

Esquizofrenia catatônica: relato de caso

Catatonic schizophrenia: case report

Emanuel de Freitas Correia¹, Igor Guedes Eugenio², Kelly Cristina Lira de Andrade³,
Esiane de Freitas Correia⁴, Audenis Lima de Aguiar Peixoto⁵

Correia EF, Eugenio IG, Andrade KCL, Correia EF, Peixoto ALA. Esquizofrenia catatônica: relato de caso / *Catatonic schizophrenia: case report*. Rev Med (São Paulo). 2024 maio-jun.;103(3):e-216951.

RESUMO: Objetivo: Descrever um caso de Esquizofrenia Catatônica em jovem. **Metodologia:** O relato de caso é de caráter observacional e foi aprovado pelo Comitê de ética de uma Instituição Pública de Alagoas. O caso foi acompanhado no Ambulatório de Saúde Mental Dr. Alberto Magalhães inserido no complexo do Hospital Escola Portugal Ramalho. O paciente foi recrutado por busca ativa e informado, assim como a sua responsável, acerca das informações relativas à pesquisa. A partir da autorização assinada, que foi solicitada pelos pesquisadores através de entrevista baseada nos princípios de consulta médica, estando presente todos os orientandos e um dos orientadores. Realizou-se consulta de fonte secundária de dados e utilização das informações clínicas de admissão, internação e resumo de alta, registrados em prontuários revisados no Hospital, cuja identificação do participante permaneceu resguardada. **Relato de Caso:** Paciente sexo masculino, 28 anos, solteiro, sem filhos. Acompanhado pela mãe que relata episódios de “surtos” recentes, tendo invadido igrejas, estabelecimentos e destruído patrimônios. Refere ainda agitação psicomotora e agressividade. Apresenta discurso incompreensível e indiferença às perguntas realizadas. Por vezes, ficando em silêncio e inerte. Outras, com solilóquio e mudança no tom da voz. Não aceitava medicações, estava inquieto e saía diversas vezes de casa com dromomania. Aproximadamente há 15 dias, começou a não tomar banho e ficar sem comer, aceitando apenas água. **Discussão:** O diagnóstico prévio de esquizofrenia fortaleceu a principal hipótese diagnóstica de estado catatônico relacionado à esquizofrenia. Nota-se que houve acometimento acentuado das integridades mental, física e social, uma vez que o paciente não se alimentava corretamente, possuía higiene pessoal prejudicada, postura e atitude inadequadas, com atividade motora baseada em estereótipos e maneirismos, além de furor catatônico, estupor, negativismo e obediência automática. **Conclusões:** Portanto, manejar a esquizofrenia, e ser conhecedor das variadas apresentações, possibilita assistência de qualidade, proporcionando um bem-estar digno ao indivíduo.

PALAVRAS-CHAVES: Transtornos Mentais; Transtornos Psicóticos; Esquizofrenia. Catatonia.

ABSTRACT: Objective: To describe a case of Catatonic Schizophrenia in a young man. **Methodology:** The case report is observational in nature and was approved by the ethics committee of a public institution in Alagoas. The case was followed up at the Dr. Alberto Magalhães Mental Health Outpatient Clinic, part of the Portugal Ramalho School Hospital complex. The patient was recruited through an active search and informed, as was his guardian, about the information relating to the research. The signed authorization was requested by the researchers through an interview based on the principles of medical consultation, with all the students and one of the supervisors present. A secondary source of data was consulted and clinical information on admission, hospitalization and discharge summaries recorded in medical records reviewed at the hospital were used. **Case Report:** Male patient, 28 years old, single, no children. Accompanied by his mother who reports episodes of recent “outbreaks”, having invaded churches, establishments and destroyed property. He also reports psychomotor agitation and aggression. He speaks incomprehensibly and is indifferent to questions. Sometimes he remains silent and inert. At other times, he soliloquized and changed the tone of his voice. He didn’t accept medication, was restless and left the house several times with dromomania. Approximately 15 days ago, he started not bathing and not eating, accepting only water. **Discussion:** The previous diagnosis of schizophrenia strengthened the main diagnostic hypothesis of a catatonic state related to schizophrenia. There was marked impairment of mental, physical and social integrity, since the patient did not eat properly, had impaired personal hygiene, inadequate posture and attitude, with motor activity based on stereotypes and mannerisms, as well as catatonic rage, stupor, negativism and automatic obedience. **Conclusions:** Therefore, managing schizophrenia, and being aware of the various presentations, enables quality care, providing dignified well-being for the individual.

KEY WORDS: Mental Disorders; Other Psychotic Disorders; Schizophrenia. Catatonic.

¹. Graduando em Medicina do Centro Universitário Cesmac, Maceió-AL, Brasil. Telefone: (82) 993561377. E-mail: emanuelfreit@hotmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9418478820326514>. Orcid: 0000-0003-1146-2270

². Graduando em Medicina do Centro Universitário Cesmac, Maceió-AL, Brasil. Telefone: (82) 993237486. E-mail: igorgeugenio@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1342172898201927>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5618-9103>

³. Doutorado em Biotecnologia em Saúde, Docente de Medicina do Centro Universitário Cesmac, Maceió-AL, Brasil. Fone: (82) 999808986. E-mail: kellyclandrade@gmail.com. Endereço do currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/8732927328007178>. Orcid: 0000-0002-2618-4958

⁴. Graduação em Medicina e Residência de Psiquiatria Universidade Federal de Alagoas. E-mail: esianefreitas02@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2696557180890761>. Orcid: 0009-0007-3665-5358

⁵. Mestre em Ensino na Saúde, Docente de Medicina do Centro Universitário Cesmac, Maceió-AL, Brasil. E-mail: audenis_peixoto@uol.com.br. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3283496762513803>. Orcid: 0000-0001-7553-0821

INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é uma síndrome mental crônica caracterizada por ser um transtorno psicótico, e que resulta em déficit no neurodesenvolvimento e dificuldades no âmbito social do indivíduo, sendo esse prejuízo no funcionamento de habilidades um componente primordial da esquizofrenia. Os sintomas surgem comumente ao final da adolescência nos homens, e na fase adulta nas mulheres, com prevalência próxima a 1% no mundo. Por essa óptica, torna-se interessante ressaltar sobre a possibilidade da abertura do quadro psicótico também em outras faixas etárias menos prevalentes, condição mais comum em homens e, quanto mais precoce, pior será o prognóstico do paciente, além da correlação com fatores de risco genéticos e neurobiológicos¹.

Para caracterizar essa patologia, é necessária uma duração maior de 1 mês (ou menos, se tratado precocemente), sendo essenciais dois ou mais dos seguintes critérios diagnósticos: delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico e sintomas negativos, como embotamento afetivo, isolamento social, expressão emocional diminuída. Dentre esses supracitados, é obrigatório que pelo menos um dos sintomas seja delírio, alucinação ou discurso desorganizado. Além disso, que o prejuízo funcional e social seja contínuo por, pelo menos, 6 meses. Outro fator fundamental é excluir causas orgânicas ou uso de substâncias psicoativas que justifiquem esse quadro².

Segundo o CID-10, a esquizofrenia é dividida em subtipos, com suas respectivas particularidades. Sendo assim, há a esquizofrenia paranoide, caracterizada por ideias delirantes e alterações na sensopercepção, principalmente, com alucinações auditivas; a esquizofrenia hebefrênica com sintomas de desorganização e puerilidade; a esquizofrenia residual com sintomas negativos marcantes após evolução da doença; a esquizofrenia simples com progressiva excentricidade de comportamento e, a esquizofrenia catatônica, que apresenta como centro distúrbios psicomotores, como hipercinesia e estupor; além da alteração na vontade³.

A hipercinesia e o estupor predominantes na esquizofrenia catatônica revelam o antagonismo dos distúrbios psicomotores. Enquanto a hipercinesia apresenta um aumento deflagrado na execução dos movimentos corporais, o estupor é manifestado pela ausência de atividade psicomotora, onde não possui relação com o ambiente².

Alguns estudos sobre esquizofrenia relacionaram catatonía a outras anormalidades motoras, como o parkinsonismo e discinesia. Dependendo da análise, pode acontecer conflito no direcionamento, dificultando a explicação dos sintomas psicomotores na doença psiquiátrica, cuja principal diferença com relação as síndromes extrapiramidais é a administração dos antipsicóticos⁴.

Há também as características negativas da catatonía, as quais são demonstradas pela postura contorcida e resistência aos estímulos, quando tentado contato através do examinador. Quanto mais pressionado, o paciente apresenta desconforto podendo evoluir para agressividade, ou ainda o “falar sem sentido”, típico de pararrépostas, cujas perguntas são incompreendidas pelo paciente, resultando em respostas fora de contexto⁵.

Portanto, mesmo que desafiador, entender a esquizofrenia catatônica é essencial para possibilitar assistência eficiente. As medicações e medidas complementares são imprescindíveis a fim de otimizar a qualidade de vida do paciente, bem como a sociabilidade com a família e comunidade⁶.

Nesse sentido, o objetivo do presente estudo fora descrever um caso de esquizofrenia catatônica em um jovem e promover melhoria no conhecimento sobre a esquizofrenia, principalmente o subtipo catatônico; trazer à luz do conhecimento científico e proporcionar aos seres humanos o entendimento sobre o transtorno, subsidiando condutas terapêuticas e tratamentos. Acredita-se, ainda, que o estudo possa ser a base de outras pesquisas pois ainda se fazem necessários estudos a respeito da temática abordada.

MATERIAL E MÉTODO

O presente estudo de relato de caso é de caráter observacional e de braço único. Foi realizado no Ambulatório de Saúde Mental Dr. Alberto Magalhães, (PISAM), inserido no complexo do Hospital Escola Portugal Ramalho (HEPR). A coleta foi iniciada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), com o número de parecer da aprovação 6.204.396.

A amostra foi composta por 01 (um) participante, sendo o voluntário participante da pesquisa foi recrutado por busca ativa no ambulatório PISAM da instituição, em uma de suas consultas de retorno de avaliação médica, o qual foi acompanhado por sua genitora.

O paciente e sua responsável foram informados acerca das informações relativas à pesquisa. Confirmada a permissão de participação, foram entregues duas cópias do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para que pudesse ser lido e entendido seu conteúdo e esclarecida qualquer dúvida. Só então com a assinatura do termo (em duas vias) pela genitora materna, uma vez que o participante é curatelado, é que foi formalizada a participação do indivíduo na pesquisa.

Em nenhum momento desta pesquisa foi pertinente a utilização dos dados de identificação do sujeito que participa deste estudo, conforme resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde. Não foram aplicados critérios de inclusão e exclusão.

A partir da autorização, que foi solicitada pelos pesquisadores através de entrevista baseada nos princípios de consulta médica. Realizou-se consulta de fonte secundária de dados e utilização das informações clínicas de admissão, curso de internação e resumo de alta, registrados em prontuários revisados no Hospital Escola Portugal Ramalho, cuja identificação do participante permaneceu resguardada.

RELATO DE CASO

Identificação

Paciente sexo masculino, 28 anos, solteiro, sem filhos, ensino fundamental incompleto, nunca trabalhou, sua renda

advém do BPC Loas, natural de Palmeira dos Índios e procedente de Maceió, evangélico. Reside com sua mãe.

Admissão na Emergência Psiquiátrica (20/07/2021)

Paciente veio acompanhado pela mãe que relata episódios de “surto” recentes, tendo invadido igrejas, estabelecimentos e destruído patrimônios. Refere ainda agitação psicomotora e agressividade. Nega uso de drogas. Em uso de Haldol 5mg VO, Fenergan 25 mg VO, Amplictil 100 mg VO e Diazepam 10 mg VO.

Exame psíquico: Bom contato, pouco colaborativo, humor pouco modulado, afeto congruente. Demais características prejudicadas devido à sedação em decorrência do trajeto.

Hipótese Diagnóstica: Não relatada.

Conduta: Internação.

Medicações:

02 ampolas de Haldol Decanoato IM;

01 ampola de Haldol e Fenergan IM.

Prescrição:

Fenergan 25 mg (1-1-1) VO

Risperidona 3mg (0-1-1) VO

Carbamazepina 200 mg (2-2-2) VO

Neozine 100 mg (0-0-1) VO

Antecedentes pessoais e curva de vida

Filho primogênito de uma prole de dois filhos, gestação não planejada, sem intercorrências, com parto normal e a termo. Segundo a mãe, andou com aproximadamente um ano e iniciou a fala com 10 meses. Não possuía dificuldade de aprendizagem e tinha notas altas; entretanto, desde criança envolvia-se em brigas na escola.

Morou a infância com a mãe e não possuía contato com o pai. Aos 12 anos, sua mãe perdeu a guarda, pois seu companheiro da época era agressivo com ambos. Após isso, paciente começa a morar com seu tio, o que perdurou até os 17 anos. Em seguida, foi residir com sua avó e, aos 20, retornou a morar com os genitores pois começou a ficar “depressivo, agitado e agressivo”.

A genitora relata que o paciente sofria agressões verbais e físicas constantemente de vários familiares e “cresceu sem carinho”. Conta também que sua avó não o deixava sair e o proibiu de estudar, pois tinha que ajudar com afazeres da casa. Atualmente, tem uma relação conflituosa com seu pai que o chama de “demônio”, pois passa o dia no quarto assistindo ou lendo livros evangélicos e não trabalha.

Em seu primeiro surto, aos 20 anos, foi caminhando de Palmeira dos Índios até Arapiraca, e passou três dias sem comer e sem tomar banho. Sua mãe refere que as “crises” são iguais, onde o interna em hospital de Arapiraca e a última vez em Maceió, no ano de 2019. Já fez tratamento no CAPS, com parada há dois anos, e em tempo estava renovando receita no PSF. Ao tratar-se de abuso de substâncias, nega uso de álcool e outras drogas.

História Familiar

Familiares negam patologias psiquiátricas.

Evoluções da atual internação

23 de julho de 2021 (Primeiro contato com o paciente – 3 DIH)

Queixa principal

Paciente não consegue formular queixa.

História da doença atual

Paciente apresentando discurso incompreensível e com indiferença às perguntas realizadas. Por vezes, ficando em silêncio e inerte. Outras, com solilóquio e mudança no tom da voz. De início, respondeu corretamente que estava no HEPR e que sua mãe o trouxe. Entretanto, ao decorrer, possuía linguagem desconexa e foi compreendido apenas: “não há culto na igreja por minha causa” e repetição das palavras “melodia” e “coração”. Inesperadamente, amassa copo de plástico e esmurreta parede.

Mãe refere que houve mudança do comportamento há um mês. Não aceitava medicações, estava inquieto e saía diversas vezes de casa com dromomania, no qual caracterizava-se como impulso incontrolável e mórbido de perambular. Aproximadamente há 15 dias, começou a não tomar banho e ficar sem comer, aceitando apenas água. Nesta última semana, ficou insone e heteroagressivo. Conta que no dia 18/07 (dois dias antes da internação), entrou na igreja apenas de cueca, em horário da missa, e quebrou imagens de Jesus Cristo. Além disso, danificou cano d’água e invadiu casas do bairro derrubando portas; como também, do PSF e outros estabelecimentos.

Exame mental descritivo

Encontramos o paciente deitado no chão de enfermaria e escuta chamá-lo, mas não responde. Em seguida, pergunto seu nome e o diz corretamente. Convidado para conversar, aceita e direcionado para ala. Está sem alteração em marcha. Explicamos que seremos seus médicos e rebate: “não são médicos, são doutores”. Ao chegar à sala, senta-se em local afastado. Estava com roupa do hospital (blusa preta com uma aranha e short verde), sandália havaiana verde, cabelo e barba curta, unhas sujas, hiperemia ocular com desvio do olho direito (estrabismo divergente), emagrecido e com lesões em cotovelos e joelhos. Além disso, possuía hálito cetônico.

Paciente permanece a maior parte da entrevista com olhar fixo e inerte em determinada posição, outros momentos com atitudes impulsivas e intimidadoras. Estava desconfiado, com atenção em todo o ambiente, além de colocar objetos da sala em seu discurso como, por exemplo, a TV. De início, responde corretamente onde estava e com quem veio; porém, à medida que decorre, apresenta frases sem nexos e formação de novas palavras, com o tema recorrente de demônios e coração. É pouco cooperativo e, quando interage, possui latência de resposta. Por vezes, para sua fala no decorrer da frase. Paciente apresentando períodos de paralisação e retorna inesperadamente, com alteração do tom de voz e mussitação. Ao falar com entrevistadores,

apresenta gesticulação com as mãos. E, quando em solilóquio, tem atitude repetitiva de mão esquerda realizando movimentos lineares em seu antebraço direito. Posteriormente, conta que possui mais de 200 vozes e que é mais de uma pessoa. Quando perguntado sobre ditado “filho de peixe”, responde: “mata um, mata todos, quem matar vai pra o inferno”. Possuía fácil irritabilidade e com movimentos hostis. Não foi possível realizar teste de memória e inteligência.

Súmula

- Aparência: autocuidado prejudicado;
- Atitude: negativista e hostil;
- Consciência Vigil: alerta;
- Atenção: hipervigil e hipotenaz;
- Vontade: atos impulsivos, negativismo, sitiofobia;
- Memória: não foi possível avaliar. Aparentemente preservada;
- Pensamento: - Curso: interrupção; Forma: desagregado; Conteúdo: ideias delirantes; místico-religioso;
- Juízo de realidade: delírio simples, não sistematizado;
- Sensopercepção: alucinação auditiva;
- Linguagem: mussitação, neologismo, solilóquio, latência de respostas;
- Inteligência: não foi possível avaliar;
- Psicomotricidade: estereotípias, estupor;
- Afeto: hipomodulação afetiva; empobrecido;
- Humor: irritado;
- Orientação: orientado em espaço e tempo;
- Consciência do Eu: alteração na identidade e unidade;
- Prospecção: ausente.
- Insight: não está presente.

Conduta:

Haldol 5mg (1-0-1) VO
Prometazina 25 mg (1-0-1) VO
Diazepam 10 mg (1-1-1) VO
Neozine 100 mg (0-0-1) VO
Supervisão contínua de alimentação e ingestão de líquidos

27 de julho de 2021 (7DIH)

Paciente fora encontrado deitado em mesma posição, aparentemente desconfortável. Responde ao chamado e aceita conversar. Está com a mesma roupa do primeiro dia de internação. Não responde às perguntas realizadas, permanece a maior parte do tempo em silêncio, com olhar fixo e imóvel, variando com movimentos estereotipados em antebraço e mãos quando em solilóquio. Ao ver um móvel da sala, pergunta se é um gravador. Paciente possui atitude intimidadora, levanta-se e bate as mãos em cima da mesa e pergunta se os entrevistadores estão com medo. Fora oferecido água no início da entrevista, mas apenas no final responde “se eu tomar água, eu tomarei seu coração”.

Conduta:

Haldol 5 mg (1-0-1) VO

Prometazina 25 mg (1-0-1) VO
Diazepam 10 mg (1-1-1) VO
Olanzapina 5 mg (0-0-1) VO

02 de agosto de 2021 (13 DIH)

Ao ser abordado, foi perguntado se ele está bem, responde: “sim, e como vocês estão?”. Depois, com sorrisos, interroga: “Por que vocês gostam de conversar comigo?”. Está atento aos objetos da sala, como porta e os canos da pia, que conta ter oxigênio. Ao ver a máscara, pergunta se está filmando. Explica o episódio da igreja que foi “Jesus Cristo que fez isso com seu Pai” e em seu antebraço, possui “pregos que causam dor”. Associa Hospital Portugal Ramalho ao país Portugal e o “Portugal que vai nascer amanhã”. Apresenta também repetição de palavra “para, para, para...”. Após isso, rapidamente dá um murro em porta. Depois diz que precisa sair se não irão ocorrer mortes em oito minutos.

Conduta:

Haldol 5 mg (0-0-1) VO
Olanzapina 5mg (0-0-3) VO
Prometazina 25 mg (1-0-0) VO
Lorazepam 2 mg (1-1-1) VO
Haldol Decanoato 03 ampolas IM

12 de agosto de 2021 (23 DIH)

Ao ser abordado, pergunta se os entrevistadores estão bem e se sentimos falta dele. Neste dia, recebe visita de sua mãe e tia. Ao entrar na sala, pede a benção para a mãe e senta-se em local afastado. Quando genitora fala que está com saudade, paciente responde: “só sinto saudade de quem gosta de mim”. Ao sair, manda a mãe ir pra casa, pois está doente. Não aceita a comida que a mãe trouxe. Familiares relatam que nunca tinham o visto dessa forma, com atitudes inadequadas, negativismos, que era um “menino calmo e conversava normal”.

Conduta:

Olanzapina 5 mg (1-0-3) VO
Lorazepam 2 mg (1-1-1) VO

23 de agosto de 2021 (34 DIH)

Paciente com um grau maior de interação. Consegue comer, higienizar-se, manter contato com outros pacientes, aceita medicação fornecida e sem alterações de psicomotricidade. Entretanto, permanece com conteúdo pueril, desorganizado e delírios simples. Ao ser perguntado o que tem em sua mão, pede para um dos entrevistadores apertar e fala: “Amor, alegria, paz de Deus”. Pergunta o que vê no seu coração, e diz que para descobrir quem ele é, basta ler o livro sagrado.

Conduta:

Olanzapina 5 mg (1-0-3) VO
Lorazepam 2 mg (1-1-1) VO
Risperidona 2 mg (1-0-2) VO
Concordamos em alta hospitalar e abertura de protocolo para

obtenção de Clozapina.

Evoluções do acompanhamento ambulatorial

03 de novembro de 2021

Paciente vem à consulta com a mãe e entra sozinho no consultório. Não responde diretamente as perguntas, mas mantém contato visual e tenta colaborar com a consulta. Não sabe responder idade e data de nascimento.

Conduta:

Clozapina 100 mg (2-0-3) VO

Risperidona 3 mg (1-0-1) VO

Programação de aumento de Clozapina e diminuição de Risperidona.

Solicitado hemograma

05 de janeiro de 2022

Paciente vem a consulta com sua mãe, o qual inicia discurso desagregado e de caráter negativista. Mãe refere que paciente não quer realizar hemograma, pois acredita que seu “sangue vai acabar”. Responde às perguntas e se apresenta bastante colaborativo com a consulta. Diz que está se alimentando bem. Mãe elogia comportamento do filho e diz que ele está tranquilo em casa. Relata melhora no cuidado da higiene pessoal e estar se alimentando bem.

Exames laboratoriais: Hemograma (02/01/2022) – Hb = 15; Leucócitos = 5500; Plaquetas = 134.000

Conduta:

Aumento da Clozapina 100mg (3-0-3) VO

Diminuição da Risperidona 2mg (1-0-1) VO

Solicitado novo hemograma.

21 de fevereiro de 2022

Paciente vem acompanhado de genitora, encontra-se sentado em cadeira de espera, cooperativo quando o chamo, apresenta discurso mais organizado, o qual responde às perguntas de forma coerente. Fala que passa o dia ouvindo muita “música internacional”, assistindo televisão e diz ter objetivo de estudar “Amazônia, floresta e animais”. Sono e apetite preservados. Possui sorrisos imotivados durante entrevista.

Exames laboratoriais: Hemograma (18/02/2022) – Hb = 13,3; Leucócitos = 5000; Plaquetas = 179.000

Conduta:

Aumento da Clozapina 100mg (3-0-4) VO

Diminuição da Risperidona 1 mg (0-0-2) VO

Solicitado novos exames laboratoriais

03 de abril de 2022

Paciente segue estável, sem queixas. Por vezes, com discurso desorganizado, mas compreensível. A acompanhante relata que observa melhora importante na interação do paciente com ela. Apresenta autonomia nas escolhas das próprias roupas,

de higiene pessoal. Segundo a genitora, o paciente lembra do horário das medicações e que ele está ajudando na limpeza da louça.

Exames laboratoriais (01/04/2022): Hb = 14; Ht = 42; Leucócitos = 6500; Neutrófilos = 4030; Plaquetas = 140.000; HDL = 39,4; LDL = 116; Creatinina = 0,82; TGO = 40; TGP = 11; TSH = 0,97; T4 = 0,7.

Conduta:

Retirada da Risperidona

Mantida Clozapina 100mg (3-0-4) VO

Solicitado novos exames laboratoriais

Nesse sentido, em resumo, após cerca de um mês com adesão medicamentosa, em que fez uso de antipsicótico (Haldol 10mg/d; Olanzapina 20mg/d) e Benzodiazepínico (Lorazepam 6mg/d), paciente possuía resposta parcial com melhora do autocuidado, conseguindo alimentar-se, mantinha contato com entrevistadores e outros pacientes. Entretanto, por vezes, com discurso desorganizado, mantinha estereotipia de mão esquerda com movimentos lineares em seu antebraço direito e possuía delírio simples.

