

Esquizofrenia Paranóide: Relato de Caso e Revisão da Literatura

Paranoid Schizophrenia: Case report and Literature Review

Camilla Silveira Moreira¹, Marco André Mezzasalma², Ricardo Venâncio Juliboni³

¹ Aluna do 6º ano do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade de Medicina de Campos dos Goytacazes.

² Mestre em Psiquiatria pelo IPUB – UFRJ, supervisor da equipe do IPUB-UFRJ.

³ Neurologista, Professor da Cadeira de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Campos dos Goytacazes.

Trabalho realizado no IPUB-UFRJ, Rio de Janeiro/Brasil

RESUMO

Introdução: A Esquizofrenia possui como característica uma significativa perda de contacto com a realidade através da perda das formas usuais de associações de idéias.

É comum o aparecimento de ambições desmedidas que podem evoluir para mania de grandeza (megalomania) bem como o surgimento de delírios persecutórios.

Método: Entrevista com a paciente e revisão bibliográfica e de prontuário.

Descrição do Caso: Paciente moradora de rua que teve o primeiro surto na adolescência vem apresentando diversas internações em decorrência de sua negação à doença e da pouca adesão ao tratamento pela falta de suporte social.

Conclusão: Com a internação e a administração regular da medicação a paciente diminuiu a sua agressividade, irritabilidade e apresentou maior controle e menos brigas com as outras pacientes. No entanto não pudemos interferir no contexto social. Sem família, sem dinheiro e incapaz de exercer alguma atividade, quando recebe alta acaba vagando pelas ruas onde tem vários parceiros sexuais e com risco de gravidez, como já ocorreu no passado. Tal relato se presta a ilustrar a importância do uso correto dos medicamentos e também a relevância do suporte psicoterápico na abordagem da Esquizofrenia Paranóide.

Palavras- chave: Esquizofrenia Paranóide, delírio e tratamento

ABSTRACT

Introduction: Schizophrenia has as a main finding a strong loss of contact with reality through the loss of the ordinary forms of ideas. It is common the appearance of immeasurable ambitions which can lead to megalomania as well as the appearing of persecution deliria.

Methods: Interview with patient, bibliographical review and revision of medical records.

Case Report: A homeless patient who had her first crisis during adolescence was admitted with report of several hospitalizations due to her denial of the disease and very low adhesion to treatment for having no social support.

Conclusion: By means of internments as well as regular administration of medications, the patient has reduced her aggressiveness, irritability, showing a better control and fewer fights with other patients. Nevertheless, we could not interfere in social context. Without family, without money and unable to do any kind of activity when discharged from the institution she just wanders along the streets where she has several sexual partners and gets the risk of pregnancy, as has already occurred. This report shows the importance of the correct use of therapy and the importance of the psychotherapeutic support when dealing with Paranoid Schizophrenia.

Key words: Paranoid Schizophrenia, deliria and treatment

INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é um transtorno mental no qual o doente perde (total ou parcialmente) o contato com a realidade objetiva. Os pacientes com esta desordem psíquica costumam ver, ouvir e sentir sensações que não existem na realidade.

Tem igual prevalência em homens e mulheres. A idade de pico para o início em homens é de 15 a 25 anos e nas mulheres é de 25 a 35 anos¹.

A sua causa ainda é desconhecida, porém o sistema límbico é o foco de grande parte de comprovações de hipóteses. A hipótese dopamínica afirma que ela resulta de uma demasiada atividade dopaminérgica, pois a eficácia e a potência dos antipsicóticos estão correlacionadas com sua capacidade de agirem como antagonistas dos receptores dopamínicos do tipo 2. Essa é uma das hipóteses e continua sendo aprimorada¹.

Estes pacientes não sabem distinguir suas fantasias, manias e fixações da realidade que os cerca. É uma doença que não tem cura, mas que pode ser controlada através de medicamentos e acompanhamento psicoterápico permitindo ao indivíduo levar uma vida mais equilibrada.

Há subtipos de Esquizofrenia: Paranoide, desorganizado, catatônico indiferenciado e residual.

A Esquizofrenia Paranoide é caracterizada pela presença de delírios de perseguição ou grandeza. São pacientes tensos, desconfiados, hostis e muito agressivos, podendo cometer um ato de violência.

A avaliação de um paciente com exacerbada violência geralmente revela um dos seguintes pontos, segundo Strub e Wise²:

- O paciente satisfaz os critérios diagnósticos para transtorno de personalidade anti-social isto é, há uma longa história de comportamento sociopático.
- O paciente comete o ato agressivo sob a influência de uma substância psicoativa desinibidora.
- O paciente tinha controle normal dos impulsos até que ocorreu uma alteração no sistema nervoso central (TCE, tumor, encefalite ou demência) e a personalidade modificou-se.
- O paciente tem fatores estressantes psicossociais significativos.
- O paciente tem um transtorno primário ou secundário do pensamento e interpreta erroneamente o ambiente como ameaçador. A agressão frequentemente ocorre como resposta a um fator tido como ameaçador.

Uma anamnese cuidadosa auxilia a determinar o papel da síntese biográfica, da função cognitiva e dos padrões de pensamento no ato agressivo praticado³.

