

Aula 12 – Esquizofrenia: Sintomas Positivos e Negativos

POSITIVE SYMPTOMS

Curso de Psicologia dos Transtornos Mentais

Objetivos de Aprendizagem

Ao final desta aula, você será capaz de:

- **Diferenciar** os sintomas positivos e negativos da esquizofrenia, compreendendo seu impacto distinto no funcionamento do indivíduo.
- **Identificar** os principais tipos de delírios e alucinações, analisando seus conteúdos e formas de manifestação.
- **Analisar** a desorganização do pensamento, da fala e do comportamento como uma dimensão central do transtorno.
- **Compreender** o conceito de déficits cognitivos e sua relevância para o prognóstico e a reabilitação.
- **Aplicar** o raciocínio clínico inicial para distinguir a esquizofrenia de outros transtornos, com base na sintomatologia apresentada.

Relevância e Aplicação Prática

Compreender a esquizofrenia vai muito além de memorizar uma lista de sintomas. Este transtorno, marcado por sua profunda heterogeneidade, desafia clínicos e pesquisadores a olharem para a experiência humana de uma forma única. Para você, estudante ou futuro profissional, dominar esta aula significa adquirir a base para um diagnóstico diferencial preciso, planejar intervenções eficazes e, fundamentalmente, combater o estigma através do conhecimento. O conteúdo aqui apresentado é crucial tanto para a prática clínica quanto para questões de concursos que exigem um entendimento aprofundado da psicopatologia.

Mapa da Aula

1. **A Esquizofrenia como um Espectro:** Critérios e Heterogeneidade.
2. **Sintomas Positivos:** A adição de experiências anormais.
 - Delírios: Crenças irreduzíveis.
 - Alucinações: Percepções sem estímulo.
 - Pensamento e Comportamento Desorganizado.
3. **Sintomas Negativos:** A ausência de comportamentos esperados.
 - Embotamento Afetivo, Alogia e Avolição.
4. **Déficits Cognitivos:** O pilar silencioso do transtorno.

Parte 1: A Esquizofrenia Como Um Espectro e a Visão Diagnóstica Atual

Desvendando a Complexidade: Mais do que um Transtorno, um Espectro

Antes de mergulharmos nos sintomas específicos, é fundamental abandonar a ideia de que a esquizofrenia é uma condição monolítica e uniforme. A realidade clínica e as pesquisas mais recentes, refletidas no **DSM-5-TR** (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª Edição, Texto Revisado) e na **CID-11** (Classificação Internacional de Doenças, 11ª Revisão), concebem a esquizofrenia dentro de um **espectro**. Isso significa que a manifestação, a gravidade e a combinação dos sintomas variam imensamente de pessoa para pessoa. A antiga abordagem, que dividia a esquizofrenia em subtipos como "paranoide", "desorganizada" ou "catatônica", foi abandonada no DSM-5-TR por reconhecer que esses subtipos não eram estáveis ao longo do tempo e tinham pouca validade prognóstica.

A perspectiva atual enfatiza uma abordagem dimensional, avaliando a gravidade de cada um dos principais sintomas. Imagine dois indivíduos diagnosticados com esquizofrenia: um pode apresentar delírios persecutórios intensos, mas um funcionamento social relativamente preservado, enquanto o outro pode ter poucos sintomas positivos, mas ser profundamente afetado por sintomas negativos como a avolição (falta de motivação), que o impede de realizar atividades básicas. Ambos se enquadram no diagnóstico, ilustrando a **heterogeneidade** do transtorno. Essa visão é crucial, pois orienta um plano de tratamento muito mais individualizado e alinhado às necessidades específicas de cada paciente, integrando a perspectiva biopsicossocial que reconhece a interação de fatores genéticos, neurobiológicos, psicológicos e ambientais.

NOTA IMPORTANTE: As informações sobre os critérios diagnósticos do DSM-5-TR e da CID-11 estão atualizadas até 2024. Manuais diagnósticos são revisados periodicamente. Consulte sempre as versões mais recentes publicadas pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para a prática clínica e estudos.

A Convergência e as Nuances Entre DSM-5-TR e CID-11

Para profissionais e estudantes, navegar entre o DSM e a CID é uma realidade cotidiana. Ambos os manuais são ferramentas essenciais para o diagnóstico, mas possuem algumas diferenças sutis na abordagem da esquizofrenia que vale a pena conhecer. O **DSM-5-TR** define o diagnóstico pela presença de pelo menos dois sintomas característicos (delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico, e sintomas negativos), sendo que um deles deve ser obrigatoriamente delírios, alucinações ou discurso desorganizado. Esses sintomas devem persistir por um período significativo durante um mês e causar disfunção social ou ocupacional.

A **CID-11**, por sua vez, também adota uma abordagem dimensional e removeu os subtipos clássicos, alinhando-se ao DSM. No entanto, a CID-11 propõe especificadores de domínio de sintomas (sintomas positivos, negativos, depressivos, maníacos, psicomotores e cognitivos) que devem ser avaliados quanto à sua gravidade. Uma diferença notável é que a CID-11 não exige a disfunção social/ocupacional como um critério diagnóstico obrigatório, embora reconheça sua frequência e importância. Essa pequena, mas significativa, diferença reflete uma perspectiva que busca definir o transtorno primariamente por seu quadro psicopatológico, considerando o prejuízo funcional como uma consequência comum, mas não um pré-requisito indispensável para o diagnóstico.

Essa compreensão comparativa é vital. Em um concurso público, por exemplo, uma questão pode explorar justamente essas nuances. Na prática clínica, a escolha do manual pode depender do sistema de saúde local ou das exigências de seguradoras. O mais importante é entender a lógica por trás dos critérios: identificar um padrão de sintomas persistente e significativo que se desvia da experiência normal e causa sofrimento ou prejuízo.

