



**UNIVERSIDADE PARANAENSE - UNIPAR
CURSO DE ENFERMAGEM – CAMPUS SEDE**



SARA DE SOUZA ROSSETI

ESQUIZOFRENIA PARANÓIDE: RELATO DE CASO

UMUARAMA –PR 2022

SARA DE SOUZA ROSSETI

ESQUIZOFRENIA PARANÓIDE: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado à Banca Examinadora do Curso de Graduação em Enfermagem – Universidade Paranaense – UNIPAR, Unidade de Umuarama- PR, Como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª.Dra. Irinéia Paulina Baretta

UMUARAMA 2022

FOLHA DE APROVAÇÃO

ESQUIZOFRENIA PARANÓIDE: RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão aprovado como requisito parcial para a obtenção de grau de Bacharel em Enfermagem da Universidade Paranaense – UNIPAR, pela seguinte banca examinadora:

Prof^ª.Dra. Irinéia Paulina Baretta
Universidade Paranaense - UNIPAR

Prof. Enf. Rafael Henrique da Silva
Universidade Paranaense - UNIPAR

Prof. Enf. Odair Scarpelim

Umuarama, 28 de Novembro de 2022.

DEDICATÓRIA

“Joyce Meyer já dizia: Você escolhe sofrer a dor da mudança, ou a dor de continuar do jeito que está”. Eu dedico esse meu trabalho em especial a minha Família que como sempre tem me apoiando e me ajudado na realização desse sonho, não tenho palavras para descrever a minha felicidade e honra em poder dedicar isso a eles: meu pai, minha mãe, meus 6 irmãos, meu esposo, à família do meu esposo e meus amigos. Muitas vezes achamos que precisamos de pessoas que nos amem, quando, na realidade, tudo o que precisamos é amar as pessoas. (Joyce Meyer). É sobre cuidar de pessoas, amar as pessoas como se fossem parte de nós.

AGRADECIMENTOS

Quero aqui agradecer primeiramente a Deus, pela vida e pela honra e o privilégio de poder estar concluindo mais uma etapa da minha vida, para assim começar outra, Deus tem me dado força e coragem para enfrentar meus medos, sem ele eu não teria chegado aonde eu cheguei, agradeço a minha Família também pelo apoio e dedicação com que sempre me apoiaram, me ajudaram a enfrentar os obstáculos, me ajudando a não desistir de seguir em frente, meu pai Juarez e minha mãe Rita sempre me dando suporte em oração e ajuda financeira, conselhos, enfim, agradeço ao meu esposo Janderson que sempre apoiou meus sonhos, sempre me ajudou a alcançar meus objetivos, sempre tem me dado força, tem sido companheiro e compreensivo, agradeço aos meus irmãos: Andréia, Welinton, Erica, Keila, Ester e Kelissa, meus cunhados Anderson, Cleiton, Valdeir, Mailson, sempre dando conselhos, me apoiando e me dando suporte, algumas vezes financeiro também, pois vida de acadêmico não é fácil. Agradeço os meus amigos que me ajudaram e me apoiaram nesta caminhada. Agradeço cada professor, minha coordenadora de curso e assim já agradeço minha orientadora também, cada RT que nos foi dado.

“A Humildade Precede a Honra” em especial quero agradecer o responsável técnico Enf. Rafael Henrique pelo amor e compromisso em dar o melhor de si para que eu pudesse dar o melhor de mim, assim um grupo do qual ninguém dava nada foi surpreendido com a qualidade com que saiu do estágio, nos surpreendemos conosco mesmo. Não foi nada fácil, entre trocas de curso, trocas de faculdades, troca de Estado, cidade, boletos atrasados e falta de locomoção, entre quilômetros e quilômetros percorridos diariamente para alcançar esse objetivo eu posso dizer que: “Eu venci”.

Mesmo com as diversas dificuldades que tive para chegar aqui Deus tem sido a minha principal força então a ele a honra, glória e louvor por essa conquista tão desejada, almejada e alcançada!

“Os doentes são como pérolas preciosas que Deus coloca na escada ascética de cada cuidador. A cada degrau o cuidador esbarra com uma, ele a pega com todo o carinho e cuidado, a olha com ternura, acaricia, passa a mão delicadamente, a coloca no bolso e a guarda em um lugar seguro.”
Angela Maria Marthas Caboclo, 2018

APRESENTAÇÃO

O trabalho de conclusão de curso está sendo apresentado ao colegiado do Curso de Enfermagem do campus sede da Universidade Paranaense – Unipar na forma de artigo científico, conforme regulamento específico.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
	1.1 Esquizofrenia paranoide.....	11
	1.2. Principais sintomas.....	15
	1.3 Tratamento Para o Transtorno de Esquizofrenia Paranoide.....	16
	1.3.1 Tipos de Medicamentos Utilizados Para o Tratamento.....	17
	1.3.1.1 Risperidona (2-8mg/dia)	17
	1.3.1.2 Olanzapina (5-20 g/dia)	17
	1.3.1.3 Quetiapina 300-800mg/dia)	18
	1.3.1.4 Ziprasidona (80-160mg/dia)	18
	1.3.1.5 Clozapina (350-700mg/dia)	19
	1.3.1.6 Aristab (Aripiprazol)	20
	1.3.2 Terapia-Cognitivo Comportamental é a Mais Indicada no Tratamento da Esquizofrenia Paranoide e Entre Outras Esquizofrenias.....	20
	1.4 Apresentação do Modelo Cognitivo de Forma Esquemática.....	21
2	METODOLOGIA.....	23
3	RELATO DE CASO.....	24
4	CONCLUSÃO.....	29
	Referências.....	30

APÊNDICES.....	33
APÊNDICE 1–Entrevista TCC	34
ANEXOS	35
Anexo A – Declaração de revisão ortográfica, gramatical	36
Anexo B - Declaração de versão do resumo para ao inglês	37

ESQUIZOFRENIA PARANÓIDE: RELATO DE CASO

Sara de Souza Rossetti ¹

RESUMO: Esse trabalho de conclusão de curso tem como objetivo mostrar o tema esquizofrenia paranoide e mostra o relato de uma paciente com esse transtorno. O tratamento da esquizofrenia é composto pela terapêutica medicamentosa, psicoterapia e socioterapia. O tratamento medicamentoso é fundamental para controle da esquizofrenia, mas na avaliação dos pacientes, os prejuízos acarretados pelo tratamento medicamentoso podem ser tão intensos quanto os sintomas do transtorno. A Esquizofrenia Paranoide é caracterizada pela presença de delírios de perseguição ou grandeza de 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 Wise O paciente satisfaz os critérios diagnósticos para transtorno de personalidade antissocial, isto é uma longa história de comportamento sociopático.

