

Avaliação e intervenção em um caso de Esquizofrenia de Início Tardio: relato de caso

Assessment and intervention in a case of late-onset schizophrenia: case report

José Eduardo Martinelli¹, Juliana Francisca Cecato², José Maria Montiel³, Daniel Bartholomeu⁴

¹Mestre em Gerontologia pela Universidade Estadual de Campinas e Doutorado em Educação pela Universidade Estadual de Campinas. Médico responsável pela disciplina de Geriatria e Gerontologia da Faculdade de Medicina de Jundiaí - FMJ e do Instituto de Geriatria e Gerontologia Comendador Hermenegildo Martinelli;

² Mestre em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de Jundiaí, e Pós Graduada em Psicopedagogia pela Anhanguera Educacional. Colaboradora do Núcleo de Pesquisa em Saúde e Desempenho Humano UNIFIEO/SP;

³Mestre e Doutor em Avaliação Psicológica em Contexto de Saúde Mental pela Universidade São Francisco. Professor do Centro Universitário FIEO – UNIFIEO/SP - Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu em Psicologia Educacional - Fundação Instituto de Ensino para Osasco;

⁴Mestre e Doutor em Avaliação Psicológica em Contexto de Saúde Mental pela Universidade São Francisco. Atualmente é Professor do Centro Universitário FIEO – UNIFIEO/SP - Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu em Psicologia Educacional - Fundação Instituto de Ensino para Osasco.

Resumo

Introdução: O envelhecimento populacional é um processo em crescimento e com ele acompanha quadros como a esquizofrenia de início tardio. O objetivo desse estudo foi descrever um caso de esquizofrenia em uma paciente de 92 anos. **Anamnese:** Portadora de doença pulmonar obstrutiva crônica, hipertensão arterial sistêmica, hipotireoidismo, depressão, osteoartrite e osteoporose. Filho relata alucinações visuais e auditivas. Quando questionada a paciente admite o problema e afirma que tem *insight* sobre as pessoas que vê. As alucinações auditivas são musicais. **Formulação clínica:** Não apresenta alterações cognitivas desde o início dos sintomas e evolui no período de 26 meses com as alucinações visuais, musicais e nos últimos 4 meses com alucinações sistematizadas. Tem CAMDEX, MEEM, QAFP, TDR, FV e EDG com intervalo de 2 anos mostrando não haver perda significativa na pontuação. **Evolução:** As músicas são antigas e de seu conhecimento. Convive com os dois problemas e acha que a música vem de algum clube por perto. Há 4 meses surgiram alucinações sistematizadas em que surge a figura do "Paulo", seu namorado. Foi tratada com Risperidona 1mg/noite, com boa melhora do quadro. **Discussão:** Esquizofrenia de início tardio evolui para demência? Paciente não tem perdas cognitivas principalmente de memória. Não apresenta alucinações persecutórias em nenhum momento. Pode-se dizer que pertence ao grupo com estabilização dos déficits neuropsicológicos. Consideramos o caso como de psicoses funcionais de início tardio, paranóides com presença de alucinações e consciência clara. **Conclusão:** Com o envelhecimento populacional a incidência de psicoses de início tardio é cada vez mais frequente, e corriqueira a necessidade de se reconhecer e tratar essas condições adequadamente. Várias razões faz pensar se a esquizofrenia de início tardio seria uma apresentação retardada da esquizofrenia ou uma entidade distante. **Palavras-chave:** Idoso. Psiquiatria. Transtornos Mentais. Esquizofrenia. Terapia.