DSM-5-TR

- Pelo menos 2 sintomas característicos (um deve ser delírios, alucinações ou discurso desorganizado)
- Persistência por pelo menos 1 mês
- Disfunção social/ocupacional obrigatória
- Abordagem dimensional, sem subtipos

CID-11

- Especificadores de domínio de sintomas (positivos, negativos, etc.)
- Avaliação da gravidade em cada domínio
- Disfunção social/ocupacional não obrigatória
- Também removeu subtipos clássicos

Parte 2: Sintomas Positivos – A Distorção da Realidade

Entendendo os Sintomas "Positivos"

Ao ouvir o termo "positivo", pode-se erroneamente pensar em algo bom. Na psicopatologia, no entanto, "positivo" refere-se à **presença ou adição** de experiências, pensamentos e comportamentos que não fazem parte da realidade consensual ou do funcionamento mental típico. São sintomas que se "somam" à experiência do indivíduo, como delírios e alucinações. Eles são frequentemente os mais evidentes e dramáticos, sendo muitas vezes o motivo que leva a família a buscar ajuda ou que resulta em uma hospitalização inicial. É a manifestação mais "visível" da psicose.

A compreensão desses sintomas exige um exercício de empatia e um afastamento de julgamentos. Para a pessoa que os vivencia, essas experiências são absolutamente reais e convincentes. Um delírio não é uma "ideia boba" que pode ser descartada com argumentação lógica; é uma certeza inabalável. Uma alucinação não é "imaginação"; é uma percepção sensorial com a mesma força e clareza de uma percepção real. Entender essa convicção subjetiva é o primeiro passo para estabelecer uma aliança terapêutica e compreender o sofrimento associado a esses sintomas. Eles representam uma profunda fratura na capacidade do indivíduo de testar a realidade.

O surgimento dos sintomas positivos marca, frequentemente, o início de um episódio psicótico agudo. Eles estão associados a alterações em circuitos cerebrais específicos, especialmente aqueles envolvendo o neurotransmissor **dopamina**. A hipótese dopaminérgica da esquizofrenia, embora hoje considerada uma simplificação, ainda oferece um modelo útil para entender como os medicamentos antipsicóticos, que bloqueiam os receptores de dopamina, atuam principalmente na redução desses sintomas.

Principais Sintomas Positivos

- Delírios (alterações no conteúdo do pensamento)
- Alucinações (alterações na percepção)
- Pensamento e discurso desorganizado
- Comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico

Características Essenciais

- São experiências que se "somam" à realidade
- Têm convicção absoluta para o paciente
- Respondem melhor aos antipsicóticos
- Geralmente mais evidentes em episódios agudos

O Mundo dos Delírios: Quando as Crenças se Descolam da Realidade

O delírio é definido como uma **crença fixa, falsa e irredutível à argumentação lógica**, que não é compartilhada por membros da mesma cultura ou subcultura do indivíduo. É uma alteração no conteúdo do pensamento. A convicção é total e, mesmo diante de provas incontestáveis em contrário, a pessoa mantém sua crença. É crucial diferenciar um delírio de uma crença forte ou de uma ideia supervalorizada. A principal característica do delírio é sua natureza bizarra ou implausível e, mais importante, sua inflexibilidade.

Os temas dos delírios são variados e, muitas vezes, refletem angústias, medos ou desejos profundos do indivíduo, ainda que de forma distorcida. O tipo mais comum é o **delírio persecutório**, no qual a pessoa acredita estar sendo conspirada, enganada, espionada, seguida ou atormentada. Por exemplo, um paciente, que chamaremos de Lucas, pode desenvolver a convicção de que seus vizinhos instalaram câmeras em seu apartamento e que a polícia faz parte de um complô para incriminá-lo por um crime que não cometeu. Para Lucas, o barulho normal do apartamento ao lado se torna a "prova" de que estão tramando contra ele.

Existem outros tipos importantes de delírios. O **delírio de grandeza** envolve uma crença exagerada sobre o próprio poder, conhecimento ou identidade, como acreditar ser uma figura histórica reencarnada ou ter uma missão divina para salvar o mundo. O **delírio de referência** é a crença de que gestos, comentários ou eventos ambientais são dirigidos a si, como pensar que uma notícia na TV contém uma mensagem codificada especificamente para si. Compreender o conteúdo do delírio é essencial, pois ele nos dá pistas sobre o universo interno do paciente e suas fontes de sofrimento.

Delírio Persecutório

Crença de estar sendo perseguido, espionado ou alvo de conspiração

Exemplo: "Meus vizinhos instalaram câmeras no meu apartamento para me vigiar"

Delírio de Grandeza

Crença exagerada sobre o próprio poder, conhecimento ou identidade

Exemplo: "Sou o escolhido para salvar a humanidade"

Delírio de Referência

Crença de que eventos externos se referem especificamente a si

Exemplo: "As notícias na TV contêm mensagens codificadas para mim"

Aprofundando nos Tipos de Delírios

Além dos tipos mais comuns, a riqueza da psicopatologia descreve outras formas de delírios que revelam a complexidade da experiência psicótica. O **delírio de controle** (ou de influência) é a crença de que os próprios pensamentos, sentimentos ou ações estão sendo controlados por uma força externa. Lucas, nosso paciente exemplo, poderia relatar que "não sou eu quem move meu braço, é uma agência secreta que usa ondas de rádio para me controlar como um marionete". Essa experiência é profundamente assustadora, pois dissolve o senso de autonomia e agência pessoal.

Outra forma intrigante é o **delírio somático**, que envolve crenças sobre o próprio corpo. Um paciente pode acreditar que seus órgãos estão apodrecendo, que há um parasita em seu cérebro ou que seu corpo emite um odor repulsivo que ninguém mais percebe. Essas crenças não são abaladas por exames médicos negativos. Temos também os **delírios erotomaníacos**, a crença de que outra pessoa, geralmente de status social mais elevado ou uma celebridade, está apaixonada pelo indivíduo. Por fim, os **delírios niilistas** (ou Síndrome de Cotard) são crenças de que o eu, os outros ou o mundo não existem ou que estão chegando ao fim, uma expressão extrema de aniquilação.

É importante notar se os delírios são **bizarros** ou **não bizarros**. Um delírio não bizarro, embora falso, é teoricamente possível (ex: "a polícia está me vigiando"). Um delírio bizarro é claramente implausível e não deriva de experiências de vida ordinárias (ex: "meus órgãos foram substituídos por peças de robô por alienígenas sem deixar cicatrizes"). No DSM-5-TR, a presença de delírios bizarros por si só já pode ser um forte indicativo para o critério diagnóstico A da esquizofrenia. A análise cuidadosa do conteúdo e da forma do delírio é um pilar da avaliação psicopatológica.