Palavras-Chave: Esquizofrenia Paranoide; Tratamento; Transtornos Mentais

PARANOID SCHIZOPHRENIA: CASE REPORT

ABSTRACT: This course conclusion work aims to show the theme paranoid schizophrenia and shows the story of a patient with this disorder. The treatment of schizophrenia consists of drug therapy, psychotherapy and sociotherapy. Drug treatment is essential to control schizophrenia, but in the assessment of patients, the damage caused by drug treatment can be as intense as the symptoms of the disorder. Paranoid Schizophrenia is characterized by the presence of delusions of persecution or grandiosity of tense, suspicious, hostile and very aggressive patients, who may commit an act of violence. Assessment of a patient with exacerbated violence usually reveals one of the following points, according to Strub and Wise The patient meets diagnostic criteria for antisocial personality disorder ie a long history of sociopathic behavior.

Keywords: Mental Disorders; Paranoid Schizophrenia; Treatment.

¹ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Paranaense – UNIPAR.

1. INTRODUÇÃO

Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, Portaria SAS/MS nº 364, de 9 de abril de 2013 a esquizofrenia e os chamados Transtornos esquizofrênicos, são um grupo de distúrbios mentais graves sem sintomas específicos, mas que se caracteriza por deturpações do pensamento e cognição, não afetando a inteligência devido a déficits emocionais e embotamento (embora ao mesmo tempo o comprometimento cognitivo pode se desenvolver ao longo do tempo). Seu processo é variável e de cerca de 30%, casos mostram recuperação completa ou quase completa, remissão incompleta em cerca de 30%, perda parcial da função e declínio acentuado e persistente de aproximadamente 30% na capacidade de funcionamento profissional, social e emocional. É considerado um transtorno mental com evolução crônica, que podem ter diversas causas, ambientais e genéticas, podendo estar aliadas ou não, gerando dano sócio ocupacional. Dentre os principais sintomas apresentados durante um surto esquizofrênico podem ser descritos os sintomas positivos (que é a distorção das funções normais delírios e alucinações) e os sintomas negativos (que restringem a produtividade do pensamento) (MENEZES, 2022).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a doença é a terceira causa de perda da qualidade de vida entre os 15 e 44 anos, considerando-se todas as doenças. Afeta cerca de 1,6 milhão de brasileiros que, além da doença, sofrem com o preconceito. O Ministério da Saúde (MS) apresenta dados para o reconhecimento e atendimento especializado a esses pacientes. Diante da complexidade dos problemas no campo da saúde mental, álcool e outras drogas e as diferentes necessidades apresentadas pelas pessoas com transtornos mentais, o SUS oferece estabelecimentos, serviços e ações diversificadas, como estratégia para favorecer o cuidado integral dessas pessoas.

1.1 Esquizofrenia paranoide

Podendo ser descrita como uma desordem psíquica, a esquizofrenia leva seu portador a um quadro mental de perda da consciência real e objetiva, sendo esta parcial ou total, gerando visões, audições e sentidos irreais, os pacientes que a portam não conseguem distinguir a realidade das suas fantasias e fixações (MOREIRA; MEZZASALMA; JULIBONI, 2008).

É considerado um transtorno mental com evolução crônica, que podem ter diversas causas, ambientais e genéticas, podendo estar aliadas ou não, gerando dano sócio ocupacional. Dentre os principais sintomas apresentados durante um surto esquizofrênico podem ser descritos os sintomas positivos (que é a distorção das funções normais delírios e alucinações) e os sintomas negativos (que restringem a produtividade do pensamento) (MENEZES, 2022).

Essa condição acomete 1 em cada 100 pessoas, atingindo 1% da população mundial. No Brasil essa é uma realidade para mais de 1,6 milhões de pessoas, a sua manifestação como precoce, tendo seu surgimento inicial na época da adolescência ou início da vida adulta, causando danos para a vida dos pacientes familiares e amigos (MOREIRA; MEZZASALMA; JULIBONI, 2008).

Segundo Moreira, Mezzasalma e Juliboni (2008):

“A Esquizofrenia Paranoide é caracterizada pela presença de delírios de perseguição ou grandeza de 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 Wise 2: - O paciente satisfaz os critérios diagnósticos para transtorno de personalidade antissocial, isto é, 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. ” (MOREIRA; MEZZASALMA; JULIBONI, 2008).

Atualmente sabe-se que a esquizofrenia é uma nomenclatura genérica, dividida em alguns subgrupos, sendo eles paranoide, desorganizado, catatônico indiferenciado e residual. Para um diagnóstico adequado deve ser realizada uma anamnese minuciosa elencando históricos bibliográficos, os padrões de pensamentos e as funções cognitivas. A paranoide pode ser

classificada de acordo com as sensações sentidas pelo seu portador, dentre elas são pacientes com sensações e relatos de perseguição, desconfiados, agressivos e hostis, transtornos de humor, além de transtornos fictícios (FERREIRA JUNIOR *et al.*, 2010)

Dentre as grandes características dos pacientes diagnosticados com esquizofrenia paranoide, está o sentimento do “Eu do doente” como centro do discurso, levando assim o próprio a acreditar que está sendo alvo de chacota, perseguido chegando aos delírios.

