

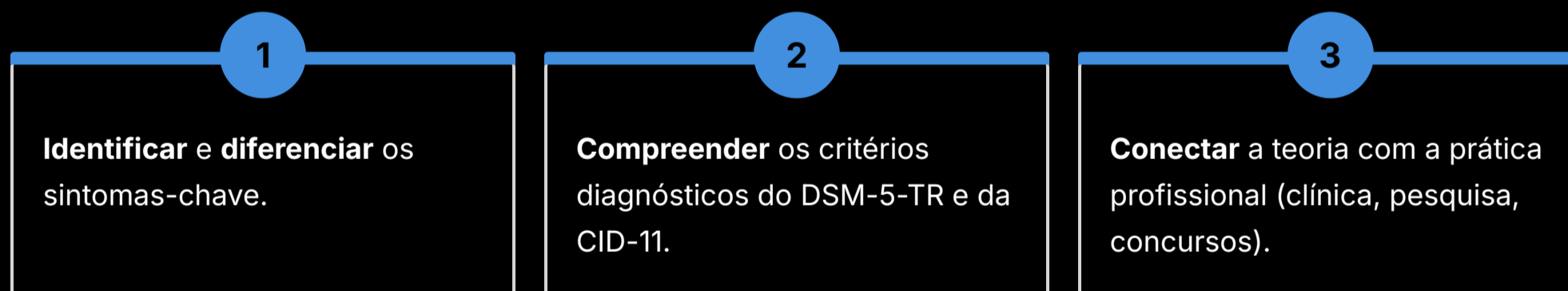


Aula 18: Transtornos Psicóticos – Uma Nova Lente Sobre a Realidade

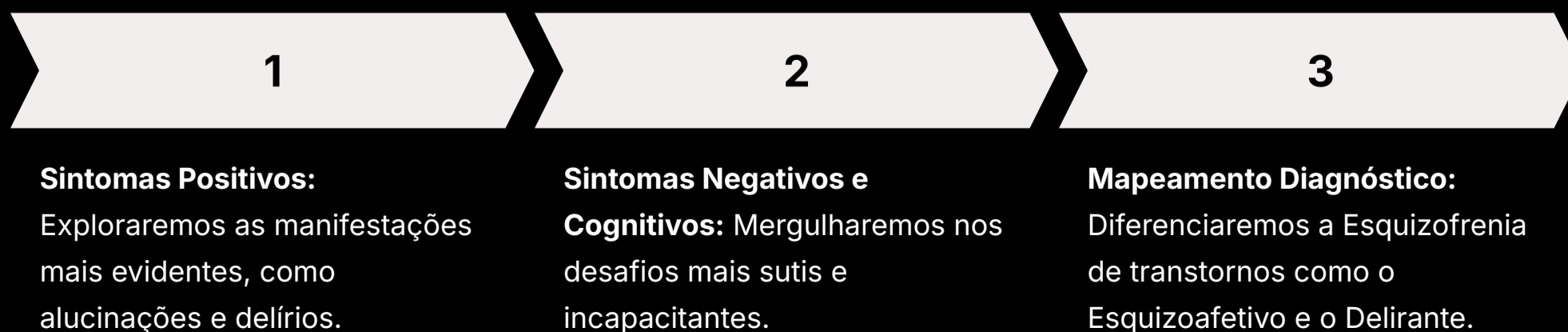
Imagine chegar em casa após um longo dia. Você está cansado, mas sente uma motivação profunda para continuar crescendo, para entender melhor a complexidade da mente humana. É com essa energia que vamos começar nossa jornada de hoje. Já parou para pensar como a percepção da realidade, algo que parece tão sólido e compartilhado, pode se fragmentar para uma pessoa? O que acontece quando a fronteira entre o mundo interno e o externo se torna turva? Esta não é uma aula sobre "loucura", mas sobre condições neurológicas complexas que alteram a própria essência da experiência humana.