Delírios Bizarros vs. Não Bizarros

Delírio Bizarro	Claramente implausível, impossível na realidade
<i>Exemplo</i>	"Alienígenas substituíram meus órgãos por dispositivos eletrônicos sem deixar cicatrizes"
Delírio Não Bizarro	Teoricamente possível, embora falso no contexto
<i>Exemplo</i>	"A polícia está me vigiando porque acham que cometi um crime"

Outros Tipos de Delírios

- **Delírio de Controle:** "Meus movimentos são controlados por ondas de rádio"
- **Delírio Somático:** "Meus órgãos internos estão apodrecendo"
- **Delírio Erotomaníaco:** "Aquela celebridade está secretamente apaixonada por mim"
- **Delírio Niilista (Cotard):** "Estou morto" ou "Meus órgãos não existem mais"

A Realidade Sensorial Alternativa: O Fenômeno das Alucinações

Enquanto os delírios são distúrbios do pensamento, as alucinações são **distúrbios da percepção**. Uma alucinação é uma experiência sensorial que ocorre na ausência de um estímulo externo correspondente. Ela tem a força e o impacto de uma percepção real, não estando sob controle voluntário do indivíduo. É crucial distingui-la de uma **ilusão**, que é uma má interpretação de um estímulo real (ex: ver o vulto de uma pessoa em um casaco pendurado no escuro). Na alucinação, não há estímulo algum; a percepção é gerada internamente pelo cérebro.

As alucinações podem ocorrer em qualquer modalidade sensorial. As mais comuns na esquizofrenia são, de longe, as **alucinações auditivas**. Elas podem se manifestar de diversas formas, desde sons simples e indiferenciados (como zumbidos ou cliques) até vozes plenamente formadas. As vozes podem conversar entre si sobre o paciente na terceira pessoa, comentar sobre suas ações em tempo real ("Agora ele está bebendo água") ou dar ordens (vozes de comando), que podem ser inofensivas ou perigosas, representando um risco que deve ser cuidadosamente avaliado.

A experiência de ouvir vozes é profundamente impactante. Lucas pode ouvir vozes que o insultam constantemente, chamando-o de "inútil" ou "fracassado", o que gera intensa angústia e pode levar ao isolamento. Pesquisas de neuroimagem funcional (fMRI) mostram que, durante as alucinações auditivas, áreas do cérebro ligadas à produção da fala (como a Área de Broca) e à audição (como o Córtex Auditivo Primário) estão ativas. Isso sugere que o cérebro está, de fato, "produzindo" a fala e "ouvindo-a", confundindo o pensamento interno com uma fonte externa. É uma falha no monitoramento da auto-geração do discurso.

Tipos de Alucinações Auditivas

- **Vozes comentadoras:** comentam as ações do paciente em tempo real
- **Vozes dialogantes:** duas ou mais vozes conversando entre si sobre o paciente
- **Vozes de comando:** dão ordens ao paciente (potencial risco de autoagressão)
- **Sons não verbais:** zumbidos, cliques, música, etc.

Alucinações em Outras Modalidades Sensoriais

Embora as alucinações auditivas sejam as mais prevalentes, as outras modalidades também podem estar presentes e fornecem pistas diagnósticas importantes. **Alucinações visuais**, como ver pessoas, animais ou objetos que não estão ali, são menos comuns na esquizofrenia do que em transtornos causados por condições médicas gerais (como delirium) ou uso de substâncias. Quando presentes na esquizofrenia, tendem a ser menos complexas do que as visões de um delirium, por exemplo.

Alucinações táteis envolvem a sensação de toque na pele, como a sensação de insetos caminhando sobre o corpo (formigamento) ou de estar sendo tocado. **Alucinações olfativas** (sentir cheiros que não existem, muitas vezes desagradáveis, como enxofre ou podridão) e **gustativas** (sentir gostos estranhos, frequentemente metálicos ou venenosos) também podem ocorrer. Essas duas últimas, quando aparecem de forma isolada, devem levantar a suspeita de uma condição neurológica, como uma crise epiléptica do lobo temporal, ressaltando a importância do diagnóstico diferencial.

A avaliação da experiência alucinatória deve ir além de simplesmente registrar sua presença. É preciso investigar seu conteúdo, frequência, intensidade, o afeto associado a ela (é assustadora? reconfortante?) e, crucialmente, a reação do paciente. O paciente acredita na realidade da alucinação? Ele interage com ela? Tenta resistir? As respostas a essas perguntas ajudam a avaliar o grau de insight do paciente e o risco associado, especialmente no caso de vozes de comando que incitam à violência ou autoagressão.

1

Alucinações Visuais

Ver pessoas, objetos ou luzes que não estão presentes

Valor diagnóstico: Menos comuns na esquizofrenia; mais frequentes em condições médicas, delirium ou uso de substâncias

2

Alucinações Táteis

Sensações de toque sem estímulo externo (formigamento, insetos na pele)

Valor diagnóstico: Podem ocorrer na esquizofrenia, mas também são comuns em intoxicações

3

Alucinações Olfativas/Gustativas

Percepção de cheiros ou gostos inexistentes (geralmente desagradáveis)

Valor diagnóstico: Quando isoladas, sugerem investigar condições neurológicas como epilepsia do lobo temporal

Na avaliação clínica, é essencial distinguir alucinações de **ilusões** (interpretações errôneas de estímulos reais) e de **pseudoalucinações** (percepções reconhecidas como internas, não atribuídas ao mundo externo).

O Colapso da Lógica: Pensamento e Discurso Desorganizado

O terceiro pilar dos sintomas positivos é a desorganização, que afeta o pensamento, o discurso e o comportamento. A desorganização do pensamento (ou **transtorno do pensamento formal**) é considerada por muitos teóricos, incluindo Bleuler, que cunhou o termo "esquizofrenia", como o sintoma central do transtorno. Ele não se refere ao *conteúdo* do pensamento (como nos delírios), mas à sua *forma e processo*. É como se a capacidade de organizar as ideias em uma sequência lógica e coerente estivesse comprometida.

