

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES  
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE  
FAMÍLIA E COMUNIDADE**

**OLIVIA FERREIRA LUCENA**

**MANEJO DE DELÍRIO DE INFESTAÇÃO PARASITÁRIA  
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: Um relato de caso**

**Vitória-ES**

**2019**

**OLIVIA FERREIRA LUCENA**

**MANEJO DE DELÍRIO DE INFESTAÇÃO PARASITÁRIA NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:  
Um relato de caso**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado à Comissão de Residência Médica da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito para aprovação na Residência Médica e obtenção do título de Médica de Família e Comunidade.

**Orientador: Dr. Thiago Dias Sarti**

**Vitória-ES**

**2019**

**OLIVIA FERREIRA LUCENA**

**MANEJO DE DELÍRIO DE INFESTAÇÃO PARASITÁRIA NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE: Um relato de caso**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado à Comissão de Residência Médica da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito para aprovação na Residência Médica e obtenção do título de Médica de Família e Comunidade.

**BANCA AVALIADORA:**

---

**Dra. Maria Cleuza Farias**  
Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela SBMFC e  
Preceptora da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade  
da Universidade Federal do Espírito Santo em Parceria com a Secretaria de  
Saúde da Prefeitura Municipal de Vitória

---

**Dra. Maria Carolina Magalhães de Castro Doyle Maya**  
Psiquiatra e Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de  
Minas Gerais

---

**Dr. Thiago Dias Sarti**  
Médico de Família pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Doutor  
em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública de São Paulo

**Vitória-ES, 01 de fevereiro de 2019**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus pela vida e por todo o cuidado que tem comigo, me sustentando a cada momento.

Agradeço aos meus pais por ser a base do meu caráter e ter sacrificado suas próprias vidas para que eu obtivesse sempre o melhor.

Agradeço aos meus professores, preceptores e tutores pelo ensino e orientação durante a jornada que tenho percorrido nestes últimos anos.

Agradeço a Dr. Kleriston Navarro Oliveira, hoje meu esposo, por toda companhia, paciência e zelo durante esse processo e pelas múltiplas vezes que revisou meus escritos.

Agradeço, especialmente, a Dr. Thiago Dias Sarti pela orientação e paciência durante os dois anos de residência e pela força que me fez continuar.

Agradeço a Dra. Maria Cleuza Farias pelo acompanhamento diário durante a especialização. Com você aprendi a ser mais permissiva durante o cuidado sem que a qualidade fosse afetada.

Agradeço a Dra. Maria Carolina Magalhães Doyle Maia pelo ensinamento de saúde mental que tornaram meus olhos mais sensíveis ao sofrimento psíquico.

Agradeço a Dra. Barbara Gonçalves Almenara por todos os conselhos compartilhados nesse período de especialização.

Agradeço aos funcionários da Unidade de Saúde Maruípe, onde foi meu “lar” durante os 2 anos de residência e em especial à dona Isaura Navarro Oliveira, que além de técnica de enfermagem foi amiga, mãe e hoje sogra.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Frasco com materiais coletados pela paciente .....	14
FIGURA 2: Frasco com materiais analisados por infectologista.....	15

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Condições associadas ao Delírio de Infestação Parasitária secundário .....	10
TABELA 2: Exames laboratoriais.....	14

## Resumo

**Introdução:** O delírio parasitário é um transtorno psiquiátrico no qual o paciente tem convicção de que está infestado por insetos, vermes ou parasitas que saem dos orifícios de seu corpo e percorrem por sua pele, manifestando sintomas de prurido, sensação de rastejamento, picadura, dentre outros. A condição pode ser primária ou secundária a outros problemas, como doenças, uso de medicações e substâncias psicoativas. Por se tratar de um transtorno raro, pode ser avaliado por diversos especialistas até que o diagnóstico seja estabelecido.

