

**MODIFICAÇÕES ACERCA
DO TRANSTORNO
ESQUIZOAFETIVO NAS
EDIÇÕES DO DSM E DA CID:
UMA REVISÃO NARRATIVA
INTEGRATIVA
ESTRUTURADA**

**CHANGES REGARDING SCHIZOAFFECTIVE DISORDER IN THE EDITIONS
OF DSM AND ICD: A STRUCTURED NARRATIVE INTEGRATIVE REVIEW**

Ciências da Saúde • 29/06/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/782628513](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/782628513)

Carlos Fernando Coelho Lima¹

João Vitor Louro Santos Melo²

Luiz Gustavo de Paula Coelho³

Douglas Roberto Guimarães Silva⁴

Vander José das Neves⁵

RESUMO

O Transtorno Esquizoafetivo (TEA) representa um dos diagnósticos mais controversos da psiquiatria contemporânea, caracterizado pela combinação de sintomas esquizofrênicos e afetivos. O estudo avalia de que forma as mudanças nas definições do TEA nas edições do DSM (do DSM-III-R ao DSM-5) e da CID (CID-10 e CID-11) influenciaram sua estabilidade e confiabilidade diagnóstica entre 1987 e 2026. Realizou-se uma revisão narrativa integrativa estruturada nas bases PubMed, Karger, BVS e Medline, com recorte temporal de 1987 a 2026, sem restrição de idioma, utilizando os descritores "transtorno esquizoafetivo", "confiabilidade" e "critérios diagnósticos". Foram incluídos estudos de confiabilidade e/ou estabilidade diagnóstica do TEA com referência a pelo menos uma edição do DSM ou CID; excluídos estudos exclusivamente terapêuticos, relatos de caso e duplicatas. De 772 estudos identificados, 9 atenderam aos critérios — 5 empíricos com dados de Kappa de Cohen e 4 revisões críticas. Em todas as edições avaliadas, o TEA apresentou os menores valores de kappa entre os transtornos psicóticos comparados, variando de 0,00 a 0,65. Os field trials do DSM-5 registraram kappa de 0,50. Nenhum estudo empírico baseado na CID-11 foi identificado. As principais causas da baixa confiabilidade foram a imprecisão dos critérios, as diferenças estruturais entre DSM e CID e a posição limítrofe do TEA no continuum entre esquizofrenia e transtornos afetivos. Apesar das sucessivas revisões diagnósticas, o TEA permanece com baixa confiabilidade e alta instabilidade nosológica. O DSM-5 representou avanço necessário, porém insuficiente; a CID-11, com perspectiva dimensional, abre caminhos que demandam validação empírica urgente.

Palavras-chave: Transtorno Esquizoafetivo; Diagnóstico; Estabilidade Diagnóstica; Confiabilidade Diagnóstica; DSM; CID.

ABSTRACT

Schizoaffective Disorder (SAD) represents one of the most controversial diagnoses in psychiatry, characterized by the combination of schizophrenic and affective symptoms. This study evaluates how changes in the definitions of SAD across editions of the DSM (DSM-III-R to DSM-5) and ICD (ICD-10 and ICD-11) influenced diagnostic stability and reliability between 1987 and 2026. A structured narrative integrative review was conducted in PubMed, Karger, BVS, and Medline, covering 1987 to 2026, without language restrictions, using the descriptors "schizoaffective disorder", "reliability", and "diagnosis criteria". Studies addressing diagnostic reliability and/or stability of SAD with reference to at least one edition of DSM or ICD were included; studies focused exclusively on therapeutic aspects, isolated case reports, and duplicates were excluded. Of 772 studies identified, 9 met the criteria — 5 empirical studies providing Cohen's Kappa data and 4 critical reviews. Across all editions evaluated, SAD consistently presented the lowest kappa values among psychotic disorders, ranging from 0.00 to 0.65. DSM-5 field trials recorded a kappa of 0.50. No empirical study based on ICD-11 criteria was identified. The main causes of low reliability were criteria imprecision, structural differences between DSM and ICD, and SAD's borderline position in the continuum between schizophrenia and affective disorders. Despite successive diagnostic revisions, SAD remains associated with low reliability and high nosological instability. DSM-5 represented a necessary but insufficient advance; ICD-11, with its dimensional perspective, opens pathways that urgently require empirical validation.

Keywords: Schizoaffective Disorder; Diagnosis; Diagnostic Stability; Diagnostic Reliability; DSM; ICD.