Afeto embotado, discurso desorganizado, negligência à higiene pessoal e indiferença aos demais são características. O diagnóstico diferencial deve ser feito com o Transtorno Psicótico Secundário e induzido por substâncias, Transtorno de Humor, Personalidade, Simulação e Transtornos factícios¹.

O tipo Desorganizado (anteriormente chamado de Hebefrênico) caracteriza-se por uma regressão acentuada a um comportamento primitivo, desinibido e desorganizado. O início é cedo, antes dos 25 anos de idade¹.

O tipo Catatônico é caracterizado por uma acentuada

perturbação psicomotora que pode envolver estupor, negativismo, rigidez e excitação¹.

O tipo Indiferenciado engloba pacientes que não podem ser facilmente encaixados em um dos outros tipos e acabam recebendo esta classificação¹.

O tipo Residual é caracterizado pela presença de evidências contínuas de perturbação esquizofrênica, na ausência de um conjunto completo de sintomas ativos ou de sintomas suficientes para a classificação como um outro tipo de Esquizofrenia¹.

O tratamento de escolha são os antipsicóticos ou neurolepticos. Existem duas classes principais: os antipsicóticos típicos ou de primeira geração e os atípicos ou de segunda geração. Ambos tratam os sintomas do transtorno, mas não curam a Esquizofrenia. Possuem como principal ação um efeito sedativo ou tranquilizante⁴.

Os antipsicóticos de primeira geração são medicações que bloqueiam preferencialmente os receptores D₂ da dopamina nos sistemas dopaminérgicos, mesolímbico, mesocortical, nigroestriatal e túbero infundibular⁴. São eles: Clorpromazina, Levomepromazina, Flufenazina, Tiorodazina, Haloperidol e Pimozide⁵.

Os antipsicóticos de segunda geração atuam em outros sítios da dopamina. São medicações mais bem toleradas, mais eficazes para sintomas negativos, porém de alto custo⁴. São eles: Quetiapina, Amisulprida, Olanzapina, Risperidona e a Clozapina. A Clozapina possui como maior efeito colateral a agranulocitose, o que exige a realização semanal de hemogramas nos pacientes que a utilizam. Os atípicos possuem menos efeitos colaterais como a Síndrome de Parkinson típica, acatisia, reações distônicas agudas e discinesia tardia⁵.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente: L.F

Idade: 28 anos (SIC)

Queixa principal: "Dores nas pernas"

Motivo da Internação: "Término do medicamento" (SIC)

História da Doença Atual: Paciente deu entrada neste serviço relatando dores em membros inferiores, apresentando quadro de agressividade, irritabilidade, "dificuldade de deambulação" e hipersexualidade. Paciente relata não lembrar do primeiro surto, mas apresenta várias internações por motivos diversos. Relata alucinação auditiva desde a adolescência.

História patológica pregressa: Nega hipertensão, diabetes, tuberculose, pneumonia. Não sabe relatar sobre doenças comuns da infância. Relata ter feito uma cirurgia (cesariana).

História Familiar: Não sabe informar, só diz que tem uma tia que mora no Leblon.

História Gestacional: GI PIAO

História Social: Paciente com história de permanência na rua por longos períodos associando-se a vários parceiros para garantir a sua sobrevivência.

Exame Físico:

Paciente em bom estado geral, hidratada, normocorada, acianótica, anictérica. Apresentando "dificuldade" na deambulação.

Aparelho Respiratório: Murmúrio vesicular audível bilateralmente com presença de roncos difusos. Frequência respiratória: 20 incursões por minuto.

Aparelho Cardiovascular: Ritmo cardíaco regular em 2 tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros. Frequência cardíaca: 85 batimentos por minuto. Pressão arterial: 120x80 mmHg.

Abdome: flácido, indolor à palpação superficial e profunda, peristalse presente, Traube livre, sem visceromegalias.

Membros Inferiores: sem edemas, panturrilhas livres.

Exame Psíquico

Encontrei a paciente no chão, arrastando-se e simulando uma dificuldade para andar apresentando-se com uma aparência suja, vestindo bermuda, soutien e descalça.

Não soube dizer o dia, mês e ano e quando a perguntei sobre o ditado "de grão em grão..." não soube responder e disse: "Você vai para o inferno".

Perguntei a diferença entre anão e criança e disse: "Não gosto deste tipo de brincadeira, estou angustiada, você não me entende". Pedi para ela repetir as palavras: bola, casa, criança. Após alguns minutos ela só repetiu a palavra criança.

Perguntei se ela escutava vozes não compartilhadas e ela disse: "Escuto desde jovem, desde os 20 anos, elas falam o dia todo, falam coisas ruins, elas me perseguem, odeio elas e à noite não consigo dormir porque elas aumentam".

A paciente em momentos ficava com raiva, falava com todos na Enfermaria, gritava, chorava, ria e pedia cigarros constantemente. Sempre dizia: "Vou perder meu filho na justiça". Disse que depois de receber alta: "Vou para a Igreja, sou adventista, não uso brinco, meu cabelo é curto, não uso batom vou ficar orando e vou ver meu filho".

Perguntei se ela se considerava doente e ela disse: "Não, sou muito mais normal que muitos".

Súmula Psicopatológica

- 1) **Aparência** = descuidada.
- 2) **Atitude** = cooperativa.
- 3) **Consciência** = clara.
- 4) **Atenção** = normotenaz e hipovigil.
- 5) **Orientação** = no espaço preservada e desorientada no tempo.
- 6) **Memória** = hipomnésia retrógrada.
- 7) **Fala** = volume: alto, velocidade: preservada
- 8) **Pensamento** = forma: desagregado, curso: preservado, conteúdo: idéias delirantes persecutórias.
- 9) **Sensopercepção** = alteração qualitativa: alucinações auditivas, alteração quantitativa = hiperestesia
- 10) **Psicomotricidade** = inquietude psicomotora
- 11) **Vontade** = hipobúlica
- 12) **Humor** = irritável
- 13) **Afeto** = labilidade afetiva
- 14) **Inteligência** = déficit grosseiro
- 15) **Consciência do eu** = alteração da identidade do eu
- 16) **Pragmatismo** = hipoprágmatia

17) **Prospecção** = presente e exequível

18) **Consciência da morbidade** = parcial

Diagnóstico Diferencial

Retardo mental com síndrome psicótica

Diagnóstico Provável

Esquizofrenia Paranoide

Seu tratamento incluiu as seguintes drogas:

Clorpromazina 100mg, 3cp de 8/8 horas.

Prometazina 25 mg, 1 cp de 12/12 horas.

Haloperidol 5 mg, 1 cp de 8/8 horas

Haloperidol decanoato 1 ampola IM de 21/21 dias

Clonazepam 2 mg, ½ cp à noite

DISCUSSÃO

A paciente é portadora de provável Esquizofrenia Paranoide baseado em tais achados: delírios persecutórios, ouvir vozes não compartilhadas, ambições desmedidas, perda do contato com a realidade, simulação de dificuldade de deambular, surtos psicóticos associados a agressividade, agitação, libido exacerbada e descuido com a higiene pessoal.

A grande questão sobre a paciente é a continuidade do tratamento e a sua conscientização da importância da adesão ao tratamento. A terapêutica medicamentosa associada a um modelo psicossocial é essencial, pois há também um reflexo de toda a história de cada paciente

A evolução farmacológica dos antipsicóticos proporcionou uma alta potência medicamentosa com resultados satisfatórios no curso do tratamento.

Assim, a manutenção do tratamento medicamentoso irá conduzir o indivíduo durante a evolução da doença a uma melhora dos sintomas. Mas, existem os efeitos colaterais indesejáveis, como as manifestações extrapiramidais (acatisia, distonia aguda e sintomas parkinsonianos) além de sedação, ganho de peso e impotência. Todos esses efeitos comprometem a aceitação do medicamento, porém, com o progredir do seu uso, passando para a fase de manutenção há um controle e uma diminuição desses sintomas⁶.

A interrupção do tratamento poderá levar a novas crises, à necessidade de doses mais elevadas do medicamento e, muitas vezes à internação. É de grande importância oferecer ao paciente terapia individual, grupos de apoio, terapia ocupacional e orientação para a família. Uma equipe multidisciplinar é primordial para a adesão ao tratamento⁶.

Porém, nos confrontamos com pacientes que realizam todas estas atividades e não evoluem para uma melhora, devido à ausência de apoio psicossocial e familiar, como é o caso desta paciente. Se perguntarmos o motivo de seu descuido com o tratamento fora da Instituição, observamos que sendo uma paciente de rua sem família, sem suporte psicológico, econômico e afetivo ela acaba precisando de várias internações em sua maioria pelo mesmo motivo, a interrupção dos medicamentos.

O tratamento implica em ter paciência, tolerância e rigorosa observação pela equipe médica para garantir uma melhora na qualidade de vida. A conscientização e a aceitação da doença

proporcionam garantia para a adesão ao tratamento e conseqüentemente uma vida mais próxima do “normal”, com preservação da autonomia, quando possível.

Concluindo, não basta fornecer a medicação, que é

disponibilizada gratuitamente. É necessária orientação sobre a importância da adesão ao tratamento farmacológico, psicoterápico e ocupacional, imprescindíveis à recuperação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kaplan H I, Sadock BJ. Compêndio de Psiquiatria. 7ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
2. Strub R, Wise MG. Diagnóstico Diferencial em neuropsiquiatria. In: Yudofsky S, Hales RE, editores. Compêndio de neuropsiquiatria. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
3. Simões A, Lauar H. As Bases Biológicas de Agressividade. O Risco – Associação Mineira de Psiquiatria 2001.
4. Mari JJ, Razzouk D. Guia de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP/EPM. 1ª edição. São Paulo: Manole; 2002.
5. Katzung B G, Farmacologia Básica e Clínica. 6ª edição. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan; 1998.
6. Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Caderno IPUB nº 13, Vol. VI. Psicofarmacoterapia IPUB/UFRJ. 2ª edição ampliada. Rio de Janeiro; 2000.