deve ser reencaminhada para o médico de família para que continue a monitorizar as alterações no seu estado mental.*
Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis (2016)[99]	*Deve considerar-se a possibilidade de psicose em qualquer pessoa que apresente um declínio funcional inexplicável.* *Se estiverem presentes sintomas psicóticas subclínicos combinadas com deterioração que indiquem EMRP, o indivíduo e os seus familiares devem ser avaliados e o seu estado mental deve ser monitorizado regularmente (a cada 2–4 semanas). A TCC é a intervenção preferida.* *As informações sobre os EMRP devem ser cuidadosamente fornecidas, tendo em conta fatores sociais, educacionais e culturais.* *Síndromes como a depressão e o uso de substâncias, e áreas problemáticas como o stress interpessoal, profissional e familiar, devem ser adequadamente geridas.* *A TCC pode reduzir a sintomatologia psicótica e prevenir ou retardar a transição para a psicose.* *Os antipsicóticos não devem, normalmente, ser prescritos, a menos que se tenha verificado a persistência de sintomas psicóticos positivos evidentes durante pelo menos 1 semana. A exceção pode ocorrer quando BLIPS estiverem diretamente associados ao risco de comportamentos autolesivos ou agressão.* *Os ácidos gordos ómega-3 podem retardar ou prevenir a transição para a psicose.*
Canadian Treatment Guidelines for Individuals at Clinical High Risk of Psychosis (2017)[101]	*Recomendação 3: intervir com TCC com ou sem intervenção familiar.* *Recomendação 4: intervir noutras comorbilidades presentes (depressão, ansiedade, abuso de substâncias)* *Recomendação 5: intervir de forma a prevenir o desenvolvimento ou persistência de défices funcionais. Tem-se verificado que a diminuição da função e os défices cognitivos muitas vezes estão presentes antes do início da psicose.* *Recomendação 6: intervenções psicossociais e farmacológicas conseguem prevenir ou adiar um PEP.* *Recomendação 7: deve ser aplicada abordagem menos restritiva, sendo a TCC a 1ª linha de tratamento. Quando a terapia psicossocial se mostrar ineficaz, deve ser complementada com antipsicóticos de 2ª geração de baixa dose em doentes com sintomas mais severos.*

	Recomendação 9: se, após o tratamento, a pessoa continuar a apresentar sintomas, comprometimento funcional, mas não for possível estabelecer um diagnóstico claro de psicose, deve ser acompanhada regularmente para detetar alterações nos sintomas e no funcionamento durante um período de até 3 anos, utilizando ferramentas de avaliação estruturadas e validadas. Se uma pessoa solicitar a alta do serviço, devem ser oferecidas consultas de acompanhamento e a opção de se auto-encaminhar no futuro. Deve ser reencaminhada para o médico de família para que continue a monitorizar as alterações no seu estado mental.
European Psychiatric Association (EPA) guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses (2015)[100]	*Recomendação 1: uma intervenção precoce em pacientes em EMRP não deve ter como único objetivo apenas prevenir o PEP, mas também prevenir o desenvolvimento ou a persistência de défices funcionais (sociais, educacionais ou profissionais)* *Recomendação 3: intervenções psicossociais (TCC) e farmacológicas conseguem prevenir ou adiar um PEP.* *Recomendação 4: deve ser aplicada abordagem menos restritiva, sendo a TCC a 1ª linha de tratamento. Quando a terapia psicossocial se mostrar ineficaz, deve ser complementada com antipsicóticos de 2ª geração de baixa dose em doentes com sintomas mais severos (SPA com diminuição do insight, ou BLIPS com frequência aumentada), para que se atinja uma estabilização sintomática para tornar a terapia psicossocial eficaz. Não está recomendada terapêutica farmacológica preventiva a longo prazo.* *Recomendação 5: qualquer intervenção nos EMRP deve também abordar comorbilidades, em particular a depressão e ansiedade, de acordo com as respetivas guidelines de tratamento.* *Recomendação 6: a evidência para usar critérios UHR e tratamento psicossocial e farmacológico em crianças e adolescentes jovens não é suficiente.*

BLIPS, *Brief, Limited and Intermittent Psychotic Symptoms*; EMRP, Estados mentais de risco para psicose; EPA, *European Psychiatric Association*; NICE, *National Institute for Health and Care Excellence;* PEP, Primeiro episódio psicótico; SPA, Sintomas positivos atenuados; TCC, Terapia cognitiva-comportamental; UHR, *Ultra- high risk.*

Tabela II - **Comparação de estudos de deteção de EMRP em contexto universitário.**