Objetivos da Aula

Equipar você com uma compreensão clara e empática sobre os transtornos psicóticos, especialmente o espectro da esquizofrenia. Ao final, você será capaz de:



Nossa Rota de Investigação



Decifrando a Psicose: A Perda de Contato com a Realidade

Você já tentou sintonizar uma rádio antiga, girando o botão e ouvindo ruídos, trechos de músicas e vozes se misturando? Para muitas pessoas, o início de um episódio psicótico é assim. A realidade, antes nítida, começa a ser invadida por "ruídos" — percepções, crenças e pensamentos não compartilhados. A **psicose** não é uma doença em si, mas sim um **estado mental**, uma síndrome que representa uma quebra com a realidade consensual. **Uma Mente com Outra Lógica** Não se trata de uma "mente perdida", mas de uma mente que opera sob uma lógica diferente, processando o mundo através de filtros distorcidos por fatores **neurobiológicos, genéticos e ambientais**. Nosso primeiro desafio é abordar o tema com a mente aberta, deixando o estigma de lado para focar na compreensão do fenômeno.

Organizando os Sinais

A psicopatologia moderna divide os sintomas psicóticos em três grupos principais, o que tem implicações diretas no diagnóstico, prognóstico e plano terapêutico:

Sintomas Positivos

Elementos "adicionados" à experiência normal, como alucinações e delírios.

Sintomas Negativos

Elementos "subtraídos" da experiência normal, como embotamento afetivo e avolição.

Sintomas Cognitivos

Dificuldades nas "ferramentas mentais" como memória, atenção e funções executivas.

Vamos começar pelos mais conhecidos: os sintomas positivos.

Sintomas Positivos: As "Adições" à Experiência

Quando falamos em sintomas "**positivos**", não nos referimos a algo bom. Pense no termo como em matemática: **algo que foi acrescentado** à experiência usual da realidade. São produções da mente que se impõem ao indivíduo. As mais conhecidas são as ****alucinações**** e os ****delírios****. Para quem os vivencia, são experiências absolutamente reais.

Alucinações: O Cérebro como um Sistema de Som

Imagine que seu cérebro é um sistema de som de alta fidelidade. Agora, suponha que um curto-circuito interno comece a gerar suas próprias músicas ou vozes com a mesma clareza dos sons externos. Você teria dificuldade em distinguir o real do gerado internamente, certo?

Isso é uma **alucinação auditiva**, a mais comum na esquizofrenia. A pessoa pode ouvir vozes que comentam suas ações, dão ordens ou dialogam entre si.



Da Teoria à Prática Clínica

Não basta perguntar "Você ouve vozes?". É preciso explorar a natureza da experiência.

Exemplo Clínico

Um jovem universitário descrevia ouvir a voz de seu falecido professor de filosofia criticando sua monografia. A voz não era um pensamento, mas uma percepção auditiva clara, vinda do canto da sala.

Abordagem: Compreender o conteúdo e o impacto emocional foi o primeiro passo para construir um vínculo e introduzir a ideia de que seu cérebro poderia estar lhe pregando peças. A abordagem empática transforma a avaliação em um ato de cuidado.

Sintomas Positivos: Crenças Inabaláveis e Pensamento Fragmentado

Se as alucinações são distorções da **percepção**, os **delírios** são distorções do **pensamento**. São crenças fixas, irredutíveis à lógica e não compartilhadas culturalmente. É como ter um software mental rodando com uma premissa incorreta, que interpreta todas as novas informações para se auto confirmar.

Delírio Persecutório

Crença de estar sendo vigiado, perseguido ou alvo de conspiração.

Exemplo: Uma cliente acreditava que vizinhos agentes secretos instalavam microfones em suas panelas para roubar suas "receitas geniais".

Delírio de Grandeza

Acreditar ser uma figura histórica ou possuir poderes especiais.

Delírio de Referência

Acreditar que gestos ou eventos aleatórios são direcionados a si.

