

# Esquizofrenia de início na infância – Relato de caso

## Schizophrenia with childhood onset – A case report

Guilherme Rubino de Azevedo Focchi\*  
Maria Cristina Lombardo Ferrari\*\*

### Introdução

A esquizofrenia infantil, como uma série de categorias diagnósticas em psiquiatria da infância, tem uma série de definições, dificultando, de certa forma, seu estudo (Mercadante, 1994). A noção de realidade, que se modifica durante o desenvolvimento, o pensamento mágico e o mundo de fantasia infantil, dificulta a tarefa de definir quadros psicopatológicos (Volkmar, 1991; Mercadante, 1994). Por exemplo: é difícil definir delírio na criança pequena, na medida em que processos de pensamento ainda se desenvolvem, o que impediria uma sistematização da idéia delirante (Rutter, 1994).

Kraepelin e Bleuler, pioneiros no estudo do quadro esquizofrênico (“demência precoce”), não enfatizaram formas específicas na infância, sendo de Sanctis e Heller os primeiros a realmente descrevê-la (Krynski, 1977; Ajuriaguerra, 1983).

Até 1961, descrições sucessivas foram feitas, e nesse ano Creak propôs nove critérios para o diagnóstico da psicose na infância, publicando em 1963 revisão de 100 casos, mostrando a indiferenciação do termo usado na época (Creak, 1963; Mercadante, 1994).

A esquizofrenia infantil só começa a ser diferenciada de outros quadros, como o autismo, na década de 70, como patologia de início mais tardio (após os cinco ou seis anos), assemelhando-se ao quadro descrito para os adultos (Kolvin, 1971), apesar da controvérsia quanto à descontinuidade (ou não) do quadro presente na criança em relação ao adulto (Rutter, 1994). De fato, as diferenças são mais quantitativas e desenvolvimentais do que propriamente qualitativas (Werry, 1992), e nas posologias atuais, incluindo o CID-10, a categoria válida para adultos o é também para crianças e adolescentes.

O objetivo aqui é mostrar um caso de esquizofrenia de início na infância, a nosso ver típico, e discutir seu diagnóstico e terapêutica.

### Relato de caso

C., 16 anos, masculino, pardo, solteiro, natural de Jundiá (São Paulo), procedente de Franco da Rocha, estudante, há um ano sem ocupação. Religião:

### RESUMO

Os autores, a partir de um breve histórico da esquizofrenia infantil, considerando que os critérios para esquizofrenia na infância são os mesmos usados para o adulto, relatam caso ilustrativo: paciente C., 16 anos, masculino, internado a 14/2/97 na Enfermaria de Psiquiatria Infantil do IPQ - HC - FMUSP, por agitação psicomotora e agressividade, apresentou sempre comportamento arredio, não apresentando bom rendimento escolar. O quadro teve início insidioso, com apatia e risos imotivados, quando o paciente contava oito anos de idade, progredindo em meses para alterações do pensamento, do sono e alucinações. Após ter realizado tratamento em outro serviço, com melhora, apresentou novamente a mesma sintomatologia, incluindo agitação psicomotora, agressividade e delírios de cunho paranóide. Na internação, apresentava-se em mutismo, negativista, com afeto embotado e pensamento empobrecido. Feita hipótese diagnóstica de esquizofrenia de início na infância, havendo melhora com neurolépticos – Clorpromazina até 900 mg/dia via oral e Pipotiazina 25 mg intramuscular até quatro ampolas/mês. Discutem-se o diagnóstico e a terapêutica.

### UNITERMOS

Esquizofrenia. Infância. Diagnóstico. Tratamento.

\* Residente do 3º ano do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

\*\* Chefe do Ambulatório do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência. Doutoranda da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (área de Psiquiatria).

crente (frequente a igreja com a mãe). Data da primeira internação: 14/02/97. A informante é M., a mãe, que refere que o paciente “está muito agressivo e agitado há um mês”.

