

Esquizofrenia: evolução histórica do conceito e classificações atuais

Schizophrenia: historical evolution of the concept and current classifications

Isadora Calisto Gregório¹. Andrea Dantas Mota¹. Maria da Glória Fontenelle Araújo Siqueira¹. Augusto Andrade Campos de Moura Fé¹. Eugênio de Moura Campos¹.

¹ Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, Ceará, Brasil.

RESUMO

Objetivos: Colaborar com o conhecimento acerca da evolução histórica do conceito e da classificação da esquizofrenia e atualizar sobre aspectos clínicos. **Metodologia:** Foram analisadas todas as edições das classificações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Associação Psiquiátrica Americana (APA), principais livros-texto de psiquiatria, assim como artigos sobre a evolução conceitual da esquizofrenia e publicações recentes relativas à revisão das classificações. **Resultados:** São descritos os marcos históricos da evolução conceitual da esquizofrenia e o desenvolvimento da estrutura e da nomenclatura adotadas nas classificações da OMS e da APA, de 1948 até os dias atuais. Mostram-se também as mudanças ocorridas na categorização dos subtipos em cada versão publicada. Discorre-se sobre a inclusão dos descritores dimensionais utilizados atualmente na caracterização do quadro clínico da esquizofrenia, apresentam-se os requisitos diagnósticos da CID-11, faz-se uma comparação entre os padrões de curso com a CID-10 e lista os especificadores de gravidade. **Conclusão:** Nas últimas versões das classificações atuais estão consolidadas as modificações decorrentes do contínuo avanço do conhecimento a respeito da esquizofrenia. Os profissionais de saúde precisam conhecer essas inovações a fim de melhor qualificar a prática da atenção aos pacientes e poderem estabelecer trocas de informações clínicas baseadas em conceitos mais uniformes.

Palavras-chave: Esquizofrenia. Classificação. História da medicina.

ABSTRACT

Objectives: To contribute to the knowledge on the historical evolution and classification of schizophrenia, as well as to provide an update on its clinical aspects. **Methodology:** A bibliographic research has been conducted regarding the classification and conceptual evolution of schizophrenia in guidelines from the World Health Organization (WHO) and the American Psychiatric Association (APA), in major psychiatry textbooks and in recent publications. **Results:** The historical milestones of the conceptual evolution of schizophrenia were described in addition to the development of the structure and nomenclature adopted by WHO and APA classifications from 1948 to the present day. Changes in the categorization of schizophrenia subtypes in each published version were also shown. Furthermore, the inclusion of dimensional descriptors currently used in the characterization of the schizophrenia clinical picture, the diagnostic requirements of ICD-11, a comparison with ICD-10 requisites and severity specifiers were discussed. **Conclusion:** Current classifications consolidate the changes resulting from the continuous advance of knowledge on schizophrenia. Health professionals need to know these innovations in order to better qualify patient care practices and be able to exchange clinical information based on more uniform concepts.

Keywords: Schizophrenia. Classification. History of medicine.

Autor correspondente: Isadora Calisto Gregório, Rua Dom Sebastião Leme, 655, Bairro de Fátima, Fortaleza, Ceará. CEP: 60050-160. E-mail: isadoragregorio@gmail.com

Conflito de interesses: Não há qualquer conflito de interesses por parte de qualquer um dos autores.

Recebido em: 02 Dez 2022; Revisado em: 23 Mar 2023; Aceito em: 24 Jul 2023.

INTRODUÇÃO

As classificações dos transtornos mentais sofreram inúmeras modificações ao longo do tempo, tendo como base o conhecimento disponível à época, bem como influências culturais. Surgiu com Hipócrates, no século V antes de Cristo, a primeira classificação racional de transtornos mentais, baseada na teoria dos humores. Termos como epilepsia, mania, melancolia e paranoia, que são desse período, permanecem sendo utilizados.¹ Na sequência, advieram muitas outras classificações até chegar na sistemática de Kraepelin (1856 - 1926),² tida como a base das classificações atuais.³

As classificações psiquiátricas mais utilizadas são as da Organização Mundial de Saúde (OMS), atualmente na sua décima primeira revisão - Classificação Internacional de Doenças (CID-11),⁴ e da Associação Psiquiátrica Americana (APA), com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, presentemente na quinta versão revisada (DSM-V-TR).⁵ Estas últimas edições trouxeram muitas alterações em relação às versões anteriores. O grupo dos transtornos, do qual faz parte a esquizofrenia, foi um dos que sofreram modificações significativas.