Essa desorganização se torna evidente através do **discurso desorganizado**. O clínico infere o transtorno de pensamento a partir da fala do paciente. Uma manifestação comum é o **afrouxamento das associações** ou **descarrilamento**, onde o paciente salta de um tópico para outro sem conexão lógica aparente. Por exemplo, ao ser perguntado "Como você está se sentindo hoje?", Lucas poderia responder: "Estou bem, mas o céu está muito azul. O azul me lembra o mar, meu tio era marinheiro, navios são feitos de metal, eu preciso consertar a fechadura da minha porta". Cada frase tem uma conexão tênue com a anterior, mas o fio condutor geral se perde completamente.

Outras manifestações incluem a **tangencialidade**, na qual o paciente responde a uma pergunta de forma oblíqua, nunca chegando ao ponto central, e a **incoerência** (ou **salada de palavras**), que é a forma mais extrema de desorganização, onde a fala se torna uma mistura ininteligível de palavras e frases sem qualquer estrutura gramatical ou lógica. A desorganização do pensamento é um sintoma debilitante, pois compromete severamente a capacidade de comunicação e, conseqüentemente, as relações interpessoais e o funcionamento em tarefas que exigem raciocínio lógico.



Afrouxamento das Associações

Saltos de um tópico para outro sem conexão lógica clara

"Estou bem, o céu está azul, meu tio era marinheiro, preciso consertar a fechadura..."



Tangencialidade

Respostas que nunca chegam ao ponto central da pergunta

Pergunta: "Como está seu apetite?" Resposta: "Comida é importante, minha mãe cozinhava muito bem, ela tinha um jardim..."



Incoerência (Salada de Palavras)

Discurso completamente incompreensível, sem estrutura gramatical

"Porta verde chuva dentro pensamento rápido quando nunca sempre..."

Ações Desconexas: Comportamento Grosseiramente Desorganizado ou Catatônico

A desorganização não se limita ao pensamento e à fala; ela também se manifesta no comportamento. O **comportamento grosseiramente desorganizado** refere-se a uma ampla gama de atividades que são peculiares, inapropriadas e sem propósito aparente. Isso pode incluir uma agitação imprevisível, um comportamento tolo ou infantil que não se adequa ao contexto, ou dificuldades em realizar atividades cotidianas direcionadas a um objetivo, como preparar uma refeição ou manter a higiene pessoal.

Um exemplo seria um paciente que, em um dia quente de verão, veste várias camadas de roupas pesadas, incluindo casacos e cachecóis. Outro exemplo é o **afeto inadequado**, como rir ao falar sobre um evento trágico ou chorar em resposta a uma piada. Essas reações emocionais são incongruentes com o contexto ou com o conteúdo do discurso, refletindo uma desconexão interna. Esse tipo de comportamento torna a interação social extremamente difícil e pode ser percebido como bizarro ou assustador pelos outros, contribuindo para o isolamento social.

Uma forma extrema de comportamento desorganizado é a **catatonia**. A catatonia é um estado de acentuada perturbação psicomotora que pode variar de uma imobilidade total (estupor) a uma agitação motora excessiva e sem propósito. Sinais clássicos incluem a **flexibilidade cérea** (manter o corpo e os membros em posições impostas por outros, como uma estátua de cera), o **mutismo** (ausência de fala), o **negativismo** (resistência a instruções ou a tentativas de ser movido) e a **ecolalia** (repetição da fala de outra pessoa) ou **ecopraxia** (repetição dos movimentos de outra pessoa). Embora historicamente associada à esquizofrenia, a catatonia também pode ocorrer em outros transtornos mentais (como transtorno bipolar e depressão) e condições médicas.

Comportamento Grosseiramente Desorganizado

- Vestimenta inapropriada (múltiplas camadas em dia quente)
- Comportamento infantil ou regressivo
- Agitação imprevisível sem causa aparente
- Afeto inadequado (rir de tragédias, chorar com piadas)
- Dificuldade em completar tarefas cotidianas
- Comportamento sexual inapropriado em público

Sinais de Catatonia

- **Estupor:** imobilidade completa, não responsiva
- **Flexibilidade cérea:** manutenção de posições impostas
- **Mutismo:** ausência de fala
- **Negativismo:** resistência a instruções ou movimentos
- **Ecolalia:** repetição da fala de outros
- **Ecopraxia:** imitação dos movimentos de outros
- **Estereotípias:** movimentos repetitivos sem propósito

Transição: Da Adição à Subtração de Experiências

Até agora, exploramos os sintomas positivos – delírios, alucinações e desorganização – que representam uma adição de experiências psicóticas à realidade do indivíduo. Eles são frequentemente dramáticos, alarmantes e são os que mais prontamente levam à busca por tratamento psiquiátrico. No entanto, eles contam apenas parte da história da esquizofrenia. Para uma compreensão completa do transtorno e, especialmente, do seu impacto funcional a longo prazo, precisamos agora voltar nossa atenção para uma classe de sintomas mais sutil, porém igualmente devastadora.

Estamos falando dos **sintomas negativos**. Diferentemente dos positivos, os sintomas negativos não são uma "adição", mas sim uma "**subtração**" ou **ausência** de capacidades e respostas emocionais e sociais que são consideradas normais. São eles que, muitas vezes, persistem mesmo quando os sintomas positivos estão controlados e são os principais responsáveis pelo prejuízo crônico no funcionamento social e ocupacional. Eles são menos dramáticos, mais difíceis de identificar e, infelizmente, respondem menos aos tratamentos farmacológicos tradicionais.

A transição da compreensão dos sintomas positivos para os negativos é um passo crucial no desenvolvimento do raciocínio clínico. É passar de "o que está presente e não deveria estar?" para "o que está ausente e deveria estar?". Essa mudança de perspectiva nos prepara para entender a experiência de vazio, apatia e isolamento que caracteriza a vida de muitas pessoas com esquizofrenia, mesmo nos períodos de maior estabilidade psicótica.

