



ESQUIZOFRENIA DE INÍCIO PRECOCE: UM RELATO DE CASO

IGOR FERREIRA DE JESUS; MARCELO TRINDADE JUNIOR; LUCAS NUNES DA SILVA; LORENA DIAS SILVA; NATHALIA MARQUES SANTOS

RESUMO

Os transtornos psicóticos são caracterizados por anormalidades que incluem delírios, alucinações, pensamento desorganizado, comportamento desorganizado e sintomas negativos, constituindo um desafio persistente na psiquiatria. Dentre esses transtornos, a esquizofrenia se destaca como um paradigma de complexidade, afetando significativamente a vida acadêmica, profissional e familiar dos indivíduos que a enfrentam. Sua etiologia é multifatorial, resultando de intrincadas interações entre fatores genéticos e ambientais. O tratamento eficaz desse transtorno debilitante requer uma abordagem holística, que combine o uso de antipsicóticos com intervenções psicossociais destinadas a aliviar tanto os sintomas positivos quanto os negativos. Neste estudo, apresentamos o caso de um adolescente de 16 anos diagnosticado com esquizofrenia, realizando uma análise minuciosa de sua sintomatologia, evolução e do impacto profundo desse diagnóstico em sua vida cotidiana. Para embasar essa investigação, revisamos artigos relacionados ao caso, coletados em diversas plataformas acadêmicas, como PUBMED, Scientific Electronic Library Online, Science Direct e Google Scholar, permitindo uma análise aprofundada do tema. O paciente começou a apresentar as primeiras alterações de comportamento aos 12 anos, manifestando sintomas que incluíam agressividade e comportamento bizarro. Durante o curso do tratamento, passou por várias terapias medicamentosas devido à ineficácia ou à ocorrência de efeitos adversos. Somente aos 15 anos, começou a experimentar melhorias em seus sintomas, embora seu prognóstico ainda permaneça reservado e ele enfrente desafios consideráveis em relação à sua autonomia. É de suma importância reconhecer que a esquizofrenia na infância e adolescência, embora rara, é uma condição de extrema relevância devido à sua gravidade e complexidade. Este estudo busca contribuir para um entendimento mais profundo dessa síndrome, com a esperança de que os insights obtidos possam facilitar diagnósticos precoces e intervenções mais eficazes no futuro.

Palavras-chave: Transtornos Psicóticos; Psiquiatria da Infância; Saúde Mental;

1. INTRODUÇÃO

A história do diagnóstico da Esquizofrenia remonta aos primórdios da psiquiatria, com os trabalhos pioneiros de Emil Kraepelin, que descreveu os sintomas dessa condição e os agrupou em uma síndrome caracterizada pela deterioração cognitiva e funcional ao longo da evolução do transtorno. No entanto, na visão de Kraepelin, não havia sinais ou sintomas patognomônicos específicos que pudessem definir claramente a esquizofrenia.

Posteriormente, outros notáveis estudiosos, como Eugen Bleuler e Kurt Schneider, contribuíram significativamente para o diagnóstico da esquizofrenia. Eles enfatizaram a importância das manifestações transversais, reconhecendo que certos sintomas desempenhavam um papel crucial na compreensão desse transtorno complexo. Esses avanços

na psiquiatria lançaram as bases para a compreensão contemporânea da esquizofrenia, que agora é definida e diagnosticada com base em critérios estabelecidos em manuais diagnósticos.

No manual mais recente da American Psychiatry Association (APA), o DSM-5, a esquizofrenia está categorizada no capítulo de Transtornos Psicóticos. Seu diagnóstico é composto por uma avaliação criteriosa dos sintomas observados, com destaque para os cinco sintomas descritos em seu Critério A para diagnóstico: delírios, alucinações, comportamento desorganizado, discurso desorganizado e sintomas negativos. Além disso, para que o diagnóstico seja confirmado, é fundamental observar o tempo de evolução, que deve ser de no mínimo 6 meses, e também o comprometimento do funcionamento em diferentes áreas da vida (Trabalho, relações interpessoais, autocuidado) quando comparado ao padrão anterior.