Ainda não se sabe ao certo a causa dessa patologia, mas acredita-se que ela é desencadeada de uma ação dopaminérgica. Deve ser ressaltado que essa doença não tem cura, apenas amenizada com tratamentos medicamentosos específicos para cada subgrupo e acompanhamentos psicoterápicos, levando o indivíduo a uma vida equilibrada e quase normal (MENEZES, 2022).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a doença é a terceira causa de perda da qualidade de vida entre os 15 e 44 anos, considerando-se todas as doenças. Afeta cerca de 1,6 milhão de brasileiros que, além da doença, sofrem com o preconceito. O Ministério da Saúde (MS) apresenta dados para o reconhecimento e atendimento especializado a esses pacientes. Diante da complexidade dos problemas no campo da saúde mental, álcool e outras drogas e as diferentes necessidades apresentadas pelas pessoas com transtornos mentais, o SUS oferece estabelecimentos, serviços e ações diversificadas, como estratégia para favorecer o cuidado integral dessas pessoas.

Em 2020, o MS habilitou 321 serviços de saúde mental, com o investimento de mais de R\$76,3 milhões. Anualmente, o ministério também aplica mais de R\$794 milhões para o custeio dos 2.731 centros que integram a Rede de Atenção Psicossocial -Raps (BRASIL, 2021).

Podendo ser descrita como uma desordem psíquica, a esquizofrenia leva seu portador a um quadro mental de perda da consciência real e objetiva, sendo esta parcial ou total, gerando visões, audições e sentidos irrealis, os pacientes que a portam não conseguem distinguir a realidade das suas fantasias e fixações (MOREIRA; MEZZASALMA; JULIBONI, 2008). É considerado um transtorno mental com evolução crônica, que podem ter diversas causas, ambientais e genéticas, podendo estar aliadas ou não, gerando dano sócio ocupacional.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais os sintomas gerais da esquizofrenia são Delírios; Alucinações; Discurso desorganizado (frequente descarrilamento ou incoerência); desorganizado ou catatônico; Sintomas negativos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Aproximadamente 5-6 % das pessoas com esquizofrenia morrem por suicídio e cerca de 20 % tentam o suicídio pelo menos uma vez e muitos tiveram pensamentos suicidas graves. Às vezes, o comportamento suicida ocorre em resposta ao comando alucinatório de ferir a si mesmo ou aos outros. O risco de suicídio permanece alto ao longo da vida para ambos os sexos embora possa ser particularmente alto entre homens jovens com uso de substâncias comórbidas. Outros fatores de risco incluem sintomas depressivos ou sentimentos de desesperança e desemprego. O risco também é maior durante um episódio psicótico ou período pós-hospitalar. (DSM-V, 2014, p. 104.)

Dentre as grandes características dos pacientes diagnosticados com esquizofrenia paranoide, está o sentimento do “Eu do doente” como centro do discurso, levando assim o próprio a acreditar que está sendo alvo de chacota, perseguido chegando aos delírios. Ainda não se sabe ao certo a causa dessa patologia, mas acredita-se que ela é desencadeada de uma ação dopaminérgica. Deve ser ressaltado que essa doença não tem cura, apenas amenizada com tratamentos medicamentosos específicos para cada subgrupo e acompanhamentos psicoterápicos, levando o indivíduo a uma vida equilibrada e quase normal (MENEZES, 2022).



Fonte: i1nq.com/pYZao

Kraepelin (1856-1926) estipulou uma classificação de transtornos mentais, onde se baseava no modelo médico, onde ele pode ter mais compreensão da doença citada neste trabalho. Seu objetivo foi ter uma percepção maior sobre a existência de doenças com etiologia, sintomatologia, curso e resultados comuns já existentes em casos clínicos, para que ele possa ter um amplo conhecimento sobre o seu estudo. Nesses estudos ele chama uma dessas entidades de demência precoce, que é quando uma doença se manifesta em uma pessoa muito cedo, por exemplo nosso caso clínico que vai

ser citado nesse trabalho, onde a paciente não ciente manifestou a doença entre os 11 aos 14 anos. Bleuler (1857-1939) estudou muito para poder estipular um novo termo para substituir o termo demência para que este não seja generalizado com outros tipos de doenças, então ele classificou e mudou o termo de demência para o termo “esquizofrenia” (esquizo = divisão, phrenia = mente) com isso muitos estudiosos da ciência podem entender melhor e, a partir desse termo, se possa abranger mais o tema.

Atualmente sabe-se que a esquizofrenia é uma nomenclatura genérica, dividida em alguns subgrupos, sendo eles; paranoide, desorganizado, catatônico indiferenciado e residual. Para um diagnóstico adequado deve ser realizada uma anamnese minuciosa elencando históricos bibliográficos, os padrões de pensamentos e as funções cognitivas. A paranoide pode ser classificada de acordo com as sensações sentidas pelo seu portador, dentre elas são pacientes com sensações e relatos de perseguição, desconfiados, agressivos e hostis, transtornos de humor, além de transtornos fictícios (FERREIRA JUNIOR *et al.*, 2010)

Dentre as grandes características dos pacientes diagnosticados com esquizofrenia paranoide, está o sentimento do “Eu do doente” como centro do discurso, levando assim o próprio a acreditar que está sendo alvo de chacota, perseguido chegando aos delírios.

Ainda não se sabe ao certo a causa dessa patologia, mas acredita-se que ela é desencadeada de uma ação dopaminérgica. Deve ser ressaltado que essa doença não tem cura, apenas amenizada com tratamentos medicamentosos específicos para cada subgrupo e acompanhamentos psicoterápicos, levando o indivíduo a uma vida equilibrada e quase normal (MENEZES, 2022).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a doença é a terceira causa de perda da qualidade de vida entre os 15 e 44 anos, considerando-se todas as doenças. Afeta cerca de 1,6 milhão de brasileiros que, além da doença, sofrem com o preconceito. O Ministério da Saúde (MS) apresenta dados para o reconhecimento e atendimento especializado a esses pacientes. Diante da complexidade dos problemas no campo da saúde mental, álcool e outras drogas e as diferentes necessidades apresentadas pelas pessoas com transtornos mentais, o SUS oferece estabelecimentos, serviços e ações diversificadas, como estratégia para favorecer o cuidado integral dessas pessoas.