Autor	População alvo	Instrumento de rastreio	Descrição do estudo	Tipo de intervenção
Saavedra *et al.* (2024)[102]	Estudantes que procuram ajuda no serviço de saúde mental na universidade (n=1945)	PQ-B	Os estudantes que procuraram o serviço de aconselhamento psicológico da University of New Mexico (UNM) realizaram um rastreio com o PQ-B. Quem obteve um rastreio psoitivo, foi selecionado para uma chamada telefónica de 15 min com um especialista para aplicar o SIPS, para avaliar a elegibilidade para serem incluídos num programa de IPP, se estiverem em EMRP.	Encaminhamento para serviços especializados de psicose precoce (UNM *coordinated specialty care*)
Barans *et al.* (2025)[104]	-	-	Este estudo analisou a estrutura do programa de deteção precoce de EMRP de Saavedra *et al.* (2024). O objetivo foi identificar que características demográficas e clínicas que levam os estudantes a permanecer envolvidos ou a desistir ao longo de 6 etapas de referenciação: **(1)** Preenchimento do PQ-B (1.588 alunos); **(2)** Atingir a pontuação de risco no PQ-B (486 alunos); **(3)** Referenciação para avaliação telefónica (404 alunos); **(4)** Conclusão da avaliação telefónica (198 alunos); **(5)** Conclusão da avaliação de elegibilidade para intervenção (51 alunos); **(6)** Inscrição no tratamento (21 alunos)	Os alunos que preenchiam critérios para EMRP ou PEP foram integrados num programa de Cuidados Especializados Coordenados (*Coordinated Specialty Care* - CSC)
Burke *et al.* (2020)[106]	Estudantes que quisessem participar no estudo por uma compensação de 20$ (n=416)	BDI, PDI	Programa transdiagnóstico: os estudantes que aceitaram participar no rastreio assinaram um consentimento informado e preencheram 2 inquéritos (BDI e PDI). Os que cumpriram critérios de inclusão e aceitaram participar, foram avaliados clinicamente na semana seguinte, para averiguar a presença de sintomas (depressão, ansiedade, experiências psicóticas), capacidade de resiliência e o funcionamento social. Uma semana depois iniciaram a intervenção de 4 semanas.	Intervenção preventiva em *workshops* em grupo de treino de resiliência (*coping*, *mindfulness*, regulação emocional)
Chen *et al.* (2014)[105]	Estudantes universitários de um curso de saúde mental (n=579)	CPQ-16 (PQ-16 traduzido pelos autores para mandarim)	Estudo para identificação e caracterização de síndrome psicótica atenuada. Os alunos que quiseram participar neste estudo preencheram o CPQ-16. Os que cumpriram critérios realizaram uma entrevista com um médico psiquiatra em que foi aplicado o SIPS.	Não há intervenção descrita para os estudantes com resultado positivo no SIPS.
Thompson *et al.* (2022)[56]	Estudantes que procuram ajuda no serviço de saúde mental na universidade (n=998)	PRIME *psychosis risk screen*	Estudantes responderam ao inquérito de rastreio online. Os que apresentaram um rastreio positivo e que aceitaram continuar o estudo, realizaram duas entrevistas clínicas com 2 inquéritos - SCID-5-RV e SIPS.	Os estudantes que cumpriam critérios para EMRP foram encaminhados para serviços especializados de IPP.

Ma *et al.* (2010)[107]	Estudantes de uma universidade de medicina em Taiwan (n=618)	CSPQ-B	Os estudantes preencheram o questionário CSPQ-B. Para avaliar a fiabilidade do teste, 54 alunos foram selecionados para preencher o questionário novamente passado 2 semanas. Posteriormente, os alunos no top 6,5% (com pontuação igual ou superior a 15 no questionário) formaram o grupo de "alta pontuação" (40 alunos). Um grupo de controlo com outros 40 alunos foi selecionado aleatoriamente e emparelhado por género. Posteriormente, estes 80 alunos foram submetidos a entrevistas psiquiátricas em que os psiquiatras não sabiam a que grupo pertenciam os alunos, para avaliar a sensibilidade e especificidade da escala.	Não há intervenção descrita. O foco central do estudo foi validar o CSPQ-B (determinar o ponto de corte, sensibilidade e especificidade) e classificar os alunos consoante os resultados da entrevista.
Wu *et al.* (2021)[52]	Amostra aleatória de estudantes universitários de três cidades na China (n=23063)	PQ-B	Estudantes realizaram rastreio online. Se rastreio positivo, eram convidados para uma chamada telefónica com um médico especialista para uma entrevista semiestruturada com o SIPS. Os que foram classificados como EMRP, foram avaliados numa consulta presencial, para confirmar o diagnóstico.	Não há intervenção descrita. O objetivo foi epidemiológico e focado em validar um método faseado de deteção de indivíduos em risco numa amostra populacional de estudantes. Os autores mencionam que uma das limitações foi o facto de os alunos diagnosticados com EMRP não terem sido alvo de seguimento após o diagnóstico
Kim *et al.* (2020)[103]	Estudantes universitários na Coreia do Sul (n=1749)	CAPE-15	Em contexto de sala de aula, os alunos preencheram o rastreio. Os que tiveram resultado positivo, foram selecionados para uma entrevista telefónica com profissionais de saúde mental, em que foi usado o CAARMS para diagnosticar EMRP. Os diagnósticos que não puderam ser confirmados de imediato por telefone avançaram para entrevistas presenciais com psiquiatras experientes.	Não há intervenção descrita. O objetivo principal do estudo foi testar a eficácia e validar a versão coreana do CAPE-15. Os autores referem que 7 dos alunos avaliados presencialmente procuraram ajuda de forma independente num centro de IPP.

BDI, *Beck Depression Inventory*; CAARMS, *Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States*; CAPE-15, *Community Assessment of Psychic Experiences-15;* CSPQ-B, *Chinese Version of Schizotypal Personality Questionnaire-Brief*; EMRP, Estados mentais de risco para psicose; PDI, Peters *et al.* Delusions Inventory; PQ-B, *Prodromal Questionnaire – Brief Version;* PRIME, *Prevention through Risk Identification, Management, and Education*; SCID-5-RV, *Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, Research Version*; SIPS, *Structured Interview for Psychosis-Risk Syndromes*; SPQ-B, *Schizotypal Personality Questionnaire-Brief*;

Tabela III – *Prodromal Questionnaire – Brief Version* (PQ-B).