1. INTRODUÇÃO

O termo "psicose" origina-se do grego *psique* (alma) e *osis* (condição anormal), sendo utilizado para descrever desordens fundamentais da mente. Em seu sentido restrito, a psicose é caracterizada pela presença de delírios — crenças firmemente sustentadas, incongruentes com a realidade e resistentes à argumentação lógica — e alucinações — percepções sem objeto real correspondente no ambiente externo —, acompanhadas pela ausência de crítica (*insight*) sobre a anormalidade dessas manifestações. Em sentido mais amplo, o espectro psicótico pode incluir ainda a desorganização do pensamento e do comportamento, bem como alterações psicomotoras como a catatonia, que se manifesta por imobilidade, rigidez ou agitação motora sem propósito (Mochcovitch et al., 2012).

Em 1893, Emil Kraepelin propôs uma dicotomia que moldou a psiquiatria do século XX: de um lado, a "demência precoce" — psicoses de curso deteriorante, hoje denominadas esquizofrenias; de outro, a "insanidade maníaco-depressiva" — psicoses afetivas de evolução episódica e desfecho favorável. Essa classificação binária, embora heurística e influente, revelou suas limitações quando clínicos identificaram casos com fenomenologia típica de "demência precoce", mas com curso favorável, ou casos com intensa carga psicótica no contexto de episódios afetivos. Essas situações não se encaixavam em nenhum dos dois grupos, desafiando a dicotomia kraepeliniana e abrindo caminho para novos construtos diagnósticos (Jäger et al., 2011).

Em 1933, Jacob Kasanin descreveu formalmente o que chamou de "psicose esquizoafetiva aguda" em uma série de nove pacientes que exibiam, simultaneamente, sintomas esquizofrênicos e afetivos intensos, com início abrupto, bom ajustamento psicossocial pré-

mórbido, curso breve e recuperação substancialmente melhor do que a observada na esquizofrenia clássica. Kasanin observou que esses pacientes apresentavam menor retraimento social, maior reatividade emocional e ausência do empobrecimento afetivo progressivo característico da esquizofrenia, distinguindo-os tanto dos pacientes com quadro puramente esquizofrênico quanto daqueles com transtorno do humor puro (Kasanin, 1933).

A descrição de Kasanin inaugurou um debate que persiste até hoje: o Transtorno Esquizoafetivo (TEA) seria uma forma atípica de esquizofrenia? Uma manifestação grave de transtorno bipolar? Uma entidade nosológica independente? Ou a expressão clínica de um continuum psicopatológico entre esquizofrenia e transtornos do humor, no qual as categorias discretas são artefatos classificatórios e não realidades biológicas? Essas questões têm implicações práticas diretas: o tratamento do TEA varia significativamente a depender de qual polo predomina — antipsicóticos para a dimensão esquizofrênica, estabilizadores do humor e antidepressivos para a dimensão afetiva —, tornando a precisão diagnóstica um imperativo clínico, e não apenas acadêmico (Angst; Gamma, 2002).

O percurso histórico do diagnóstico nos manuais reflete essa tensão conceitual de maneira exemplar. Nas primeiras edições do DSM (I e II) e nas primeiras versões da CID, os pacientes com características mistas eram habitualmente classificados como subtipos da esquizofrenia. O DSM-III (1980) formalizou o termo "Transtorno Esquizoafetivo", mas sem oferecer critérios diagnósticos operacionais, relegando o diagnóstico a uma categoria de uso residual — aplicada quando o clínico não conseguia decidir entre esquizofrenia e transtorno do humor. Somente o DSM-III-R (1987) estabeleceu critérios formais para o TEA, incluindo a exigência de

um período de psicose sem sintomas afetivos proeminentes, a duração mínima dos episódios afetivos e a ausência de causa orgânica (Abrams; Rojas; Arciniegas, 2008).

A CID-10, publicada em 1989, seguiu lógica classificatória similar ao DSM-III-R, porém com uma diferença estrutural relevante: não exigia a presença de um período de psicose dissociado de sintomas afetivos, tornando seus critérios mais abrangentes e, conseqüentemente, gerando um perfil diagnóstico quantitativamente maior do que o DSM em populações equivalentes. O DSM-IV (1994) manteve a estrutura do DSM-III-R e expandiu o subtipo bipolar para incluir episódios mistos. O DSM-5 (2013) representou a revisão mais substantiva ao modificar o eixo temporal do diagnóstico: passou a exigir que os episódios afetivos maiores estejam presentes por mais da metade do tempo total da doença — incluindo períodos agudos e residuais —, buscando reduzir o uso excessivo e clinicamente impreciso do diagnóstico (Benabarre et al., 2001; Malaspina et al., 2013).

A CID-11, publicada pela Organização Mundial da Saúde em 2022 e em processo gradual de implementação global, representa uma mudança paradigmática ainda mais profunda: ao adotar uma perspectiva dimensional e espectral, reconhece que os sintomas psicóticos e afetivos coexistem em um continuum sobrepostos, e que a distinção categorial rígida entre esquizofrenia, TEA e transtornos do humor pode não refletir a biologia subjacente dos transtornos. Essa orientação é respaldada por evidências crescentes da genética molecular e da neuroimagem, que documentam sobreposição biológica significativa entre esses construtos diagnósticos (World Health Organization, 2022).