Pensamento e Discurso Desorganizado

Imagine um roteirista genial que, de repente, perde a capacidade de conectar as cenas. As ideias são brilhantes, mas a narrativa é incompreensível. Isso reflete uma dificuldade do cérebro em manter um fluxo de pensamento coeso.

Salada de palavras

Termos misturados sem conexão lógica.

Tangencialidade

Desviar-se do tópico sem nunca retornar.

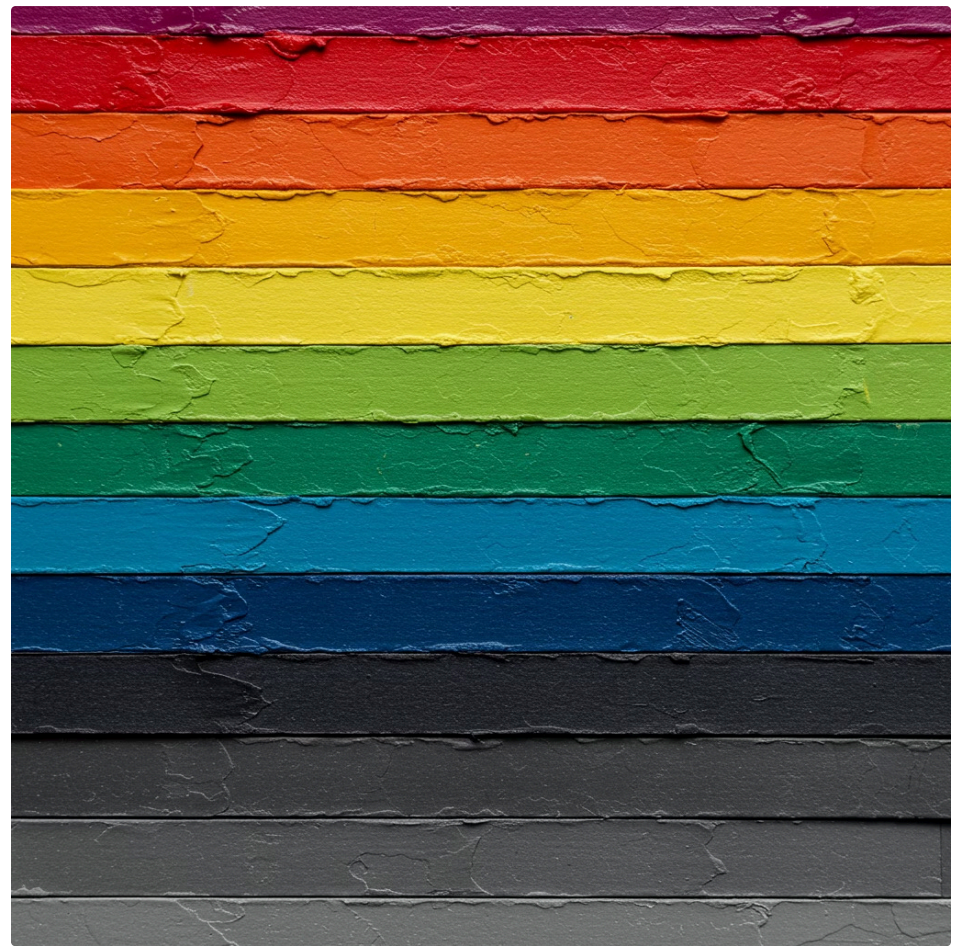
Isso nos leva a uma pergunta importante: e quando o problema não é o que foi "adicionado", mas o que está "faltando"?

Sintomas Negativos: O Desvanecer da Expressão e da Vontade

Se os sintomas positivos são um incêndio barulhento, os **sintomas negativos** são como a corrosão silenciosa que destrói a estrutura por dentro. Eles representam uma **diminuição ou perda de capacidades normais**. Muitas vezes são mais incapacitantes que os delírios e são um dos principais preditores de um mau prognóstico funcional.