**Apresentação do caso:** Relata-se o caso de uma mulher de 64 anos que apresentava sintomas compatíveis com a condição há pelo menos 1 ano, até que o diagnóstico tenha sido levantado por residente de segundo ano em Medicina de Família e Comunidade durante consulta em uma Unidade Básica de Saúde. A paciente apresentava sinais típicos da condição, isolamento social e disfunção familiar. O caso foi manejado com sucesso a partir da coordenação do cuidado pela residente em MFC, abordagem multiprofissional, cuidados colaborativos em saúde mental e infectologia, bem como tratamento inicial com risperidona, acrescido de citalopram em consulta subsequente. Com isso, a paciente apresentou melhora significativa do quadro psicótico, da qualidade do sono, do funcionamento social e familiar. **Conclusões:** Apesar de ser doença rara, a competência clínica na APS e a coordenação de cuidados colaborativos pela residente em MFC foram condições essenciais para o diagnóstico e qualidade do cuidado à paciente. A APS deve ser nível de atenção não apenas acessível mas resolutivo, sendo estes pilares que devem estar presentes na formação em Medicina de Família e Comunidade. Este caso pode ser útil para que situações semelhantes possam ser diagnosticadas e manejadas por outros médicos que atuam na atenção primária de forma segura e embasada como feito no caso aqui analisado.

**Palavras-chave:** Delírio parasitário. Síndrome de Ekbom. Atenção primária à saúde.

## SUMÁRIO

1	
INTRODUÇÃO.....	8
2 O DELÍRIO PARASITÁRIO.....	9
3 RELATO DO CASO.....	13
4 DISCUSSÃO DO CASO.....	17
5 CONCLUSÃO.....	19
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	20
APENDICE A- TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	

## 1 INTRODUÇÃO

O delírio parasitário é um transtorno psiquiátrico no qual o paciente tem convicção de que está infestado por insetos, vermes ou parasitas que saem dos orifícios de seu corpo e percorrem por sua pele, manifestando sintomas de prurido, sensação de rastejamento, picadura, dentre outros. A condição pode ser primária ou secundária a outros problemas, como doenças, uso de medicações e substâncias psicoativas. Por se tratar de um transtorno raro, pode ser avaliado por diversos especialistas até que o diagnóstico seja estabelecido.

Neste trabalho é apresentado uma revisão clínica do delírio parasitário com exemplificação de um relato de caso de uma paciente do sexo feminino de 64 anos que apresentava sintomas compatíveis com a condição há pelo menos 1 ano, até que o diagnóstico foi levantado em uma consulta durante o segundo ano de residência em Medicina de Família e Comunidade na Unidade Básica de Saúde. A paciente apresentava sinais típicos da condição, isolamento social e disfunção familiar. O caso foi manejado com sucesso a partir da coordenação do cuidado, abordagem multiprofissional, cuidados colaborativos em saúde mental e infectologia, bem como tratamento inicial com Risperidona, acrescido de Citalopram em consulta subsequente. Com isso, a paciente apresentou melhora significativa do quadro psicótico, da qualidade do sono, do funcionamento social e familiar.

Seguindo os ensinamentos de William Osler, que defendia que “o método natural de ensino começa com o paciente, continua com o paciente e termina com o paciente, usando livros e aulas como ferramentas para esse fim”, o Médico de Família e Comunidade deve a cada atendimento ampliar os conhecimentos clínicos e refinar a técnica de abordagem centrada na pessoa para que a saúde deixe de ser apenas ausência de doença e passe a ser um bem estar físico, mental e social.

## 2 O DELÍRIO PARASITÁRIO

O delírio de infestação parasitária foi descrito pela primeira vez em 1894 por Thieberge<sup>2</sup>, tendo sido utilizado o termo acarofobia para designar a afecção. Quase meio século depois, em 1938, Ekblom a descreve em maiores detalhes, motivo pelo qual a condição também passa a ser conhecida como Síndrome de Ekblom<sup>1,4,5,6,7</sup>. Contudo, o uso deste epônimo não é o mais recomendado por ser abrangente e se confundir com a síndrome das pernas inquietas, sendo preferível a utilização de Delírio de Infestação Parasitária para se referir à condição<sup>8</sup>. Além disso, essa condição pode ganhar outras denominações, como neurodermia parasitária, delírio dermatozóico, parasitose psicogênica, parasitofobia, alucinose orgânica ou psicose hipocondríaca monossintomática<sup>1,5,6,8,11</sup>.