Sintomas Positivos

Adição de experiências anormais

- Delírios
- Alucinações
- Desorganização

Mais evidentes e dramáticos

Melhor resposta aos antipsicóticos

Sintomas Negativos

Subtração de funções normais

- Embotamento afetivo
- Avolição
- Alogia
- Anedonia

Mais sutis e persistentes

Pior resposta aos tratamentos tradicionais

Parte 3: Sintomas Negativos – O Esvaziamento do Eu

Definindo os Sintomas "Negativos"

Os sintomas negativos representam uma diminuição ou perda das funções normais. Eles são caracterizados por um "déficit" em diversas áreas do comportamento e da expressão emocional. Se os sintomas positivos são a tempestade, os negativos são as cinzas que restam depois, um vazio persistente que corrói a qualidade de vida. Eles são frequentemente mais sutis e podem ser confundidos pela família ou por observadores leigos com preguiça, falta de vontade ou má índole, o que contribui enormemente para o estigma e para a incompreensão do transtorno.

É fundamental para o clínico saber diferenciar os sintomas negativos primários, que são uma manifestação intrínseca da fisiopatologia da esquizofrenia, dos sintomas negativos secundários. Os secundários podem ser uma consequência de outros fatores, como os efeitos colaterais de medicamentos antipsicóticos (que podem causar lentidão e apatia), a desmoralização e depressão em resposta à doença, o isolamento social prolongado ou até mesmo uma resposta aos próprios sintomas positivos (por exemplo, um paciente que se isola para evitar as vozes aterrorizantes que ouve em público). Uma avaliação cuidadosa é necessária para identificar a origem do sintoma e orientar a intervenção correta.

A seguir, vamos detalhar os principais sintomas negativos descritos no DSM-5-TR, que são agrupados principalmente em duas grandes áreas: a **diminuição da expressão emocional** (embotamento afetivo) e a **avolição** (diminuição da motivação), que engloba outros déficits como alogia, anedonia e associalidade.



Sintomas Negativos Primários

- Intrínsecos à fisiopatologia da esquizofrenia
- Presentes desde o início do transtorno
- Persistentes ao longo do tempo
- Menos responsivos aos tratamentos atuais

Sintomas Negativos Secundários

- Efeitos colaterais de medicamentos
- Depressão ou desmoralização
- Isolamento social prolongado
- Resposta adaptativa aos sintomas positivos
- Potencialmente reversíveis com intervenção adequada

A Expressão Silenciada: Embotamento Afetivo (Affective Flattening)

O **embotamento afetivo**, ou afeto plano, é um dos sintomas negativos mais característicos. Refere-se a uma redução significativa na intensidade da expressão emocional. O rosto do indivíduo parece imóvel e inexpressivo, o contato visual é pobre, a entonação da voz é monótona (aprosódia) e os gestos que normalmente acompanham a fala são escassos ou ausentes. Ao observar uma pessoa com embotamento afetivo, tem-se a impressão de uma desconexão emocional, de que ela não reage afetivamente aos eventos ao seu redor.

É crucial entender a distinção entre a **expressão** da emoção e a **experiência** da emoção. Estudos têm demonstrado que, embora a expressão externa esteja diminuída, muitos pacientes com esquizofrenia relatam sentir emoções internamente com a mesma intensidade que pessoas sem o transtorno. Eles sentem alegria, tristeza e raiva, mas há uma falha no mecanismo que traduz essa experiência interna em expressões faciais e vocais observáveis. Essa discrepância pode ser uma fonte de grande sofrimento e mal-entendido. A família pode interpretar a falta de expressão como indiferença ou falta de amor, quando, na verdade, o paciente pode estar vivenciando a emoção intensamente.

Vamos imaginar Lucas, nosso paciente, recebendo a notícia de que ganhou um prêmio. Enquanto um familiar espera um sorriso ou uma exclamação de alegria, Lucas pode simplesmente dizer "ah, que bom" com o rosto impassível e a voz monótona. Isso não significa que ele não esteja feliz; significa que a esquizofrenia comprometeu sua capacidade de *expressar* essa felicidade de uma forma que seja socialmente reconhecível. A psicoeducação para os familiares sobre esse sintoma é uma intervenção fundamental para melhorar a dinâmica e o suporte familiar.

Manifestações do Embotamento Afetivo

- **Expressão facial reduzida:** rosto "congelado", sem mudanças de expressão
- **Diminuição do contato visual:** olhar fixo ou evitativo
- **Prosódia reduzida:** fala monótona, sem variações de tom ou ênfase
- **Redução de gestos expressivos:** poucos movimentos de mãos ao falar
- **Postura rígida:** falta de linguagem corporal espontânea

Importante: A experiência interna da emoção pode estar preservada, mesmo quando a expressão externa está comprometida.

O Apagar da Vontade: Avolição, Alogia e Anedonia

Se o embotamento afetivo é a falha na expressão, a **avolição** é a falha na motivação. É uma incapacidade de iniciar e persistir em atividades direcionadas a um objetivo. O indivíduo pode passar longos períodos sentado, sem fazer nada, e não demonstra interesse em se envolver em atividades sociais, de trabalho ou de autocuidado. Não se trata de preguiça, mas de uma profunda perda da energia e do impulso necessários para a ação. Para Lucas, tarefas simples como tomar banho, arrumar o quarto ou preparar uma refeição podem parecer monumentais e intransponíveis, não por falta de capacidade física, mas por uma paralisia da vontade.

A avolição está intimamente ligada a outros dois sintomas negativos. A **alogia** refere-se a uma notável diminuição na produção da fala, por vezes chamada de "pobreza do discurso". As respostas a perguntas são breves, lacônicas e não elaboradas. Por exemplo, ao ser perguntado sobre como foi sua semana, o paciente pode responder apenas "foi boa", sem oferecer detalhes ou continuar a conversa. Em casos mais graves, pode haver uma "pobreza do conteúdo do discurso", onde a quantidade de fala é adequada, mas é vaga, repetitiva e transmite pouca informação.

A **anedonia** é a diminuição da capacidade de sentir prazer com atividades que antes eram consideradas prazerosas. Isso pode se aplicar ao prazer em atividades recreativas, sociais, ou mesmo ao prazer físico, como comer. A anedonia na esquizofrenia parece ser mais específica para o **prazer antecipatório** ("querer") do que para o **prazer consumatório** ("gostar"). Ou seja, o paciente pode até sentir prazer *durante* uma atividade, mas ele perdeu a capacidade de antecipar esse prazer e, portanto, não se sente motivado a buscar a atividade. É a perda do "motor" que nos faz buscar experiências recompensadoras. Juntas, avolição, alogia e anedonia criam um ciclo vicioso de inatividade e isolamento.