A Paleta que Desbota

Pense em um artista apaixonado por cores. Aos poucos, sua paleta começa a desbotar. Essa é a analogia para o **embotamento afetivo** (ou afeto plano), onde a capacidade de expressar emoções no rosto, na voz e nos gestos diminui drasticamente. A pessoa pode sentir, mas sua "tela" externa não reflete isso.



A Perda da Motivação

Junto a isso, vem a **avolição**: uma perda profunda da motivação e da capacidade de iniciar e manter atividades. Tarefas simples como tomar banho podem se tornar desafios hercúleos.



Exemplo

Um jovem artilheiro do time de futebol da faculdade, após o início do transtorno, para de jogar e passa os dias no quarto. A família pode interpretar como "preguiça".



Nosso Papel

Educar e explicar que a avolição é um sintoma neurológico, uma dificuldade real na circuitaria cerebral da motivação, não uma falha de caráter.



Outros sintomas negativos importantes incluem a **alogia** (pobreza do discurso) e **anedonia** (incapacidade de sentir prazer).

Sintomas Negativos e Cognitivos: O Impacto Silencioso

Aprofundando nossa compreensão:



Alogia

Uma redução significativa na produção de fala. As respostas se tornam monossilábicas. Não é que a pessoa não queira falar, mas o processo de formular pensamentos em palavras parece exaustivo.



Anedonia

A perda do prazer, que retira a cor de atividades antes gratificantes. A música preferida vira ruído; a comida favorita perde o sabor.

Essa combinação (**embotamento afetivo, avolição, alogia e anedonia**) cria uma barreira invisível entre o indivíduo e o mundo. Para um observador desatento, parece desinteresse. Para um olhar clínico treinado, são sinais de alerta.

A Terceira Dimensão: Sintomas Cognitivos

Além das "adições" (positivos) e "subtrações" (negativos), há os desafios nas "ferramentas" mentais. Pense no cérebro como um supercomputador. Os sintomas cognitivos são como uma **redução na memória RAM e na velocidade do processador**.

- **Funções Executivas Comprometidas:** Planejamento, organização, tomada de decisões e memória de trabalho.
- **Impacto Direto:** A capacidade de prestar atenção em uma aula ou seguir os passos de uma receita pode ser severamente afetada.

Sintomas Cognitivos e de Humor: O Gerente e o Clima da Mente

Os déficits nas **funções executivas** merecem atenção especial. Imagine que o córtex pré-frontal é o ****CEO** de uma grande empresa**. Ele define metas, cria planos, monitora o progresso e ajusta a rota. Nos transtornos psicóticos, esse "CEO" parece estar sobrecarregado ou ineficiente.

Implicações no Tratamento

O comprometimento cognitivo é desafiador. Um paciente pode entender a importância de tomar a medicação, mas a desorganização do planejamento pode impedi-lo de seguir uma rotina.



Intervenções Cruciais

Treino de habilidades sociais e reabilitação cognitiva.



Tecnologia em 2025

Aplicativos e softwares que ajudam no treino dessas funções, servindo como "assistentes executivos" digitais.

A Importância do Humor

Sintomas **depressivos e maníacos** são muito comuns no espectro psicótico. Disforia, desesperança e ideação suicida exigem avaliação cuidadosa.

Quando esses sintomas são muito proeminentes, o diagnóstico pode se inclinar para um **Transtorno Esquizoafetivo**.

O Diagnóstico da Esquizofrenia: Montando o Quebra-Cabeça Exploramos as peças: sintomas positivos, negativos e cognitivos. Agora, vamos ver como os manuais (DSM-5-TR, CID-11) nos ensinam a montar o quebra-cabeça. Diagnosticar não é rotular, mas sim ****organizar informações para compreender o sofrimento, prever o curso e escolher a intervenção mais eficaz****.



O Trabalho do Detetive Clínico

O processo diagnóstico segue regras e critérios específicos para construir um caso sólido. Um único sintoma isolado não é suficiente. O DSM-5-TR estabelece critérios (A, B, C, D, E, F) que devem ser satisfeitos, considerando:

- A **presença** de certos sintomas.
- Sua **duração**.
- Seu **impacto** na vida da pessoa.
- A **exclusão** de outras condições.