Em 2020, o MS habilitou 321 serviços de saúde mental, com o investimento de mais de R \$76,3 milhões. Anualmente, o ministério também aplica mais de R \$794 milhões para o custeio dos 2.731 centros que integram a Rede de Atenção Psicossocial -Raps (BRASIL, 2021).

1.2. Principais sintomas

Os primeiros sinais e sintomas da esquizofrenia podem se manifestar durante a adolescência. Apesar de poder surgir de forma abrupta, o quadro mais frequente se inicia de maneira insidiosa. Sintomas prodrômicos pouco específicos, incluindo perda de energia, iniciativa e interesses, humor depressivo, isolamento, comportamento inadequado, negligência com a aparência pessoal e higiene, podem surgir e permanecer por algumas semanas ou até meses antes do aparecimento de sintomas mais característicos da doença. Familiares e amigos em geral percebem mudanças no comportamento do paciente, nas suas atividades pessoais, contato social e desempenho no trabalho e/ou escola (VALLADA FILHO; BUSATTO FILHO, 1996).

A esquizofrenia paranoide apresenta como principais sintomas; acreditar que está a ser perseguido ou traído; sentir que se tem superpoderes; ter alucinações, como ouvir vozes ou ver algo que não é real; agressividade, agitação e tendência para serem violentas.

Apesar de estes serem os sintomas mais comuns deste subtipo de esquizofrenia, podem ocorrer, embora com menos frequência, outros sintomas, como alterações da memória, falta de concentração ou isolamento social, por exemplo.

De acordo com Martins *et al.* (2020):

“As causas são desconhecidas, sendo melhor aceita a teoria da “vulnerabilidade versus estresse”, propondo que a presença de vulnerabilidade aumenta o risco para o desenvolvimento de sintomas na presença de estressores ambientais e na falha dos mecanismos para lidar com eles. Os fatores de vulnerabilidade são baseados em componentes biológicos, que incluem predisposição genética, que interagem com fatores complexos físicos, ambientais e psicológicos. Os sintomas geralmente começam na adolescência ou no início da idade adulta. Um ou mais episódios de sintomas devem durar mais de um mês antes que o diagnóstico seja estabelecido. A sintomatologia característica inclui psicose, perda do contato com a realidade; alucinações, percepções falsas; delírios, crenças falsas; discurso e comportamento desorganizados; embotamento afetivo, variação emocional restrita; déficits cognitivos, comprometimento do raciocínio e da solução de problemas; e disfunção ocupacional e social.” (MARTINS *et al.*, 2020).

1.3 Tratamento Para o Transtorno de Esquizofrenia Paranoide.

O tratamento da esquizofrenia é composto pela terapêutica medicamentosa, psicoterapia e socioterapia. O tratamento medicamentoso é fundamental para controle da esquizofrenia, mas na avaliação dos pacientes, os prejuízos acarretados pelo tratamento medicamentoso podem ser tão intensos quanto os sintomas do transtorno. O tratamento recebido pelos portadores de esquizofrenia dificilmente se coloca à altura da complexidade do transtorno, que deve ser tratado em diversas frentes para que o paciente possa atingir uma boa qualidade de vida (SOUZA *et al.*, 2017).

No geral a esquizofrenia é uma doença cerebral grave, causada por multifatores, tanto biológico como ambientais, levando a uma incapacidade e um sofrimento ao paciente e seus familiares, sendo ideal um tratamento multidisciplinar com todos os que estão em convívio direto com a doença.

É importante ressaltar que para um bom tratamento e desenvolvimento das pessoas portadoras de esquizofrenia, além do apoio medicamentoso, é essencial o acompanhamento psicossocial e multidisciplinar, aliado ao amparo familiar, unido pelo ponto primordial de aceitação e conscientização sobre a patologia e seu tratamento. Dessa forma é possível que a pessoa que carrega consigo tal doença desenvolva uma vida mais próxima do normal possível.

Segundo Almasan e Gimenez (2006):

“Estudos sobre psicoterapia de grupo com pacientes esquizofrênicos sugerem que esta modalidade pode ser útil, mas enfatizam o momento de sua implementação. A época ótima parece ser depois dos sintomas positivos terem sido estabilizados por meio de intervenção farmacológica. A terapia de grupo pode ser tão eficaz quanto a individual. Podendo ser úteis para criar confiança e oferecer um grupo de apoio, no qual os pacientes possam conversar livremente sobre as preocupações acerca de como manejar alucinações auditivas e como lidar com o estigma da doença mental.” (ALMASAN; GIMENEZ, 2006).

1.3.1 Tipos de Medicamentos Utilizados Para o Tratamento

1.3.1.1 Risperidona (2-8 mg/dia)

A Risperidona é um medicamento antipsicótico indicado para o tratamento de pacientes com esquizofrenia, sintomas psicóticos, transtorno bipolar, transtornos do comportamento (como agressividade e agitação), demência, entre outras indicações (HEALTH CANADA, 2015).



Fonte: l1nq.com/ON9px

1.3.1.2 Olanzapina (5-20 mg/dia)

É um medicamento classificado como antipsicótico que atua no sistema nervoso central e pode melhorar os sintomas em pessoas com esquizofrenia e outros transtornos mentais (psicose), além de episódios mistos de mania (euforia) e transtorno bipolar. Além disso, em pacientes com transtorno bipolar, previne novas fases maníacas e depressivas. O mecanismo de ação da Olanzapina no tratamento da esquizofrenia e no tratamento de episódios mistos de mania aguda ou transtorno bipolar é desconhecido



Fonte: l1nq.com/MA9tw.

1.3.1.3 Quetiapina (300-800 mg/dia)

A Quetiapina é a substância ativa do medicamento de nome comercial. A Quetiapina pertence a um grupo de medicamentos chamados antipsicóticos que melhoram os sintomas de certos tipos de transtornos mentais, como esquizofrenia, episódios maníacos e depressão associados ao transtorno bipolar.