1. Do familiar surroundings sometimes seem strange, confusing, threatening or unreal to you? ☐YES ☐NO	**If YES:** When this happens, I feel frightened, concerned, or it causes problems for me: ☐Strongly disagree ☐Disagree ☐Neutral ☐Agree ☐Strongly agree
2. Have you heard unusual sounds like banging, clicking, hissing, clapping or ringing in your ears? ☐YES ☐NO	**If YES:** When this happens, I feel frightened, concerned, or it causes problems for me: ☐Strongly disagree ☐Disagree ☐Neutral ☐Agree ☐Strongly agree
3. Do things that you see appear different from the way they usually do (brighter or duller, larger or smaller, or changed in some other way)? ☐YES ☐NO	**If YES:** When this happens, I feel frightened, concerned, or it causes problems for me: ☐Strongly disagree ☐Disagree ☐Neutral ☐Agree ☐Strongly agree
4. Have you had experiences with telepathy, psychic forces, or fortune telling? ☐YES ☐NO	**If YES:** When this happens, I feel frightened, concerned, or it causes problems for me: ☐Strongly disagree ☐Disagree ☐Neutral ☐Agree ☐Strongly agree
5. Have you felt that you are not in control of your own ideas or thoughts? ☐YES ☐NO	**If YES:** When this happens, I feel frightened, concerned, or it causes problems for me: ☐Strongly disagree ☐Disagree ☐Neutral ☐Agree ☐Strongly agree
6. Do you have difficulty getting your point across, because you ramble or go off the track a lot when you talk? ☐YES ☐NO	**If YES:** When this happens, I feel frightened, concerned, or it causes problems for me: ☐Strongly disagree ☐Disagree ☐Neutral ☐Agree ☐Strongly agree
7. Do you have strong feelings or beliefs about being unusually gifted or talented in some way? ☐YES ☐NO	**If YES:** When this happens, I feel frightened, concerned, or it causes problems for me: ☐Strongly disagree ☐Disagree ☐Neutral ☐Agree ☐Strongly agree
8. Do you feel that other people are watching you or talking about you? ☐YES ☐NO	**If YES:** When this happens, I feel frightened, concerned, or it causes problems for me: ☐Strongly disagree ☐Disagree ☐Neutral ☐Agree ☐Strongly agree
9. Do you sometimes get strange feelings on or just beneath your skin, like bugs crawling? ☐YES ☐NO	**If YES:** When this happens, I feel frightened, concerned, or it causes problems for me: ☐Strongly disagree ☐Disagree ☐Neutral ☐Agree ☐Strongly agree
10. Do you sometimes feel suddenly distracted by distant sounds that you are not normally aware of? ☐YES ☐NO	**If YES:** When this happens, I feel frightened, concerned, or it causes problems for me: ☐Strongly disagree ☐Disagree ☐Neutral ☐Agree ☐Strongly agree
11. Have you had the sense that some person or force is around you, although you couldn't see anyone? ☐YES ☐NO	**If YES:** When this happens, I feel frightened, concerned, or it causes problems for me: ☐Strongly disagree ☐Disagree ☐Neutral ☐Agree ☐Strongly agree
12. Do you worry at times that something may be wrong with your mind? ☐YES ☐NO	**If YES:** When this happens, I feel frightened, concerned, or it causes problems for me: ☐Strongly disagree ☐Disagree ☐Neutral ☐Agree ☐Strongly agree
13. Have you ever felt that you don't exist, the world does not exist, or that you are dead? ☐YES ☐NO	**If YES:** When this happens, I feel frightened, concerned, or it causes problems for me: ☐Strongly disagree ☐Disagree ☐Neutral ☐Agree ☐Strongly agree
14. Have you been confused at times whether something you experienced was real or imaginary? ☐YES ☐NO	**If YES:** When this happens, I feel frightened, concerned, or it causes problems for me: ☐Strongly disagree ☐Disagree ☐Neutral ☐Agree ☐Strongly agree
15. Do you hold beliefs that other people would find unusual or bizarre? ☐YES ☐NO	**If YES:** When this happens, I feel frightened, concerned, or it causes problems for me: ☐Strongly disagree ☐Disagree ☐Neutral ☐Agree ☐Strongly agree
16. Do you feel that parts of your body have changed in some way, or that parts of your body are working differently? ☐YES ☐NO	**If YES:** When this happens, I feel frightened, concerned, or it causes problems for me: ☐Strongly disagree ☐Disagree ☐Neutral ☐Agree ☐Strongly agree
17. Are your thoughts sometimes so strong that you can almost hear them? ☐YES ☐NO	**If YES:** When this happens, I feel frightened, concerned, or it causes problems for me: ☐Strongly disagree ☐Disagree ☐Neutral ☐Agree ☐Strongly agree
18. Do you find yourself feeling mistrustful or suspicious of other people? ☐YES ☐NO	**If YES:** When this happens, I feel frightened, concerned, or it causes problems for me: ☐Strongly disagree ☐Disagree ☐Neutral ☐Agree ☐Strongly agree
19. Have you seen unusual things like flashes, flames, blinding light, or geometric figures? ☐YES ☐NO	**If YES:** When this happens, I feel frightened, concerned, or it causes problems for me: ☐Strongly disagree ☐Disagree ☐Neutral ☐Agree ☐Strongly agree
20. Have you seen things that other people can't see or don't seem to see? ☐YES ☐NO	**If YES:** When this happens, I feel frightened, concerned, or it causes problems for me: ☐Strongly disagree ☐Disagree ☐Neutral ☐Agree ☐Strongly agree
21. Do people sometimes find it hard to understand what you are saying? ☐YES ☐NO	**If YES:** When this happens, I feel frightened, concerned, or it causes problems for me: ☐Strongly disagree ☐Disagree ☐Neutral ☐Agree ☐Strongly agree

