

ESQUIZOFRENIA INFANTIL: RELATO DE CASO

VIEIRA, Guilherme Pelissari¹
MAGNAGNO, Odirlei Antônio²
LISE, Andrea Maria Rigo³

RESUMO

A esquizofrenia é uma doença multifatorial de grande impacto psicossocial para seus portadores, essa patologia gera uma perda de contato com a realidade, provocando quadros de delírios e alucinações. Geralmente a idade de início da esquizofrenia fica entre 15 e 30 anos e não difere na prevalência em homens ou mulheres. Em contrapartida, a esquizofrenia de início na infância é extremamente rara e tem prevalência no sexo masculino, sendo os meninos acometidos duas vezes mais do que as meninas. Neste relato de caso, será apresentado um caso incomum de esquizofrenia de início precoce, acometendo - desde a infância - uma jovem, do sexo feminino, atualmente com 16 anos. Realizaremos uma correlação entre os achados clínicos com uma breve revisão de literatura.

Palavras-chave: Esquizofrenia. Esquizofrenia infantil. Psicose infantil.

CHILDHOOD SCHIZOPHRENIA: CASE REPORT

ABSTRACT

Schizophrenia is a multifactorial disease with great psychosocial impact for its patients; this pathology generates a loss of contact with reality, provoking delusions and hallucinations. Generally the age at onset of schizophrenia is between 15 and 30 years and does not differ in prevalence in men or women. In contrast, childhood-onset schizophrenia is extremely rare and has prevalence in males, with boys being affected twice as often as girls. In this case report, an unusual case of early-onset schizophrenia will be presented, involving - since childhood - a young woman, currently 16 years old. We will correlate clinical findings with a brief review of the literature

Keywords: Schizophrenia. Childhood schizophrenia. child psychosis.

1 INTRODUÇÃO

A esquizofrenia de início na infância é bastante rara e possui poucos relatos de casos quando comparada a esquizofrenia no adulto, portanto é de grande relevância à psiquiatria relatar o caso encontrado. De acordo com o *The Global Burden of Disease* – estudo sobre o

¹ Acadêmico do curso de Medicina do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz (CEFAG). E-mail: guilhermee_vieira@hotmail.com

² Professor Orientador do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz (CEFAG). Graduação em Administração pela União Educacional de Cascavel (2003). Mestre em Administração pela PUC/RS. Especialista em Gestão Hospitalar e especialista em Docência do Ensino Superior pelo Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz. E-mail: odirlei@fag.edu.br

³ Médica coorientadora psiquiatra no Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná. E-mail: andrealise2094@hotmail.com

custo de patologias no mundo todo – a esquizofrenia se encontra entre as 10 maiores causas de incapacitação em indivíduos entre 15 a 44 anos (1).

O termo esquizofrenia de início precoce se refere à idade de início anterior a 17-18 anos, e a de início muito precoce consiste em início antes dos 13 anos de idade. É uma doença rara na infância e, conforme avança a adolescência (próximo dos 11 anos), esses casos tornam-se mais expressivos. Apesar de existirem alguns relatos com idade inferior a 5 anos, estes são extremamente raros (2).

O problema deste estudo é relatar um caso de Esquizofrenia infantil encontrado na cidade de Cascavel – PR, com o objetivo de esclarecer como a patologia se comporta na criança e auxiliar no diagnóstico precoce da doença. Esse pode ser um dos poucos casos de Esquizofrenia infantil relatado em Cascavel – PR até o momento atual.

Diante disso, objetivou-se explanar um caso de Esquizofrenia infantil e de modo específico expor o quadro clínico da esquizofrenia de início precoce e demonstrar as dificuldades no diagnóstico de esquizofrenia em crianças.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 MATERIAL E MÉTODO

O presente trabalho se encontra em cumprimento com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, visto se tratar de pesquisa com ser humano. O relato trata-se de uma pesquisa aplicada, qualitativa e descritiva realizada de maneira retrospectiva sendo a coleta de dados realizada através da análise dos prontuários da paciente do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná (CISOP), além de entrevistas com a mãe e a professora da paciente. A técnica bibliográfica teve como base científica artigos encontrados em banco de dados do PUBMED, MEDLINE e SCIELO bem como literaturas atualizadas que descrevem a citada patologia. Esse trabalho passou pelo comitê de ética em pesquisa com seres humanos do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz e foi aprovado pelo CAAE 99821218.3.0000.5219.