A esquizofrenia é um dos transtornos mentais mais estudados. A conceituação atual é fruto de muitas transformações ocorridas no decorrer dos anos, resultantes de novas evidências identificadas em estudos recentes, com repercussões em termos de diagnóstico e tratamento.⁶

O presente artigo pretende colaborar com o conhecimento acerca da evolução histórica do conceito e da classificação de esquizofrenia, bem como atualizar sobre aspectos clínicos e diagnósticos.

HISTÓRICO

Evolução do conceito

Até a segunda metade do século XVIII acreditava-se que todas as doenças mentais tinham uma única causa. Pinel foi um dos primeiros a descrever diferentes síndromes clínicas e a classificar a demência, idiotia, melancolia e mania.⁷

Em 1852 o neuropsiquiatra francês Morel, baseado na chamada doutrina degenerativa, utilizou pela primeira vez o termo “*démence précoce*”, referindo-se a um jovem de 14 anos, para definir um processo de deterioração na juventude.⁸ Hecker, em 1871, seguindo orientação de Kahlbaum, de quem era discípulo, descreveu a Hebefrenia. Em 1874, o próprio Kahlbaum publicou uma monografia reportando-se à Catatonia.⁹ O psiquiatra alemão Emil Kraepelin, em 1896, na 5ª edição de seu Tratado de Psiquiatria,⁷ utilizando o termo já cunhado por Morel, reuniu uma série de quadros clínicos que tinham como característica comum um estado particular de enfraquecimento mental.¹⁰

Kraepelin (1907) incorporou as descrições de Morel, Kahlbaum e Hecker e passou a distinguir três formas clínicas

na “*dementia praecox*”: hebefrênica, catatônica e paranoide. A forma hebefrênica correspondia ao que ele próprio, antes da sistematização, já vinha chamando de demência precoce, a segunda era a catatonia e a terceira compreendia o que havia denominado de demência paranoide.

Kraepelin baseou sua sistemática tanto na descrição minuciosa dos sintomas como na evolução clínica, de sorte que diferenciou a Demência Precoce da Psicose Maníaco-Depressiva, baseado nestes critérios. São comuns as referências a Kraepelin como tendo sustentado a inexorabilidade da evolução deteriorante da esquizofrenia, mas Bleuler (1960) já lembrava que ele depois reviu sua posição e admitiu a possibilidade de remissões. De sua amostra, cerca de 13% pareciam se recuperar completamente.¹¹

Eugen Bleuler, em 1911, introduziu uma nova abordagem no conceito da Demência Precoce e propôs o termo Esquizofrenia, cujo significado etimológico é mente partida, fendida, dissociada. Aliás, chamou de “o grupo das esquizofrenias”, alusão à heterogeneidade da doença. Influenciado pelas ideias da psicanálise, procurou identificar as alterações primárias da doença, aquelas que eram inerentes ao próprio processo patológico e as secundárias, reações psicológicas ao adoecimento. Textualmente definiu que “os sintomas primários são os fenômenos parciais necessários da enfermidade; os sintomas secundários podem estar ausentes, pelo menos potencialmente, ou podem mudar sem que se modifique ao mesmo tempo o processo patológico”.⁹

Bleuler também dividiu os sintomas da esquizofrenia em fundamentais e acessórios. Os fundamentais ou permanentes - alterações associativas, afetivas, autismo e ambivalência - “estão presentes em todos os casos e em todos os períodos da doença”. Os sintomas acessórios - ideias delirantes, alucinações, sintomas catatônicos e outros - “podem faltar completamente durante certos períodos, ou inclusive durante todo o curso da enfermidade”.⁹

