

PSICOSES NA INFÂNCIA – UM RELATO DE CASO

Psychosis in childhood: A case report

5

Caroline Valerio Spozati¹,

Érico Marques Kohl²

Ester Souza de Freitas Silva³

1. Acadêmica do Curso de Medicina da Faculdade Ceres - FACERES, São José do Rio Preto, SP.

10

2. Médico residente em psiquiatria da Faculdade de medicina de São José do Rio Preto, SP.

3. Professor de psiquiatria do Curso de Medicina da Faculdade Ceres - FACERES, São José do Rio Preto, SP.

15

*Correspondência:

Caroline Valerio Spozati;

E-mail: carolinespozati@gmail.com

Faculdade Ceres - Faceres - Instituição de ensino superior

Av. Anísio Haddad, 6751 - Jardim Francisco Fernandes,

20

Cep: 15090-305 São José do Rio Preto - SP

RESUMO

25

A esquizofrenia é classificada como uma psicose, um distúrbio mental grave caracterizado pela perda do contato com a realidade, alucinações, delírios, pensamento anormal e alteração do funcionamento social, constituindo um importante problema de saúde pública. Quando iniciada na infância, a esquizofrenia é um quadro grave, com mau prognóstico em sua maioria, pois incide em uma personalidade que ainda não está completamente desenvolvida, e bloqueia o processo de seu desenvolvimento, uma vez que a noção de realidade, que se modifica durante o desenvolvimento, o pensamento mágico, e o mundo de fantasia infantil dificultam a tarefa de definir quadros psicopatológicos em crianças. Logo, a existência de psicoses na infância foi questionada durante muitos anos, e até mesmo negada, principalmente devido a questões conceituais e às diferentes classificações existentes na literatura. Acreditava-se que, devido ao fato de as crianças não possuírem uma estrutura egóica totalmente estruturada, elas eram incapazes de apresentar delírios. No relato, paciente de 15 anos, acompanhado por sua mãe, deu entrada no serviço de emergência apresentando agressividade, irritabilidade,

35

inquietude e alucinações auditivas com vozes de comando, desde que ficou sem uso da medicação por 30 dias, com retorno mais intenso do quadro psicótico. Esse artigo visa
40 ressaltar a importância do diagnóstico precoce e da introdução de terapêutica adequada a fim de auxiliar na estabilidade do psiquismo e no retorno da funcionalidade social.^{1,2}

Palavras-chaves: Esquizofrenia; Psiquiatria Infantil; Psicose.

ABSTRACT

Schizophrenia is classified as a psychosis, a serious mental disorder characterized by loss
45 of contact with reality, hallucinations, delusions, abnormal thinking and altered social functioning, constituting an important public health problem. When started in childhood, Schizophrenia is a serious condition, with poor prognosis in most cases, since it affects a personality that is not yet fully developed, and blocks the process of its development. The notion of reality, which modifies during development, magical thinking, and the childish
50 fantasy world make it difficult to define psychopathological frameworks in children. Therefore, the existence of psychoses in childhood has been questioned for many years, and even denied, mainly due to conceptual issues and different classifications in the literature. It was believed that due to the fact that children did not have a fully structured ego, they were incapable of delusions. In the case reported, a 15-year-old patient,
55 accompanied by his mother, was admitted to the emergency room presenting aggression, irritability, restlessness and auditory hallucinations with voices, since he quit the use the medication for 30 days with a return of the psychotic picture. This article aims to emphasize the importance of early diagnosis and the introduction of appropriate therapy in order to assist in the stability of the psyche and in the return of social functionality.^{1,2}

60 **Keywords:** Schizophrenia; Child Psychiatry; Psychosis

1. Introdução

A noção de realidade, que se modifica durante o desenvolvimento, o pensamento mágico, e o mundo de fantasia infantil dificultam a tarefa de definir quadros
65 psicopatológicos em crianças.^{3,4} Logo, a existência de psicoses na infância foi questionada durante muitos anos, e até mesmo negada, principalmente devido a questões conceituais e às diferentes classificações existentes na literatura. Acreditava-se que, devido ao fato de as crianças não possuírem uma estrutura egóica totalmente estruturada, elas eram incapazes de apresentar delírios. Ademais, seria bastante difícil diferenciar um
70 quadro psicótico na infância do mundo fantasioso da criança, característico de sua fase de desenvolvimento. Entretanto, as psicoses infantis são entidades bastante conhecidas e

estudadas hoje. Sua apresentação clínica na infância difere da forma adulta, mas ambas constituem a mesma patologia.^{1,2} Embasadas nesse fato, a Organização Mundial da Saúde⁷ e a Associação Americana de Psiquiatria⁸ utilizam os mesmos critérios diagnósticos para crianças e adultos.

