



Esta obra está sob o direito de  
Licença Creative Commons  
Atribuição 4.0 Internacional.

---

## **SÍNDROME DE TOURETTE E RELATO DE CASOS RELATADOS PELA EXPERIÊNCIA EM SALA DE AULA**

*Rosatrícia da Silva Moura*

### **RESUMO**

A Síndrome de Tourette (ST), outrora considerada rara - apenas uma curiosidade da autora - tem sido alvo de crescente relevância nas práticas abordadas abaixo. Associando-se ao Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), integra-se ao "Espectro Obsessivo-Compulsivo", despertando o interesse de centros de pesquisa. Este trabalho busca aprofundar sobre o tema. Aborda o transtorno. Foram e relatados em sala de aulas com outros profissionais que estavam fazendo um levantamento para as descobertas, na escola e são da saúde. Um caso pela autora de TOC e Transtornos Relacionados: um caso clássico, peculiaridades da ST em um portador de retardo mental e um caso de Tourettismo.

## PERSPECTIVA

A patologia que atualmente conhecemos como Síndrome de Gilles de la Tourette (ST) foi inicialmente descrita pelo médico francês Jean Marie Itard, em 1825. Relatou o caso de uma nobre francesa, a Marquesa de Dampière, desde os seus sete anos portadora de tiques corporais persistentes. Emitia sons semelhantes a latidos, além de proferir obscenidades que a forçaram a viver reclusa pela maior parte de sua vida.

Posteriormente, em 1873, Trousseau descreveu tiques motores, vocalizações bizarras e palilalia como sintomas integrantes da doença, então denominada "maladie des tics". George Beard, em 1881, relatou os casos dos "Franceses saltitantes de Maine", doentes portadores de ecolalia e reações de sobressalto exageradas.

Foi em 1884 que George Gilles de la Tourette, interno de Charcot no Hospital de la Salpêtrière, descreveu mais oito casos de tiques múltiplos, coprolalia e ecolalia. Retomou os casos descritos anteriormente por Itard e Beard, considerando-os integrantes da mesma síndrome. Charcot, premiando a brilhante contribuição, conferiu o epônimo de Gilles de la Tourette à doença dos tiques.

Entre outubro de 1885 e março de 1886, Freud freqüentou a enfermaria de Charcot naquele hospital. Relatou que "as

coréias e as diversas formas de tiques (por exemplo, a doença de Gilles de la Tourette) estavam recebendo atenção especial durante a época em que freqüentei aquele serviço". Acrescentou ainda que "Charcot considerava existirem dois tipos de tiques: o verdadeiro ou neurológico e o histérico. A diferença entre eles é que os verdadeiros são permanentes, enquanto os histéricos desaparecem mais cedo ou mais tarde".

Ao final do século XIX e início do XX, com o advento da psicanálise, foram elaboradas hipóteses psicogênicas para a ST. Estas permaneceram em voga até que os avanços da psicofarmacologia, na década de 50, permitiram a elaboração de hipóteses biológicas.

Recentemente tem havido crescente interesse pela doença e vários estudos vêm sendo desenvolvidos, alguns de natureza histórica - tentativa de identificar personalidades famosas como portadores da Síndrome (Mozart, um irmão de Tolstoy, e até mesmo Ana Freud) -, outros de natureza neurológica e/ou psiquiátrica.<sup>2,5</sup> Esse interesse deve-se ao fato de que a ST tem se mostrado muito frequente. Depois, desperta curiosidade pela alta comorbidade com o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) e com o Transtorno de Hiperatividade com Déficit de Atenção, levando a um questionamento sobre uma possível base neurobiológica comum. Além do mais, trata-se de uma doença grave, muitas vezes

com grande comprometimento psicossocial, causando intenso sofrimento aos portadores e seus familiares.

Durante muito tempo a ST foi considerada não como um distúrbio, mas como "um jeito meio nervoso de ser". Assim, o objetivo deste trabalho é divulgar a existência desse transtorno, tão pouco conhecido pelos profissionais de saúde, subdiagnosticado, alertando para as possibilidades de tratamento.

Muito tempo se passou até que a psiquiatria pudesse elaborar melhores conceitos sobre o tema.

De acordo com o DSM-IV8, tiques são movimentos involuntários, súbitos, rápidos, recorrentes, não rítmicos e estereotipados. Aparecem também na forma de vocalizações. Ocorrem de forma contínua ou em acessos. Às vezes são precedidos por uma sensação desconfortável, chamada de sensação premonitória e frequentemente seguidos por uma sensação de alívio. Geralmente desaparecem durante o sono e diminuem quando da ingestão de álcool e durante atividades que exijam concentração. Ao contrário, são exacerbados pelo estresse, fadiga, ansiedade e excitação. Podem ser suprimidos pela vontade, mas ao custo de elevada tensão emocional.