O diagnóstico da Esquizofrenia representa um desafio complexo, visto que essa condição psiquiátrica apresenta nuances e particularidades que a tornam intrigante de se compreender. A prevalência da Esquizofrenia é relativamente baixa, estimada em torno de 0,8-1% da população, o que a coloca como uma condição de baixa incidência no contexto global. No Brasil, a prevalência das Psicoses não-afetivas, que abrangem a Esquizofrenia, gira em torno de 1,9% da população.

Quando direcionamos o olhar para a Esquizofrenia de início precoce, essa condição torna-se ainda mais rara, com uma incidência diminuta de apenas 0,04%, de acordo com estudos de Coorte. O diagnóstico em crianças e adolescentes acrescenta uma camada adicional de complexidade, exigindo uma compreensão multifatorial que leve em consideração o desenvolvimento cognitivo, social e afetivo, variando de acordo com a idade e a história de vida de cada paciente. Geralmente, os casos de Esquizofrenia de início precoce são mais graves, caracterizados por um comprometimento mais profundo das funções e um prognóstico a longo prazo menos otimista.

A importância de um diagnóstico precoce não pode ser subestimada, uma vez que ele serve como base para a formulação de planos terapêuticos individualizados, considerando o estágio da doença e as possíveis repercussões crônicas que podem se desenvolver ao longo da evolução do transtorno.

Em um cenário em que compreender a complexidade da Esquizofrenia é crucial, esta introdução estabelece a base para a exploração mais aprofundada dessa condição psiquiátrica multifacetada. Ao abordar sua história diagnóstica, baixa prevalência, desafios no diagnóstico, etiologia multifatorial, neurobiologia subjacente, importância do diagnóstico precoce e abordagem terapêutica abrangente, estamos preparados para investigar com maior profundidade os aspectos clínicos e sociais desse transtorno, bem como o impacto que ele exerce sobre indivíduos e comunidades. A seguir, adentraremos nos métodos utilizados neste estudo e no relato detalhado do caso do adolescente diagnosticado com Esquizofrenia.

2 MATERIAIS E METODOS

Trata-se de um relato de caso da paciente CRR, do sexo masculino, adolescente com 16 anos de idade, com diagnóstico de Esquizofrenia. O paciente iniciou o acompanhamento psiquiátrico aos 14 anos com queixa principal da mãe de “Estava ficando agitado, agressivo e fazendo coisas perigosas”. Também foi iniciado acompanhamento psicoterápico, sendo que os dados coletados pelas duas equipes em entrevista e acesso ao prontuário são utilizados para compor o Relato de Caso. Foram analisados artigos relacionados com o relato do caso da paciente, recolhidos em várias plataformas, tais como PUBMED, Scientific Electronic Library Online, Science Direct, e Google Academic para discussão.

3 RESULTADOS

Paciente, sexo masculino, 16 anos, Natural de São Miguel do Araguaia-GO, Procedente de Goiânia - GO, estudante do 1 ano do Ensino Médico. Vem a consulta acompanhando da mãe que traz seguinte relato: “Estava ficando agitado, agressivo e fazendo coisas perigosas”.

Desde 2019, mãe diz que o comportamento está diferente, mais agitado e agressivo com as pessoas. Começou a estranhar seu pai, dizia que este não queria saber dele e começou a ficar agressivo. Nessa mesma época seus pais passaram por uma separação e, segundo a mãe, o evento influenciou no quadro comportamental do paciente. Há um ano e 6 meses iniciou comportamentos bizarros como entrar no chuveiro e não tomar banho, discurso desorganizado e falar sozinho.

Dizia que se preocupava, pois sua mente é “preta e vazia” e que “estou sem tomar água e meu corpo está diminuindo”. Relata que sabe de coisas que ninguém sabe, afirma ter conexão com mundo espiritual, além de recusa alimentar. Começou a andar sem rumo querendo fugir de casa. Estava em uso do Carbolitium e há 01 anos e 4 meses foi avaliado em CAPS e feito troca por Clozapina. Apresentou melhora da ansiedade e agitação, mas com sonolência diurna importante. Há 1 ano e 1 mês realizou nova troca por Risperidona, a qual utilizou por apenas uma semana com relatos de náuseas e vômitos. Iniciando então uso da Olanzapina 10mg/dia.