Abstract

Background: Population aging is a process in growth and with it comes frameworks such as late-onset schizophrenia. The aim of this study was to describe a case of schizophrenia in a patient of 92 years. **Anamnesis:** Carrier chronic obstructive pulmonary disease, hypertension, hypothyroidism, depression, osteoarthritis and osteoporosis. Son reports visual and auditory hallucinations. When questioned, the patient acknowledges the problem and says it has insight into people you see. Auditory hallucinations are musical. **Clinical formulation:** Provides no cognitive changes since the onset of symptoms and evolves in the period of 26 months with visual hallucinations, musicals and the last 4 months with systematized hallucinations. Has CAMDEX, MMSE, QAFP, TDR, and EDG FV interval 2 years showing no significant loss in score. **Evolution:** The songs are old and their knowledge. Coexists with the two problems and think music comes from a club nearby. 4 months ago came systematized hallucinations in which appears the figure of "Paul", her boyfriend. Was treated with Risperidone 1mg/night, with good improvement. **Discussion:** Late-onset schizophrenia progresses to dementia? Patient has cognitive losses mainly memory. There has persecutory hallucinations in no time. You could say that belongs to the group with stabilization of neuropsychological deficits. We consider the case as of late onset psychosis, paranoid hallucinations and the presence of clear consciousness. **Conclusion:** With an aging population the incidence of late-onset psychosis is increasingly common, ordinary and the need to recognize and treat these conditions appropriately. Several reasons make you think the late-onset schizophrenia would be a delayed presentation of schizophrenia or distant entity. **Keywords:** Aged. Psychiatry, Mental Disorders, Schizophrenia, Therapy.

INTRODUÇÃO

Nomear quadros psiquiátricos começou há muito tempo com Hipócrates em 460-377 a.c. Pinel e Esquirol no século XVIII em que propuseram ainda novos conceitos para classificar os quadros de doenças psiquiátricas baseados nas observações e sistematização dos dados. No século XIX, Kraepelin modificou a classificação, baseando-se também em observação e organização dos sintomas. Foi onde surgiu o termo demência precoce. Mais tarde Bleuler alterou o termo Demência Precoce para Esquizofrenia, pois o prognóstico não seria necessariamente negativo (Sadock et. al., 2007). Na CID-6, a Organização Mundial da Saúde (OMS) inseriu pela primeira vez um capítulo sobre distúrbios mentais, porém foi criticada por ser pouco específica. Em 1952, a APA publicou a primeira edição do DSM, que sofreu forte influência de Adolf Meyer ao qual dizia que os transtornos mentais seriam reações da personalidade, além de fatores biológicos e sociais (SADOCK et. al., 2007). Em 1968, APA e OMS publicaram respectivamente DSM-II e CID-8. Já na época se observava diferenças em relação as descrições das doenças entre Europeus e Norte-americanos. Nas décadas de 20 e 30, os norte-americanos sofriam muita influência da psicanálise, diferentemente do que ocorria na Europa (DEL-BEM et. al., 2001; SADOCK et. al., 2007).

Como ferramenta de auxílio para investigar as doenças mentais, as entrevistas semi e estruturadas ganharam força principalmente na comunidade científica. O "Present State Examination" (PSE), publicada em 1974, possui 140 itens, sendo 107 referentes a sintomas descritos pelo paciente e 33 sobre comportamentos observados pelo examinador (ALMEIDA-FILHO et. al., 1997; ANDREOLI, 1997; DUARTE et. al., 2000). Em 1981, foi publicado a "Diagnostic Interview Schedule" (DIS), onde se procurou desenvolver um instrumento o mais confiável em prever o diagnóstico psiquiátrico do paciente. Recebeu influência do DSM-III, RDC e Critérios de Feighner. Em 1988, foi desenvolvida a CIDI, "Composite International Diagnostic Interview", com o objetivo de ser utilizada para estudos epidemiológicos, sendo composta por perguntas fechadas, altamente estruturadas e dependem apenas da resposta do paciente (ALMEIDA-FILHO et. al., 1997; ANDREOLI, 1997; DUARTE et. al., 2000). A confiabilidade dos sistemas diagnósticos diz respeito a presença ou ausência da patologia. Quanto maior a confiabilidade maior é a capacidade do instrumento em prever o diagnóstico. Verificou-se que o DSM-III-R e a CID-10 apresentam níveis satisfatórios de confiabilidade, com exceção do item Distúrbios Neuróticos. Geralmente, para se verificar a confiabilidade dos instrumentos, é necessária a aplicação em vários pacientes e em diferentes regiões. Estudos multicêntricos são mais bem aceitos (APA, 1994; DEL-BEM et. al., 2001; OMS, 1992).