Os tiques complexos podem organizar-se e serem ritualizados, o que os torna, às vezes, difíceis de diferenciar das

compulsões, que seriam precedidas de fenômenos cognitivos e acompanhados de sinais autonômicos (ansiedade), enquanto os tiques são geralmente precedidos de fenômenos sensoriais (sensações premonitórias) seguidos de alívio.

## **CLASSIFICAÇÃO DOS TIQUES**

A primeira grande classificação dos tiques, de acordo com critérios descritivos, deve ser a de tiques motores e vocais, que por sua vez se subdividem em simples e complexos. Os primeiros envolvem contrações de grupos musculares funcionalmente relacionados, são abruptos, rápidos, repetidos e sem propósito, geralmente percebidos como involuntários.

Os tiques complexos, entretanto, são mais lentos, envolvem grupos musculares não relacionados funcionalmente, podem parecer propositados. De acordo com esse grupo, uma sucessão de tiques simples situa-se no limite entre o que se entende por tique simples e complexo.

Dentre os tiques complexos estão incluídos a ecocinese ou ecopraxia (imitação de gestos realizados por outrem), e a copropraxia (realização de gestos obscenos). Coprolalia e ecolalia são seus equivalentes na linguagem e palilalia, a repetição de sons, sílabas ou palavras.

Os tiques podem ser, ainda, tônicos ou clônicos. Os tônicos ou distônicos são

sustidos, mais lentos, enquanto os outros são breves, súbitos.

Os tiques vocais são sons produzidos pela passagem de ar através do nariz ou boca. Tiques vocais simples são meros sons, enquanto os complexos apresentam significado e incluem coprolalia, palilalia e ecolalia.

Já a Tourette Syndrome Association (TSA), uma entidade norte-americana dedicada ao desenvolvimento de pesquisas e divulgação científica sobre a ST, considera as classificações anteriormente citadas insuficientes. Elaboraram uma versão própria na qual os tiques são considerados como "definidos" ou "históricos", dependendo de terem ou não sido testemunhados por um observador confiável.

A tradução livre dos critérios diagnósticos da TSA referentes à ST é apresentada a seguir:

Por este motivo de tanto se aprofundar no tema, foram escolhidos como referência para o nosso estudo e passam a ser transcritos a seguir:

### **Transtorno de Tourette**

A - Presença de múltiplos tiques motores e um ou mais tiques vocais em algum momento durante a doença, embora não necessariamente ao mesmo tempo (um

tique é um movimento ou vocalização súbita, rápida, recorrente, não rítmica e estereotipada).

B - Ocorrência de tiques muitas vezes ao dia (geralmente em ataques), quase todos os dias ou intermitentemente durante um período de mais de um ano, sendo que durante este período jamais houve uma fase livre de tiques superior a três meses consecutivos.

C - Acentuado sofrimento ou prejuízo significativo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo, ocasionados pelo transtorno.

D - O início dá-se antes dos 18 anos de idade.

E - O transtorno não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo, estimulantes) ou a uma condição médica geral (por ex., doença de Huntington ou encefalite pós-viral).

O tique motor ou vocal crônico é semelhante à ST, com a diferença de que os sintomas apresentados são motores ou vocais e nunca ambos estão presentes, ainda que não concomitantes.

No transtorno de tique transitório a patologia ocorre por um mínimo de quatro

semanas e nunca ultrapassa 12 meses consecutivos. Ou seja, a única diferença entre este e a ST é o critério temporal. Existem critérios especificadores quanto ao seu caráter único ou recorrente.

Para aqueles tiques não enquadrados nos critérios anteriores, existe a categoria Transtorno de Tique Sem Outra Especificação. Como exemplo, citaríamos sintomas com início após os 18 anos de idade ou aqueles com duração inferior a quatro meses e, ainda, os casos de tourettismo, que serão abordados posteriormente.

## **Relato de casos**

### **Caso 1**

A., 13 anos, sexo feminino, estudante.

Aos sete anos de idade a paciente passou um período em que, ao andar, ora girava ao redor do seu tronco, ora se agachava. Ao ser acompanhada por uma prima na brincadeira foi repreendida e, aparentemente, abandonou o ato. Posteriormente, passou a realizar gestos obscenos, sendo castigada. Ao que parece, permaneceu assintomática até aproximadamente um ano atrás, quando a genitora percebeu que sua filha repetia palavras que ouvia dos outros (ecolalia) e as próprias palavras (palilalia). Repetia, por

exemplo, "trans, trans, trans", " morte, morte, morte".