Este ciclo de sintomas negativos é particularmente desafiador para o tratamento, pois cada elemento reforça os outros, criando uma espiral descendente de funcionamento. A intervenção eficaz precisa abordar múltiplos pontos deste ciclo simultaneamente.

O Isolamento Progressivo: A Associalidade

A **associalidade** é um sintoma negativo que se refere a uma aparente falta de interesse em interações sociais. É um resultado direto e uma manifestação dos outros sintomas negativos, como a avolição e a anedonia. O indivíduo pode se retirar ativamente do convívio com amigos e familiares, preferindo passar a maior parte do tempo sozinho. É importante distinguir a associalidade, que é uma falta de interesse e motivação para a interação, de um comportamento de evitação social ativo que pode ser motivado por sintomas positivos, como delírios persecutórios (ex: "eu evito pessoas porque elas estão conspirando contra mim").

Na associalidade, o isolamento é mais passivo. O paciente simplesmente não tem a energia ou a motivação para iniciar ou manter relacionamentos. A complexidade e o esforço cognitivo exigidos em uma interação social – interpretar sinais não-verbais, seguir o fluxo da conversa, formular respostas – podem se tornar esmagadores para alguém cujos recursos mentais já estão comprometidos pela doença. O isolamento, por sua vez, agrava o quadro, pois a falta de estímulo social e de prática de habilidades sociais pode levar a um declínio ainda maior no funcionamento.

A compreensão desses sintomas negativos é fundamental para o planejamento da reabilitação psicossocial. Terapias focadas em treinamento de habilidades sociais, terapia ocupacional e intervenções que utilizam o reforço positivo para atividades graduais podem ajudar a combater a avolição e a associalidade. O objetivo não é "forçar" o paciente a ser sociável, mas sim ajudá-lo a reconstruir, passo a passo, a capacidade e a motivação para se engajar em atividades significativas e recompensadoras, quebrando o ciclo de inércia e isolamento.

Associalidade vs. Evitação Social Ativa

Associalidade (Sintoma Negativo)	Evitação Social Ativa (Secundária a Sintomas Positivos)
Falta de interesse e motivação para interações	Evitação deliberada por medo ou paranoia
Isolamento passivo	Isolamento ativo e defensivo
"Não sinto vontade de estar com pessoas"	"As pessoas estão tentando me prejudicar"
Relacionada à avolição e anedonia	Relacionada a delírios persecutórios

Abordagens Terapêuticas para Sintomas Negativos

- **Treinamento de Habilidades Sociais:** Prática estruturada de interações sociais em ambiente seguro
- **Terapia Ocupacional:** Engajamento gradual em atividades significativas
- **Reabilitação Cognitiva:** Exercícios para melhorar atenção, memória e funções executivas
- **Psicoeducação Familiar:** Ajudar familiares a compreender que sintomas negativos não são "preguiça"
- **Ativação Comportamental:** Técnicas para aumentar gradualmente o engajamento em atividades prazerosas

Parte 4: Déficits Cognitivos – A Base Oculta do Prejuízo Funcional

Para Além dos Sintomas Visíveis: A Dimensão Cognitiva

Por muito tempo, a esquizofrenia foi definida quase que exclusivamente por seus sintomas positivos e negativos. No entanto, nas últimas décadas, uma terceira dimensão de sintomas ganhou reconhecimento como um componente central e talvez o principal preditor do funcionamento a longo prazo do paciente: os **déficits cognitivos**. Estes são prejuízos em uma ampla gama de processos mentais superiores que são essenciais para o dia a dia, como a memória, a atenção, a velocidade de processamento e, crucialmente, as funções executivas.

Diferentemente dos sintomas positivos, que tendem a flutuar em intensidade, os déficits cognitivos são traços mais estáveis e persistentes do transtorno. Eles podem estar presentes antes mesmo do primeiro episódio psicótico, durante o período prodrômico, e tendem a permanecer mesmo quando os sintomas positivos estão bem controlados com medicação. Isso explica por que um paciente pode não ter mais delírios ou alucinações, mas ainda assim ter imensa dificuldade para manter um emprego, gerenciar suas finanças ou planejar suas atividades diárias.

Reconhecer a importância dos déficits cognitivos mudou o paradigma de tratamento da esquizofrenia. Não basta apenas suprimir a psicose; é necessário abordar essas dificuldades cognitivas para promover uma recuperação funcional real. Isso abriu campo para intervenções como a **remediação cognitiva**, uma forma de terapia que funciona como uma "fisioterapia para o cérebro", utilizando exercícios e estratégias para melhorar as funções cognitivas prejudicadas.

Características dos Déficits Cognitivos na Esquizofrenia

- Presentes em 70-80% dos pacientes
- Podem preceder o primeiro episódio psicótico
- Persistem durante períodos de remissão dos sintomas positivos
- Forte correlação com o funcionamento social e ocupacional
- Melhor preditor de prognóstico a longo prazo do que sintomas positivos
- Menos responsivos aos antipsicóticos tradicionais

As Áreas Cognitivas Mais Afetadas

Os déficits cognitivos na esquizofrenia são generalizados, mas algumas áreas são particularmente afetadas. A **memória de trabalho** (ou operacional) é uma das mais comprometidas. Trata-se da capacidade de manter e manipular informações na mente por um curto período para realizar uma tarefa, como lembrar um número de telefone enquanto o disca ou seguir uma receita com múltiplos passos. O prejuízo nessa área dificulta o acompanhamento de conversas, a leitura e a resolução de problemas.

As **funções executivas** também são severamente impactadas. Este é um termo guarda-chuva para um conjunto de habilidades que nos permitem planejar, organizar, iniciar, sequenciar e monitorar nosso comportamento para atingir um objetivo. Inclui a flexibilidade mental (a capacidade de mudar de estratégia quando uma não está funcionando) e o controle inibitório (a capacidade de suprimir respostas impulsivas). Um paciente com déficit na função executiva pode ter dificuldade em organizar os passos para procurar um emprego ou pode se "prender" a uma solução ineficaz para um problema, incapaz de pensar em alternativas.