Adaptado de Loewy *et al.* (2011)[108]. *Total Score* (1ªcoluna): Número total de sintomas positivos (No=0, Yes=1); *Distress Score* (2ªcoluna): Número total de sintomas positivos ponderados pelo nível de angústia (*strongly disagree* =1, *disagree* =2, *neutral*=3, *agree*=4, *strongly agree*=5). *Distress score* > 5 pode indicar EMRP com especificidade de 68% e sensibilidade de 88%[108]. O ponto de corte varia na literatura.

Referências

1. World mental health report: Transforming mental health for all. Accessed April 28, 2026. https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338
2. Birchwood M, Todd P, Jackson C. Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *Br J Psychiatry Suppl*. 1998;172(33):53-59.
3. Fusar-Poli P, Bonoldi I, Yung AR, et al. Predicting psychosis: meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69(3):220-229. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.1472
4. Cheung A, Polavarapu M, Kosuru S, et al. Treatment and services for psychosis: Are college campuses a novel frontier for early detection and intervention? *Psychiatry Res*. 2020;284:112699. doi:10.1016/j.psychres.2019.112699
5. Coentre R, Mendes T, Rebelo A, Fonseca A, Levy P. PROFIP: A Portuguese early intervention programme for first-episode psychosis in Lisbon. *Early Interv Psychiatry*. 2019;13(6):1525-1529. doi:10.1111/eip.12852
6. (PDF) Intervenção Precoce na Psicose em Portugal: Onde Estamos Nós? *ResearchGate*. Published online February 25, 2026. doi:10.20344/amp.13472
7. Understanding Psychosis - National Institute of Mental Health (NIMH). Accessed April 12, 2026. https://www.nimh.nih.gov/health/publications/understanding-psychosis
8. Schizophrenia - National Institute of Mental Health (NIMH). Accessed May 11, 2026. https://www.nimh.nih.gov/health/publications/schizophrenia
9. Gaebel W, Zielasek J. Focus on psychosis. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2015;17(1):9-18. doi:10.31887/DCNS.2015.17.1/wgaebel
10. Lieberman JA, First MB. Psychotic Disorders. Ropper AH, ed. *N Engl J Med*. 2018;379(3):270-280. doi:10.1056/NEJMra1801490
11. Yung AR, McGorry PD. The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophr Bull*. 1996;22(2):353-370. doi:10.1093/schbul/22.2.353
12. Fusar-Poli P, Borgwardt S, Bechdolf A, et al. The Psychosis High-Risk State. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(1):107-120. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.269
13. Yung AR, Yuen HP, McGorry PD, et al. Mapping the onset of psychosis: the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States.
14. The CAARMS: Assessing Young People at Ultra High Risk of Psychosis - Orygen, Revolution in Mind. Accessed May 12, 2026. https://www.orygen.org.au/Training/Resources/Psychosis/Manuals/CAARMS
15. McGlashan TH, Walsh BC, Woods SW. Structured Interview for Psychosis-Risk Syndromes. Published online March 25, 2014.
16. Fusar-Poli P, Yung AR. Should attenuated psychosis syndrome be included in DSM-5? *The Lancet*. 2012;379(9816):591-592. doi:10.1016/S0140-6736(11)61507-9
17. Yung AR, Nelson B, Thompson AD, Wood SJ. Should a “Risk Syndrome for Psychosis” be included in the DSMV? *Schizophr Res*. 2010;120(1-3):7-15. doi:10.1016/j.schres.2010.03.017
18. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed., text rev. American Psychiatric Association Publishing; 2022. doi:10.1176/appi.books.9780890425787

19. Salazar de Pablo G, Catalan A, Fusar-Poli P. Clinical Validity of DSM-5 Attenuated Psychosis Syndrome: Advances in Diagnosis, Prognosis, and Treatment. *JAMA Psychiatry*. 2020;77(3):311-320. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.3561

20. Salazar de Pablo G, Radua J, Pereira J, et al. Probability of Transition to Psychosis in Individuals at Clinical High Risk. *JAMA Psychiatry*. 2021;78(9):1-9. doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.0830

21. Fusar-Poli P, Cappucciati M, Borgwardt S, et al. Heterogeneity of Psychosis Risk Within Individuals at Clinical High Risk: A Meta-analytical Stratification. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(2):113-120. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.2324

22. Harvey PD, Heaton RK, Carpenter WT, Green MF, Gold JM, Schoenbaum M. Functional Impairment In People with Schizophrenia: Focus on Employability and Eligibility for Disability Compensation. *Schizophr Res*. 2012;140(1-3):1-8. doi:10.1016/j.schres.2012.03.025

23. McGorry PD, Killackey E, Yung A. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry*. 2008;7(3):148-156. doi:10.1002/j.2051-5545.2008.tb00182.x

24. Coentre R, Levy P, Figueira ML. Intervenção precoce na psicose: primeiro episódio psicótico e período crítico. *Acta Médica Portuguesa*. 2011;24(1):117-126. doi:10.20344/amp.336

25. Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P, Croudace T. Association Between Duration of Untreated Psychosis and Outcome in Cohorts of First-Episode Patients: A Systematic Review. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(9):975-983. doi:10.1001/archpsyc.62.9.975

26. Salazar de Pablo G, Guinart D, Armendariz A, et al. Duration of Untreated Psychosis and Outcomes in First-Episode Psychosis: Systematic Review and Meta-analysis of Early Detection and Intervention Strategies. *Schizophr Bull*. 2024;50(4):771-783. doi:10.1093/schbul/sbae017

27. McGlashan T. Schizophrenia in Translation: Is Active Psychosis Neurotoxic? *Schizophr Bull*. 2006;32(4):609-613. doi:10.1093/schbul/sbl032

28. Anderson KK, Voineskos A, Mulsant BH, George TP, Mckenzie KJ. The role of untreated psychosis in neurodegeneration: a review of hypothesized mechanisms of neurotoxicity in first-episode psychosis. *Can J Psychiatry*. 2014;59(10):513-517. doi:10.1177/070674371405901003

29. Fusar-Poli P, McGorry PD, Kane JM. Improving outcomes of first-episode psychosis: an overview. *World Psychiatry*. 2017;16(3):251-265. doi:10.1002/wps.20446

30. Mueser KT, Sussman RF, DeTore NR, Eberlin ES, McGurk S. The Impact of Early Intervention for First Episode Psychosis on Cognitive Functioning. *Schizophr Res*. 2023;260:132-139. doi:10.1016/j.schres.2023.07.021

31. Green MF. Impact of Cognitive and Social Cognitive Impairment on Functional Outcomes in Patients With Schizophrenia. Psychiatrist.com. February 24, 2016. Accessed May 22, 2026. https://www.psychiatrist.com/jcp/impact-cognitive-social-cognitive-impairment-functional/

32. Bucci P, Mucci A, van Rossum IW, et al. Persistent negative symptoms in recent-onset psychosis: Relationship to treatment response and psychosocial functioning. *European Neuropsychopharmacology*. 2020;34:76-86. doi:10.1016/j.euroneuro.2020.03.010

33. Andreasen NC, Liu D, Ziebell S, Vora A, Ho BC. Relapse duration, treatment intensity, and brain tissue loss in schizophrenia: a prospective longitudinal MRI study. *Am J Psychiatry*. 2013;170(6):609-615. doi:10.1176/appi.ajp.2013.12050674

34. Vita A, De Peri L, Deste G, Sacchetti E. Progressive loss of cortical gray matter in schizophrenia: a meta-analysis and meta-regression of longitudinal MRI studies. *Transl Psychiatry*. 2012;2(11):e190. doi:10.1038/tp.2012.116

35. HARVEY PD, STRASSING M. Predicting the severity of everyday functional disability in people with schizophrenia: cognitive deficits, functional capacity, symptoms, and health status. *World Psychiatry*. 2012;11(2):73-79. doi:10.1016/j.wpsyc.2012.05.004

36. Gronholm PC, Thornicroft G, Laurens KR, Evans-Lacko S. Mental health-related stigma and pathways to care for people at risk of psychotic disorders or experiencing first-episode psychosis: a systematic review. *Psychol Med*. 2017;47(11):1867-1879. doi:10.1017/S0033291717000344

37. Koutra K, Vgontzas AN, Lionis C, Triliva S. Family functioning in first-episode psychosis: a systematic review of the literature. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014;49(7):1023-1036. doi:10.1007/s00127-013-0816-6

38. Ringen PA, Engh JA, Birkenaes AB, Dieset I, Andreassen OA. Increased mortality in schizophrenia due to cardiovascular disease - a non-systematic review of epidemiology, possible causes, and interventions. *Front Psychiatry*. 2014;5:137. doi:10.3389/fpsyt.2014.00137

39. Correll CU, Solmi M, Croatto G, et al. Mortality in people with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of relative risk and aggravating or attenuating factors. *World Psychiatry*. 2022;21(2):248-271. doi:10.1002/wps.20994

40. Alvarez-Jimenez M, Priede A, Hetrick SE, et al. Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophr Res*. 2012;139(1-3):116-128. doi:10.1016/j.schres.2012.05.007

41. Kane JM, Robinson DG, Schooler NR, et al. Comprehensive Versus Usual Community Care For First Episode Psychosis: Two-Year Outcomes From The NIMH RAISE Early Treatment Program. *Am J Psychiatry*. 2016;173(4):362-372. doi:10.1176/appi.ajp.2015.15050632

42. Secher RG, Hjorthøj CR, Austin S, et al. Ten-Year Follow-up of the OPUS Specialized Early Intervention Trial for Patients With a First Episode of Psychosis. *Medline Abbreviated Title: Schizophr Bull*. 2015;41(3):617-626. doi:10.1093/schbul/sbu155

43. Correll CU, Galling B, Pawar A, et al. Comparison of Early Intervention Services vs Treatment as Usual for Early-Phase Psychosis: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression. *JAMA Psychiatry*. 2018;75(6):555-565. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.0623

44. Fusar-Poli P, McGorry PD, Kane JM. Improving outcomes of first-episode psychosis: an overview. *World Psychiatry*. 2017;16(3):251-265. doi:10.1002/wps.20446