Do ponto de vista epidemiológico, a prevalência mundial do TEA é estimada em 0,5% a 0,8% ao longo da vida, valor menor do que o da esquizofrenia (aproximadamente 1%), mas com impacto funcional comparável — incluindo prejuízo ocupacional, social e cognitivo significativo, além de elevadas taxas de hospitalização e risco de suicídio. Estudos longitudinais documentam alta instabilidade diagnóstica, com parcela expressiva de pacientes inicialmente diagnosticados com TEA migrando para diagnósticos de esquizofrenia ou transtorno bipolar ao longo do seguimento clínico (Abrams; Rojas; Arciniegas, 2008). Essa instabilidade compromete diretamente a continuidade terapêutica e a validade dos estudos clínicos que recrutam populações com esse diagnóstico.

A confiabilidade diagnóstica — definida como a capacidade de diferentes avaliadores, utilizando os mesmos critérios, chegarem ao mesmo diagnóstico para um determinado paciente — constitui um indicador central da validade de qualquer sistema classificatório. O coeficiente Kappa de Cohen (κ), amplamente utilizado para mensurá-la, quantifica a concordância entre avaliadores além do acaso. Segundo a literatura, valores de κ abaixo de 0,40 indicam concordância fraca; entre 0,41 e 0,60, moderada; entre 0,61 e 0,80, boa; e acima de 0,80, ótima. A literatura disponível sugere, consistentemente, que o TEA apresenta os menores valores de κ entre os transtornos psicóticos em todos os sistemas diagnósticos avaliados — fenômeno que motivou a realização do presente estudo (Cheniaux; Landeira-Fernandez; Versiani, 2009).

Diante desse panorama, este estudo objetiva realizar uma revisão narrativa integrativa estruturada da literatura sobre a confiabilidade e estabilidade diagnóstica do TEA nas edições do DSM e da CID publicadas entre 1987 e 2026, avaliando criticamente o impacto das

sucessivas revisões nos critérios diagnósticos e discutindo as implicações nosológicas e clínicas dos achados.

2. METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão narrativa integrativa estruturada da literatura científica. Essa abordagem metodológica foi escolhida em substituição ao desenho de revisão sistemática originalmente previsto por duas razões principais: (1) a heterogeneidade metodológica dos estudos disponíveis na literatura — que empregam populações distintas, diferentes instrumentos diagnósticos e períodos de seguimento variáveis — torna inviável uma síntese quantitativa formal do tipo meta-análise; e (2) o perfil do corpus bibliográfico identificado, com predominância de estudos de confiabilidade diagnóstica e revisões críticas, enquadra-se melhor em um delineamento integrativo, que permite a análise abrangente de diferentes tipos de evidência dentro de um mesmo referencial temático.

Foram considerados elegíveis para inclusão: (1) estudos empíricos que mensuraram a confiabilidade e/ou estabilidade diagnóstica do TEA por meio de coeficientes estatísticos de concordância, com referência a pelo menos uma edição do DSM ou da CID; (2) estudos de revisão crítica que discutiram sistematicamente a nosologia do TEA e sua relação com a confiabilidade diagnóstica nas diferentes edições dos manuais; e (3) publicações no período de 1987 a 2026, abrangendo desde a edição do DSM-III-R — primeira a definir critérios diagnósticos específicos para o TEA — até o momento atual. Foram excluídos: (1) estudos focados exclusivamente em aspectos terapêuticos ou farmacológicos do TEA, sem avaliação diagnóstica;

(2) relatos de caso isolados sem análise de confiabilidade; e (3) publicações duplicadas.

A busca bibliográfica foi conduzida nas plataformas PubMed, Karger, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Medline, sem restrição de idioma, permitindo a inclusão de publicações em português, inglês, francês e outros idiomas disponíveis nas bases consultadas. Foram utilizadas as seguintes combinações de descritores: Schizoaffective disorder AND reliability; Schizoaffective disorder AND diagnosis criteria; Transtorno Esquizoafetivo AND confiabilidade diagnóstica. A seleção temporal foi restrita a publicações entre 1987 e 2026.