Vale salientar que a dicotomia primário/secundário não se confunde com a fundamental/acessório. A primeira se refere à etiologia e a outra aos aspectos clínicos. De fato, os sintomas fundamentais são classificados, em sua maior parte, como secundários.¹² O enfoque diagnóstico de Bleuler é sintomatológico, isto é, a evolução clínica não é um critério definidor. O curso com estado final desfavorável não é a regra nos quatro tipos que classificou como simples, hebefrênico, catatônico e paranoide.⁹

Uma contribuição importante para o diagnóstico da esquizofrenia veio de Kurt Schneider, na década de 30. Ele descreveu os sintomas de primeira e segunda ordem, procurando estabelecer critérios de diagnóstico puramente clínicos. São sintomas de primeira ordem: vivências anormais das percepções e sensações (sonorização do pensamento, vozes que dialogam entre si, vozes que acompanham a própria

ação com comentários e vivências de influência corporal); do pensamento (subtração do pensamento, imposição do pensamento, difusão do pensamento e percepção delirante); dos sentimentos, impulsos e vontade experienciados subjetivamente como impostos. Sintomas de segunda ordem: erros sensoriais, intuição delirante, abulia, disposições de ânimo (distímias) depressivas e maníacas e outros. Schneider advertiu que o diagnóstico da esquizofrenia não exigia a presença dos sintomas de primeira ordem, mas quando estes eram evidentes e não se detectava uma patologia cerebral, podia-se falar “com toda franqueza, de esquizofrenia, do ponto de vista clínico”.¹³

Kasanin, em 1933,¹⁴ identificou um grupo de pacientes cuja doença se caracterizava pelo início agudo após um evento precipitante, presença simultânea de sintomas típicos da esquizofrenia e de transtornos do humor e, em alguns casos, pela história de doença afetiva na família. Denominou estes casos de psicoses esquizoafetivas agudas.

Ao longo dos anos o conceito e os critérios de diagnóstico da esquizofrenia dividiram a opinião dos pesquisadores e sofreram várias revisões. Alguns admitiram critérios mais elásticos, incluindo uma diversidade de subtipos. Outros adotaram limites conceituais mais estreitos, separando da esquizofrenia, outras categorias nosográficas.

Na década de 60, as divergências quanto ao diagnóstico da esquizofrenia eram gritantes. O “*US-UK Diagnostic Project*”, um estudo conduzido em Nova Iorque e Londres cujo resultado foi publicado em 1972, demonstrou que na Europa os critérios adotados eram em geral mais restritivos e nos EUA, excessivamente amplos.⁷

O Estudo Piloto Internacional sobre Esquizofrenia (EPIE) realizado em nove países (WHO, 1973) revelou que no Reino Unido, Taiwan, Colômbia, Tchecoslováquia, Dinamarca, Índia e Nigéria os critérios de diagnóstico eram similares, enquanto que os EUA e a URSS se destacavam por uma noção bastante ampla da esquizofrenia.¹¹

A publicação do DSM-III em 1980 foi um marco no estabelecimento de critérios e diretrizes que contribuíram para a uniformização diagnóstica da esquizofrenia ao redor do mundo.¹⁵ Ainda na década de 80, Crow dividiu os sintomas da esquizofrenia em duas síndromes: positiva e negativa ou tipo I e tipo II. Postulava que as duas síndromes eram decorrentes de processos patológicos distintos de uma mesma patologia, podendo a tipo I ser seguida da tipo II, ou ambas coexistirem. A síndrome positiva seria caracterizada por aumento de receptores dopaminérgicos e a negativa por perda de células e mudanças na estrutura cerebral.¹⁶

Os termos “sintomas positivos” e “sintomas negativos” tornaram-se largamente conhecidos e utilizados tanto na clínica como em pesquisas. Contudo, uma quantidade de investigações posteriores mostrou que a dicotomia positivo/negativo era insuficiente para alcançar a complexidade da psicopatologia esquizofrênica.^{17,18,19}