Fonte: l1nq.com/hhL50.

1.3.1.4 Ziprasidona (80-160 mg/dia)

A Ziprasidona atua em receptores celulares dos neurotransmissores dopamina e serotonina (substâncias químicas que enviam informações pelas

células nervosas). Sua forma de apresentação é: cápsula de 40mg e 80mg e pó para solução intramuscular de 20 mg/mL.



Fonte: l1nq.com/QC9N3

1.3.1.5 Clozapina (350-700 mg/dia)

É indicado na redução do risco de comportamento suicida recorrente em pacientes com esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo, quando considerados sob risco de repetir o comportamento suicida, baseado no histórico e estado clínico recente. O comportamento suicida refere-se às ações de um paciente que se coloca em risco alto de morte. As reações adversas mais graves com a Clozapina (substância ativa) são: agranulocitose, convulsões, efeitos cardiovasculares e febre. As reações adversas mais comuns são sonolência/sedação, tontura, taquicardia, constipação e hipersalivação.



Fonte: l1nq.com/Yqxgu

1.3.1.6 Aristab (Aripiprazol)

Possui indicação para o tratamento de esquizofrenia, transtorno bipolar e é um dos mais potentes estabilizadores agudos do humor, sendo útil para manutenção de episódios de psicoses.

Fonte: l1nq.com/hOIUU



1.3.2 Terapia-Cognitivo Comportamental é a Mais Indicada no Tratamento da Esquizofrenia Paranoide e Entre Outras Esquizofrenias

As intervenções cognitivo-comportamentais são baseadas na conceituação cognitiva. É uma técnica utilizada por terapeutas cognitivos para selecionar procedimentos eficazes destinados a provocar alterações cognitivas, ao mesmo tempo em que entendem o funcionamento do paciente, a fim de permitir que os pacientes adiram ao tratamento (NEUFELD; CAVENAGE, 2010; BECK, 2013).

A terapia cognitivo-comportamental tem um desenvolvimento no tratamento adjuvante de transtornos psiquiátricos graves, como a esquizofrenia, está associada a limitações psicofarmacológicas, natureza crônica e baixa qualidade de vida do paciente (BECK *et al.*, 2010).

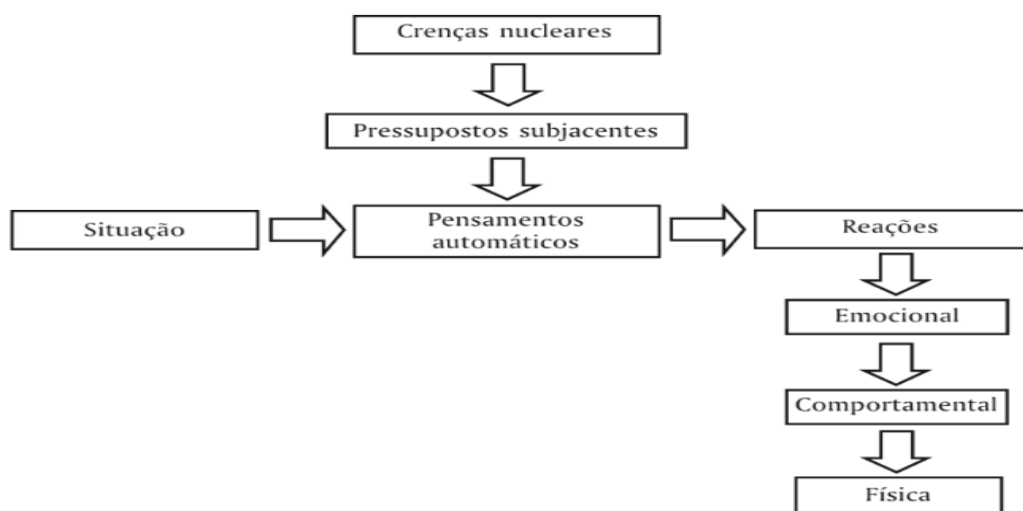
De um modo geral, a terapia cognitivo-comportamental no tratamento da esquizofrenia “encoraja sistematicamente os pacientes a” analisar, desafiar e

mudar as ideias, atributos e crenças subjacentes aos sintomas psicóticos, baixa autoestima e percepções de intervenções e assim com o objetivo de ensiná-lo atingir um "objetivo" mais funcional (DA MOTA; DA SILVA; LOPES, 2017).

Segundo Neufeld e Cavenage (2010):

“A cognição, função da consciência relacionada às deduções feitas acerca das experiências de vida, é considerada o principal elemento envolvido na manutenção dos transtornos psicológicos pela teoria cognitiva de psicopatologia e psicoterapia” (Knapp & Rocha, 2003). Neste sentido, A. Beck, Rush, Shaw e Emery (1997) ressaltam que clientes com distúrbios psicológicos apresentam pensamentos disfuncionais ou distorcidos. Desta maneira, o foco do terapeuta cognitivo-comportamental será obter mudanças cognitivas através de uma avaliação realista da situação e da modificação do pensamento, produzindo, conseqüentemente, uma melhora no humor e no comportamento dos clientes. J. Beck (1997) resalta que as mudanças emocionais e comportamentais serão duradouras se resultarem da modificação de crenças disfuncionais básicas dos clientes. (NEUFELD; CAVENAGE, 2010).

1.4 Apresentação do Modelo Cognitivo de Forma Esquemática



Fonte: KNAPP, 2009.

A “terapia cognitiva comportamental” é um termo genérico que abrange uma variedade de mais 20 dentro do modelo cognitivo e cognitivo-comportamental (MAHONEY, 2017). As primeiras abordagens cognitivas comportamentais para o tratamento dos transtornos emocionais começaram a surgir nos anos 1960 e 1970 com autores como Aaron Beek (1963,1967) (BEEK *et al.*, 1979), Albert Ellis (1962) Lazarus (1966), Meichenbaum (1973) e Mahoney (1974), entre outros todas as terapias cognitivo-comportamental derivam de um modelo cognitivo prototípico e compartilham alguns pressupostos básicos.