Por definição, o delírio de infestação parasitária pode ser entendido como um transtorno mental no qual a pessoa acredita indubitavelmente que está infestado por parasitas que percorrem a superfície de seu corpo, saindo dos orifícios corporais (boca, ânus, ouvido, vagina, entre outros), sendo infestado através da transmissão entre humanos, plantas e animais de estimação<sup>6,8,15</sup>. É um transtorno raro que acomete principalmente mulheres de meia idade ou idosas, com um relação de acometimento mulher: homem variando entre 2-3:1, não havendo predileção racial, educacional e socioeconômica ou relação com problemas na infância<sup>1,2,8,16,17</sup>.

Não há certezas quanto à patogênese do delírio de infestação parasitária, sendo possível que esta seja de natureza multifatorial, podendo englobar fatores genéticos, orgânicos e sociais que se relacionam a traços premorbidos e gatilhos agudos<sup>8</sup>. Alguns especulam que o delírio possa ser secundário a uma amplificação de sintomas comuns e preocupantes<sup>12</sup>; outros defendem que ocorre desequilíbrio dopaminérgico alterando o funcionamento do putame e de áreas cerebrais do loop estriado-talamo-cortical<sup>17</sup>.

O delírio de infestação parasitária pode ser classificado em primário, ao se desenvolver em pessoas sem antecedentes clínicos relacionados, ou secundário, quando decorre de doenças orgânicas, transtornos mentais, abuso de substâncias ou efeito colateral de medicações (Tabela 1) <sup>2,3,6,11,12,13</sup>.

<b>Tabela 1. Condições associadas ao Delírio de Infestação Parasitária secundário</b>	
<b>Doenças Orgânicas</b>	Hipotireoidismo, Deficiência de Vitamina B12 e folato, Diabetes descompensada, Anemia severa, Insuficiência Renal Crônica, Acidente Vascular Cerebral, Tumor Cerebral, Demência, Hepatite, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, Linfoma, Pelagra, Doença de Huntington, Esclerose Múltipla, Doença de Parkinson e Doença de Lyme.
<b>Transtornos Psiquiátricos</b>	Depressão, Transtorno de Humor Afetivo Bipolar, Esquizofrenia, Retardo Mental
<b>Uso de drogas e medicamentos</b>	Álcool, Cocaína, Inibidores da MAO, Corticóides, Cirpofloxacino, Levodopa/Carbidopa, Cabergolina, Pramipexol, Amantadina, Bupropiona, Fluoxetina, retirada abrupta de Trazodona, Propranolol, Hidralazina e Opióides.

Manifesta-se, clinicamente, pelo início súbito ou insidioso de sensações cutâneas. Cerca de 80% dos casos se apresenta inicialmente com queixa de prurido, seguido por parestesia e uma sensação de que algo está rastejando pela pele, mordendo ou saindo dela<sup>2,4,7</sup>. Decorrente dessas sensações, o paciente pode adquirir um comportamento de automutilação na tentativa de exterminação do parasita, podendo levar inclusive ao uso em seu próprio corpo de desinfetantes ou inseticidas, bem como a hábitos de limpeza excessiva do corpo e do domicílio. É habitual, segundo diversos autores, encontrar no exame físico da pele do paciente um sinal denominado “*dermatitis artefacta*”, caracterizado por escoriações, erosões, liquenificação, úlceras com crostas hemorrágicas, dermatite eczematosa, alopecia traumática, hipo ou hiperpigmentação e cicatrizes<sup>5,7,8,17</sup>.

Um sinal identificador do transtorno, embora ocorra em apenas 30% dos casos<sup>2,4,5</sup>, é o fato de algumas pessoas acometidas levarem à consulta frascos contendo materiais identificados como sendo “parasitas” coletados da própria pele, sendo este um sinal patognomônico do delírio de infestação parasitária quando presente conhecido como *matchbox/ziploc*, sinal da caixa de fosforo ou sinal do pote. Geralmente, os materiais encontrados no frasco levado pela pessoa são fragmentos de pele, crostas, sangue coagulado, cabelo, fibras de tecido, areia, poeira, fragmentos de insetos, entre outros materiais<sup>7,8</sup>.