O pai de C. tem 46 anos, não tem ocupação, “ganha com aluguel”, bebe e tem problema no coração (sic). A mãe de C. tem 40 anos, exerce prendas do lar, hígida. O paciente tem dois irmãos, de 14 e 11 anos, hígidos, estudantes da 5ª série do 1º grau. C. tem vários parentes maternos com doença mental (não sabe referir). Os pais são casados há 18 anos, brigam frequentemente, mas nunca houve separação decorrente disso. O relacionamento entre os irmãos em geral é bom, e a educação dos filhos baseia-se no diálogo, sem punições rígidas, sendo que estes nunca sofreram maiores privações. C. teve trauma crânio-encefálico há oito anos, sem perda de consciência, ficando internado por um dia, em observação. Os exames realizados resultaram normais. Nunca teve crises epiléticas ou outras patologias, nem cirurgias progressas. Tem vacinação completa. A gestação de C. não apresentou maiores intercorrências, o parto foi realizado com fórceps, “nasceu bem”. Sentou com seis meses, andou com um ano e três meses, falou com um ano e seis meses, adquiriu controle esfinteriano com um ano e seis meses. Sempre foi fisicamente saudável.

Dava risadas durante o sono, nunca apresentou alterações alimentares grosseiras, nunca teve tiques ou gagueira, nem usou quaisquer drogas psicoativas. Iniciou a escola aos sete anos, fez a 1ª série, parou então por quatro anos “para tratamento”, retornando e estudando até a 3ª série, que repetiu, parando de estudar há um ano. Na escola, não tinha amigos, e seu desempenho sempre foi ruim.

C. sempre foi quieto, arreado, encontrando prazer apenas em atividades solitárias, como “ver TV e jogar bola sozinho”. Iniciou acompanhamento psicológico aos oito anos, pois já se comportava de modo estranho – “ficava parado, desligado”, às vezes com risos imotivados. Foi piorando aos poucos, sem razão aparente.

Com essa idade, assistiu o pai alvejar um inquilino que lhe devia dinheiro, dentro de sua própria casa, e então “perdeu a noção de realidade completamente”. Passou a apresentar discurso desconexo, “não falava coisa com coisa”. Alternava choro e risos imotivados, não dormia, parecia falar com vozes que lhe chamavam, sem ser realmente interpelado. Referia “visões de um homem de boné”.

A partir daí, “iniciou tratamento com médico do Juqueri”, que durou quatro anos, não sendo, entretanto, internado. Tomou várias medicações via oral, não as aceitava e passou a receber medicação intramuscular (não sabe referir que medicações tomava). Já aos nove

anos de idade, o paciente apresentou “melhora completa”, segundo a mãe, com a medicação injetável. Ela suspendeu o tratamento por conta própria, quando o paciente contava 12 anos, por dificuldades familiares (“meu marido estava bebendo demais”).

Até os 14 anos, o paciente manteve-se bem. Aos poucos, porém, começou a reclamar, cada vez mais frequentemente, de que precisava de uma namorada e de um emprego. Sua fala “foi se complicando” e novamente apresentou discurso desconexo, queixava-se de “peso na cabeça” e esquecia-se das coisas com facilidade. Há alguns meses, passou a achar que sua vizinha queria prejudicá-lo com macumba e não reconhecia mais os pais como sendo seus, tornando-se agressivo. Chegou a “tirar a roupa na rua”. Estava fazendo uso de Haloperidol 2 mg/dia, Propericiazina 5 gotas/dia e Prometazina 25 mg/dia, via oral, prescritos em outro serviço. A piora da agressividade e agitação ocasionaram a internação.

O exame físico de C. foi realizado a 27/02/97, pois mostrou-se então mais colaborativo. Não apresentou anormalidades. Ao exame psíquico de entrada, apresentava-se vígil, o fâcies perplexo, atitude negativista, mutismo; afeto embotado; agitação psicomotora moderada; hipopragmatismo, sendo difícil avaliar outras funções psíquicas.

De posse desses dados, fez-se a hipótese diagnóstica de esquizofrenia de início na infância (F 20 / CID 10).