45. Silveira C, Norton A, Brandão I, Roma-Torres A. Saúde mental em estudantes do ensino superior: experiência da consulta de psiquiatria do centro Hospitalar São João. *Acta Médica Portuguesa*. 2011;24:247-256. doi:10.20344/amp.1504

46. Solmi M, Radua J, Olivola M, et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry*. 2022;27(1):281-295. doi:10.1038/s41380-021-01161-7

47. Auerbach RP, Alonso J, Axinn WG, et al. Mental disorders among college students in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Psychol Med*. 2016;46(14):2955-2970. doi:10.1017/S0033291716001665

48. Auerbach RP, Mortier P, Bruffaerts R, et al. WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. *J Abnorm Psychol*. 2018;127(7):623-638. doi:10.1037/abn0000362

49. Sheldon E, Simmonds-Buckley M, Bone C, et al. Prevalence and risk factors for mental health problems in university undergraduate students: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2021;287:282-292. doi:10.1016/j.jad.2021.03.054

50. Fusar-Poli P, Nelson B, Valmaggia L, Yung AR, McGuire PK. Comorbid Depressive and Anxiety Disorders in 509 Individuals With an At-Risk Mental State: Impact on Psychopathology and Transition to Psychosis. *Schizophr Bull*. 2014;40(1):120-131. doi:10.1093/schbul/sbs136

51. Shi J, Wang L, Yao Y, et al. Protective factors in Chinese university students at clinical high risk for psychosis. *Psychiatry Research*. 2016;239:239-244. doi:10.1016/j.psychres.2016.03.036

52. Wu J, Long X, Liu F, et al. Screening of the college students at clinical high risk for psychosis in China: a multicenter epidemiological study. *BMC Psychiatry*. 2021;21:253. doi:10.1186/s12888-021-03229-8

53. Shi J, Wang L, Yao Y, et al. Comorbid Mental Disorders and 6-Month Symptomatic and Functioning Outcomes in Chinese University Students at Clinical High Risk for Psychosis. *Front Psychiatry*. 2017;8. doi:10.3389/fpsyt.2017.00209

54. Fusar-Poli P, Rocchetti M, Sardella A, et al. Disorder, not just state of risk: meta-analysis of functioning and quality of life in people at high risk of psychosis. *Br J Psychiatry*. 2015;207(3):198-206. doi:10.1192/bjp.bp.114.157115

55. Crisanti AS, Saavedra JL, Barans S, et al. Identifying Barriers and Pathways to Care Among College Students at Risk of or Diagnosed with First Episode Psychosis. *Psychiatry International*. 2025;6(1):15. doi:10.3390/psychiatryint6010015

56. Thompson EC, Andorko ND, Rouhakhtar PR, et al. Psychosis-Spectrum Screening and Assessment Within a College Counseling Center: A Pilot Study Exploring Feasibility and Clinical Need. *J College Stud Psychother*. 2022;36(2):201-222. doi:10.1080/87568225.2020.1797604

57. Farrer LM, Jackson HM, Gulliver A, Calear AL, Batterham PJ. Mental Health Among First-Year Students Transitioning to University in Australia: A Longitudinal Study. *Psychol Rep*. Published online October 23, 2024:00332941241295978. doi:10.1177/00332941241295978

58. Campbell F, Blank L, Cantrell A, et al. Factors that influence mental health of university and college students in the UK: a systematic review. *BMC Public Health*. 2022;22(1):1778. doi:10.1186/s12889-022-13943-x

59. Arnett JJ, Žukauskienė R, Sugimura K. The new life stage of emerging adulthood at ages 18-29 years: implications for mental health. *Lancet Psychiatry*. 2014;1(7):569-576. doi:10.1016/S2215-0366(14)00080-7

60. Lynch SJ, Sunderland M, Newton NC, Chapman C. A systematic review of transdiagnostic risk and protective factors for general and specific psychopathology in young people. *Clinical Psychology Review*. 2021;87:102036. doi:10.1016/j.cpr.2021.102036

61. Radua J, Ramella-Cravaro V, Ioannidis JPA, et al. What causes psychosis? An umbrella review of risk and protective factors. *World Psychiatry*. 2018;17(1):49-66. doi:10.1002/wps.20490

62. Georgiades A, Almuqrin A, Rubinic P, Mouhitzadeh K, Tognin S, Mechelli A. Psychosocial stress, interpersonal sensitivity, and social withdrawal in clinical high risk for psychosis: a systematic review. *Schizophr*. 2023;9(1):38. doi:10.1038/s41537-023-00362-z

63. Córdova Olivera P, Gasser Gordillo P, Naranjo Mejía H, La Fuente Taborga I, Grajeda Chacón A, Sanjinés Unzueta A. Academic stress as a predictor of mental health in university students. *Cogent Education*. 2023;10(2):2232686. doi:10.1080/2331186X.2023.2232686

64. Barbayannis G, Bandari M, Zheng X, Baquerizo H, Pecor KW, Ming X. Academic Stress and Mental Well-Being in College Students: Correlations, Affected Groups, and COVID-19. *Front Psychol*. 2022;13:886344. doi:10.3389/fpsyg.2022.886344

65. Duru E, Balkis M, Duru S. Fear of failure and academic satisfaction: the mediating role of emotion regulation difficulties and procrastination. *Eur J Psychol Educ*. 2024;39(3):2901-2914. doi:10.1007/s10212-024-00868-9