Fonte: l1nq.com/NoYbh

2. METODOLOGIA

Trata-se de um Relato de Caso sobre a Esquizofrenia Paranoide. Para realização do estudo, foi solicitada a autorização da paciente, ressaltando que os dados pessoais da mesma não seriam divulgados, esta autorização foi realizada de forma verbal pela paciente e escrita (APÊNDICE 1) também foram utilizados artigos científicos relacionados ao tema e livros.

3. RELATO DE CASO

F.G(Fictícia), 30 Anos é uma mulher que reside no estado de Rondônia, parda, casada, evangélica, com o ensino médio completo, cursando atualmente a faculdade de Pedagogia, neste estudo ela relata a sua vivência e como foi a descoberta da doença, sinais e sintomas, preconceitos e entre outros.

“ Quando eu completei em média 13 anos de idade, logo quando começaram os sintomas da esquizofrenia eu estava na puberdade e passei pelo ciclo da menstruação, logo eu menstruei, nesse período que aconteceu a crises, pouco antes de entrar na puberdade, antes de menstruar que deu a 1º crise. A minha crise veio do “nada”, eu era uma criança saudável, até os 12 anos, e quando completei 13 aconteceu a crise”

Esquizofrenia precoce é determinada por critérios que diagnosticam a esquizofrenia em crianças menores de 13 anos como uma doença que raramente se apresenta em indivíduos com essa idade, tendo uma prevalência inferior a 1/10.000 (ASARNOW *et al.*, 2004). Informações mais recentes sobre esquizofrenia de início muito precoce são apresentadas em estudos do NIMH (Instituto Nacional de Saúde Mental):

“ Os sintomas que eu sentia era medo, principalmente medo, eu tinha medo de tudo, desde família, sair na rua, então eu fui me isolando do meio social, meio que do início uma depressão, só ficava nos quartos, eu sentia medo de pessoas estarem atrás de mim para me pegar, vinham coisas meio que malucas na cabeça de tipo que tem alguém atrás de mim, a polícia vinha atrás de mim, pensamentos meio sem nexo sabe! Pessoas falando mal de mim, começou assim, eu vinha da escola vinha pensamentos nas cabeça, e eu me entristecia porque eu falava que tinha gente falando de mim, que não sei o que, era uma coisa que começou assim, essa questão do medo de sair de casa e as pessoas começarem a zombar de mim, falar mal de mim. ”

No subtipo paranoide, há prevalência de alucinações e delírios (BRAUN *et al.*, 2017).

A sintomatologia característica inclui psicose, perda do contato com a realidade; alucinações, percepções falsas; delírios, crenças falsas; discurso e comportamento desorganizados; embotamento afetivo, variação emocional restrita; déficits cognitivos, comprometimento do raciocínio e da solução de problemas; e disfunção ocupacional e social (BRASIL, 2007).

Delírios persecutórios (i.e., crença de que o indivíduo irá ser prejudicado, assediado, e assim por diante, por outra pessoa, organização ou grupo) são mais comuns (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014)

Segundo Souza e Ventura (2015), às alucinações na esquizofrenia são decorrentes de alterações neuroquímicas na função dopaminérgica. Assim, o indicativo resoluto da esquizofrenia, como delírios, alienação, irritação, euforia, inquietação e agressividade, surge do aumento das interações dopaminérgicas nas vias mesolímbicas do cérebro, enquanto sintomas negativos, como apatia, falta de motivação, ansiedade, a vida perde o interesse e a depressão são caracterizadas por poucas interações dopaminérgicas nas regiões corticais médias do cérebro (BRASIL, 2007).

“Eu sou religiosa, então as minhas crises eu vim perceber, tipo assim ver sentido nisso depois já de adulta né, por exemplo as minhas crises eram por questões religiosas, por medo eu creio que cada esquizofrenia é um sintoma em meio ao que a pessoa vive ou convive, então no meu caso eu sou uma pessoa que vou a igreja que sou religiosa, meus medos são outros, então eu ficava com medo eu não acreditava que eu estava na terra, pra mim eu estava ao redor de muita gente, meio que parecia gente, mas era demônio, formado por pessoa, com o corpo de pessoa, meu pensamento era que todo mundo foi pro céu e eu fiquei, era esse tipo de angústia que me dava esses pensamentos conturbados, era fora da realidade e as minhas crises eram essas de medo das pessoas.”

Os delírios são crenças fixas, não passíveis de mudança à luz de evidências conflitantes. Seu conteúdo pode incluir uma variedade de temas (p. ex., persecutório, de referência, somático, religioso, de grandeza) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

A religiosidade tem sido relacionada à proteção contra comorbidades frequentemente presentes entre pacientes portadores de esquizofrenia como o abuso de substâncias e o comportamento suicida (SHIOZAWA; SHIOZAWA; CALFAT, 2010).

“ No início foi bem difícil para os meus familiares, pois eles nunca tinham lidado com essas questões, então por eu ter crises de achar que estava vendo monstro e esse tipo de coisa, no início o pessoal não entendia que era uma doença, achava que

era algo demoníaco, que eu não estava doente, que eu estava com demônio, essas coisas assim, por a gente ser religioso. ”

“Eu não dormia nessas crises eu passava noites e noites em claro, dias sem comer, não queria me alimentar, não queria comer, era uma angústia tão grande que o meu desejo era morrer para passar, essas crises era uma angústia muito grande que dava, para sair, se libertar disso e eu achava que conseguiria isso com a morte. ”

“Fui no médico eu comecei tomar os medicamentos para dormir, e ali foi melhorando, aí depois eu comecei a tirar os medicamentos de dormir e comecei a dormir sozinha, sem precisar de medicamento para dormir, esses medicamentos que o médico me passou, ajudava, me ajudou, mas eles tinham alguns efeitos colaterais, deixava um pouco ansiosa, me dava estrimilique nas pernas, ficava só batendo as pernas, davam alguns efeitos colaterais, e eu tomei por muito tempo esses medicamentos que são o (Carbolitium e o zargun), aí eu fui crescendo e fui tomando por muito tempo esse medicamento.”

A Subsistência do tratamento medicamentoso associado ao acompanhamento multidisciplinar foi o que conduziu a paciente a controlar os sintomas, de acordo com Silva *et al.* (2016).

“Quando eu tinha acho que 18 anos me deu uma crise, aí descobriram um médico em Cuiabá e disseram que esse médico era muito bom nessas questões e nós fomos para lá consultar, e esse médico me ouvindo um pouco, eu estava em crise e quando estou em crise eu não sei falar, mas é meus familiares que falam por mim, quando estou em crise às vezes eu estou em estado catatônico não sei muito o que está acontecendo.

A presença de três ou mais das doze características psicomotoras listadas nos critérios diagnósticos para catatonia em conjunto com outra transição mental ou catatônica devido a outra condição médica é o que constitui a catatonia. A principal característica da catatonia é um distúrbio psicomotor intensificado que pode se manifestar como atividade motora excessiva ou bizarra, participação diminuída durante entrevistas ou exames físicos ou atividade motora reduzida em geral. A apresentação catatônica clássica pode ser confusa, uma vez que o distúrbio psicomotor pode variar de agitação intensificada a ausência intensificada de resposta. A imobilidade

motora pode ser grave (estupor) ou leve (cataplexia e flexibilidade crvico esquelética). Semelhante a como a participação diminuída pode ser grave (mutismo) ou leve (negativismo). Comportamentos motores excessivos e incomuns podem variar do complicado (como estereotipia) ao básico (como agitação), e também podem incluir ecolalia e ecopraxia . (DSM-V, 2014, p. 163).

Então eles que falavam, ai fiz eletro da cabeça e conforme o que meus familiares foram falando ele deu o diagnóstico de esquizofrenia mesmo, só que da primeira vez quando recebi o diagnóstico de esquizofrenia ele me deu medicamento para uma esquizofrenia generalizada, não especifica ele não aprofundou, já esse médico de Cuiabá identificou que era uma esquizofrenia paranoide, creio que é a paranoia, porque eu vivia com paranoia...kkkkk....coisas que não tem sentido , que  só paranoia da cabeça, ele identificou que era essa esquizofrenia Paranoide e passou um medicamento que era de alto custo, na época era 1.600\$ na época que era o Aristab (aripiprazol) e foi batata pra mim, foi na raiz do problema mesmo, eu tomar ele eu não fico em crise de jeito nenhum, no outro mesmo eu tomando eu ficava em crise, mas esse não, se eu tomar e fizer o uso dele certinho não me d crise, até o efeito dele dura uns 2 anos, o outro se eu parasse de tomar, questão de semana já começava a me dar crise, já esse não, eu cheguei a engravidar e não podia e eu fiquei 8 meses sem tomar, na verdade eu teria que ficar sem tomar até o 6 ms de gestação, mas eu comecei tomar e o organismo não aceitava, eu tomava e vomitava, então eu não fiz o uso e fique 2 anos sem fazer o uso, tive meu menino, amamentei e tudo e nesse período eu tive a minha ‘princesinha’, por isso fiquei esse tempo todo sem tomar, foi quando ela tinha 5 meses e eu sofri uma outra crise, demorou muito me dar crise, demorou uns 2 anos. Quero dizer assim: esse medicamento foi tão certo para mim que eu fiquei esse tempo todo sem tomar e demorou isso tudo para me dar a crise, já o outro não, 2 dias sem tomar já me dava crises.

“Mas hoje graças a Deus eu sou mãe, eu amadureci muito em relação à doença também, porque não é somente eu, agora tenho que pensar que sou mãe, sou esposa e tudo isso, então eu preciso ficar bem, tenho que me cuidar, então tudo isso me ajudou muito, a partir do momento que eu me aceitei e aceitei que tenho a doença e amadureci isso, me ajudou muito. Tomando esse medicamento hoje eu vivo uma vida normal graças a Deus, me conscientizei que tenho a doença, mas para mim ter uma crise eu tenho que passar por um abalo emocional muito forte e muita preocupação para ter uma crise, do mais vivo uma vida normal. ”

4. CONCLUSÃO

A auto aceitação do paciente e de forma medicamentosa, psicoterápica e socioterápica o leva à melhora dos sintomas, proporcionando melhor qualidade de vida para ele e seus familiares. A realização deste estudo de caso contribuiu de forma positiva para a formação acadêmica e um conhecimento mais aprofundado sobre a esquizofrenia Paranoide e a depressão. O estudo da literatura sobre as patologias, o estudo sobre as medicações, funções mentais possibilitaram ampliar o conhecimento, despertar curiosidades, interesses no campo da saúde mental e perder o medo e ansiedade frente à pacientes psiquiátricos e a como ajudar as famílias a lidarem com seus familiares esquizofrênicos. Entendendo que esse campo profissional tem muito ainda a ser estudado, pesquisado e avaliado. As intervenções cognitivo-comportamentais são baseadas na conceituação cognitiva. É uma técnica utilizada por terapeutas cognitivos para selecionar procedimentos eficazes destinados a provocar alterações cognitivas, ao mesmo tempo em que entendem o funcionamento do paciente, a fim de permitir que os pacientes adiram ao tratamento. O tratamento da esquizofrenia é composto pela terapêutica medicamentosa, psicoterapia e socioterapia. O tratamento medicamentoso é fundamental para controle da esquizofrenia, mas na avaliação dos pacientes, os prejuízos acarretados pelo tratamento medicamentoso podem ser tão intensos quanto os sintomas do transtorno. O tratamento recebido pelos portadores de esquizofrenia dificilmente se coloca à altura da complexidade do transtorno, que deve ser tratado em diversas frentes para que o paciente possa atingir uma boa qualidade de vida

Referências:

ALMASAN, D. A.; GIMENEZ, R. M. Formas de Tratamento do Paciente Esquizofrênico. **REVISTA CIENTÍFICA ELETRÔNICA DE PSICOLOGIA**, v. 4, n. 7, p. 1-10, 2006.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ASARNOW, J. R. *et al.* Annotation: Childhood-onset schizophrenia: clinical and treatment issues. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 45, n. 2, p. 180-194, 2004.