Outras áreas frequentemente afetadas incluem a **velocidade de processamento** (o ritmo em que o cérebro processa informações), a **atenção sustentada** (a capacidade de se concentrar em uma tarefa por um período prolongado) e a **memória verbal e visual** (a capacidade de aprender e recordar novas informações). Juntos, esses déficits criam uma barreira formidável para o funcionamento independente, a educação e o emprego, mesmo na ausência de sintomas psicóticos graves.

Memória de Trabalho

Capacidade de manter e manipular informações temporariamente

Impacto: Dificuldade em seguir instruções com múltiplos passos, acompanhar conversas, realizar cálculos mentais

Exemplo: Incapacidade de lembrar um número de telefone enquanto o disca

Funções Executivas

Habilidades de planejamento, organização, flexibilidade mental e controle inibitório

Impacto: Dificuldade em planejar atividades, resolver problemas, adaptar-se a mudanças

Exemplo: Incapacidade de organizar os passos necessários para procurar emprego

Velocidade de Processamento

Rapidez com que o cérebro processa informações

Impacto: Lentidão na resposta, dificuldade em acompanhar conversas rápidas

Exemplo: Demora para compreender instruções ou responder a perguntas

Atenção Sustentada

Capacidade de manter o foco em uma tarefa por período prolongado

Impacto: Distração fácil, dificuldade em completar tarefas

Exemplo: Incapacidade de ler um texto ou assistir a um filme do início ao fim

Integrando o Mosaico: Como os Sintomas se Inter-relacionam

Nenhum desses conjuntos de sintomas – positivos, negativos e cognitivos – existe isoladamente. Eles formam um mosaico complexo e inter-relacionado que constitui a experiência da esquizofrenia. A compreensão de como eles interagem é fundamental para o raciocínio clínico. Por exemplo, os déficits cognitivos, especialmente nas funções executivas e na memória de trabalho, podem ser a base para a desorganização do pensamento. Se um indivíduo não consegue manter um plano ou uma sequência de ideias em mente, seu discurso se tornará naturalmente fragmentado e ilógico.

Da mesma forma, os sintomas negativos, como a avolição, podem ser exacerbados pelos déficits cognitivos. Se planejar e iniciar uma tarefa é cognitivamente exaustivo e difícil, é natural que a motivação para tentar diminua. Por outro lado, sintomas positivos intensos, como alucinações auditivas constantes e aterrorizantes, podem consumir tantos recursos atencionais que o desempenho em tarefas cognitivas piora, e o indivíduo pode se isolar (associalidade secundária) como forma de lidar com a sobrecarga sensorial.

A prática clínica moderna, portanto, exige uma avaliação abrangente que não se limite a talar a presença de delírios ou alucinações. É preciso avaliar a gravidade de cada dimensão sintomática e, principalmente, entender como elas se combinam para produzir o perfil único de dificuldades e potencialidades de cada paciente. Essa visão integrada é a base para um tratamento verdadeiramente biopsicossocial, que combina farmacoterapia (mais eficaz para sintomas positivos), reabilitação psicossocial (para sintomas negativos e funcionamento social) e remediação cognitiva (para os déficits cognitivos), visando não apenas a remissão dos sintomas, mas a recuperação de uma vida plena e significativa.



Déficits Cognitivos

Dificuldades em memória de trabalho, funções executivas, atenção



Sintomas Positivos

Delírios, alucinações, desorganização



Sintomas Negativos

Embotamento afetivo, avolição, alogia, anedonia

$f(x)$

Prejuízo Funcional

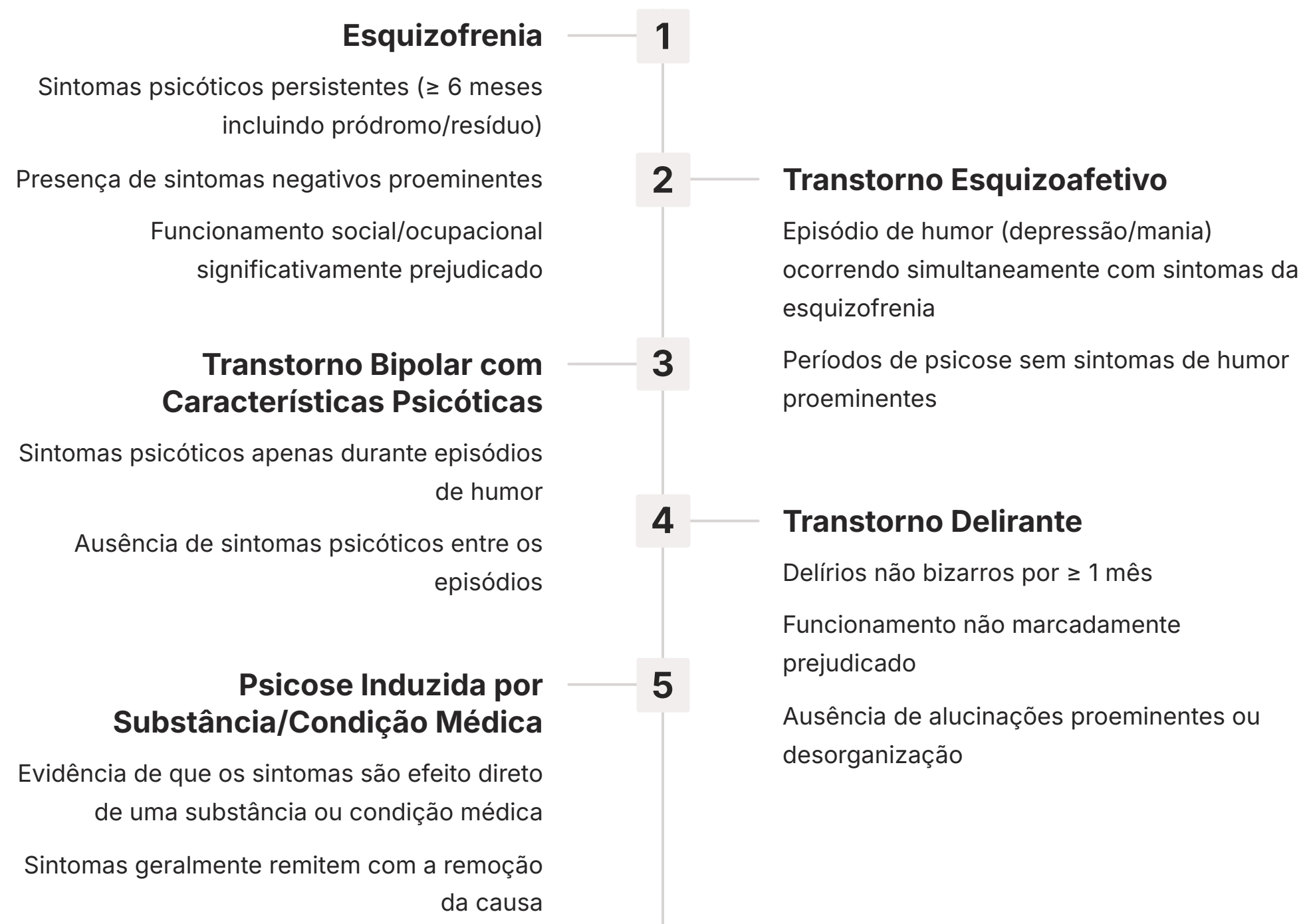
Dificuldades em trabalho, relacionamentos, autocuidado