Até 06/97, foram pedidos tomografia computadorizada de crânio e eletroencefalograma, normais. Também pedidos exames de sangue gerais, com aumento das transaminases, depois normalizadas (exame repetido). As medicações anteriores foram retiradas e foi introduzida Clorpromazina até 900 mg/dia, via oral. C. recebeu alta para o ambulatório a 5/05/97. Queixava-se de tonturas e sonolência. Agora, a Clorpromazina está sendo reduzida vagarosamente (cerca de 50 mg/semana) e substituída por Pipotiazina intramuscular – tomando agora quatro ampolas/mês.

C. apresentou melhora geral, notada também pela mãe: melhora do contato, respondendo agora a perguntas elementares. Porém, seu discurso é pobre e a crítica de seu estado mórbido está prejudicada.

## Discussão

Como já colocado na introdução, as diretrizes diagnósticas para esquizofrenia de início na infância são as mesmas para esquizofrenia no adulto. Então, deve-se ter ao menos um sintoma bastante claro dentre distúrbios do pensamento (eco, inserção, roubo, irradiação), delírios (controle, vivências de influência, percepção delirante), alucinações (vozes comentando as

ações do paciente ou discutindo sobre ele ou outros tipos de vozes, vindas de alguma parte do corpo), delírios culturalmente inapropriados, impossíveis (ex.: capacidade de controlar o tempo); OU pelo menos dois dos seguintes: alucinações não auditivas acompanhadas de idéias supervalorizadas persistentes; intercepção ou *interpolação no curso do pensamento* – com discurso incoerente ou neologismos – comportamento catatônico (negativismo, mutismo, etc.), sintomas “negativos” – apatia, pobreza discursiva, embotamento ou incongruência nas respostas emocionais, com retraimento e redução do desempenho social, não decorrentes de depressão ou uso de neurolépticos, por pelo menos um mês. Podemos ter fase prodrômica, com perda generalizada de interesses, ansiedade, graus leves de depressão, preocupação, precedendo o início da psicose em semanas ou meses. Devem ser excluídos outros transtornos (afetivos, orgânicos). Não há sintoma patognomônico (WHO, 1993).

Ora, o paciente em questão sempre foi muito “quieto e arredo”, apresentando já aos oito anos de idade apatia persistente e insidiosa (era “desligado”), evoluindo após evento estressante (“assistiu o pai alvejar inquilino que lhe devia dinheiro dentro de sua própria casa”), com prejuízo discursivo (“não falava coisa com coisa”) e alucinações (“vozes lhe chamavam” por mais de um mês – cerca de um ano – dos oito aos nove anos de idade). Após o primeiro tratamento, o quadro retornou com ansiedade e preocupação persistente (queria cada vez mais “uma namorada e um emprego”), delírios de cunho persecutório (“a vizinha queria prejudicá-lo com macumba”), por meses, pelo menos. Houve prejuízo do desempenho social (inclusive abandonando a escola). Apresentava, por ocasião de sua internação, negativismo, mutismo e afeto embotado.

A esquizofrenia já pode ser diagnosticada pelo prejuízo discursivo, apatia e prejuízo social por pelo menos um mês. A investigação descartou patologia orgânica subjacente. Não ocorreram outros transtornos concomitantes nem o paciente usava neurolépticos, quando desses sintomas, que justificam o diagnóstico.

Devido ao caráter indiferenciado da esquizofrenia de início na infância, não se pode dividi-la em subtipos, como no adulto. Cabe então apenas o diagnóstico “Esquizofrenia de início na infância” (nesse caso, de início aos oito anos de idade). A organicidade no caso apresentado pode ser excluída, porque não há apresentação psicopatológica atípica e porque os exames subsidiários (tomografia computadorizada de crânio e eletroencefalograma) resultaram normais. Nesse sentido, o trauma crânio-encefálico poderia ser visto como um desencadeante do quadro, assim como é o “stress” que o paciente sofreu ao assistir ao pai alvejar um inquilino dentro de sua própria casa.