66. Barton J, Kyle SD, Varese F, Jones SH, Haddock G. Are sleep disturbances causally linked to the presence and severity of psychotic-like, dissociative and hypomanic experiences in non-clinical populations? A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2018;89:119-131. doi:10.1016/j.neubiorev.2018.02.008

67. Formica MJC, Fuller-Tyszkiewicz M, Reininghaus U, et al. Associations between disturbed sleep and attenuated psychotic experiences in people at clinical high risk for psychosis. *Psychol Med*. 54(9):2254-2263. doi:10.1017/S0033291724000400

68. Olson N, Oberhoffer-Fritz R, Reiner B, Schulz T. Stress, student burnout and study engagement – a cross-sectional comparison of university students of different academic subjects. *BMC Psychol*. 2025;13(1):293. doi:10.1186/s40359-025-02602-6

69. Asim S, Kausar N, Naz I. The Impact of Perfectionism and Academic Burnout among University Students: The Role of Social Support. *The Regional Tribune*. 2025;4:103-114. doi:10.63062/trt/SG25.098

70. Narita Z, Banawa R, Zhou S, DeVylder J, Koyanagi A, Oh H. Loneliness and psychotic experiences among US university students: Findings from the Healthy Minds Study 2020. *Psychiatry Research*. 2022;308:114362. doi:10.1016/j.psychres.2021.114362

71. Zhou T, Bao Y, Guo D, et al. Intolerance of uncertainty and future career anxiety among Chinese undergraduate students during COVID-19 period: Fear of COVID-19 and depression as mediators. *Front Public Health*. 2022;10. doi:10.3389/fpubh.2022.1015446

72. Georgopoulos G, Stowkowy J, Liu L, et al. The role of a family history of psychosis for youth at clinical high risk of psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*. 2019;13(2):251-256. doi:10.1111/eip.12471

73. Santesteban-Echarri O, Sandel D, Liu L, et al. Family history of psychosis in youth at clinical high risk: A replication study. *Psychiatry Research*. 2022;311:114480. doi:10.1016/j.psychres.2022.114480

74. Healy C, Lång U, O'Hare K, et al. Sensitivity of the familial high-risk approach for the prediction of future psychosis: a total population study. *World Psychiatry*. 2024;23(3):432-437. doi:10.1002/wps.21243

75. Davies C, Segre G, Estradé A, et al. Prenatal and perinatal risk and protective factors for psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(5):399-410. doi:10.1016/S2215-0366(20)30057-2

76. Schmitt A, Falkai P, Papiol S. Neurodevelopmental disturbances in schizophrenia: evidence from genetic and environmental factors. *J Neural Transm (Vienna)*. 2023;130(3):195-205. doi:10.1007/s00702-022-02567-5

77. Howes OD, Murray RM. Schizophrenia: an integrated sociodevelopmental-cognitive model. *The Lancet*. 2014;383(9929):1677-1687. doi:10.1016/S0140-6736(13)62036-X

78. Addington J, Farris MS, Liu L, et al. Depression: An actionable outcome for those at clinical high-risk. *Schizophr Res*. 2021;227:38-43. doi:10.1016/j.schres.2020.10.001

79. McAusland L, Buchy L, Cadenhead KS, et al. Anxiety in youth at clinical high risk for psychosis. *Early Interv Psychiatry*. 2017;11(6):480-487. doi:10.1111/eip.12274

80. Varese F, Smeets F, Drukker M, et al. Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies. *Schizophr Bull*. 2012;38(4):661-671. doi:10.1093/schbul/sbs050

81. Schäfer I, Fisher HL. Childhood trauma and psychosis - what is the evidence? *Dialogues in clinical neuroscience*. 2011;13(3):360-365.

82. Loewy RL, Corey S, Amirfathi F, et al. Childhood Trauma and Clinical High Risk for Psychosis. *Schizophr Res*. 2019;205:10-14. doi:10.1016/j.schres.2018.05.003

83. Sideli L, Murray RM, Schimmenti A, et al. Childhood adversity and psychosis: a systematic review of bio-psycho-social mediators and moderators. *Psychol Med*. 2020;50(11):1761-1782. doi:10.1017/S0033291720002172

84. Fiorentini A, Cantù F, Crisanti C, Cereda G, Oldani L, Brambilla P. Substance-Induced Psychoses: An Updated Literature Review. *Front Psychiatry*. 2021;12. doi:10.3389/fpsyt.2021.694863

85. Matheson SL, Laurie M, Laurens KR. Substance use and psychotic-like experiences in young people: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 53(2):305-319. doi:10.1017/S0033291722003440

86. Valmaggia LR, Day FL, Jones C, et al. Cannabis use and transition to psychosis in people at ultra-high risk. *Psychological Medicine*. 2014;44(12):2503-2512. doi:10.1017/S0033291714000117

87. Farris MS, Shakeel MK, Addington J. Cannabis use in individuals at clinical high-risk for psychosis: a comprehensive review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2020;55(5):527-537. doi:10.1007/s00127-019-01810-x

88. Rüsch N, Müller M, Heekeren K, et al. Longitudinal course of self-labeling, stigma stress and well-being among young people at risk of psychosis. *Schizophr Res*. 2014;158(1-3):82-84. doi:10.1016/j.schres.2014.07.016

89. Cojocaru A, Braha A, Anastasescu CM, et al. A Systematic Review of Resilience in At-Risk Youth for Psychotic Disorders: An Analysis of Protective and Risk Factors from Recent Literature. *Behavioral Sciences*. 2024;14(10):898. doi:10.3390/bs14100898