Depois de um período aproximado de quatro meses, começou a proferir palavras obscenas involuntariamente e fora de qualquer contexto (coprolalia). Posteriormente, passou a apresentar tiques motores simples que foram mudando de localização ao longo do tempo. Apresentou inicialmente movimentos de nariz (torcer o nariz), caretas faciais e levantar dos ombros. Depois, passou a apresentar um tique motor complexo caracterizado por fungar, movimentar os ombros e balançar o tronco em uma seqüência estereotipada e repetitiva a cada dois segundos. Tem ainda história de tiques vocais, como pigarrear e comportamento compulsivo de ordenação. O quadro descrito passou a interferir na sua vida familiar e escolar. Foi repreendida devido à coprolalia e discriminada na escola, tendo recebido o apelido de "tic-tic". Seu rendimento escolar foi comprometido. Tornou-se irritada e desobediente.

Trata-se de um caso clássico de ST com tiques motores e vocais crônicos, incluindo ecolalia, palilalia e coprolalia, que são vistos em apenas um terço dos casos. Apesar das queixas terem surgido há um ano, acreditamos que os primeiros sintomas tenham surgido na infância, por volta dos sete anos. É difícil afirmar com certeza, já que grande parte das crianças normais apresenta comportamentos

obsessivos e rituais durante o período de crescimento, principalmente na faixa etária dos 2 aos 4 anos. Durante o tratamento, segundo a paciente, a paciente teve a sua menarca e pudemos observar uma leve piora dos sintomas no período pré-menstrual, o que condiz com um caso. A compulsão à ordenação persiste, mas não se trata de um sintoma que interfira no seu cotidiano. Acreditamos que seja apenas um sintoma associado, não constituindo um quadro de TOC. É importante salientar que, sendo o genitor uma pessoa "obsessiva", este seja um traço característico da identificação com a figura paterna.

Podemos pensar que haja uma susceptibilidade familiar à febre reumática que tenha se manifestado na forma de PANDAS na nossa paciente, cíclica na história de A. Aliado à presença de prováveis casos de TOC na família paterna, temos um possível caso de ST em um primo da paciente.

Entretanto, é curioso que o aparecimento dos sintomas tenha se dado justamente no período em que o pai teve que se ausentar por alguns meses, a trabalho. Esta ausência pode ter reagudizado os sintomas depressivos maternos. É interessante observar que, enquanto apenas 10% dos casos têm coprolalia, nossa paciente, justamente em um período difícil de seu desenvolvimento, a adolescência, passe a falar palavrões, em um ambiente

castrador e severo. Se, por um lado, temos o determinismo genético, de outro lado temos uma jovem portadora de um terreno (emocional) fértil, propício para que esta síndrome genética nele se desenvolva. Uma pessoa, filha de mãe deprimida, ausente, e de um pai castrador, intolerante. Filha de uma família em que foi necessário adoecer para obter a atenção parental.

## Caso 2

B., 38 anos, casado, motorista de táxi e aluno.

Há seis meses, ao ser atendido diagnosticado de TOC, o paciente queixava-se do surgimento de tiques. O sintoma apresentado era caracterizado por fechamento do olho esquerdo, com contração da musculatura geniana e elevação da comissura labial ipsilateral. Referia que esse tique vinha prejudicando sua concentração no trânsito, deixando-o ansioso. Apresentava também insônia. Vinha fazendo uso de bromazepam havia seis meses, com melhora parcial da insônia, porém sem melhora dos tiques. Relatava ainda episódios de tensão abdominal e de torção do nariz, além de alteração da linguagem do tipo bloqueio da fala.

Referia ter apresentado comportamento hiperativo na infância. Esta informação foi obtida da sua genitora. Há

sete anos, em um acidente automobilístico, sofreu traumatismo crânio-encefálico, com afundamento do crânio e exposição do seio frontal, sem lesão meníngea. Esteve em coma durante 10 dias, obtendo completa recuperação, com retorno às atividades laborativas. Informava ter um filho hiperativo de cinco anos. Não relatava patologias psiquiátricas em outros membros da família.

O paciente é autônomo, taxista, responsável pelo sustento da esposa e do filho. B tem o segundo grau completo. A esposa não concluiu o ginásio. Sempre foi pai e marido dedicado, até o momento em que, em decorrência dos tiques, passou a "perder o prazer em tudo, até em brincar com o filho".

Exame físico e neurológico sem anormalidades, exceto pela presença dos tiques e do afundamento craniano. EEG, ECG e parecer cardiológico sem alterações.