A esquizofrenia é um quadro psiquiátrico e não considerado como um único transtorno, pois envolve um grupo de transtornos com etiologias diferentes (Sadock et. al., 2007). Envolve características que podem

piorar suas condições clínicas e de vida social e pode-se citar os sintomas positivos que aparecem na fase tardia do transtorno e são formados por alucinações, e os sintomas negativos que geralmente aparecem no início do transtorno (GRAEFF; BRANDÃO, 1999). A esquizofrenia compõe-se mais frequente das psicoses, onde o paciente sofre com a perda de noção do que é real. Sua incidência acomete 1% da população geral com predominância no sexo masculino (GRAEFF; BRANDÃO, 1999). O termo parafrenia consiste na indicação de um curso progressivo e refere-se a uma condição delirante bem-sistematizada (SADOCK et. al., 2007). Sadock e colaboradores (2007) refere-se a esquizofrenia de início tardio como clinicamente indistinguível do transtorno como um todo, mas que apresenta início após os 45 anos de idade, sendo mais comum em mulheres e apresenta como característica mais comum os sintomas paranóides. O prognóstico é considerado satisfatório, já que os pacientes apresentam boa melhora após administração da medicação (SADOCK et. al., 2007).

OBJETIVO

Descrever um caso de esquizofrenia de início tardio em paciente idoso.

IDENTIFICAÇÃO

Paciente com 92 anos de idade, sexo feminino, escolaridade de 8 anos.

ANAMNESE

Paciente em acompanhamento em um ambulatório de geriatria no interior do Estado de São Paulo há 2 anos e 4 meses. Procurou assistência médica devido a problemas clínicos. É portadora de doença pulmonar obstrutiva crônica, hipertensão arterial sistêmica, hipotireoidismo, depressão, osteoartrose e osteoporose. Na história clínica constatamos que apresenta sinais depressivos que quando investigados mostravam ser consequência de problemas familiares que envolviam separação dos netos, afastamento de bisneto do seu convívio, herança em litígio, entre outros. A paciente mora com o filho mais velho. Este relata que a mãe têm alucinações visuais e auditivas (musicais) que não começaram ao mesmo tempo e por último alucinações sistematizadas. Nas consultas não mencionava espontaneamente esses sintomas, mas quando questionada admitia o problema dizendo que adultos e crianças estavam constantemente em sua casa e pelos arredores, mas que elas não incomodavam. Quando questiona o filho sobre as pessoas que vê e ele afirma que elas não existem, acaba aceitando que não são reais.

FORMULAÇÃO CLÍNICA

Paciente não apresenta alterações cognitivas desde o início dos sintomas e evolui no período de acompanhamento as alucinações visuais são mantidas, surgem as musicais que passam a ser persistentes e por

fim as sistematizadas. Foram aplicados o *Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly* (CAMDEX) e sua bateria cognitiva *Cambridge Cognitive Examination* (CAMCOG) (ROTH et. al., 1986), Mini-exame do Estado Mental (MEEM) (FOLSTEIN et. al., 1975), Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer (QAFP) (PFEFFER et. al., 1982), Teste do Desenho do Relógio (TDR) escalas de Mendez e colaboradores (1992) e Shulman e colaboradores (1993), Fluência Verbal (FV) (Brucki et. al., 2003) e Escala de Depressão Geriátrica (EDG) (YESAVAGE et. al., 1983) com intervalo de um ano (resultados na Tabela 1). Foram feitos exames bioquímicos de rotina e outros exames complementares. A ressonância magnética de crânio (RM) não foi realizada em virtude da fobia por lugares fechados que a paciente apresenta e pelos problemas de coluna.

Tabela 1. Representação das pontuações nos testes cognitivos e no questionário de atividades funcionais realizados durante o acompanhamento desde 2012.

Testes	Resultados (2012)	Resultados (2013)
CAMCOG	77	75
MEEM	21	22
FV animais	11	12
QAFP	4	2
Shulman	4	4

EVOLUÇÃO

Paciente portadora de várias comorbidades controladas por medicamentos apresenta alucinações visuais em que vê meninas e meninos indo à escola e pessoas bem arrumadas na estrada e dentro de casa. Têm momentos que reconhece que o que vê não é real e outros em que acredita no que está vendo. Com intervalo de 2 para 3 meses surgem as alucinações musicais que no início eram musicais apenas tocadas e que posteriormente passam a ser cantadas. As músicas são antigas e conhecidas. Convive com os dois sintomas e acha que a música vem de algum clube por perto apesar de morar em uma chácara sem vizinhos. Há 3 meses desenvolveu alucinação sistematizada em que surge a figura do “Paulo”, seu namorado e com quem vai casar-se. Comunica-se com ele por rádio e está muito ansiosa no seu aguardo porque ele está para vir buscá-la para oficializar o casamento. Durante todo período de acompanhamento a paciente não deixou de realizar suas atividades de vida diária. Ainda cozinha, lava a louça, telefona para a filha e para a neta, pede para o filho levá-la a casa da neta para ver o bisneto, cuida de suas plantas, toma banho e veste-se sem ajuda, cuida do seu dinheiro e faz compras. Quando o filho contradiz as histórias sobre “Paulo” fica muito nervosa por estar com o casamento marcado. Responde bem com o tratamento com Risperidona 0,5mg à noite, mas, frequentemente, abandona o trata-

mento porque depois de um certo tempo do seu uso sente-se fraca e com menos disposição para os afazeres.

DISCUSSÃO

A paciente não tem perdas cognitivas significativas, principalmente de memória, apesar de viver isolada, convivendo apenas com o filho e os caseiros. Gosta de ler, ver televisão e passa o tempo com seus afazeres. Em nenhum momento as alucinações são persecutórias. Com o envelhecimento da população estamos cada vez mais nos defrontando com as psicoses de início tardio com a possibilidade com o idoso ser portador de transtornos psicóticos desde adultos e envelhecerem com as suas doenças ou aqueles que adquirem os sintomas com o envelhecimento sem qualquer antecedente de doença psiquiátrica prévia (SADOCK et. al., 2007).

Existe uma dúvida na literatura, que refere se o paciente com psicose de início tardio tem possibilidade para desenvolver demência. Apesar da idade, nossa paciente não evoluiu para quadro demencial nem do ponto de vista clínico, nem neuropsicométrico (LAKS et. al., 2000). As doenças psicóticas de início tardio que não são consequência de transtornos orgânicos e afetivos tem sido denominadas de várias formas: parafrenia tardia, esquizofrenia de início tardio, psicose atípica, transtorno esquizoafetivo ou transtorno delirante (SADOCK et. al., 2007). A parafrenia é um transtorno semelhante a esquizofrenia paranóide, mas com afetividade mais bem preservada e com menor deterioração da personalidade (SADOCK et. al., 2007). São consideradas como um grupo de psicoses funcionais de início tardio aquelas afetivas (mania ou depressão), as paranóides com presença de alucinações e consciência clara (esquizofrenia paranóide e parafrenia tardia) e as sem alucinações (transtornos delirantes) (SADOCK et. al., 2007). As psicoses de início tardio foram consideradas por Kraepelin como uma das áreas mais obscuras da psiquiatria. O diagnóstico diferencial é difícil porque incluem vários transtornos clínico-neurológicos e psiquiátricos (LAKS et. al., 2000).

Castle e Murray (2004) sugeriram que os sintomas esquizofrênicos de início tardio nas mulheres podem estar mais intensamente associadas ao transtorno do humor do que a esquizofrenia e devido a isso apresentariam melhor prognóstico a longo prazo. Apesar dos dois mais importantes sistemas internacionais de classificação das doenças (DSM-IV e CID-10) excluírem a parafrenia tardia de suas categorias diagnósticas, muitos autores, principalmente os europeus, ainda utilizam o termo e pelo fato de não existirem critérios operacionais para o diagnóstico, as pesquisas sobre o assunto não chegaram a um senso-comum. A observação de outros pacientes no ambulatório de geriatria que adquiriram seus sintomas com mais de 75 anos e que não apresentam antecedentes pessoais de problemas psiquiátricos, faz crer que a parafrenia tardia é um transtorno independente da esquizofrenia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Seguindo os descritores, anteriormente, em especial as avaliações realizadas com a paciente, a conduta tomada com a paciente permeou os sintomas como característicos de portadora de parafrenia tardia. As parafrenias são formas de psicose esquizofreniformes, de surgimento tardio no qual surgem delírios em geral acompanhados de alucinações. Vários estudos têm mostrado que os sintomas psiquiátricos típicos da parafrenia tardia estão frequentemente associados com um aumento de sinais neurológicos e lesões cerebrais observadas na TC e RM. Essa associação apoia a hipótese que a PT pode ser associada com doença cerebral orgânica. Não é comum encontrar dentre as alterações comportamentais da DA um delírio sistematizado em que a pessoa do espelho é sempre a mesma, normalmente os delírios não são sistematizados.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA-FILHO, N., et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity: methodological feature and prevalence estimates. **Br. J. Psychiatry**, London, v.171, p. 524-9, 1997.
- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4ªed. Washington, Editora Amer Psychiatric Pub Inc, 1994. 943p.
- ANDREOLI, S.B. **Estudo das manifestações psicopatológicas na população brasileira**. 1997. 327 f. Tese (Doutorado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.
- BRUCKI, S. M. D. et al. Sugestões para o Uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. **Arq. Neuropsiquiatr.**, São Paulo, v. 61, n. 3-B, p. 777-81, 2003.
- CASTLE, D.J.; MURRAY, R. **Marijuana and madness; psychiatry and neurobiology**. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2004. 218 p.
- DEL-BEN, C.M. et al. Confiabilidade da "Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV - Versão Clínica" traduzida para o português. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v.23, n.3, p.156-159, 2001.
- DUARTE, C.S.; BORDIN, I. A. S. Instrumentos de avaliação. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v.22, supl. II, p. 55-58, 2000.
- FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P.R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J. Psychiatr. Res.** Oxford, v. 12, n. 3, p.189-198, 1975.
- GRAEFF, F.G.; BRANDÃO, M.L. **Esquizofrenia**. In GRAEFF, F.G.; BRANDÃO, M.L. **Neurobiologia das Doenças Mentais**. 5 ed. São Paulo: Lemos Editorial, 1999. 254 p.
- LAKS, J. et. al. Rastreamento cognitivo em idosos esquizofrênicos institucionalizados. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 22, n. 4, p.159-63, 2000.
- MENDEZ, M. F. ALA, T.; UNDERWOOD, K. Development of scoring criteria for the clock drawing task in Alzheimer's disease. **J. Am. Geriatr. Soc.**, New York, v.40, n.11, p.1095-99, 1992.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, 105 p.
- PFEFFER, R.I.; et al. Measurement of functional activities in older adults in the community. **J. Gerontol.**, Washington, v. 37, n. 3, p. 323-329, 1982.
- ROTH, M. et al. A standardised instrument for the diagnosis of mental disorder in the elderly with special reference to the early detection of dementia. **Br. J. Psychiatry.**, London, v. 149, p. 698-709, 1986.
- SADOCK, B.J.; SADOCK, V.A. Esquizofrenia. In: Sadock BJ, Sadock VA, organizadores. **Compêndio de psiquiatria**. 9.ed. Porto Alegre: Artmed, p.506-541, 2007.
- SHULMAN, K.I. et al. Clock-drawing and dementia in the community: a longitudinal study. **Int. J. Geriatr. Psychiatry**, Chichester, v. 8, n. 6, p. 487-96, 1993.
- YESAVAGE, J.A. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **J. Psychiatr. Res.**, Oxford, v. 17, n.1, p. 37-49, 1983.

Submetido em 19.06.2013;
Aceito em 28.08.2013.