O tratamento da esquizofrenia de início na infância pode ser feito com Haloperidol, que responde por melhora significativa dos sintomas positivos, notadamente delírios e alucinações (Spencer & Campbell, 1994). Porém, os outros neurolépticos têm eficácia comparável no tratamento do quadro esquizofrênico (Mercadante, 1994).

O paciente respondeu bem à Clorpromazina até 900 mg/dia, apresentando melhora da agitação, da agressividade e do contato. A substituição por Pipotiazina (“depot”) foi decidida porque o paciente apresentou efeitos colaterais com o uso da Clorpromazina – sonolência, hipotensão postural – e para maior comodidade ao paciente (em vez de tomar vários comprimidos diariamente, tomará injeções mensais).

Logo, tanto em termos diagnósticos como terapêuticos, podemos aplicar, para esquizofrenia na criança, os conhecimentos válidos para o mesmo quadro no adulto. Entretanto, o paciente conta 16 anos, estando em todos os sentidos mais próximo de um adulto. Acreditamos que no caso de crianças menores devemos, mesmo assim, ter mais cautela, levando sempre em conta características do desenvolvimento e evitando, dessa forma, diagnóstico e terapêutica errôneos e danos futuros – estigmatização social, efeitos lesivos do tratamento proposto (ex.: discinesia tardia).

## SUMMARY

The authors, beginning with a historical background of schizophrenia in children, report a typical case of a 16 year-old boy, sent to hospital in February, 1997, with aggressive behaviour and agitation. He had always presented little interest in social life and a bad school performance. His disease had an insidious onset, when the patient was eight, with apathy, imotivational laughs and afterwards, thought and sleep disturbances, delusions, allucinations, agitation and aggressive behaviour. At the hospital, he presented negative symptoms, like mutism, negativism and flattened affect. This patient had diagnosis of schizophrenia, getting better with neuroleptics – Clorpromazine and Pipotiazine. The diagnosis and therapeutics are discussed.

## KEY WORDS

Schizophrenia. Childhood. Diagnosis. Treatment.

## Bibliografia

1. Ajuriaguerra, J. - “As psicoses infantis” - In: **Manual de Psiquiatria Infantil**. São Paulo: Masson, p. 665-772, 1983.
2. CID-10 - **Classificação dos transtornos mentais e de comportamento - descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 85-7, 1993.
3. Creak, M. - “Childhood Psychosis: a review of 100 cases”. **Brit. J. Psychiat.**, 109: 84-9, 1963.
4. Kolvin, I. - “Studies in the Childhood Psychoses: diagnostic criteria and classification”. **Brit. J. Psychiat.**, 118: 381-4, 1971.
5. Krynski, S. - Psicoses na Infância. Em: Krynski, S. (ed.). **Temas de Psiquiatria Infantil**. Rio de Janeiro: Guanabara - Koogan, p. 267-85, 1977.

- 
6. Mercadante, M.T. - "Esquizofrenia Infantil". In: Assumpção, Jr, F.B. - **Psiquiatria da Infância e da Adolescência**. São Paulo: Santos/Maltese, p. 183-93, 1994.
  7. Spencer, B. & Campbell, M. - "Children with Schizophrenia: Diagnosis, Phenomenology and Pharmacotherapy". **Schizophrenia Bulletin**, 20: 713-25, 1994.
  8. Volkmar, F. - "Childhood Schizophrenia". In: Lewis, M. (ed.). - **Child and Adolescent Psychiatry: a Comprehensive Textbook**. Baltimore, Williams & Wilkins, 621-8, 1991.
  9. Werry, J.S. - "Child and adolescent (early-onset) schizophrenia: a review in the light of DSM-III-R". **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 22: 601-24, 1992.
  10. Werry, J.S. & Taylor, E. - "Schizophrenic and allied disorders". In: Rutter, M.; Taylor, E.; Hersov, L. - **Child and Adolescent Psychiatry - Modern Approaches**. Oxford, Blackwell Scientific Publications, 3rd, p. 594-615, 1994.

**Endereço para correspondência:**

Instituto de Psiquiatria - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - SEPIA  
Rua Ovídio Pires e Campos, s/n  
SP 01060-970 - São Paulo - SP