A Importância do Diagnóstico Diferencial

A apresentação dos sintomas da esquizofrenia, especialmente no início, pode se sobrepor a uma variedade de outras condições. Um raciocínio de **diagnóstico diferencial** apurado é, portanto, uma das habilidades mais críticas para um profissional de saúde mental. Por exemplo, sintomas psicóticos podem ocorrer no **transtorno bipolar** durante episódios de mania ou depressão grave. A chave para a diferenciação é a linha do tempo: na esquizofrenia, os sintomas psicóticos persistem na ausência de um episódio de humor proeminente. No transtorno esquizoafetivo, há uma sobreposição, com um episódio de humor ocorrendo simultaneamente com os sintomas da esquizofrenia, mas também há períodos de psicose sem sintomas de humor.

O **transtorno delirante** é outra condição a ser considerada. Nele, há a presença de um ou mais delírios por pelo menos um mês, mas, fora o impacto direto do delírio, o funcionamento do indivíduo não está marcadamente prejudicado e o comportamento não é abertamente bizarro ou esquisito. Faltam as alucinações proeminentes, a desorganização e os sintomas negativos característicos da esquizofrenia.

Finalmente, é imperativo descartar que os sintomas sejam o efeito fisiológico direto do **uso de uma substância** (como anfetaminas, cannabis ou alucinógenos) ou de uma **condição médica geral** (como tumores cerebrais, epilepsia ou doenças autoimunes). Isso exige uma avaliação médica completa, incluindo exames físicos e laboratoriais. A habilidade de navegar por essas possibilidades diagnósticas, coletando informações detalhadas sobre a história do paciente, a cronologia dos sintomas e o quadro clínico completo, é o que distingue a prática clínica competente e segura.



Conclusão: Consolidando o Conhecimento

Nesta aula, viajamos pelo complexo universo da sintomatologia da esquizofrenia. Desconstruímos o transtorno em suas três dimensões principais, compreendendo que a sua manifestação é um mosaico único para cada indivíduo.

- **Sintomas Positivos:** Exploramos os delírios, as alucinações e a desorganização como uma "adição" de experiências que distorcem a percepção da realidade. Vimos como, apesar de dramáticos, são apenas uma parte do quadro.
- **Sintomas Negativos:** Analisamos o embotamento afetivo, a avolição, a alogia e a anedonia como uma "subtração" de capacidades, um esvaziamento que afeta profundamente a motivação e o engajamento com a vida, sendo um dos maiores desafios para a recuperação funcional.
- **Déficits Cognitivos:** Revelamos a dimensão oculta do transtorno, o "iceberg" submerso dos prejuízos na memória, atenção e funções executivas, que são a base para muitas das dificuldades funcionais observadas.

Perguntas para Reflexão e Autoavaliação

1. Como a mudança de uma abordagem de subtipos para uma abordagem dimensional da esquizofrenia (DSM-5-TR) impacta o plano de tratamento de um paciente?
2. Descreva um cenário em que seria crucial diferenciar um sintoma negativo primário de um secundário. Qual seria a implicação para a intervenção?
3. Por que os déficits cognitivos são considerados por muitos especialistas o principal preditor de prognóstico a longo prazo, mesmo mais do que os sintomas positivos?
4. Lucas, nosso paciente exemplo, relata ouvir vozes que o criticam. Como você, enquanto profissional, investigaria esse sintoma para avaliar o risco e a natureza da experiência?

Conectando com a Próxima Aula

Agora que dominamos *o que* são os sintomas da esquizofrenia, a próxima pergunta lógica é: *por que* eles acontecem? Na **Aula 13 – Etiologia e Neurobiologia da Esquizofrenia**, vamos mergulhar nas causas e nos mecanismos cerebrais do transtorno. Investigaremos as hipóteses genéticas, as alterações neuroquímicas (indo além da dopamina), os fatores de risco ambientais e as descobertas da neurociência sobre os circuitos cerebrais envolvidos.

Recursos Adicionais Recomendados

1. **Livro:** "Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais" – Paulo Dalgalarrodo. (Um clássico para aprofundar na descrição fenomenológica dos sintomas).
2. **Website:** National Institute of Mental Health (NIMH) - Schizophrenia. (Informações atualizadas e baseadas em evidências, em inglês).
3. **Artigo Científico:** Tandon, R., Gaebel, W., Barch, D. M., et al. (2013). *Definition and description of schizophrenia in the DSM-5*. Schizophrenia Research. (Para entender a rationale por trás das mudanças no DSM-5).
4. **Vídeo:** TED Talk - "A tale of mental illness -- from the inside" por Elyn Saks. (Um relato poderoso em primeira pessoa sobre a experiência de viver com esquizofrenia).

Lembre-se: o conhecimento aprofundado da psicopatologia é a ferramenta mais poderosa para uma prática compassiva, eficaz e livre de estigmas. Seu empenho em compreender a complexidade da experiência humana é o que fará de você um profissional diferenciado.