Manteve comportamento desorganizado, agressividade com seu padrasto e ainda pulava muros, sendo otimizado dose. Há 11 meses se observou melhora do comportamento e sono, estando mais organizado e com redução da frequência dos comportamentos e discursos estranhos. Ainda com certa sonolência diurna, que melhorou com ajuste de posologia há cerca de 9 meses. Desde então em uso de Olanzapina 10 mg (0.1.2). No último mês, começou a girar o olho pra cima, foi iniciado Biperideno 2mg (1.0.1) com controle parcial dos sintomas.

Atualmente possui discurso desorganizado, mãe diz que conversa em “linguagem robótica” desde o ano passado. Tem frequentado escola próxima a sua casa com atividades adaptadas, e costuma ir a pé (um quarteirão). Se nega a realizar tarefas doméstica, mas mantém higiene pessoal. É sedentário e fica maior parte do dia mexendo no computador, diz que “está trabalhando” e tem “capacidade de hackear”. Interessado em bolsa de valores. Gosta de ouvir música. Tem convívio tranquilo com sua mãe e padrasto, mas distante afetivamente. Ainda com discurso que padrasto “roubou o dispositivo da minha cabeça”. Nega se sentir ansioso, irritado ou agitado atualmente. Tem medo de ser agredido ao conversar com outras pessoas. Tem ideação suicida vaga, diz que conseguiria ressuscitar. Apresenta relato frouxo de escutar vozes que são do mundo espiritual. Segundo a mãe, apresenta dificuldade de se concentrar e esquecimentos frequentes. Sono regular, porém, não reparador. Apetite regular com ganho ponderal. Diurese e evacuações presentes e habituais.

Em sua curva vital no desenvolvimento infantil, apresentou dificuldades com fala e com 1 ano e 5 meses de vida, gaguejava e gritava, com necessidade de acompanhamento com fonoaudióloga. Era uma criança de fácil convívio, porem pouca interação social tendo 2 colegas, segundo relato materno. Tinha dificuldades na compreensão e execução das tarefas, sendo mais lento que outros da mesma idade. Apresentou prejuízos no aprendizado, sendo necessário voltar turmas para alfabetizar. Foram utilizados métodos lúdicos para o aprendizado, devido a dificuldade de concentração importante. Fez uso do Metilfenidato desde os 4 anos de idade com boa resposta e suspenso aos 12 anos. Apresenta interesse por eletrônicos desde muito novo. Ainda na infância recebeu diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista.

Em 2018, aos 12 anos, começou a ter mudança de seu comportamento, chegando a ficar agressivo na escola. Sofreu bullying desde muito jovem, mas começou a se defender nessa época.

Em 2019 teve primeira crise. Ficou agressivo, irritado, questionador. Começou a fazer coisas que antes não fazia, como sair de bicicleta sozinho, subir no telhado, tentando subir

muros e brigando na escola. Passou por avaliação Neurológica e Psiquiátrica, estava mais eufórico e agitado para falar e agir. Iniciado tratamento para Transtorno Bipolar com Carbolitium 450mg (0-0-2). Usou prévio de quetiapina, Haloperidol em 2019.

Ao exame do estado mental: Apresentação: vestes em alinhio, higiene pessoal adequada, autocuidado presente, postura colaborativa. Plano intelectual: Consciência normal, orientado alopsiquicamente, desorientado em tempo, hipovigil e hipotenaz, sem alteração da sensopercepção. inteligência abaixo da média. Descarrilhamento do Pensamento, com conteúdo delirante bizarro. Linguagem com Solilóquios, Neologismos, criptolalia, Ecolalia. Plano afetivo: Consciência do Eu preservada, humor plano. Afeto embotado Nexos afetivos comprometidos. Insight ausente. Plano volitivo: Hipobúlico e hipopragmatico. Instinto/impulsos normais, Impressionabilidade reduzida. Sugestionabilidade reduzida. Sem alterações da psicomotricidade.