2.2 DESCRIÇÃO DO CASO

C.N, feminina, 16 anos, branca, solteira, estudante, natural e residente de Cascavel (PR). A informante é a mãe A., que referiu não ter apresentado intercorrências na gestação e nem durante o parto normal que C.N nasceu, negou uso de álcool e tabaco nesse período. Segundo a mãe, C.N nunca foi uma criança normal; do nascimento até os quatro meses chorava incansavelmente, parando apenas quando dormia. Caminhou aos 2 anos e falou apenas aos 4 anos (antes disso apenas balbuciava).

Na primeira infância não se interessava por brinquedos e nem por outras crianças. Aos 4 anos teve sua primeira crise, agrediu verbal e fisicamente pessoas no mercado. Quando tinha 5 anos começou a apresentar delírio persecutório – acreditava que as pessoas sempre estavam falando mal dela; nessa mesma idade pediu um cachorro aos pais, quando ganhou passou a agredi-lo repetidas vezes com pedras e em um determinado dia cavou um buraco para enterra-lo para que ‘ele fosse logo para o céu’. Com 6 anos entrou na escola, no primeiro dia de aula agrediu a professora e os colegas; não realizava atividades escolares e chorava querendo a mãe. Dos 7 aos 9 anos não olhava nos olhos das pessoas, andava o tempo todo com a mão no rosto, e passou a falar sozinha; nesse período a mãe referiu que parou de sair de casa e frequentar reuniões e festas familiares por conta do comportamento agressivo da paciente, a mãe também relatou que agredia a filha por entender que esse comportamento fosse teimosia. A partir dos 7 anos iniciou tratamento psiquiátrico - foi medicada com Risperidona 2mg/dia.

Em 2011, com 9 anos, C.N referia frequentemente ter visões do “capeta” e pessoas estranhas em seu quarto, relatava ainda que escutava uma voz dizendo que as pessoas estavam falando mal dela. Durante o dia escutava “Deus falando que a odiava”, conversava sozinha e apresentava discurso desorganizado com “palavras perdidas”. Nesse período, qualquer movimento realizado por pessoas ao redor desencadeava comportamento agressivo da paciente, visto que ela acreditava que esses movimentos eram relacionados a ela. Apresentava delírio de referência relacionado a imagens da televisão. Nesse mesmo ano, quando algum objeto sumia em casa C.N acreditava que tinha engolido, expressando repetidamente esse pensamento.

Em 2013, a mãe foi sozinha para a consulta e relatou não ter levado C.N porque essa estava “em surto”, relatando que ela havia se negado a tomar banho e que pegou uma faca para ameaçar a mãe. Além disso, referiu que a filha se negava a ingerir líquidos e sólidos afirmando que havia algo em sua garganta.

Quando a mãe engravidou da irmã mais nova, C.N – aos 12 anos – repetia várias vezes que ia tirar a barriga falsa da mãe, porque não acreditava na gravidez.

Em 2017, C.N estava um pouco mais calma, mas ainda pedia para que mãe mostrasse o celular para ela, pois acreditava o ter engolido.

Em Janeiro de 2018, mãe relatou novamente que C.N não queria se alimentar, não queria encostar a boca no copo, sentia algo na garganta e por isso não conseguia comer (começou a perder peso).