Outro sinal que pode estar presente quando a pessoa acometida não vive em condição de isolamento social é a ocorrência do delírio compartilhado ou induzido, quando um familiar ou uma pessoa que tem íntima convivência com a pessoa passa a manifestar sintomas semelhantes<sup>6,7,8,12,14,15</sup>. Este fenômeno é conhecido como “*folie à deux*”, quando os sintomas (*folie* como expressão de “loucura”) são compartilhados por duas pessoas; “*folie à trois*”, quando compartilhados por três pessoas; e “*folie à famille*”, quando todos os componentes da família são afetados<sup>14</sup>.

O diagnóstico de delírio infestação parasitária baseia-se nos seguintes critérios, tendo como base o DSM-V<sup>6</sup>: (1) delírio iniciado, no mínimo, há um mês; (2) ausência de diagnóstico prévio de esquizofrenia; (3) prejuízo psicossocial provocado diretamente pelo delírio; (4) na coexistência de transtorno de humor, sua existência deve ser menor que o do delírio; e (5) não ser causado por drogas ou outras substâncias utilizada por condições médicas.

Na abordagem à pessoa, é fundamental realizar uma história clínica ampla, identificando comorbidades e fatores de risco, bem como a presença dos diversos sinais apresentados anteriormente. Sugere-se que sejam realizados alguns exames laboratoriais, teste para rastreamento de demência - o mais utilizado e recomendado é o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) – e, a depender da avaliação, biópsia da pele para exclusão de infestação real. Os exames laboratoriais incluem hemograma, dosagem de ácido fólico e vitamina B12, TSH, PCR, VHS, creatinina e eletrólitos, TGO, TGP, Glicemia, EAS e bHCG. Diante de características clínicas específicas, pode-se considerar a solicitação de sorologia para HIV, Sífilis e Hepatite, exame toxicológico da urina, radiografia de tórax e eletrocardiograma. Em casos pontuais, pode ser avaliada

a necessidade de Tomografia Computadorizada ou Ressonância Nuclear Magnética de Crânio<sup>2,3, 6,8,17</sup>.

O manejo do delírio de infestação parasitária requer uma abordagem multidisciplinar, já que é muito comum as pessoas acometidas apresentarem como mecanismo de defesa uma grande resistência e negação em relação à caracterização de seu problema como transtorno mental. Isso faz com que muitas pessoas acometidas sejam avaliadas por um grande número de profissionais de saúde, tanto na fase em que ainda não se tem um diagnóstico definido, quanto em um momento posterior após o estabelecimento da condição, sendo que estas pessoas frequentemente continuam sua peregrinação por não aceita-lo, o que prejudica a coordenação e a efetividade do cuidado<sup>11</sup>.

O tratamento medicamentoso de escolha é feito com antipsicóticos atípicos, sendo atualmente o tratamento de primeira linha composto por Risperidona, Olanzapina ou Quetiapina. As doses são individualizadas e devem ser ajustadas de acordo com a resposta do paciente, observando a tolerância e a dose máxima<sup>17</sup>. Em segundo plano, está a Pimozida (Orap<sup>®</sup>), que embora muito usado no passado e obtendo-se boa resposta com seu uso, deixou de ser prescrita com tanta frequência devido seus efeitos colaterais (aumento do intervalo QT, com aumento subsequente da incidência de arritmias e efeito extrapiramidal), o que não é tão comum com o uso das antipsicóticos atípicos. Uma opção promissora em casos não respondedores é a associação da Ziprazidona com os antipsicóticos atípicos<sup>9,10,17,20</sup>. Importante lembrar que, no delírio de infestação parasitária secundário, a causa base deve ser identificada, manejada, controlada ou corrigida. No caso de delírio de infestação parasitária decorrente de depressão, associa-se um antidepressivo; na decorrência do abuso de substância, preconiza-se cessar o uso; e no caso de efeito colateral de medicações, a droga deve ser trocada ou ter sua dose diminuída<sup>8</sup>.

O prognóstico é que 50% tenham a remissão total de seus sintomas com o uso da medicação, embora o delírio nunca se resolva sozinho. Acredita-se que 75% dos casos tratados com antipsicóticos de segunda geração tenha total remissão em 3 meses de tratamento <sup>8,16,17</sup>.

### **3 RELATO DO CASO**

A pessoa cujo transtorno é revisado neste trabalho é do sexo feminino, tem 64 anos, parda, divorciada, aposentada e trabalha como diarista de costura. Inicialmente ela foi atendida em uma consulta de demanda espontânea em uma Unidade de Saúde da Família do município de Vitória-ES, onde funciona o Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Espírito Santo em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do município.

Na consulta, ela referiu início há 01 semana de prurido vaginal e anal, com piora à noite. Resolveu procurar atendimento, pois há 02 dias observou que os vermes saíam do ânus e andavam por todo o corpo e pela cama, a deixando nervosa pois já tinha usado vários remédios e os vermes não morriam. Seu desejo era por um remédio que resolvesse o problema de forma definitiva, pois já havia feito uso por iniciativa própria de nitazoxanida (Annita<sup>®</sup>), palmoato de pirvínio (Pyr-Pam<sup>®</sup>) e albendazol, sem sucesso. Segundo ela, “os vermes continuam perturbando”. Ao ser questionada sobre como eram os vermes, a mesma referiu que eles tinham múltiplas cores e formatos variados, sendo de quatro qualidades. Relata que na noite anterior viu um verme na pele na região do abdome e o arrancou com o auxílio de um alicate. Mostrou várias lesões pelo corpo de onde afirmou ter retirado os vermes e uma escoriação em nádega com um ponto preto que, para ela, correspondia à cabeça do verme. Também relatou dificuldade de dormir nos últimos dias, já que os vermes a incomodavam muito. Referiu medo de ficar sozinha. Ao ser questionada com quem a paciente mora e a mesma refere que mora sozinha, mas que a filha casada é presente e a visita com frequência. Relata que nessa última semana não quis ir visitar a filha e nem ir ao ateliê onde “faz bico” como costureira para não infestá-los.

Ao exame físico, apresentava lesões ulceradas autoprovocadas em nádegas, abdome e membros inferiores. À ectoscopia de aparelho geniturinário, não foi observado a presença de parasitas em região anal, vulvar e vaginal. No exame do estado mental, observou-se que a paciente apresentava-se lúcida e orientado em tempo e espaço, auto-cuidado e higiene preservados, pensamento organizado embora com conteúdo predominante de infestação, juízo crítico de realidade alterado e com ausência de insight sobre a doença.

Diante da história clínica apresentada, foi levantada a hipótese diagnóstica de delírio de infestação parasitária. No entanto, era necessário afastar outras causas. A paciente tinha exames recentes anexados ao prontuário (Tabela 2) sem alterações secundárias que justificassem o quadro clínico atual. Desse modo, após discussão do caso junto à preceptoria em MFC, foi solicitado EPF em 2 amostras, prescrito Permetrina e Risperidona 1mg à noite. Além disso, solicitou-se que ela passasse a colocar os vermes identificados em um frasco com álcool a 95%. A mesma deveria retornar em 01 semana para reavaliação.

Hemoglobina	13,6	Creatinina	0,77	EPF 2 amostras	Negativo
Hematócrito	40,9	TGO	16,4	HIV	Negativo
VCM	84,4	TGP	13,3	VDRL	Negativo
HCM	28,1	Glicemia	93,1	HbsAg	Negativo
CHCM	33,2	TSH	0,56	B12	353
Leucócitos	5900	T4 livre	1,4	Ácido fólico	10
Plaquetas	261000	EAS	Normal		
Sódio	143	Potássio	4,49		

No segundo encontro com a paciente, após 01 semana da avaliação inicial, a mesma referiu melhora parcial dos sintomas relatados, apresentando uma menor percepção da presença de vermes em seu corpo e uma melhor qualidade do sono, porém mantendo prurido anal à noite, motivo pelo qual persistia com práticas de higiene excessiva de seu corpo e ambiente, como por exemplo o uso de luvas para manuseio de prurido anal, o uso de inseticidas no colchão e a troca diária das roupas de cama. Por outro lado, ainda apresentava importante comprometimento de sua vida social, não tendo retornado ao trabalho até aquele momento pois ainda sentia medo de infestar seu local de trabalho com os vermes. Conforme acordado, traz o frasco (FIGURA 1) entregue em consulta anterior cujo conteúdo representaria o que para ela eram vermes coletados de seu próprio corpo e do colchão.



FIGURA 1- FRASCO COM MATERIAIS COLETADOS PELA PACIENTE

Foi constatado que o EPF solicitado anteriormente foi negativo. Diante do quadro observado nesta segunda consulta, optou-se por manter a risperidona na posologia prescrita inicialmente acrescida de ivermectina, que se justificava naquele momento como resposta à angústia da paciente em usar medicação oral específica para tratamento de parasitoses, o que foi considerado no compartilhamento das decisões terapêuticas. Além disso, foi agendada avaliação com psiquiatra que atua como preceptora em cuidados colaborativos e apoio matricial em saúde mental na unidade de saúde. O frasco trazido pela paciente, por sua vez, foi levado para análise com lente de aumento no serviço de infectologia do hospital universitário,



onde a residente realizava atividades obrigatórias da residência naquele momento, sendo constatado que seu conteúdo tratava-se na verdade de fragmentos de pele, tecido, papel e formiga, sem encontrar qualquer vestígio de parasitas (FIGURA 2).

O atendimento conjunto com a psiquiatra ocorreu um dia após a segunda consulta com a médica residente, sendo que esta acompanhou todo o processo de perto. Fato importante neste momento foi a presença de uma filha com a qual a paciente reside e apresenta relação afetiva funcional, embora esta permaneça a maior parte do tempo em uma casa localizada em zona rural, sendo que ela na verdade identifica este local como sendo seu lar. Neste atendimento, foi possível explorar com maior riqueza de detalhes o histórico da paciente e seu contorno próximo e distante. Assim, descobriu-se que a paciente casou pela primeira vez aos 23 anos de idade, engravidou aos 28, passou a sofrer violência doméstica aos 31, separou-se do marido aos 34, casou-se novamente aos 46, tendo ido morar em outro estado, onde não se adaptou bem, ocorrendo nova separação conflituosa e retorno ao estado natal (ES), sendo que desde então não iniciou novo relacionamento conjugal. As narrativas sugerem um passado de transtorno mental mal esclarecido, comportamento impulsivo e agressivo desde criança, grande labilidade emocional, importante dificuldade de construir e manter relacionamentos e dependência emocional e social de familiares. A filha caracteriza a mãe durante a consulta como uma pessoa “chantagista, manipuladora, vitimista e com baixa autoestima”. Também foi possível caracterizar temporalmente o problema da paciente, com os primeiros sintomas tendo iniciado em um período de aproximadamente um ano, com agravamento e isolamento social há cerca de um mês da data da consulta. Nesta consulta, optou-se novamente por manter a risperidona na mesma posologia, agora com a prescrição concomitante de citalopram em decorrência da labilidade emocional. O acompanhamento da paciente mostrou boa adesão terapêutica, melhora significativa dos sintomas de delírio parasitário, boa qualidade do sono, retorno ao trabalho e estreitamento dos laços familiares com a filha. Contudo, há preocupação com a adesão ao tratamento no médio e longo prazo devido a influência de familiares no uso das medicações, existindo uma tia que nega o

fato da paciente ter um transtorno mental e que associa as medicações com aspectos negativos.

#### **4 DISCUSSÃO DO CASO**

O relato de caso em questão é compatível com a epidemiologia, manifestações clínicas e critérios diagnósticos característicos do delírio de infestação parasitária: paciente é do sexo feminino, meia idade, apresentava relato de infestação parasitária, sinal da caixa de fósforo - sinal patognomônico do delírio parasitário – e “*dermatitis artefacta*”. A paciente descrevia com riqueza de detalhes as manifestações da infestação parasitária, corroborando com as descrições de casos semelhantes encontradas na literatura. Além disso, ela apresentava sinais de irritabilidade pela infestação e prejuízo de sua vida pessoal e familiar, ao deixar de dormir, frequentar o trabalho e visitar a filha.

No momento inicial, na consulta de demanda, a paciente negou história patológica pregressa de transtorno psiquiátrico, não apresentava alterações

laboratoriais e nem MEEM alterado. No entanto, na entrevista familiar e na consulta psiquiátrica, além de ter sido observados nuances de transtorno de humor, a filha descreveu o comportamento da mãe desde sua infância e como isso implicava nos seus relacionamentos no decorrer da vida. Nunca tinha tratado, motivo pelo qual foi associado um antidepressivo ao antipsicótico inicialmente prescrito, pois aparentemente se tratava de um delírio parasitário primário.

Ressalto nesse momento, a importância dos Médicos de Família e Comunidade estarem preparados para o manejo inicial dos transtornos psiquiátricos, sejam eles raros ou frequentes, além das outras condições clínicas, pois o médico de família é o primeiro recurso terapêutico de seu território, além de apresentar uma facilidade de acesso e um bom vínculo com seus pacientes, construído pela longitudinalidade. Além disso, o Médico de Família tem como peculiaridade a competência de ter visão treinada para uma clínica ampliada, capacidade de observar o ciclo de vida familiar e as dificuldades a serem enfrentadas, prática no uso de ferramentas para abordar a família com eficácia e chegar a um plano terapêutico conjunto. Se não fosse essa completude da prática do Médico de Família e a facilidade de ver a pessoa como um todo, entendendo seus processos, seus sentimentos e ideias referentes a sua afecção, talvez a paciente em questão estaria por aí passando de especialista por especialista demorando a chegar a um diagnóstico e a sua resolução, como acontece nos casos descritos na literatura. Esse artigo também servirá de manifesto ao que foi publicado em alguns artigos, relatando que o médico de família e outros especialistas focais, eram incapazes de fazer tal diagnóstico e iniciar seu manejo. Pelo contrário, se há alguém para identificar tal transtorno no seu paciente, o Médico de Família é competente e hábil, pois além de conhecer o “*disease*” sabe por onde pisar para captar o “*illness*”.

O delírio parasitário é um distúrbio raro mas de fácil diagnóstico e manejo, uma vez que o médico identifica precocemente e tem um bom vínculo com o paciente para facilitar a adesão ao tratamento. A decisão da publicação desse relato de caso é para que sirva de guia para outros médicos de família e médicos especialistas focais de que o manejo pode ser iniciado na Atenção Primária à Saúde até que o paciente seja referenciado para a média complexidade a fim de

melhor abordagem por meio do apoio e da coordenação do cuidado realizada pelo Médico de Família e Comunidade.

Cabe também destacar que bons arranjos de cuidados colaborativos na Atenção Primária à Saúde pode levar a ganhos em qualidade e resolubilidade do cuidado que resultam em bons desfechos clínicos para a população. A residente que coordenou o cuidado à paciente utilizou de suas habilidades clínicas para suspeitar e realizar o diagnóstico inicial da condição rara que acometia a paciente, contando com preceptoria adequada e uma rede de médicos especialistas atuantes na própria Unidade Básica de Saúde e no Hospital Universitário que contribuiu para a confirmação do diagnóstico, aprofundamento da história clínica e manejo da terapia medicamentosa, com resultados positivos rápidos e mensuráveis. Esta integração de uma rede de atenção à saúde local com facilidade de acesso e coordenação a partir da equipe de saúde da família é relevante para a qualificação do processo de aprendizagem do residente, que a partir do caso pode desenvolver suas habilidades essenciais para a prática da Medicina de Família e Comunidade, bem como trabalhar em profundidade sua função de coordenadora do cuidado e de advocacy da paciente.

Para finalizar, destaco o ganho interpessoal, a credibilidade do diagnóstico e manejo na Atenção Primária à Saúde pelos motivos acima listados, além da redução de custos pelas múltiplas consultas com especialistas focais e a minimização dos danos ao paciente e ao sistema. Voila Prevenção quaternaria!

## **5 CONCLUSÃO**

Apesar de ser doença rara, a competência clínica na APS e a coordenação de cuidados colaborativos pela residente em MFC foram condições essenciais para o diagnóstico e qualidade do cuidado à paciente. A APS deve ser nível de atenção não apenas acessível mas resolutivo, sendo estes pilares que devem estar presentes na formação em Medicina de Família e Comunidade. Este caso pode ser útil para que situações semelhantes possam ser diagnosticadas e manejadas por outros médicos que atuam na atenção primária de forma segura e embasada como feito no caso aqui analisado.

## **6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. [Dinulos JGH. Delírio de Infestação Parasitária. Manual MSD. Disponível em: www.msmanuals.com. Acesso em 23/10/2018.](http://www.msmanuals.com)
2. [Alves CJM, Fogagnolo L, Martelli ACC, Nassif PW et al. Síndrome de Ekbom secundária a transtorno orgânico: relato de três casos. Anais Brasileiros de Dermatologia. 2010; 85\(4\):541-4.](#)

3. [Duarte C, Choi KM, Li CL. Delírio de infestação parasitária associado à diálise tratado com aripiprazol. Acta Médica Portuguesa. 2011; 24\(3\):457-62.](#)
4. [Vidal CEL, Barbosa TSO, Nunes AR, Souza CS. Delírio de Infestação Parasitária e transtorno bipolar: relato de caso. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. 2009; 31\(1\):79-81.](#)
5. [Gol PD, Scharlau CT. Síndrome de Ekbom acompanhada de automutilação. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. 2007; 29\(1\):97-9.](#)
6. [Situm M, Buljan M, Zivkovic MV, Buljan D. Delusion of Parasitosis: case report and current concept of management. Acta Dermatovenerologica Croatica. 2011; 19\(2\):110-6.](#)
7. [Mumcuoglu KY, Leibovici V, Reuveni I, Bonne O. Delusional Parasitosis: diagnosis and treatment. The Israel Medical Association Journal. 2018; 20\(7\):456-60.](#)
8. [Freudenmann RW, Lepping P. Delusional Infestation. Clinical Microbiology Reviews. 2009; 22\(4\):690-732.](#)
9. [Aw DCW, Thong JY, Chan HL. Delusional parasitoses: treatment with atypical antipsychotics. Annals Academy of Medicine. 2005; 34\(1\):146-7.](#)
10. [Narayana-Gowda BS, Heebbar S, Sathy-Narayana MT. Delusional Parasitosis responding to Risperidone. Indian Journal of Psychiatry. 2002; 44\(4\):382-3.](#)
11. [Gassiep I, Griffin PM. Delusions of Disseminated Fungosis. Case Reports in Infectious Diseases. 2014; 1-3.](#)
12. [Thakkar A, GJ Ooi K, Assaad N, Coroneo M. Delusional Infestation: are you being bugged? Clinical Ophthalmology. 2015; 9:967-70.](#)
13. [Sekhon S, Jeon C, Nakamura M, Koo J. Delusional Parasitosis secondary to severe iron deficiency anemia. JAAD Case Reports. 2017; 3:390-1.](#)
14. [Daniel E, Srinivasan TN. Folie a famille: delusional parasitoses affecting all the members of family. Indian Journal of Dermatology. 2004; 70\(5\):296-7.](#)
15. [Cordeiro Junior Q, Corbett CEP. Delírio de Infestação Parasitária e Folie à deux. Arquivos de Neuropsiquiatria. 2003; 61\(3-B\):872-5.](#)

16. [Hinkle NC. Ekbom Syndrome: the challenge of “invisible bug” infestations. Annual Review Entomology. 2010; 55:77-94.](#)
17. [Al-Imam AML. A systematic review on delusional parasitoses. Journal of Dermatology & Dermatologic Surgery. 2016; 20:5-14.](#)
18. [Donabedian H. Delusions of Parasitosis. Clinical Infectious Diseases. 2007; 45:131-4.](#)
19. [Kim C, Kim J, Lee M, Kang M. Delusional Parasitosis as “Folie à Deux”. Journal of Korean Medical Science. 2003; 18:462-5.](#)
20. [Contreras-Ferrer P, Merino de Paz N, Cejas-Mendez MR, Rodríguez-Martin M, Souto R, García Bustínduy M. Ziprasidone in the treatment of Delusional Parasitosis. Case Reports in Dermatology. 2012; 4:150-3.](#)

**APÊNDICE A: TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E  
ESCLARECIDO**