A psicose pode ser definida como uma desordem mental, na qual o pensamento, a resposta afetiva e a capacidade em perceber a realidade estão comprometidos. Somado a esses sintomas, o relacionamento interpessoal costuma estar bastante prejudicado, o que interfere substancialmente no convívio social.^{5,6}

80

2. Resumo do relato de caso

Identificação: D.S.T, 15 anos, masculino, estudante, natural e procedente de São José do Rio Preto – São Paulo, evangélico praticante, mora com os pais e mais 3 irmãos, sendo 2 do sexo masculino e 1 do sexo feminino.

85

Queixa principal: “Tentei me matar”

Motivo da Internação: “Eu estava ouvindo muitas vozes pedindo para me suicidar”. (*sic*)

90

História da moléstia atual: paciente acompanhado pela sua mãe deu entrada no serviço de emergência do Hospital Adolfo Bezerra de Menezes, apresentando quadro de agressividade, irritabilidade, inquietude e alucinações auditivas com vozes de comando. Relata que ficou sem tomar a medicação por 30 dias, com retorno do quadro psicótico após a retomada do mesmo. Segundo a mãe, paciente nunca teve internações prévias nesse hospital.

95

História Patológica Progressiva: nega hipertensão, diabetes e tuberculose. Refere ter tido pneumonia com 8 anos de idade, tendo sido diagnosticado e tratado, sem sequelas. Nega doenças comuns da infância. Refere ter sido internado por 2 vezes no Hospital Adolfo Bezerra de Menezes pelo quadro esquizofrênico.

História Familiar: paciente mora com seus pais, possui 2 irmãos e 1 irmã (22, 20 e 18 anos, respectivamente). Nega comorbidades psiquiátricas.

100

Condições relativas à gestação e parto: Gestação com indícios de abortamento desde o primeiro mês, com descolamento de placenta, em que houve início de trabalho de parto no quinto mês, necessitando de intervenções para cessar o mesmo. Relatado boa evolução da gestação após esta intercorrência. Nascimento com 38 semanas de gestação, de parto vaginal.

105 **Infância:** Mãe negou atrasos no desenvolvimento psicomotor e referiu que o paciente costumava ser amoroso e carinhoso, que gostava de ir à escola e à igreja. Porém, aos 5 anos de idade, no jardim da infância, foi notada pela família uma mudança repentina em suas atitudes: ele se negava a entrar na sala de aula e, após entrar, era o último a se retirar no horário de término das aulas. Alguns relatos de isolamento e medo foram
110 relatados no mesmo período. Descobriu-se, mais tardiamente, que na referida época, a professora chegou a cometer agressões físicas contra os alunos e inclusive contra o paciente.

Adolescência: Aos 11 anos de idade, foi relatada mudança de comportamento do paciente, que preferia manter-se isolado dos pais, dos colegas de sala e da igreja. Relato
115 de que quando fazia “coisa de homem” sentia que estava pecando contra Deus e preferia se isolar. Chegou a jejuar por longos períodos, com quadros de desidratação e manchas cutâneas, necessitando inclusive de internação. Atitudes de tampar os espelhos por medo foram também referidas. Houve início de quadro de alucinações auditivas. Os professores notaram a conduta diferenciada de D. e o encaminharam para a psicologia e psiquiatria,
120 inclusive foi inserido para tratamento no CAPS de São José do Rio Preto. Iniciou-se, portanto, o tratamento medicamentoso com Risperidona na dose de 1mg de manhã e 1mg à noite.