A partir da história psiquiátrica, foi feito diagnóstico de Esquizofrenia pelo DSM-V, sendo iniciado tratamento medicamentoso com Olanzapina 30mg/dia, devido sua boa resposta e falha com outros antipsicóticos, inclusive falhando com Clozapina que é medicação de escolha para quadros refratários. Considera-se um reservado prognóstico para paciente.

4 DISCUSSAO

Para iniciar a discussão, é fundamental considerar a coleta de dados do paciente realizada pela Equipe de Psiquiatria em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na região de Goiânia. Essa coleta de dados foi abrangente, abordando não apenas a história atual, mas também traçando uma avaliação longitudinal da curva vital do paciente.

Além do diagnóstico principal de Esquizofrenia de Início Precoce, é relevante explorar como o diagnóstico prévio de Transtorno do Espectro Autista (TEA) pode, na realidade, ser um estágio prodrômico da Esquizofrenia. Essa conexão é importante, pois ambos os transtornos compartilham características de comprometimento funcional em áreas acadêmicas, atrasos na aquisição de habilidades e dificuldades relacionadas à cognição social. À medida que o quadro clínico evolui, observamos uma transição dos sintomas prodrômicos para mudanças no comportamento do paciente, culminando no primeiro surto psicótico, caracterizado por comportamento desorganizado.

Subsequentemente, nos episódios seguintes, torna-se ainda mais evidente a manifestação de características psicopatológicas clássicas da Esquizofrenia, tais como delírios, alterações nas formas de pensamento, distúrbios da linguagem e prejuízos na volição e no afeto. Diante desse conjunto de sintomas e da progressão do quadro clínico, o diagnóstico de Esquizofrenia torna-se apropriado e fundamentado para esse paciente.

A etiologia da Esquizofrenia é multifatorial, envolvendo componentes genéticos e ambientais. Evidências sólidas sustentam uma forte predisposição familiar para esse transtorno, destacada por estudos com gêmeos, onde a concordância da doença em gêmeos monozigóticos atinge notáveis 88,2%, enquanto gêmeos dizigóticos apresentam uma concordância bem mais baixa, de 22,3%.

No âmbito ambiental, diversos fatores de risco estão associados à Esquizofrenia, incluindo o uso de maconha, experiências traumáticas na infância, residência em áreas urbanas, imigração de primeira geração e complicações obstétricas.

Para compreender a base do tratamento e seus principais efeitos adversos, é fundamental explorar a etiopatogenia e a neurobiologia da Esquizofrenia. Estudos de imagem, por exemplo, revelaram hipotrofia cortical e dilatação ventricular, indicando a possibilidade de um processo neurodegenerativo em andamento. Além disso, a hipótese de um componente de neurodesenvolvimento que interage com o ambiente tem sido explorada como uma explicação para o surgimento do transtorno.

Os principais modelos etiopatogênicos direcionam sua atenção para a dopamina e seus circuitos cerebrais associados, culminando na Hipótese Dopaminérgica. Segundo essa hipótese, o aumento de dopamina na via mesolímbica está relacionado aos fenômenos alucinatorios e delirantes, enquanto a diminuição da dopamina na via mesocortical está associada aos sintomas negativos. As vias nigroestriatal e tuberoinfundibular também desempenham papéis específicos, relacionando-se com os sintomas extrapiramidais e as alterações da prolactina, frequentemente observadas no contexto dos tratamentos medicamentosos propostos.

O tratamento da Esquizofrenia é uma abordagem multifacetada que envolve intervenções farmacológicas e psicossociais. A principal classe de medicamentos para o tratamento dessa condição são os antipsicóticos, que podem ser divididos em dois grupos: os típicos e os atípicos. Esses medicamentos atuam principalmente por meio do antagonismo dos receptores D2 e desempenham um papel fundamental no controle dos sintomas agudos e na prevenção de recaídas.