BECK, A. T. *et al.* **Terapia cognitiva da esquizofrenia**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BECK, J. S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BEEK, A. L. *et al.* Microvascular surgery in young children. **Plastic and Reconstructive Surgery**, v. 63, n. 4, p. 457-462, 1979.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916 de 30 de outubro de 1998; RESOLUÇÃO-RDC Nº 16, DE 05/03/2007; Resolução RDC Nº 134/2003 e Resolução RDC Nº 17, de 05/03/2007; Resolução RDC Nº 51, DE 15 DE AGOSTO DE 2007. Lei 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/conjur/demandas-judiciais/notas-tecnicas/notas-tecnicas-medicamentos/notas-tecnicas/q/quetiapina-atualizada-em-03-12-2015.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de Atenção Psicossocial – RAPS**, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps>. Acesso em: 10 nov. 2022.

BRAUN, D. *et al.* Evaluating natural language understanding services for conversational question answering systems. In: Proceedings of the 18th Annual SIGdial Meeting on Discourse and Dialogue. 2017. p. 174-185.

CID-10. **Classificação Internacional de Doenças**. 10. ed. São Paulo, 2012.

DA MOTA, G. S.; DA SILVA, M. J.; LOPES, A. P. Esquizofrenia e Terapia Cognitivo-Comportamental: um estudo de revisão narrativa. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-ALAGOAS**, v. 4, n. 2, p. 371-371, 2017.

FERREIRA JUNIOR, B. C. *et al.* Alterações cognitivas na esquizofrenia: atualização. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 32, p. 57-63, 2010.

HEALTH CANADA. **Risperidone - Restriction of the Dementia Indication**, 2015. Disponível em: <https://recalls-rappels.canada.ca/en/alert-recall/risperidone-restriction-dementia-indication>. Acesso em: 10 nov. 2022.

KNAPP, P. **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. São Paulo: Editora Artmed, 2009.

MAHONEY, K. **The assessment of emergent bilinguals: Supporting English language learners**. Bristol: Multilingual Matters, 2017.

MARTINS, A. A. *et al.* ESQUIZOFRENIA PARANOIDE: RELATO DE CASO. **NBC-Periódico Científico do Núcleo de Biociências**, v. 10, n. 20, 2020.

MENEZES, L. A. A ESQUIZOFRENIA NA PERSPECTIVA DA NEUROCIÊNCIA. **Revista do Instituto de Ciências Humanas**, v. 18, n. 28, p. 74-83, 2022.

MOREIRA, C. S.; MEZZASALMA, M. A.; JULIBONI, R. V. Esquizofrenia Paranoide: Relato de Caso e Revisão da Leitura. **Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos**, v. 3, n. 2, p. 29-32, 2008.

NEUFELD, C. B.; CAVENAGE, C. C. Cognitive case conceptualization: systematization's proposal from clinical practice and cognitive-behavioral therapists training. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 6, n. 2, p. 3-36, 2010.

SHIOZAWA, P.; SHIOZAWA, B.; CALFAT, E. L. B. Religiosidade entre pacientes esquizofrênicos: há implicações clínicas? Revisão de literatura. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, p. 133-136, 2010.

SILVA, A. M. *et al.* Esquizofrenia: uma revisão bibliográfica. **UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 13, n. 30, p. 18-25, 2016.

SOUSA, D. *et al.* Qualidade de vida e suporte social em doentes com esquizofrenia. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 18, n. 1, p. 91-101, 2017.

SOUZA, N. C.; VENTURA, C. N. S. B. A vinculação do portador de esquizofrenia no centro de atenção psicossocial-CAPS. **Revista Científic@ Universitas**, v. 3, n. 2, 2015.

VALLADA FILHO, H.; BUSATTO FILHO, G. **Esquizofrenia**. In: ALMEIDA, P.; DRACU, L.; LARANJEIRA, R. (Orgs.), Manual de psiquiatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. p. 127-150.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Entrevista TCC

- 1) Quando iniciaram os primeiros sintomas? E quais sintomas eram?
- 2) Quando descobriu o que de fato era?
- 3) Antes de descobrir o que era quais foram os desafios que enfrentou?
- 4) A equipe medica da sua cidade souberam lidar com o seu problema ou não?
- 5) Descreva com suas palavras sua história, sua trajetória de vida até você chegar onde chegou, os desafios que teve que enfrentar: Medicamentos, tratamentos, preconceitos, julgamentos, decepções; alegrias, novas descobertas, superações, diagnóstico e etc.

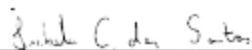
ANEXOS

DECLARAÇÃO

Eu, **Isabela Carvalho dos Santos**, sob o RG de número 10.417.710-7, declaro ter realizado a análise e correção ortográfica do Trabalho de Conclusão de Curso de título: **“ESQUIZOFRENIA PARANÓIDE: RELATO DE CASO”** da aluna **Sara de Souza Rossetti**, do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Paranaense (UNIPAR).

Por ser verdade firmo o presente.

Umuarama, 10 de novembro de 2022.



Isabela Carvalho dos Santos

Anexo B – Declaração de versão do resumo para ao inglês

**CERTIFICATE OF TRANSLATION AND
PROOFREADING**

This document certifies that the paper's abstract listed below has been translated, corrected, and edited to ensure that the language is clear and free of errors:

PARANOID SCHIZOPHRENIA: CASE REPORT

The intent of the author's message was not altered in any way during the translation and proofreading process. My responsibility is limited to the activities described above so that I will not be held responsible for possible plagiarism committed by the authors, as well as I did not make changes or considerations in the original text that are not related to formatting and writing correction.



ISABELA CARVALHO DOS
SANTOS
TRANSLATOR