A seleção dos artigos foi conduzida em quatro etapas sequenciais e independentes. Na primeira etapa (Identificação), a busca nas bases de dados resultou em 772 artigos. Na segunda etapa (Triagem por plataformas), a aplicação dos filtros automáticos das bases reduziu o total para 720 artigos. Na terceira etapa (Triagem por título), dois revisores independentes analisaram os títulos e excluíram 693 artigos não relacionados ao tema, mantendo 27 para análise de resumos. Na quarta etapa (Triagem por resumo), os mesmos revisores avaliaram os resumos dos 27 artigos selecionados, excluindo 8 por não atenderem aos critérios de inclusão e 9 por duplicação, resultando em 10 artigos para leitura completa. Após a leitura integral e aplicação rigorosa dos critérios de elegibilidade, 9 estudos foram selecionados para compor a amostra final desta revisão.

A análise dos dados foi conduzida de forma qualitativa e descritiva. Para os estudos empíricos, os valores de Kappa de Cohen foram extraídos, comparados entre edições e sistemas diagnósticos, e as justificativas apresentadas pelos autores para os resultados obtidos

foram sistematizadas. Para os estudos de revisão crítica e análise de manuais, os principais argumentos e evidências foram organizados tematicamente em três eixos: (1) padrão histórico de confiabilidade diagnóstica; (2) diferenças estruturais entre DSM e CID; e (3) implicações nosológicas e perspectivas com as edições mais recentes. A pesquisa foi conduzida em conformidade com os princípios da Declaração de Helsinque e a Resolução CNS 466/2012.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os 9 estudos incluídos foram publicados entre 1993 e 2013 e abrangeram avaliações baseadas no DSM-III-R, DSM-IV, DSM-5 e CID-10, além de revisões críticas com análise da CID-11 em perspectiva. Cinco estudos apresentaram dados empíricos de Kappa de Cohen; dois constituíam revisões críticas sobre a nosologia do TEA; e dois analisaram a reformulação dos critérios diagnósticos no contexto do DSM-5. Em todos os estudos empíricos, o TEA apresentou os menores valores de kappa entre os transtornos psicóticos comparados no mesmo estudo, independentemente da edição do manual utilizada. Os valores variaram de 0,00 (Vollmer-Larsen et al., 2006) a 0,65 (Cheniaux; Landeira-Fernandez; Versiani, 2009, DSM-IV), configurando um espectro que vai da concordância nula à concordância razoável, sem jamais alcançar o patamar considerado bom ($\kappa > 0,61$) para o conjunto dos avaliadores. As características de cada estudo estão sintetizadas na Tabela 1.

Tabela 1. Estudos selecionados para a revisão narrativa integrativa estruturada sobre o Transtorno Esquizoafetivo (1987–2026)

Autor/Ano	Amostra	Sistema Diagnóstico	Delineamento/Instrumento	Kappa	Principais conclusões
-----------	---------	---------------------	--------------------------	-------	-----------------------

Hiller et al. (1993)	n=100 25-62 anos 47H / 53M	CID-10 e DSM-III-R	Comparaç ão entre sistemas em pacientes com transtorno s afetivos e	DSM-III-R: 0,08 CID-10: 0,23	Baix concor cia er ambx critéri imprec dificult diferen
----------------------	----------------------------------	-----------------------	--	---------------------------------------	--

△ Esta tabela possui muitas colunas e foi cortada para impressão. Para visualizá-la completa, acesse o artigo original em:

<https://revistatopicos.com.br/artigos/modificacoes-acerca-do-transtorno-esquizoafetivo-nas-edicoes-do-dsm-e-da-cid-uma-revisao-narrativa-integrativa-estruturada?noblockage>

Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

3.1. Padrão de Confiabilidade Diagnóstica Ao Longo das Edições

Hiller et al. (1993) conduziram um dos primeiros estudos comparativos de confiabilidade diagnóstica entre CID-10 e DSM-III-R em uma amostra de 100 pacientes psiquiátricos, utilizando quatro avaliadores independentes e o instrumento IDCL (International Diagnostic Checklist). Os valores de kappa para o TEA foram os mais baixos de todos os transtornos avaliados: 0,23 pela CID-10 e 0,08 pelo DSM-III-R. A discrepância entre os dois sistemas foi atribuída à ausência, na CID-10, da exigência de um período de psicose sem sintomas afetivos proeminentes — critério excludente no DSM-III-R —, e à ambiguidade geral dos critérios diagnósticos da época, que não ofereciam operacionalização suficiente para a diferenciação entre TEA, esquizofrenia e transtornos afetivos. O estudo documentou ainda que a frequência de diagnóstico de TEA foi significativamente maior pela CID-10 (11,75%) do que pelo DSM-III-R

(6,25%), diferença estrutural com consequências diretas para a comparabilidade entre pesquisas internacionais (Hiller et al., 1993).