Em relação ao comportamento na escola, a informante foi a professora que acompanha C.N há 5 anos; essa informou que até os 12 anos o comportamento da paciente era mais agressivo, chegando a algumas vezes agredir os colegas e professores. Atualmente, refere que C.N está mais calma e já consegue ir a eventos escolares com várias pessoas. Entretanto, não faz perguntas em sala de aula, nem interage com colegas no intervalo, ficando somente com a professora. Durante a aula, foi informado que C.N não presta atenção, permanece todo tempo olhando para o chão, não faz contato visual e quando é questionada sobre algo afirma que não se lembra. A professora também mencionou que C.N não gosta de emprestar os materiais aos colegas e, quando o faz, pergunta repetidas vezes se o colega ira devolver o que foi emprestado, além disso, ao retornar do intervalo sempre confere se ninguém pegou seus materiais, contando seus lápis repetidas vezes. Foi relatado também que a paciente tem frequentes alterações de humor e comportamento; em um momento está tudo bem e logo depois fica triste, começa a reclamar repetidamente: “se deus é bom porque eu tenho que tomar remédios?”, além de dizer que está gorda. A professora também referiu que algumas vezes parece que C.N está “fora do ar” com um olhar distante, não reagindo às coisas que acontecem ao seu redor.

Atualmente, a paciente se encontra mais estabilizada, porém possui o discurso empobrecido, apresentando abulia - “não sai do lugar se não mandar, tudo deve ser mandado para que ela faça; como colocar roupa, tomar banho e outras atividades básicas”. Apesar de mais calma, a paciente permanece escutando vozes.

Está em uso de Clomipramina 75mg/dia, Biperideno 2mg/dia, Topiramato 150mg/dia, Risperidona 3mg/dia, Fluoxetina 20mg/dia, Levomepromazina 50mg/dia e Haloperidol 50mg/ml 1 ampola IM a cada 15 dias.

Em relação a família, ambos os pais e a irmã mais nova são hígidos, porém a avó paterna sempre teve um transtorno psiquiátrico não informado, hoje apresenta Alzheimer. Atualmente a relação familiar é boa.

2.3 DISCUSSÃO

A partir do relato infere-se que a paciente apresenta uma forma rara de esquizofrenia – iniciada antes da puberdade. A esquizofrenia de início muito precoce - definida pela presença de sintomas de esquizofrenia numa criança abaixo de 13 anos - é extremamente rara, com prevalência menor que 1/10.000 (3). Acredita-se que a porcentagem de casos de esquizofrenia que tenha começado antes dos 10 anos seja em torno de 0,1 a 1% (2).

Quanto à etiologia, foi relatado que existem casos de doença psiquiátrica na família da paciente. Alguns autores, como Vallada Filho e Samaia (2000)(4), acreditam na hipótese genética, onde se concluiu que a prevalência de esquizofrenia era maior em famílias que já possuíam um portador da doença quando comparada a famílias controle. Entretanto, constatou-se que o coeficiente genético, por si só, pode não configurar um fator suficiente para gerar a patologia, visto que indivíduos de uma mesma família compartilham de um ambiente comum, possibilitando assim que o ambiente seja o componente gerador da doença (5).

Em relação ao quadro clínico, percebe-se claramente no relato de caso a constelação de sintomas clássicos da esquizofrenia, envolvendo delírios, alucinações, discurso e comportamento desorganizados; além do atraso psicomotor na primeira infância – começou a caminhar aos 2 anos e a falar apenas aos 4 anos. Conforme Andreasen *et al.* (2009)(1) os sintomas característicos do quadro clínico da esquizofrenia são divididos em positivos – presença de um sintoma que deveria estar ausente, como alucinação, delírios, discurso e comportamento desorganizados; e sintomas negativos, caracterizados pela ausência de algo que normalmente estaria presente, como embotamento afetivo, apatia e desatenção. Em relação à esquizofrenia infantil existem algumas diferenças quando comparada à esquizofrenia no adulto; quando a doença se inicia antes dos 12 anos, possui forte relação com distúrbios comportamentais e déficit neuropsicomotor (6).