O Coração do Diagnóstico: Critério A

1 Exigência Principal

Presença de **peelo menos dois** dos seguintes sintomas, sendo que pelo menos um deles **deve ser (1), (2) ou (3)**:

2 Sintomas Centrais

1. Delírios
2. Alucinações
3. Discurso desorganizado
4. Comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico
5. Sintomas negativos

Encontrar essas pistas é só o começo. A investigação precisa continuar.

Os Critérios do DSM-5-TR em Detalhes Após as pistas do Critério A, o detetive analisa a "cena do crime" como um todo.

Critério B: Prejuízo Funcional

Não basta ter os sintomas; eles precisam causar um **impacto significativo e negativo** em áreas importantes da vida (trabalho, relações, autocuidado). O diagnóstico está ligado ao sofrimento e à disfunção.

Critério C: A Linha do Tempo

Sinais contínuos da perturbação devem persistir por **pelo menos seis meses**. Este período deve incluir pelo menos **um mês de sintomas da fase ativa** (Critério A). Isso diferencia a esquizofrenia de transtornos psicóticos mais breves.

Critérios D, E e F: Descartando Outros Suspeitos

São critérios de exclusão:

- **Critério D:** O Transtorno Esquizoafetivo e transtornos de humor com psicose foram descartados.
- **Critério E:** Os sintomas não são causados por uma **substância** (drogas) ou outra **condição médica** (tumor cerebral).
- **Critério F:** Se há histórico de Transtorno do Espectro Autista, o diagnóstico de esquizofrenia só é feito se delírios ou alucinações proeminentes estiverem presentes.

Organizando as Pistas: Um Quadro Diagnóstico

O diagnóstico é um processo lógico, não uma impressão subjetiva. Vimos a importância dos **sintomas (A)**, do **prejuízo (B)**, da **duração (C)** e da **exclusão (D, E, F)**. A CID-11 segue uma lógica muito semelhante.

A aplicação desses critérios exige uma **avaliação abrangente**: história do paciente (muitas vezes com familiares), uso de instrumentos e, fundamentalmente, a construção de uma **aliança terapêutica**.

Este quadro serve como um mapa de referência rápida para os critérios da Esquizofrenia.



A. Sintomas

Presença de 2+ sintomas centrais (delírios, alucinações, etc.).

Exemplo Prático: Paciente relata ouvir vozes e acreditar ser o presidente.



B. Disfunção

Impacto negativo significativo na vida social/ocupacional.

Exemplo Prático: O mesmo paciente foi demitido e se isolou dos amigos.



C. Duração

Sinais contínuos por no mínimo 6 meses (com 1 mês de fase ativa).

Exemplo Prático: Familiares relatam que o comportamento estranho começou há um ano.



D. Exclusão

Descartar Tr. Esquizoafetivo e Tr. de Humor com psicose.

Exemplo Prático: Não há episódios de humor (depressão/mania) proeminentes.



E. Exclusão

Sintomas não são devidos a substâncias ou condição médica.

Exemplo Prático: Exames de sangue e imagem cerebral não mostram outra causa.