Maj et al. (2000) obtiveram kappa de 0,22 para o TEA no DSM-IV em estudo longitudinal de dois anos envolvendo 150 pacientes avaliados por dois psiquiatras com o Composite International Diagnostic Interview (CIDI) — valor inferior ao observado para esquizofrenia, transtorno bipolar e depressão maior no mesmo estudo. Os autores identificaram três fontes específicas de ambiguidade nos critérios do DSM-IV: (a) a expressão "sintomas que atendem ao critério A para esquizofrenia" não especificava se tais sintomas poderiam ter conteúdo afetivo; (b) o termo "ausência de sintomas de humor proeminentes" não definia claramente se os critérios formais para episódios afetivos deveriam estar plenamente presentes; e (c) a noção de "porção substancial do tempo" era interpretada de forma variável entre os avaliadores. A acumulação dessas imprecisões linguísticas resultava em divergências diagnósticas sistemáticas, independentemente da experiência clínica dos avaliadores (Maj et al., 2000).

Vollmer-Larsen et al. (2006) forneceram a evidência mais contundente de instabilidade diagnóstica longitudinal: kappa de 0,00 entre CID-10 e DSM-IV em uma amostra de 59 pacientes inicialmente diagnosticados com TEA e reavaliados após dois anos. Apenas 6 dos 59 pacientes (10,2%) mantiveram o diagnóstico inicial pela CID-10 após o período de seguimento, com a maioria migrando para diagnósticos de esquizofrenia ou transtorno do humor. O kappa nulo demonstra que a concordância entre os dois sistemas era equivalente ao acaso — ou seja, os dois manuais classificavam os mesmos pacientes de forma essencialmente independente. Esse achado expõe uma incompatibilidade estrutural fundamental:

enquanto a CID-10 classifica o TEA como diagnóstico vitalício, o DSM-IV o define como episódico, gerando trajetórias diagnósticas radicalmente distintas para o mesmo paciente ao longo do tempo (Vollmer-Larsen et al., 2006).

Cheniaux; Landeira-Fernandez; Versiani (2009) obtiveram o resultado mais heterogêneo da amostra: kappa de 0,65 (DSM-IV) — limiar da concordância satisfatória — contra 0,26 (CID-10), com concordância intersistemas de apenas 0,37, em um estudo com 100 pacientes internados avaliados simultaneamente por dois psiquiatras. A superioridade do DSM-IV foi atribuída à exigência de pelo menos duas semanas de sintomas psicóticos não relacionados a episódio afetivo, que, apesar de clinicamente difícil de verificar, impõe uma delimitação mais objetiva entre TEA, esquizofrenia e transtornos do humor. Vale notar que, mesmo com o valor mais alto entre os estudos empíricos da amostra, o TEA continuou apresentando, nesse trabalho, confiabilidade inferior à de todos os outros transtornos psiquiátricos comparados.

Richieri et al. (2011) avaliaram 112 pacientes psiquiátricos hospitalizados na França utilizando entrevista padronizada baseada na CID-10 aplicada por dois psiquiatras independentes. O TEA apresentou kappa de 0,48 — o menor entre todos os transtornos avaliados no estudo, incluindo esquizofrenia ($\kappa = 0,76$) e transtorno bipolar ($\kappa = 0,67$). Os autores destacaram como fator agravante a relativamente baixa familiaridade dos psiquiatras franceses com a CID-10, adotada obrigatoriamente nas instituições do país apenas a partir de 2007. Esse achado sugere que o nível de treinamento e experiência dos avaliadores com o sistema classificatório utilizado constitui um determinante adicional da confiabilidade diagnóstica, frequentemente negligenciado na literatura (Richieri et al., 2011).

3.2. Diferenças Estruturais Entre DSM e CID Como Determinantes da Discordância

A comparação entre DSM-IV e CID-10 nos estudos de Cheniaux; Landeira-Fernandez; Versiani (2009) e Vollmer-Larsen et al. (2006) revela que parte significativa da baixa confiabilidade não é atribuível à imprecisão interna dos critérios de cada sistema, mas às suas diferenças estruturais. Três diferenças principais foram identificadas: (a) Critério de dissociação temporal: o DSM-IV exige pelo menos duas semanas de sintomas psicóticos sem sintomas afetivos proeminentes, enquanto a CID-10 não impõe esse critério, resultando em taxas de diagnóstico de TEA consistentemente maiores pela CID-10 em populações equivalentes; (b) Concepção episódica versus vitalícia: o DSM-IV classifica o TEA como episódico — o diagnóstico pode mudar ao longo do tempo conforme a evolução clínica —, enquanto a CID-10 o trata como diagnóstico vitalício, gerando trajetórias diagnósticas radicalmente distintas para o mesmo paciente; (c) Critérios para esquizofrenia: na CID-10, os critérios para esquizofrenia não excluem sintomas afetivos, tornando a fronteira entre esquizofrenia e TEA especialmente fluida nesse sistema.