90. Osborn TG, Li S, Saunders R, Fonagy P. University students' use of mental health services: a systematic review and meta-analysis. *Int J Ment Health Syst*. 2022;16(1):57. doi:10.1186/s13033-022-00569-0

91. Yang X, Hu J, Zhang B, Ding H, Hu D, Li H. The relationship between mental health literacy and professional psychological help-seeking behavior among Chinese college students: mediating roles of perceived social support and psychological help-seeking stigma. *Front Psychol*. 2024;15. doi:10.3389/fpsyg.2024.1356435

92. Clement S, Schauman O, Graham T, et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med*. 2015;45(1):11-27. doi:10.1017/S0033291714000129

93. Coentre R, Madeira N, Levy P. *Fases Iniciais Das Perturbações Psicóticas: Avaliação e Intervenção*. LIDEL; 2025.

94. Stafford MR, Jackson H, Mayo-Wilson E, Morrison AP, Kendall T. Early interventions to prevent psychosis: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2013;346:f185. doi:10.1136/bmj.f185

95. O'Brien MP, Miklowitz DJ, Candan KA, et al. A Randomized Trial of Family Focused Therapy With Populations at Clinical High Risk for Psychosis: Effects on Interactional Behavior. *J Consult Clin Psychol*. 2014;82(1):90-101. doi:10.1037/a0034667

96. McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ, et al. Randomized Controlled Trial of Interventions Designed to Reduce the Risk of Progression to First-Episode Psychosis in a Clinical Sample With Subthreshold Symptoms. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(10):921-928. doi:10.1001/archpsyc.59.10.921

97. McGorry PD, Nelson B, Markulev C, et al. Effect of ω-3 Polyunsaturated Fatty Acids in Young People at Ultrahigh Risk for Psychotic Disorders: The NEURAPRO Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(1):19-27. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.2902

98. Overview | Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management | Guidance | NICE. February 12, 2014. Accessed May 13, 2026. https://www.nice.org.uk/guidance/cg178

99. Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis - Second Edition Updated - Orygen, Revolution in Mind. Accessed May 12, 2026. https://www.orygen.org.au/Training/Resources/Psychosis/Guidelines/Australian-Clinical-Guidelines-for-Early-Psychosis

100. Schmidt SJ, Schultze-Lutter F, Schimmelmann BG, et al. EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses. *European Psychiatry*. 2015;30(3):388-404. doi:10.1016/j.eurpsy.2015.01.013

101. Addington J, Addington D, Abidi S, Raedler T, Remington G. Canadian Treatment Guidelines for Individuals at Clinical High Risk of Psychosis. *Can J Psychiatry*. 2017;62(9):656-661. doi:10.1177/0706743717719895

102. Saavedra JL, Crisanti A, Lardier DT, et al. The Cascade of Care for Early Psychosis Detection in a College Counseling Center. *Psychiatr Serv*. 2024;75(2):161-166. doi:10.1176/appi.ps.20230005

103. Kim SW, Kim JK, Han JH, et al. Validation of the Korean Version of the 15-Item Community Assessment of Psychic Experiences in a College Population. *Psychiatry Investig*. 2020;17(4):306-311. doi:10.30773/pi.2019.0215

104. Barans S, Saavedra JL, Lardier DT, et al. Characteristics Associated with Engagement in the Early Detection Cascade of Care for Psychosis at a College Counseling Center. *Community Ment Health J*. 2025;61(5):913-922. doi:10.1007/s10597-024-01430-z

105. Chen F, Wang L, Heeramun-Aubeeluck A, et al. Identification and characterization of college students with Attenuated Psychosis Syndrome in China. *Psychiatry Research*. 2014;216(3):346-350. doi:10.1016/j.psychres.2014.01.051

106. Burke AS, Shapero BG, Pelletier-Baldelli A, et al. Rationale, Methods, Feasibility, and Preliminary Outcomes of a Transdiagnostic Prevention Program for At-Risk College Students. *Front Psychiatry*. 2020;10:1030. doi:10.3389/fpsyt.2019.01030

107. Ma WF, Wu PL, Yang SJ, Cheng KF, Chiu HT, Lane HY. Sensitivity and specificity of the Chinese version of the Schizotypal Personality Questionnaire-Brief for identifying undergraduate students susceptible to psychosis. *International Journal of Nursing Studies*. 2010;47(12):1535-1544. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.05.010

108. Loewy RL, Pearson R, Vinogradov S, Bearden CE, Cannon TD. Psychosis Risk Screening with the Prodromal Questionnaire – Brief version (PQ-B). *Schizophr Res*. 2011;129(1):42-46. doi:10.1016/j.schres.2011.03.029

109. Buck B, Whiting E, Filip TF, et al. Obstacles to Seeking Help: Perceived Barriers and Stigma Toward Mental Health Treatment in College Students at Elevated Risk for Psychosis. *Early Interv Psychiatry*. 2025;19(4):e70034. doi:10.1111/eip.70034

110. Hofstra J, van der Velde J, Farkas M, Korevaar L, Büttner S. Supported Education for Students With Psychiatric Disabilities: A Systematic Review of Effectiveness Studies From 2009 to 2021. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2023;46(3):173-184. doi:https://doi.org/10.1037/prj0000528

111. Universidade do Porto. Planos e Relatórios de Atividades. Accessed June 3, 2026. https://www.up.pt/icbas/pt/icbas/institucional/planos-relatorios/

INSTITUTO DE **CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR**