

**ABORDAGEM DE PACIENTE ESQUIZOFRÊNICA EM UMA UNIDADE BÁSICA  
DE SAÚDE: RELATO DE CASO**Lediane Paula Trissoldi<sup>1</sup>Leidimari Meneghini<sup>2</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** relatar o caso de uma paciente com diagnóstico de esquizofrenia. **Método:** as informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente e revisão da literatura. **Considerações finais:** o caso relatado e as publicações levantadas instigam a reflexão sobre a psicose esquizofrênica, como também a adesão ou não do tratamento e a importância da equipe multidisciplinar na saúde pública brasileira.

**DESCRITORES:** Esquizofrenia, psicose, enfermagem.

## INTRODUÇÃO

O termo "esquizofrenia" (esquizo = divisão, phrenia = mente) foi criado por Bleuler (1857 – 1839), este termo substituiu o que na literatura chamavam de demência precoce (EY; BERNARD; & BRISSET, 1985). Bleuler (1993 p.45) define a esquizofrenia como um grupo de psicoses que são caracterizadas "por uma alteração do pensamento, do sentimento e das relações com o mundo exterior de um tipo específico e que não encontramos em nenhum outro lugar".

Atualmente a esquizofrenia é um indicativo de psicose crônica idiopática, possui sintomas de um conjunto de doenças diferentes (DA SILVA, 2006). Tamminga (2018) traz que a "psicose refere-se a sintomas como delírios, alucinações, pensamentos e fala desorganizados, e

comportamento motor bizarro e inapropriado (incluindo catatonia) que indicam perda de contato com a realidade”.

A prevalência mundial da esquizofrenia é de 1%, sendo comparável entre o sexo masculino e feminino. Sua média de início é por volta dos 20 anos de idade no sexo feminino e no sexo masculino, normalmente ocorre antes dos 20 anos. Seu início na infância é raro (TAMMINGA, 2018).

Sua origem se dá a diversos fatores, onde destacam-se os fatores genéticos e ambientais, sendo que ambos estão associados (DA SILVA, 2006). A perda de interesse, energia, comportamentos depressivos, isolamento, negligência com cuidados e higiene pessoal, são alguns dos sintomas pouco específicos da doença (VALLADA FILHO; BUSATTO FILHO, 1996). Para Da Silva (2006), “os aspectos mais característicos da esquizofrenia são alucinações e delírios, transtornos de pensamento e fala, perturbação das emoções e do afeto, déficits cognitivos e avolição”. Sendo que, em algum momento são observadas as alucinações visuais (15%), auditivas (50%) e táteis (5%), e os delírios são observados em mais de 90% dos pacientes diagnosticados com esquizofrenia (PULL; MAJ; SATORIUS, 2005).

No Brasil, foi criado um protocolo para esquizofrenia e nele contém diagnóstico para os diferentes tipos e graus da esquizofrenia. Para um diagnóstico eficaz, é levado em consideração a história clínica do paciente, as funções psíquicas e os sinais e sintomas elencados na CID-10 (BRASIL, 2015).

Sua classificação CID-10 está disposta da seguinte maneira (BRASIL, 2015):

- **F20.0** Esquizofrenia paranoide (inclusive esquizofrenia parafrênica)

Exclui: estado paranóico de involução (F22.8) e paranóia (F22.0)

- **F20.1** Esquizofrenia hebefrênica (esquizofrenia desorganizada e hebefrenia)
- **F20.2** Esquizofrenia catatônica (catalepsia, catatonia, estupor)

- **F20.3** Esquizofrenia indiferenciada
- **F20.4** Depressão pós-esquizofrênica
- **F20.5** Esquizofrenia residual (defeito esquizofrênico [restzustand], esquizofrenia indiferenciada crônica, estado esquizofrênico residual)
- **F20.6** Esquizofrenia simples
- **F20.8** Outras esquizofrenias (ataque esquizofreniformes, esquizofrenia cenestopática, psicose esquizofreniformes, transtorno esquizofreniforme, sem outra especificação)

Exclui: transtornos esquizofreniformes breves (F23.2)

Após o diagnóstico, seu tratamento se deve ao uso de antipsicóticos e neuropiléticos, como Clorpromazina, Haloperidol, Quetiapina, dentre outros. Além disso, o acompanhamento pela equipe multidisciplinar nas Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial e hospitais especializados, é de suma importância. O tempo de tratamento irá variar para cada paciente (BRASIL, 2006).

Neste sentido, a adesão ou não adesão do tratamento interfere muito no prognóstico do paciente. Para Rosa e Elkis (2007):

A adesão ou não interfere na demonstração da eficácia de um tratamento. Sabe-se que há dificuldades consideráveis para evitar os erros na comprovação da eficácia de novas medicações e na comparação dos seus efeitos com as drogas tradicionais ou com o placebo. Um dos fatores geradores de erro, que nem sempre recebe a devida consideração, recai sobre o fato de identificar exatamente se o paciente está tomando a medicação conforme lhe foi prescrita.

Denota-se que em torno de 50% dos pacientes psiquiátricos não aderem ao tratamento, e isso varia de acordo com diversos fatores, como o perfil da população (ROSA; ELKIS, 2007). Levando em consideração a adesão na esquizofrenia, ela se torna um dos determinantes mais importantes do prognóstico, quando não aderida aumenta as chances de re-hospitalização (CASPER; REGAN, 1993).