A respeito do diagnóstico, a paciente foi encaminhada ao atendimento psiquiátrico apenas aos 7 anos; anteriormente os pais, professores e familiares consideravam a patologia como mau comportamento da paciente, muitas vezes punindo-a por suas atitudes. De acordo com Tengan e Maia (2004)(6) a esquizofrenia de início precoce possa ser uma patologia subdiagnosticada devido à sobreposição de sintomas também presentes em outras doenças psiquiátricas. Outro fator que dificulta o diagnóstico seria a complicada diferenciação entre um verdadeiro quadro delirante e relatos advindos do universo fantasioso da infância. O diagnóstico diferencial de psicose na infância pode ser confuso e é imprescindível uma ampla compreensão sobre esse fenômeno, a maior parcela dos indivíduos com esse sintoma na

infância não irá desenvolver esquizofrenia, porém em alguns casos a patologia pode aparecer um ou dois anos após o quadro psicótico ou surgir apenas na vida adulta (3).

O tratamento muitas vezes exige vários medicamentos para estabilizar o paciente, como no caso relatado; conforme a paciente foi crescendo/se desenvolvendo, os sintomas foram se agravando de modo que surgiu a necessidade de associar novas medicações a sua terapêutica. O tratamento farmacológico da esquizofrenia tem como escolha os antipsicóticos, esses se dividem em típicos e atípicos. As duas classes tratam os sintomas da doença, entretanto não a curam (7). Os antipsicóticos típicos ou de primeira geração tem como mecanismo de ação o bloqueio dos receptores dopaminérgicos D2, como o haloperidol, que também pode ser usado no tratamento da psicose infantil (6,7). Os antipsicóticos atípicos, como a risperidona e a olanzapina, agem em sítios diferentes da dopamina, atuam com maior eficácia sobre os sintomas negativos e gerando menos efeitos adversos, tendo como desvantagem o custo elevado (7). Uma abordagem precoce com o tratamento adequado é imprescindível para se alcançar bons resultados, no entanto, por conta da estigmatização da doença ainda é dificultoso o tratamento e a inclusão desses pacientes na comunidade (3).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se então, que a Esquizofrenia é uma doença de etiologia multifatorial, rara antes dos 13 anos e que compromete a vida do paciente acometido em inúmeros aspectos. A sintomatologia da doença geralmente se inicia com os sintomas positivos - quadros de delírio, alucinações e discurso desorganizado; posteriormente surgem os sintomas negativos onde podem aparecer o embotamento afetivo, abulia, apatia e desatenção. Quando iniciada na infância, o diagnóstico é dificultado por outras patologias mais prevalentes nesse período da vida, bem como pelo imaginário da criança que pode mimetizar alguns sintomas. É fundamental que o diagnóstico seja realizado o quanto antes, evitando maiores impactos psicossociais na vida da criança. O tratamento é realizado principalmente com antipsicóticos, mas outras classes medicamentosas também podem ser úteis, como antidepressivos, anticolinérgicos e anticonvulsivantes.

REFERÊNCIAS

1. Andreasen NC, Black DW. Introdução à psiquiatria. Porto Alegre: Artmed; 2009.
2. McKenna K, Gordon CT, Rapoport JL. Childhood-Onset Schizophrenia: Timely Neurobiological Research. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1994;33(6):771–81.
3. Starling J, Feijo I. Schizophrenia and other psychotic disorders of early onset. *IACAPAP Textb Child Adolesc Ment Heal*. 2012;1–22.
4. Vallada Filho HP, Samaia H. Esquizofrenia Aspectos Genéticos e FR. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000;22(1):2–4.
5. Rangel BL, Santos A DOS. Aspectos genéticos da esquizofrenia. Revisão de Literatura. *Rev UNINGÁ Review*. 2013;16(3):27–31.
6. Tengan SK, Maia AK. Psicoses funcionais na infância e adolescência Functional psychosis in childhood and adolescence. *J Pediatr*. 2004;3–10.
7. Moreira CS, Mezzasalma MA, Juliboni R V. Esquizofrenia Paranoíde: Relato de caso e Revisão da Leitura. *Rev Científica da Fac Med Campos*. 2008;3(2):29–32.

{Bibliography