Essas diferenças estruturais têm consequências importantes que extrapolam o âmbito clínico. No campo da pesquisa científica, estudos que comparam prevalências, outcomes ou perfis genéticos do TEA entre diferentes países ou sistemas de saúde podem estar comparando populações diagnósticas substancialmente distintas, dependendo do sistema classificatório utilizado. Essa falta de comparabilidade internacional compromete a validade externa dos estudos e dificulta a elaboração de diretrizes terapêuticas baseadas em evidências. No campo da prática clínica, a incompatibilidade

entre sistemas pode resultar em descontinuidade do diagnóstico quando um paciente muda de serviço ou de país, com implicações diretas para a continuidade do tratamento (Vollmer-Larsen et al., 2006; Cheniaux; Landeira-Fernandez; Versiani, 2009).

É importante destacar que as diferenças entre DSM e CID não são meramente técnicas ou operacionais: elas refletem concepções distintas sobre a natureza do TEA. Enquanto o DSM privilegia uma abordagem episódica e baseada em critérios temporais rigorosos, a CID historicamente adotou uma perspectiva mais clínica e longitudinal. Essa divergência conceitual de base é, em última instância, o que torna os sistemas incompatíveis para o diagnóstico do TEA — e é também o que a CID-11 busca superar ao substituir as categorias discretas por um modelo dimensional que reconhece a fluidez entre os construtos psicótico e afetivo.

3.3. A Questão Nosológica: A Relação Entre Esquizofrenia e Transtornos Afetivos

A baixa confiabilidade diagnóstica do TEA não é um problema isolado de imprecisão nos critérios: ela reflete uma questão nosológica mais profunda — a validade da separação categorial entre esquizofrenia e transtornos afetivos. Jäger et al. (2011) e Tandon (2012) convergem ao argumentar que o TEA ocupa, na prática, uma posição no continuum psicopatológico entre esses dois polos, e que as categorias discretas dos sistemas classificatórios são, em alguma medida, artefatos da taxonomia kraepeliniana, e não entidades biológicas validadas.

Essa perspectiva tem recebido suporte crescente de estudos de genética molecular. O Cross-Disorder Group of the Psychiatric

Genomics Consortium identificou variantes de risco compartilhadas entre esquizofrenia, transtorno bipolar e depressão maior, sugerindo que a distinção categorial entre esses transtornos pode não corresponder a fronteiras biológicas reais. Estudos de neuroimagem estrutural e funcional documentaram padrões de alterações sobrepostos entre esquizofrenia e transtorno bipolar com psicose, incluindo reduções de volume no córtex pré-frontal, no hipocampo e na amígdala que não discriminam categorialmente os dois diagnósticos. O TEA, situado entre esses dois construtos, compartilha características com ambos — o que justifica sua existência clínica como diagnóstico e, ao mesmo tempo, explica sua instabilidade como categoria discreta (Jäger et al., 2011; Tandon, 2012).

Do ponto de vista clínico, a instabilidade diagnóstica longitudinal documentada por Vollmer-Larsen et al. (2006) — com apenas 10,2% dos pacientes mantendo o diagnóstico de TEA após dois anos — é consistente com a hipótese de continuum: se o TEA não é uma categoria discreta, mas uma posição em um espectro, é esperado que pacientes "migrem" ao longo do tempo para posições mais próximas dos polos esquizofrênico ou afetivo, conforme a evolução do quadro. Essa migração diagnóstica tem consequências clínicas diretas: mudanças de diagnóstico implicam mudanças de tratamento, interrupção de regimes farmacológicos em curso e potencial descontinuidade no seguimento terapêutico — fatores que se associam a desfechos piores na psicose.

3.4. Perspectivas com o DSM-5 e a CID-11

O DSM-5 (2013) representou a tentativa mais sistemática de aumentar a confiabilidade diagnóstica do TEA ao endurecer os

critérios temporais: passou a exigir que os episódios afetivos maiores estejam presentes por mais da metade do tempo total da doença, incluindo os períodos agudos e residuais. Essa mudança visou diferenciar o TEA da esquizofrenia com sintomas afetivos secundários — nos quais os episódios afetivos são breves e subordinados ao quadro psicótico — e do transtorno bipolar com psicose — nos quais os sintomas psicóticos ocorrem exclusivamente durante episódios afetivos. Os field trials do DSM-5 registraram kappa de 0,50 para o TEA — melhora em relação às edições anteriores, mas ainda no limiar inferior da concordância moderada. Esses resultados sugerem que ajustes nos critérios temporais, embora relevantes, são insuficientes para resolver o problema estrutural de confiabilidade enquanto a fronteira com esquizofrenia e transtornos afetivos permanecer mal delimitada (Malaspina et al., 2013; Barch et al., 2013).