No entanto, faz-se necessário a existência de uma supervisão familiar e uma boa relação com o profissional que prescreve, com isso, a possibilidade de o paciente esquizofrênico aderir ao tratamento de maneira positiva é de grande valia (ROSA; ELKIS, 2007).

### **ANAMNESE**

L.C.T., paciente feminina, 64 anos de idade, branca, viúva e tem três filhos, aposentada, de religião católica, natural de São Miguel do Oeste – SC e residente em um bairro do mesmo em casa de alvenaria, com água potável, energia elétrica, saneamento básico adequado e coleta de lixo semanal, possui ensino médio incompleto, relata não fazer o uso de bebidas alcoólicas, nega alergias. Possui histórico de transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos e também esquizofrenia.

### **EXAME FÍSICO**

Bom estado geral, agitada, comunicativa, orientada em tempo e espaço, relata parestesia na face e mãos, higiene corporal adequada, face corada, pele corada e aquecida. Apresenta acuidade visual prejudicada, faz uso de óculos de grau, abertura ocular espontânea, pupilas isocóricas, foto reagentes, mucosa ocular hidratada e rosada. Acuidade auditiva preservada. Possui higiene oral adequada, mucosa oral rosada, hidratada e regular, dentição prejudicada, faz uso de prótese dentária. Altura: 1,62, Peso: 60 kg. Tórax simétrico, com expansão pulmonar preservada, normopneicos, murmúrios vesiculares presentes. Saturação de O<sup>2</sup>: 99% em ar ambiente, Frequência Cardíaca: 88 bcpm, Frequência Respiratória: 17 mrpm, HGT: 119 mg/dL pós prandial. Abdomen plano, flácido, sem queixas álgicas a palpação, ruídos hidroaéreos presentes e durante a percussão apresenta som timpânico. Membros superiores com mobilidade preservada, perfusão periférica preservada. T: 36,6°C, pulso cheio forte e rítmico, Pressão Arterial: 153/72 mmHg. Membros inferiores com mobilidade preservada, perfusão

periférica preservada. Nutrição via oral, ingesta hídrica normal. Eliminações vesicais e intestinais presentes espontaneamente.

### **MEDICAMENTOS**

Após relato da paciente e pesquisa em seu prontuário, foi possível constatar as medicações das quais ela faz o uso. No período noturno ingere via oral a Quetiapina 100mg/noite, e intercala com a ingestão oral de Lítio 300mg de 8/8 horas, conforme prescrição médica.

O uso da Quetiapina 100mg foi proposto devido à condição psíquica que a paciente se encontra. Este medicamento foi indicado para o controle e tratamento da esquizofrenia e também nos episódios de mania associadas ao transtorno bipolar.

Em relação a indicação do Lítio 300mg, se deve ao fato da procura médica pela estabilização do humor da paciente. Sua combinação com a quetiapina tem como intuito amenizar os transtornos apresentados pela mesma, e um aumento significativo de sua eficácia em relação ao caso clínico apresentado.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O caso relatado e publicações levantadas possibilitam uma reflexão sobre o perfil dos pacientes esquizofrênicos que se encontram no cotidiano das Estratégias de Saúde da Família na região do Extremo Oeste Catarinense.

Evidencia-se o quanto a saúde pública brasileira é desafiadora e quanto é importante uma equipe multidisciplinar eficaz e atenciosa. A adesão do tratamento é de importante valia no prognóstico do paciente.

## REFERÊNCIAS

BLEULER, Eugen. Dementia praecox ou groupe des schizophrénies. Paris: Epel; **Clichy: Grec**. 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária da Saúde. **Esquizofrenias protocolo clínico**. Santa Catarina. 2015. Disponível em: < <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-mental/protocolos-da-raps/9208-esquizofrenias/file> >. Acesso em: 01 Out. 2020.

CASPER, Edward S.; REGAN, James R. Reasons for Admisson among Six Profile Subgroups of Recidivists of Inpatient Services. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 38, n. 10, p. 657-661, 1993.

EY, H., BERNARD, P. & BRISSET, C. (1985). **As psicoses esquizofrênicas**. In *Manual de psiquiatria* (pp. 535-615). Rio de Janeiro: Masson.

PULL, C.; MAJ, M.; SARTORIUS, N. Diagnóstico da esquizofrenia: uma revisão. **Esquizofrenia**, p. 13-70, 2005.

ROSA, Moacyr Alexandre; ELKIS, Hélio. Adesão em esquizofrenia. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 34, p. 189-192, 2007.

SILVA, Regina Cláudia Barbosa da. Esquizofrenia: uma revisão. **Psicologia Usp**, v. 17, n. 4, p. 263-285, 2006.

TAMMINGA, Carol. **Esquizofrenia**. Manual MSD Para Profissionais da Saúde. Disponível em: < <https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/transtornos-psiQUI%C3%A1tricos/esquizofrenia-e-transtornos-relacionados/esquizofrenia> >. Acesso em: 01 Out. 2020.

VALLADA FILHO, HOMERO; BUSATTO FILHO, GERALDO. Esquizofrenia. **Manual de psiquiatria**, p. 127-150, 1996.

E-mails: [lediane.tri@gmail.com](mailto:lediane.tri@gmail.com); [leidimarimeneghini@yahoo.com](mailto:leidimarimeneghini@yahoo.com)