Para Além da Esquizofrenia: O Transtorno Esquizoafetivo

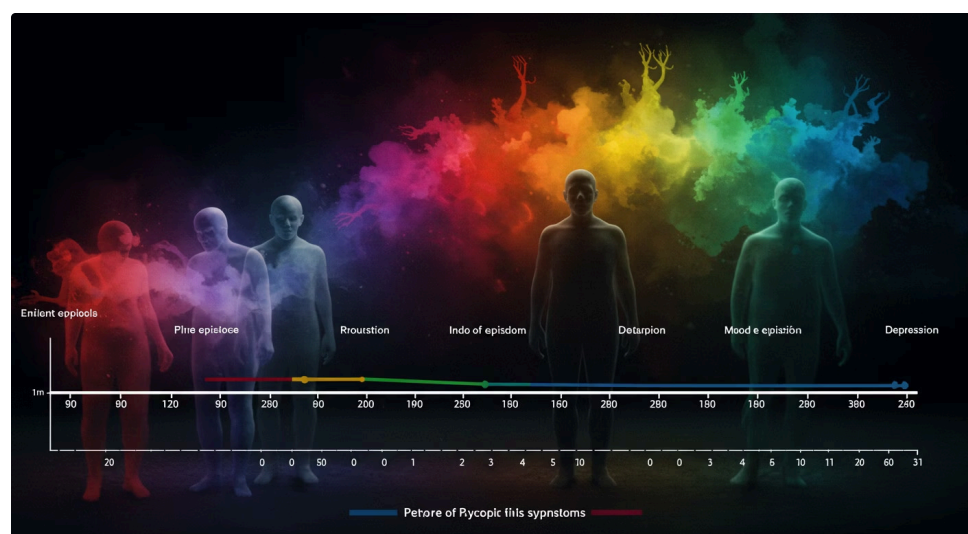
Imagine duas grandes rodovias: uma dos **transtornos psicóticos** e outra dos **transtornos de humor**. O Transtorno Esquizoafetivo é o complexo trevo onde elas se encontram. O paciente apresenta tanto os sintomas psicóticos da esquizofrenia quanto episódios de humor significativos (mania ou depressão).

A Chave é a Relação Temporal



Transtorno de Humor com Psicose

Sintomas psicóticos ocorrem *apenas* durante os episódios de humor.



Transtorno Esquizoafetivo

O paciente tem um período de **pelo menos duas semanas com delírios ou alucinações na ausência de um episódio de humor maior**. Essa é a "cena" crucial que o clínico precisa identificar.



Implicações Práticas

O tratamento precisa ser duplo, abordando tanto a psicose quanto o humor, geralmente com uma combinação de antipsicóticos e estabilizadores de humor (ou antidepressivos), junto com psicoterapia.

O Foco em uma Única Crença: Transtorno Delirante

Se a esquizofrenia é uma tempestade que afeta todo o "clima" mental, o **Transtorno Delirante** é como uma **única nuvem de tempestade persistente** em um céu claro. A característica central é a presença de um ou mais delírios por pelo menos um mês, **sem** os outros sintomas marcantes da esquizofrenia.

Software com um Único Bug

Fora do impacto direto do delírio, o funcionamento da pessoa **não está marcadamente prejudicado** e o comportamento não é abertamente bizarro. O indivíduo pode ser um profissional brilhante e um pai dedicado, mas estar convencido de algo irreal (ex: que está sendo envenenado pela esposa).



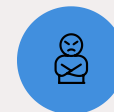
Erotomaníaco

Acreditar que outra pessoa está apaixonada por si.



Grandioso

Crença de ter um grande talento ou ter feito uma descoberta importante.



Ciumento

Convicção de que o parceiro é infiel.



Persecutório

Crença de estar sendo vítima de uma conspiração.



Somático

Delírios envolvendo funções ou sensações corporais.



Diagnóstico Diferencial e o Papel da Cultura

Diagnosticar é, principalmente, **descartar o que não se encaixa**. Pense em um mecânico experiente que testa vários componentes antes de dar o diagnóstico final. Diante de um quadro psicótico, precisamos diferenciar entre:

01

Esquizofrenia

02

Transtorno Esquizoafetivo

03

Transtorno Delirante

04

Psicose induzida por substâncias

05

Psicose devido a uma condição médica

06

Transtornos de humor com características psicóticas

Essa diferenciação é fundamental, pois o caminho do tratamento para cada um desses quadros é distinto.

A Importância da Competência Cultural

Crenças que parecem delirantes em um contexto cultural podem ser normais em outro (ex: crença em feitiçaria, comunicação com espíritos).

O clínico eticamente responsável deve ser capaz de diferenciar uma **experiência culturalmente sancionada** de um **delírio patológico**. Isso exige humildade, curiosidade e disposição para aprender sobre a visão de mundo do paciente.