 Aos 15 anos de idade, após ficar cerca de 1 mês sem ingerir o medicamento, houve mudanças de comportamento importantes, com quadro de risos involuntários, e
125 alucinações auditivas, “pressão na cabeça”, agressividade e sua primeira tentativa de suicídio, no dia 04 de maio de 2017, necessitando ir para o serviço de urgência e emergência do hospital Bezerra de Menezes para avaliação psiquiátrica, permanecendo por 1 dia com aumento da dosagem do medicamento Risperidona para 1mg de manhã e 2mg a noite. Necessitou retornar ao hospital no mesmo dia da alta, pois houve a segunda
130 tentativa de suicídio, na qual o paciente utilizou um pedaço de madeira e tentou ferir região de orofaringe. Retornou ao mesmo hospital através de transporte pelo SAMU e foi internado por um período de 3 dias com manutenção dos medicamentos antes prescritos e acréscimo de Prometazina 25g à noite. O comportamento do paciente na internação foi excelente e não houve intercorrências. Paciente recebeu alta e, em sua residência, iniciou
135 comportamento de isolamento, com a terceira tentativa de suicídio, na qual se isolou no banheiro e arrancou os fios do chuveiro, na tentativa de se electrocutar. D. referia que vezes mandavam ele agir dessa forma. Voltou, portanto, a ser internado no mesmo hospital por mais 5 dias, com acréscimo na prescrição já existente de Sertralina 50mg. O

paciente apresentou melhora geral, e não houve intercorrências nos dias posteriores,
140 porém o paciente corre o risco de futuras crises, caso haja a interrupção medicamentosa
novamente. Sua avaliação após essa última internação será feita no CAPS de São José do
Rio Preto.

Exame Físico: Paciente em bom estado geral, consciente e orientado em tempo e
espaço, hidratado, normocorado, acianótico, anictérico, afebril.

145 **Aparelho Respiratório:** Murmúrio vesicular audível bilateralmente sem
presença de roncosp difusos. Frequência respiratória: 20irpm.

Aparelho Cardiovascular: Ritmo cardíaco regular em 2 tempos, bulhas
normofonéticas, ausência de sopros adventícios. Frequência cardíaca: 75bpm. Pressão
arterial: 115x80 mmHg.

150 **Abdome:** Plano, atípico, RHA+, indolor à palpação superficial e profunda,
peristalse normal, sem visceromegalias.

Membros Inferiores: Pulsos presentes, rítmicos e bilaterais. Ausência de
edemas, panturrilhas livres.

Exame Psíquico: (feito em sala de reunião do HPBM, sem interrupções, em
155 ambiente calmo).

Paciente encontra-se acordado, sentado na cadeira, com cabelo e barba em boa
aparência, mostrando-se calmo perante o examinador e bastante paciente em fornecer seu
relato. Auxilia a mãe no relato de seu caso clínico. Refere o lugar em que se encontra,
data e a hora aproximadas corretamente. Atenta-se às perguntas feitas e as responde
160 adequadamente, buscando explicações longas e elaboradas. Não aparenta dificuldade em
relembrar os episódios que relata. Cita temas místicos e religiosos, mostrando interesse
em ser missionário, ajudar pessoas e aprender a tocar instrumentos musicais. Não
demonstra estar triste, tampouco eufórico ou inquieto com o ambiente em que se encontra,
mas sorridente e solícito ao realizar a entrevista. Refere vontade de não assustar sua mãe
165 com novas tentativas de suicídio.

Súmula Psicopatológica:

- 1) **Aparência** = bem cuidado;
- 2) **Atitude** = desconfiado, a princípio pouco colaborativo, gradualmente mais
170 aberto e com bom contato interpessoal;
- 3) **Consciência** = vígil, consciente;
- 4) **Atenção** = normotenaz e normovigil;

5) **Orientação** = preservada e orientada no tempo e espaço;

6) **Memória** = boa evocação da memória e sem déficits;

175

7) **Fala** = volume: baixo, velocidade: preservada;

8) **Pensamento** = inicialmente, aparentou tentativa de dissimulação do conteúdo, mas logo revelou pensamento permeado por delírios de cunho místico-religioso, sem consciência de morbidade. Apresenta percepção e intuição delirantes;

9) **Sensopercepção** = não exterioriza alterações;

180

10) **Discurso** = fluente e elaborado;

11) **Humor** = eufímico;

12) **Afeto** = modulado adequadamente;

13) **Psicomotricidade** = discreta lentificação psicomotora.