Visto tratar-se de um caso de ST em um paciente com mais de 18 anos e com história sugestiva de causa orgânica definida (TCE), levantamos a possibilidade do diagnóstico de Tourettismo, embora haja um hiato de sete anos entre o acidente e o início da sintomatologia. No relato de Fahn<sup>50</sup>, em 1982, o caso de Tourettismo pós-traumático teve início passados dois meses do acidente. Não obstante, não existe na literatura uma definição do tempo necessário entre a causa e o efeito. É óbvio

que, quanto menor este intervalo, maior a probabilidade da relação causal. É interessante assinalar o passado de hiperatividade, haja visto a sua associação com a ST em até 50 % dos casos.<sup>73</sup> Poderíamos pensar, talvez, que estivéssemos diante de uma verdadeira ST de início tardio.

### Caso 3

C., 18 anos, sexo masculino.

O paciente vinha apresentando tiques motores e vocais de progressão rostro-caudal havia três anos. Há um certo tempo sendo acompanhado por um profissional da saúde, foi diagnosticado com TOC. É portador de retardo mental de moderado a grave, segundo sua mãe. Foi exposta a Raio X durante sua gestação. O acompanhamento pré-natal, entretanto, transcorreu sem anormalidades. Até os 12 meses apresentava desenvolvimento neuropsicomotor aparentemente dentro dos padrões de normalidade, quando sofreu um acidente (queda do berço). A genitora não sabe informar a ocorrência de perda da consciência na ocasião. A partir de então perdeu as habilidades adquiridas, como articular palavras curtas: papai, mamãe, bola, água. Tornou-se uma criança inquieta, o que motivou a administração por alguns anos, tendo obtido melhora. A partir dos cinco anos de idade, voltou a pronunciar

algumas palavras. Atualmente, a linguagem é composta de poucos vocábulos simples, ditos com dificuldade. O paciente é totalmente dependente dos cuidados maternos, necessitando de ajuda para a realização das atividades básicas de higiene e alimentação. É sociável e compreende a conversação simples. Frequenta uma escola para excepcionais. Há aproximadamente três anos, quando tinha quatorze anos de idade, passou a apresentar tiques motores e vocais com localização alternante ao longo do tempo. No início, piscava os olhos, pigarreava, mordida os lábios, fazia caretas e esticava a língua, além de elevar o ombro direito. Foi inicialmente tratado numa clínica neurológica,. Apresentava vocalizações repetitivas e estereotipadas, como proferição de ssá-ssá ou nomes próprios, como Ana, que é uma "namorada" da escola.

A genitora referia, além do pré-natal citado anteriormente, história de amigdalites repetidas na infância, embora não tenha sido acometido por febre reumática. Exame neurológico sem alterações, exceto pela presença de tiques e estrabismo divergente. É diabético, compensado apenas com dieta específica. Não foi evidenciada patologia cardíaca. Apresenta exames complementares sem anormalidades (EEG, ECG, tomografia craniana computadorizada).

É o primeiro de uma prole de dois. É de família humilde, vive em uma casa simples, com saneamento básico, dividindo o ambiente familiar com seus pais e uma irmã. Todos se relacionam com C. de modo carinhoso, principalmente o pai, ao qual é muito próximo afetivamente.

Este caso revela como principal dificuldade a caracterização das suas vocalizações como sendo tiques vocais complexos ou estereotipias de linguagem próprias de um portador de retardo mental grave.

O diagnóstico de ST é compatível com os critérios do DSM-IV. Entretanto, a história de múltiplas injúrias sobre seu sistema nervoso central levanta a possibilidade de pensarmos em Tourettismo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

HANNA GL. Tic disorders. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editors. Comprehensive textbook of psychiatry VI. 6th ed. Maryland: Williams and Wilkins; 1995.

FREUD S. Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim (1886). Rio de Janeiro:Ed. Standard Brasileira, Imago Editora ;1980. vol I, p. 39-53.

SANTOS MP. Síndrome de Tourette (ST): uma raridade muito frequente... Inform Psiq 1997;16:14-18.

ROBERTSON MM, Trimble MR, Lees AJ. The Psychopathology of the Gilles de la Tourette Syndrome: a phenomenological analysis. Br J Psychiatry 1988; 152:383-90.

FREUD, S. Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar (1893) (Breuer e Freud). Rio de Janeiro: Imago Editora; 1980. Vol II, p. 177-91.

BARABAS G. Tourettism. Pediatr Ann 1988; 17 Suppl 6:422-23.

LECKMAN J, Scahill L. Possible exacerbation of tics by androgenic steroids. N Eng J Med 1994; 322:1674.

SCHWABE MJ, Konkol RJ. Menstrual cycle-related fluctuations of tics in Tourette Syndrome. Pediatr Neurol 1992; 8 Suppl 1:43-46