Com isso, após troca de dois antipsicóticos em dose máxima e por tempo determinado (Risperidona e Olanzapina), foi optado por iniciar protocolo para Clozapina para obtenção de melhor resposta do paciente. Devido ao paciente melhorar da hostilidade, não apresentar risco de vida a si ou a terceiros e aceitar o tratamento, foi decidido por alta hospitalar melhorada e encaminhamento para seguimento ambulatorial frequente no mesmo serviço.

Após protocolo com acompanhamento de hemograma semanal e, em seguida, quinzenal, além das avaliações do exame mental, apresentou melhor resposta do seu comportamento desorganizado com doses altas de Clozapina. Atualmente, paciente em uso de Clozapina 700mg/d. Encontra-se está orientado auto e alopsiquicamente, possui discurso mais organizado, conseguindo responder perguntas simples, porém com pensamento concreto e estereotipia motora. Paciente possui sorrisos imotivados durante entrevistas, atitude pueril, fala com prosódia monótona e afeto empobrecido.

DISCUSSÃO

Nesse sentido, o diagnóstico prévio de esquizofrenia fortaleceu a principal hipótese diagnóstica de estado catatônico relacionado à esquizofrenia. Comportamento ou estado catatônico é uma síndrome em que é demonstrada através de drástica redução da reatividade ao ambiente, a qual pode apresentar uma gama de sintomas e sinais motores, mentais, comportamentais e vegetativos⁷.

O catatonismo é compreendido desde postura indiferenciada ou incomum, até a inexistência de movimentos e fala, os denominados estupor e mutismo, respectivamente. Nota-se que houve acometimento acentuado das integridades mental, física e social, uma vez que o paciente não se alimentava corretamente, possuía higiene pessoal prejudicada, postura e atitude inadequadas, com atividade motora baseada em estereotipias e maneirismos, além de furor catatônico, estupor, negativismo e obediência automática⁸.

Ainda que a sua fisiopatologia permaneça incerta, a catatonia é supostamente gerada através de uma desarmonia de neurotransmissores no córtex pré-frontal e gânglios da base. Além disso, há provável disfunção dos receptores inibitórios cerebrais GABA no córtex orbitofrontal, o que seria corrigido por moduladores alostéricos positivos desses receptores, propriedade pertencentes aos fármacos benzodiazepínicos⁹.

Desse modo, o tratamento do estado catatônico baseou-se na instituição de medicamentos benzodiazepínicos, sendo o Lorazepam como primeira escolha, por haver maiores evidências científicas em seus benefícios. Individualiza-se cada caso, porém, as doses recomendadas são de 8 a 24mg diárias, bem toleradas com resultados positivos de 3 a 7 dias em média. Sendo assim, o tratamento de primeira linha foi instaurado, cuja melhora gradual do estado catatônico foi revelada, o que corrobora com as evidências científicas¹⁰.

Vale lembrar, também, que Diazepam, Clonazepam e Oxazepam constituem-se como opções ao tratamento. Por essa óptica, também foram utilizados esses medicamentos durante o curso de internação por indisponibilidade do Lorazepam. Ademais, medidas indispensáveis foram impostas para melhoria de saúde física do paciente, como profilaxia de tromboembolismo venoso, avaliações da pele e reposicionamento frequente para prevenir úlcera por pressão, alongamento diário para prevenir contrações musculares, alimentação por sonda e fluidos intravenosos para evitar desidratação e desnutrição⁴.

Seguiu-se com tratamento antipsicótico intra-hospitalar e ambulatorialmente por apresentar critérios diagnósticos de Esquizofrenia Hebefrênica, como puerilidade, desorganização e outros sinais e sintomas refratários ao tratamento instituído, inclusive ao antipsicótico Clozapina, a qual combate os sintomas

positivos da esquizofrenia. Assim, a eletroconvulsoterapia compreenderia outro arsenal terapêutico, uma vez caracterizado como caso refratário, 3-5 sessões são, em média, a quantidade para abrandar o quadro clínico catatônico. Entretanto, a inexistência dessa terapia tornou-a um grande obstáculo para sua aplicação, além da dificuldade de locomoção para realização da terapia em outro Estado¹¹.

Atualmente, o paciente mantém idas frequentes a consultas ambulatoriais em uso de Clozapina 100mg (3-0-4), permanecendo com melhora do autocuidado e sociabilidade, mas com permanência de discurso desorganizado mesmo em uso do antipsicótico, o que seria indicativo de tratamento com eletroconvulsoterapia, inexistente no estado do presente relato.

CONCLUSÕES

O caso clínico demonstrado colabora para o âmbito médico positivamente, uma vez que possibilita esclarecimento e conhecimento ao estado catatônico. Nota-se a importância do tratamento medicamentoso a longo prazo através da Clozapina, antipsicótico atípico indicado em casos de esquizofrenia refratária, com o objetivo de evitar maiores descompensações do quadro clínico. Além disso, o suporte familiar torna-se pilar importante no sucesso do tratamento hospitalar e ambulatorial.

Destaca-se que o cuidado contínuo com equipe de profissionais de saúde mental possibilita melhores resultados no tratamento da catatonia, evitando instabilidades a longo prazo. Nesse sentido, a percepção de gravidade do quadro deve ser prontamente diagnosticada pelas equipes das Unidades Básicas de Saúde, a qual auxiliaria também no prognóstico e reabilitação psicossocial.

Participação dos autores no texto: Emanuel de Freitas Correia e Igor Guedes Eugênio pesquisaram na literatura sobre Esquizofrenia e seus subtipos, a fim de conhecer melhor sobre a patologia do paciente em questão e viabilizar a escrita do trabalho. Enquanto Dr. Audenis Lima de Aguiar Peixoto e Dra. Esiane de Freitas Correia, possibilitaram acesso às consultas e prontuários, objetivando o desenvolvimento do artigo. Além da ajuda na confecção do estudo. Ademais, Professora Kelly Cristina Lira de Andrade atuou na correção das normas para submissão.

REFERÊNCIAS

- Bueno Gina Nolêto, Britto Ilma A. Goulart de Souza. Uma abordagem funcional para os comportamentos delirar e alucinar. *Rev Bras Ter Comport Cogn.* [Internet]. 2011;13(3): 04-15.
- American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2022.
- Carroll BT. Kahlbaum's catatonia revisited. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2001 Oct;55(5):431-6. Doi: <http://www.doi.org/10.1046/j.1440-1819.2001.00887.x>
- Walther S, Stegmayer K, Wilson JE, Heckers S. Structure and neural mechanisms of catatonia. *Lancet Psychiatry.* 2019 Jul;6(7):610-9. Doi: [http://www.doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30474-7](http://www.doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30474-7)
- Saller PC, Gattaz WF. Classificação das psicoses endógenas de Karl Leonhard. *Rev Psiquiat Clín.* 2002; 29(3): 135-49.
- Nunes PLP, da Silva TM, Voltolini CB, da Silva EF, Ceranto DCFB. Subtipos de esquizofrenia. *Braz J Hea Rev.* [Internet]. 2020;3(5):11670-3. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n5-024>
- Kaplan HI, Sadock BJ, Ruiz P. *Compêndio de Psiquiatria - Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica.* 11ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2017.
- Silva RCB. Esquizofrenia: uma revisão. *Psicol USP* [Internet]. 2006;17(4):263-85.
- Caroff SN, Mann SC, Francis A, Fricchione GL. *Catatonia: From psychopathology to neurobiology.* United States: American Psychiatric Publishing; 2007.
- Kasai MMS, Fratoni TM, Ducci NC, Buriola AA. Esquizofrenia catatônica: um relato de caso. *Colloq Vitae.* 2018;10(3):66-72.
- Sienaert P, Dhossche DM, Vancampfort D, De Hert M, Gazdag G. A clinical review of the treatment of catatonia. *Front Psychiatry.* 2014;9(5):181. Doi: <http://www.doi.org/10.3389/fpsy.2014.00181>

Recebido: 25.10.2023

Aceito: 25.06.2024