No caso em questão, observamos uma diversidade de abordagens psicofarmacológicas ao longo do tratamento. Inicialmente, o paciente recebeu tratamento com lítio, seguido pelo uso de antipsicóticos como a Risperidona e, posteriormente, a Clozapina. Vale ressaltar que a Clozapina é especialmente importante para casos refratários, mas sua utilização pode ser limitada devido a efeitos colaterais significativos, como sedação.

Devido à intolerância aos efeitos colaterais, a Clozapina foi substituída pela Olanzapina, com a dose chegando a 30mg/dia. Para mitigar os efeitos colaterais relacionados à síndrome extrapiramidal, foi necessário adicionar o uso de Biperideno, um agente anticolinérgico.

Esse histórico de tratamento exemplifica a complexidade do manejo farmacológico da Esquizofrenia e destaca a importância da busca por opções terapêuticas que sejam eficazes para cada paciente, levando em consideração tanto a eficácia no controle dos sintomas quanto a tolerabilidade dos medicamentos.

Além das abordagens farmacológicas, as intervenções psicossociais desempenham um papel significativo, visando à reintegração do paciente na sociedade. Essas intervenções incluem psicoterapia, terapia ocupacional e treinamento de habilidades sociais. É crucial compreender tanto o transtorno em si quanto seus impactos na vida do paciente e na sociedade em geral. Os custos associados à Esquizofrenia têm aumentado ao longo dos anos, em parte devido à diminuição da mortalidade infantil, o que resulta em uma maior população em risco. É relevante destacar que os maiores gastos relacionados à Esquizofrenia estão concentrados em países de baixa renda, enfatizando a importância de abordar essa questão não apenas do ponto de vista clínico, mas também sob a perspectiva política e social.

5 CONCLUSÃO

Conclui-se, portanto, que é de suma importância a discussão aprofundada do diagnóstico de Esquizofrenia de Início Precoce. Neste contexto, abordamos essa questão em conjunto com a avaliação psicopatológica, que desempenha um papel crucial na busca por diagnósticos mais eficazes e precoces.

Além disso, destacamos a relevância do tratamento farmacológico e algumas das complexidades envolvidas, as quais podem se refletir em desafios na prestação de cuidados a esses pacientes. Portanto, é imperativo aumentar a conscientização e aprofundar o estudo desses temas, a fim de aprimorar a qualidade de vida dos pacientes afetados por essa condição.

É importante reconhecer as limitações inerentes a um estudo de caso, uma vez que este se restringe à apresentação e discussão de um caso específico. No entanto, enfatizamos a necessidade de buscar evidências mais robustas por meio de pesquisas adicionais, visando

estabelecer uma condução mais sólida para a abordagem estruturada de pacientes com características semelhantes às do caso relatado.

REFERÊNCIAS

Driver DI, Thomas S, Gogtay N, Rapoport JL. Childhood-Onset Schizophrenia and Early-onset Schizophrenia Spectrum Disorders: An Update. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2020 Jan;29(1):71-90. doi: 10.1016/j.chc.2019.08.017. PMID: 31708054.

Dalgalarrondo, Paulo. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais [recurso eletrônico] / Paulo Dalgalarrondo. – 3. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2019.

Elkis H. A evolução do conceito de esquizofrenia neste século. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000 May;22(suppl 1):23–6.

Howes OD, Kapur S. A neurobiological hypothesis for the classification of schizophrenia: Type a (hyperdopaminergic) and type b (normodopaminergic). *Br J Psychiatry*. 2014;205(1):1-13.

Miguel, Euripedes Constantino et al. Clínica psiquiátrica: as grandes síndromes psiquiátricas, ed., ampl. e atual. Barueri [SP]: Manole, 2021.

Malla AK, Norman RM. Prodromal symptoms in schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 1994 Apr;164(4):487-93. doi: 10.1192/bjp.164.4.487. PMID: 8038937.

Tandon R, Gaebel W, Barch DM, Bustillo J, Gur RE, Heckers S, Malaspina D, Owen MJ, Schultz S, Tsuang M, Van Os J, Carpenter W. Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophr Res*. 2013 Oct;150(1):3-10. doi: 10.1016/j.schres.2013.05.028. Epub 2013 Jun 22. PMID: 23800613.