Alguns estudos da década de 1990 deram suporte à uma concepção de três dimensões sintomáticas para esquizofrenia: sintomas negativos, psicóticos e desorganizados.^{20,21}

No mesmo período, utilizando a escala PANSS, Kay construiu um modelo chamado piramidal em que dividia os sintomas da esquizofrenia em quatro dimensões.¹⁸ A continuação das pesquisas com a PANSS nos Estados Unidos, França e Espanha, utilizando a técnica de análise fatorial, terminou por revelar o modelo de 5 fatores, isto é, cinco componentes independentes, mas coexistentes: positivo, negativo, excitado, cognitivo e depressivo.^{22,23,24} Estudos ainda permanecem sendo realizados com base neste modelo de 5 fatores.^{25,26}

Classificações (CID e DSM)

Até a sexta edição da CID, publicada pela OMS em 1948, os transtornos mentais não haviam sido incluídos. No capítulo V da CID 6, intitulado “Enfermidades Mentais, Psicose e Transtornos da Personalidade” figura o grupo das Psicoses do qual faz parte a categoria “Transtornos esquizofrênicos” seguida entre parênteses do termo “demência precoce”, referência à antiga denominação. Nesta edição, os transtornos esquizofrênicos aparecem com as subcategorias ou tipos: simples, hebefrênico, catatônico e paranoide, reação esquizofrênica aguda, esquizofrenia latente e psicose esquizoafetiva.²⁷

O Quadro 1 descreve a evolução da estrutura e da nomenclatura adotadas nas classificações da OMS e da APA, de 1948 até os dias atuais, em relação à esquizofrenia. Inclui também as mudanças ocorridas na categorização dos subtipos em cada versão publicada.

Em 1952, a Associação Psiquiátrica Americana (APA) publicou uma classificação própria - o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-I) - no qual aparece as denominadas “Reações esquizofrênicas” dentro do grupo dos “Transtornos psicóticos”.²⁸

A CID-7 (1955), não trouxe mudanças em relação à anterior.²⁹ Na CID-8 (1965), o que até então era denominado “Transtornos esquizofrênicos”, foi substituído por “Esquizofrenia”, e entre os tipos, foi incluída a esquizofrenia residual.³⁰ A mesma denominação - esquizofrenia - passou a ser empregada no DSM-II (1968).³¹ Na CID-9 (1975), o termo “esquizofrenia” deu lugar a “Psicoses esquizofrênicas”, mantendo-se as mesmas subdivisões.³²

Na terceira revisão do DSM (DSM-III) houve uma modificação drástica na concepção diagnóstica da esquizofrenia, com a exigência de no mínimo seis meses de evolução da doença para o diagnóstico e mudanças nos subtipos: desorganizado no lugar de hebefrênico, inclusão do tipo indiferenciado e retirada dos tipos simples, latente, episódio esquizofrênico agudo e esquizoafetivo. Este último passou a constar como categoria independente.¹⁵ No DSM-III-R (1987), houve o retorno do título do capítulo para “Esquizofrenia” no lugar de “Transtornos esquizofrênicos”.³³

Quadro 1. Evolução da estrutura, nomenclatura e subtipos da esquizofrenia – CID e DSM: 1948 a 2022.