A CID-11 (2022) representa uma mudança de paradigma ao adotar perspectiva dimensional: reconhece que os sintomas psicóticos e afetivos existem em um espectro contínuo, e que a sobreposição entre esquizofrenia, TEA e transtornos do humor é a regra, não a exceção. Ao abandonar a categorização rígida em favor de perfis dimensionais sobrepostos, a CID-11 tem potencial teórico de aumentar a coerência diagnóstica — especialmente para pacientes com quadros mistos, nos quais os sistemas categoriais falham com mais frequência, ao substituir a classificação binária forçada pela descrição de perfis psicopatológicos em dimensões contínuas (World Health Organization, 2022).

Entretanto, a ausência completa de estudos empíricos de confiabilidade diagnóstica baseados nos critérios da CID-11 até o fechamento desta revisão representa a principal lacuna identificada

— e constitui uma prioridade de pesquisa urgente. Sem dados empíricos de concordância interavaliadores baseados nos novos critérios, não é possível determinar se a abordagem dimensional se traduz, na prática clínica, em maior coerência diagnóstica ou se introduz novas fontes de variabilidade associadas à subjetividade inerente à avaliação de dimensões contínuas. Estudos multicêntricos comparando a confiabilidade do TEA segundo CID-11 e DSM-5, em diferentes contextos clínicos e culturais, são necessários para responder a essa questão.

Em conjunto, os resultados desta revisão evidenciam que o problema da confiabilidade diagnóstica do TEA é multidimensional e historicamente persistente. Nenhuma das revisões realizadas ao longo de quatro décadas — do DSM-III-R ao DSM-5, da CID-10 à CID-11 — foi suficiente para elevar a confiabilidade do TEA aos patamares observados para esquizofrenia ou transtorno bipolar nos mesmos estudos. Esse padrão sugere que a solução definitiva exige não apenas ajustes operacionais nos critérios diagnósticos, mas uma reavaliação mais profunda dos fundamentos categoriais da psiquiatria e da própria validade do TEA como entidade nosológica discreta.

4. CONCLUSÃO

Os resultados desta revisão narrativa integrativa estruturada demonstram, de forma convergente e consistente, que o Transtorno Esquizoafetivo apresenta sistematicamente os menores índices de confiabilidade e estabilidade diagnóstica entre os transtornos psicóticos, em todas as edições avaliadas do DSM — do DSM-III-R ao DSM-5 — e na CID-10. As causas identificadas são múltiplas e interrelacionadas: a imprecisão e ambiguidade dos critérios

diagnósticos; as diferenças estruturais entre DSM e CID, que geram perfis diagnósticos incompatíveis para os mesmos pacientes; a instabilidade longitudinal com taxas expressivas de migração diagnóstica; e, subjacente a tudo isso, a posição limítrofe do TEA no continuum entre esquizofrenia e transtornos afetivos, que reflete uma limitação fundamental dos sistemas categoriais de classificação psiquiátrica.

O DSM-5 introduziu avanços modestos e necessários ao endurecer os critérios temporais, resultando em melhora discreta da confiabilidade (κ de 0,50 nos field trials). A CID-11, com sua perspectiva dimensional e espectral, abre caminhos teoricamente mais robustos, ao reconhecer que a distinção categorial rígida entre esquizofrenia, TEA e transtornos do humor pode não refletir a biologia subjacente dos transtornos. Entretanto, a ausência total de estudos empíricos baseados nos critérios da CID-11 representa uma lacuna crítica e urgente, que impede qualquer avaliação objetiva do impacto real dessa mudança paradigmática na prática clínica.

Conclui-se que, apesar das múltiplas tentativas de refinamento diagnóstico ao longo de quatro décadas, não houve melhoria substancial nas taxas de confiabilidade e estabilidade do TEA. A solução definitiva desse problema exige não apenas ajustes nos critérios diagnósticos, mas uma reavaliação mais profunda dos fundamentos categoriais da psiquiatria — tarefa que a CID-11 inicia e que os próximos anos de pesquisa precisarão consolidar com evidências empíricas sólidas. Estudos de confiabilidade diagnóstica baseados nos critérios da CID-11, conduzidos em diferentes contextos clínicos e culturais com metodologias padronizadas, constituem a prioridade de pesquisa mais urgente identificada por esta revisão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMS, D. J.; ROJAS, D. C.; ARCINIEGAS, D. B. Is schizoaffective disorder a distinct categorical diagnosis? A critical review of the literature. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, v. 4, n. 6, p. 1089-1109, 2008. DOI: 10.2147/hdt.s4120

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5. ed. (DSM-5). Washington, DC: APA, 2013.