14) **Inteligência** = preservada;

185

15) **Pragmatismo** = hipopragmático;

16) **Prospecção** = consciente e exequível;

17) **Consciência da Morbidade** = sem consciência da morbidade;

Diagnóstico provável: Esquizofrenia de início na infância.

190

3. Objetivos

A proposta apresentada neste trabalho pretende contribuir para o conhecimento dos leitores acerca das psicoses funcionais de início na infância e adolescência, chamando a atenção para o fato de que geralmente pacientes com esses quadros clínicos não melhoram com o passar do tempo, e além disso, existe caráter evolutivo dos sintomas até a idade adulta. Sendo assim, muitos evoluem para a esquizofrenia, condição multifatorial, severa e crônica, que requer geralmente necessidade de tratamento e acompanhamento multiprofissional. Para tanto, apresentamos o relato de um caso de esquizofrenia na infância em atendimento no Hospital Adolfo Bezerra de Menezes (HABM), localizado na cidade de São José do Rio Preto.

200

4. Justificativa

A esquizofrenia com início na infância costuma ser um quadro grave e de mau prognóstico, porém, com o diagnóstico estabelecido de forma precoce e com tratamento multiprofissional adequado, consegue-se alcançar melhores resultados no curso da doença.

205

5. Métodos

Apresentar o relato de um caso de esquizofrenia na infância em atendimento no Hospital Adolfo Bezerra de Menezes (HABM). As informações contidas neste relato foram obtidas por meio de entrevista clínica, revisão de prontuário, registros fotográficos dos métodos diagnósticos aos quais o paciente foi submetido e revisão de literatura atual.

6. Resultados e discussão

Paciente permaneceu internado por 1 mês no referido hospital para retorno de seu tratamento psiquiátrico com uso de Risperidona. Ele permaneceu 15 dias internado, com acompanhamento regular e de forma multiprofissional. Com cerca de 1 semana do uso contínuo da sua medicação, já houve melhora importante do quadro psicótico. No decorrer da internação, houve acréscimo de um ISRS (Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina) com melhora da ansiedade. Paciente recebeu alta após completa estabilidade de seu quadro, não apresentando alucinações auditivas, irritabilidade e agressividade. Foi contrarreferenciado ao CAPS (Centro de Apoio Psicossocial) para seguimento terapêutico e acompanhamento multiprofissional.

Referências

1. Ajuriaguerra J, Marcelli D. Psicoses infantis. In: Ajuriaguerra J, Marcelli D. Manual de Psicopatologia Infantil. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1991. p. 240-267.
2. Krynski S, Assumpção FB. Nota sobre o conceito e classificação das psicoses na infância. Bol CEEP; 1987; 5:20-3.
3. Volkmar, F. Childhood Schizophrenia. In: Lewis, M. Child and adolescent psychiatry: a Comprehensive Textbook. Baltimore: Williams & Wilkins; 1991. 621-628.
4. Mercadante, MT. Esquizofrenia Infantil. In: Assunmpção, Jr F.B. Psiquiatria da infância e da adolescência. São Paulo: Santos-Maltese; 1994. p. 183-193.
5. Sadock BJ. Signs and Symptoms in Psychiatry. In: Sadock BJ, Sadock VA. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. p. 677-89.

6. Tengan SK, Maia AK. Psicoses infantis. *Jornal de Pediatria*. São Paulo. Vol. 80, n °2 (supl), 2004.
7. Classificação de Transtorno Mental e de Comportamento da CID-10; Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas Coord. Organização Mundial da Saúde. Trad. Dorgival Caetano Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. p. 83-107.
8. Critérios diagnósticos do DSM-IV; referência rápida. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p. 141-153.
9. Kaplan HI, Sadock BJ. *Compêndio de Psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
10. Strub R, Wise MG. Diagnóstico Diferencial em neuropsiquiatria. In: Yudofsky S, Hales RE. *Compêndio de neuropsiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
11. Mari JJ, Razzouk D. *Guia de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP/EPM*. São Paulo: Manole; 2002.
12. Katzung BG. *Farmacologia Básica e Clínica*. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan; 1998.