****Integrando o Conhecimento: Psicofarmacologia e PBE**** Após uma avaliação cuidadosa, planejamos a intervenção baseada em evidências (PBE). Para os transtornos psicóticos, a abordagem mais eficaz é quase sempre uma ****combinação de intervenção psicofarmacológica e psicossocial****.

O Carro de Corrida: Uma Analogia

O Motor (Medicamentos)

Os antipsicóticos fornecem a "potência" para reduzir os sintomas agudos (alucinações, delírios), agindo em neurotransmissores como a dopamina.

O Piloto e a Equipe (Psicoterapia e Reabilitação)

A Terapia Cognitivo-Comportamental para psicose (TCCp), o treino de habilidades sociais e o suporte ao emprego ajudam a pessoa a "dirigir" sua vida, manejar sintomas residuais e reconstruir um senso de propósito.

Explicar que os sintomas têm uma base neural e que a medicação ajuda a "regular" a química cerebral pode **reduzir a culpa e o autoestigma**, aumentando a adesão ao tratamento.

Quadro Comparativo Rápido

Transtorno	Foco Principal	Sintomas de Humor	Prejuízo Funcional
Esquizofrenia	Psicose persistente com sintomas +/-	Podem estar presentes, mas não são dominantes	Geralmente significativo
Tr. Esquizoafetivo	Combinação de psicose e episódios de humor	Parte definidora do transtorno	Geralmente significativo
Tr. Delirante	Delírio(s) circunscrito(s)	Ausentes ou breves	Fora do delírio, preservado

Consolidação e Próximos Passos

Síntese da Aula

Viajamos pelo universo dos transtornos psicóticos. Desmistificamos a psicose, dissecamos os sintomas (positivos, negativos, cognitivos), aplicamos os critérios do DSM-5-TR para o diagnóstico e diferenciamos quadros clínicos. Por fim, conectamos tudo isso à prática baseada em evidências.

Dicas Práticas

01

Suspenda o julgamento:

Ao ouvir um relato "estranho", explore a experiência com curiosidade genuína.

02

Foque no sutil:

Lembre-se que os sintomas negativos e cognitivos são frequentemente a maior fonte de incapacidade.

03

Valide o sofrimento:

Nunca confronte um delírio. Em vez disso, valide a emoção associada ("Isso deve ser muito assustador").

04

Considere tudo:

Pense sempre em substâncias, condições médicas e fatores culturais.

05

O diagnóstico é uma hipótese:

Esteja aberto a revisá-lo.

Autoavaliação

1

(Fácil) Um paciente descreve ouvir uma voz que ninguém mais ouve. Essa experiência é um(a): a) Delírio b) Sintoma negativo c) **Alucinação** d) Pensamento desorganizado

2

(Médio) Conforme o DSM-5-TR, para o diagnóstico de Esquizofrenia, os sinais contínuos da perturbação devem durar no mínimo: a) Um mês b) Três meses c) **Seis meses** d) Um ano

3

(Difícil) Um indivíduo tem depressão grave por 4 meses e, apenas nesse período, acredita que seus pensamentos estão sendo roubados. O delírio some com a melhora do humor. Diagnóstico mais provável? a) Esquizofrenia b) Transtorno Delirante c) Transtorno Esquizoafetivo d) **Transtorno Depressivo Maior com características psicóticas**

4

(Especialista) A avolição refere-se principalmente à dificuldade em: a) Sentir prazer b) Expressar emoções c) Manter um pensamento lógico d) **Iniciar e manter atividades direcionadas a um objetivo**

Próximos Passos

Conexão com a Próxima Aula

Agora que temos uma base diagnóstica, vamos explorar as intervenções. Na [Aula 19 – Introdução às Intervenções Psicológicas](#), vamos transformar nosso conhecimento em ação clínica.

Recursos Adicionais

- **Livro:** "Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais" - Paulo Dalgarrondo.
- **Site:** NAMI (National Alliance on Mental Illness).