ANGST, J.; GAMMA, A. A new bipolar spectrum concept: a brief review. *Bipolar Disorders*, v. 4, n. Suppl. 1, p. 11-14, 2002. DOI: 10.1034/j.1399-5618.4.s1.1.x

BARCH, D. M.; BUSTILLO, J.; GAEBEL, W. et al. Logic and justification for dimensional assessment of symptoms and related clinical phenomena in psychosis: relevance to DSM-5. *Schizophrenia Research*, v. 150, n. 1, p. 15-20, 2013. DOI: 10.1016/j.schres.2013.04.027

BENABARRE, A.; VIETA, E.; COLOM, F.; MARTÍNEZ-ARÁN, A.; REINARES, M.; GASTÓ, C. Bipolar disorder, schizoaffective disorder and schizophrenia: epidemiologic, clinical and prognostic differences. *European Psychiatry*, v. 16, n. 3, p. 167-172, 2001. DOI: 10.1016/S0924-9338(01)00559-4

CHENIAUX, E.; LANDEIRA-FERNANDEZ, J.; VERSIANI, M. The diagnoses of schizophrenia, schizoaffective disorder, bipolar disorder and unipolar depression: interrater reliability and congruence between DSM-IV and ICD-10. *Psychopathology*, v. 42, n. 5, p. 293-298, 2009. DOI: 10.1159/000228838

HILLER, W.; DICHTL, G.; HECHT, H.; HUNDT, W.; VON ZERSSEN, D. An empirical comparison of diagnoses and reliabilities in ICD-10 and DSM-III-R. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, v. 242, n. 4, p. 209-217, 1993. DOI: 10.1007/BF02189965

JÄGER, M.; HAACK, S.; BECKER, T.; FRASCH, K. Schizoaffective disorder: an ongoing challenge for psychiatric nosology. *European Psychiatry*, v. 26, n. 3, p. 159-165, 2011. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2010.03.010

KASANIN, J. The acute schizoaffective psychoses. *American Journal of Psychiatry*, v. 90, n. 1, p. 97-126, 1933. DOI: 10.1176/ajp.90.1.97

MAJ, M.; PIROZZI, R.; FORMICOLA, A. M.; BARTOLI, L.; BUCCI, P. Reliability and validity of the DSM-IV diagnostic category of schizoaffective disorder: preliminary data. *Journal of Affective Disorders*, v. 57, n. 1-3, p. 95-98, 2000. DOI: 10.1016/S0165-0327(99)00059-2

MALASPINA, D.; OWEN, M. J.; HECKERS, S. et al. Schizoaffective Disorder in the DSM-5. *Schizophrenia Research*, v. 150, n. 1, p. 21-25, 2013. DOI: 10.1016/j.schres.2013.04.026

MARNEROS, A.; TSUANG, M. T. *Affective and schizoaffective disorders: similarities and differences*. Berlin: Springer, 1990.

MOCHCOVITCH, M.; PAPELBAUM, M.; SILVA, A. et al. Projeto Diretrizes Primeiro Episódio Psicótico (PEP): Diagnóstico e Diagnóstico Diferencial. *Projeto Diretrizes AMB*, p. 1-36, 2012.

RICHERI, R.; BOYER, L.; LANÇON, C. Fiabilité des références diagnostiques du Recueil d'Informations Médicalisées en

Psychiatrie. Sante Publique, v. 23, n. HS, p. 31, 2011. DOI: 10.3917/spub.110.0031

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

TANDON, R. The nosology of schizophrenia: toward DSM-5 and ICD-11. Psychiatric Clinics of North America, v. 35, n. 3, p. 557-569, 2012. DOI: 10.1016/j.psc.2012.06.001

VAN OS, J.; KAPUR, S. Schizophrenia. The Lancet, v. 374, n. 9690, p. 635-645, 2009. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60995-8

VOLLMER-LARSEN, A.; JACOBSEN, T. B.; HEMMINGSEN, R.; PARNAS, J. Schizoaffective disorder: the reliability of its clinical diagnostic use. Acta Psychiatrica Scandinavica, v. 113, n. 5, p. 402-407, 2006. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2005.00744.x

WILSON, M. D. DSM-III and the transformation of American Psychiatry: a history. American Journal of Psychiatry, v. 150, n. 3, p. 399-410, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11). Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://icd.who.int>. Acesso em: maio 2026.

¹ Discente do Curso de Medicina, Afya Centro Universitário, São João del Rei – MG. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

² Discente do Curso de Medicina, Afya Centro Universitário, São João del Rei – MG. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

³ Discente do Curso de Medicina, Afya Centro Universitário, São João del Rei – MG. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁴ Afya Centro Universitário, São João del Rei – MG. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6994204244089490>

⁵ Afya Centro Universitário, São João del Rei – MG. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). Lattes: <https://lattes.cnpq.br/2381932149842462>