Classificação (ano)	Capítulo	Categoria	Subtipos
CID-6 (1948)	Psicoses	Transtornos Esquizofrênicos (demência precoce)	Simple; Hebefrênico; Catatônico; Paranoide; Reação esquizofrênica aguda; Latente; Psicose esquizoafetiva
DSM-I (1952)	Transtornos psicóticos	Reações Esquizofrênicas	Simple; Hebefrênico; Catatônico; Paranoide; Reação esquizofrênica indiferenciada tipo aguda e crônica; Esquizoafetiva; Residual
CID-7 (1955)	Psicoses	Transtornos esquizofrênicos (demência precoce)	Simple; Hebefrênico; Catatônico; Paranoide; Reação esquizofrênica Aguda; Latente; Esquizoafetiva
CID-8 (1965)	Psicoses	Esquizofrenia	Simple; Hebefrênico; Catatônico; Paranoide; Episódio esquizofrênico agudo; Latente; Residual
DSM-II (1968)	Psicoses não atribuídas a condições físicas	Esquizofrenia	Simple; Hebefrênico; Catatônico; Paranoide; Episódio esquizofrênico agudo; Latente; Residual
CID-9 (1975)	Outras psicoses (não orgânicas)	Psicoses esquizofrênicas	Simple; Hebefrênico; Catatônico; Paranoide; Episódio esquizofrênico agudo; Latente; Residual
DSM-III (1980)/ DSM-III-R (1987)	Transtornos esquizofrênicos / Esquizofrenia	Esquizofrenia	Desorganizado; Catatônico; Paranoide; Indiferenciado; Residual
CID-10 (1990)	Esquizofrenia, transtorno esquizotípico e delirantes	Esquizofrenia	Hebefrênica; Catatônica; Paranoide; Indiferenciada; Residual; Simple; Depressão pós-esquizofrênica
DSM-IV (1994) / DSM-IV-TR (2000)	Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos	Transtornos esquizofrênico	Desorganizado; Catatônico; Paranoide; Indiferenciado; Residual
DSM-V (2013)	Espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos	Esquizofrenia	Subtipos foram excluídos.
CID-11	Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos primários	Esquizofrenia	Subtipos foram excluídos.
DSM-V-TR (2022)	Espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos	Esquizofrenia	Subtipos foram excluídos.

Fontes: CID-6²⁷, DSM-I²⁸, CID-7²⁹, CID-8³⁰, DSM-II³¹, CID-9³², DSM-III¹⁵, DSM-III-R³³, CID-10³⁴, DSM-IV³⁵, DSM-IV-TR³⁶, DSM-V³⁷, CID-11⁴, DSM-V-TR⁵.

Na CID-10 (1990), o grupo do qual faz parte a esquizofrenia é denominado “Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes”. Diferente da CID-9, que não fazia referência a tempo mínimo de doença, esta edição passou a exigir o período de um mês de sintomas para a efetivação do diagnóstico. Manteve os subtipos paranoide, hebefrênico, catatônico, residual e simple com acréscimo do subtipo indiferenciado e da depressão pós-esquizofrênica.³⁴ Da mesma forma que no DSM-III-R, foram retirados os tipos esquizofrenia latente, episódio esquizofrênico agudo e o esquizoafetivo. Este passou a configurar categoria à parte, mas dentro do grupo “Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e

transtornos delirantes”. Apesar de algumas divergências, os subtipos clínicos do DSM-III/DSM-III-R e da CID-10 são, na sua grande maioria, equivalentes.^{34, 15, 33}

Nas revisões seguintes do manual da APA, DSM-IV (1994) e o DSM-IV-TR (2002) não se observam mudanças substanciais em relação ao DSM-III-R quanto a definições e critérios diagnósticos da esquizofrenia, contudo a seção que abriga o transtorno passou a receber o título “Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos”.^{35,36}

Em 2013 a APA publicou o DSM-V com diversas modificações na seção que foi denominada “Espectro da esquizofrenia

e outros transtornos psicóticos”. Retirou os subtipos da esquizofrenia e a catatonia passou a ser uma categoria independente fora deste grupo.³⁷

A eliminação dos subtipos da esquizofrenia ocorreu com base em evidências de que tinham limitada estabilidade diagnóstica, baixa confiabilidade, validade pobre e pouca utilidade clínica.³⁸

CLASSIFICAÇÕES ATUAIS

A CID-11⁴ foi aprovada pela OMS em 2019 para uso oficial nos países-membros a partir de janeiro de 2022, no entanto, ainda se encontra em fase de tradução para a língua portuguesa a fim de ser utilizada no Brasil.

A CID-11 trouxe mudanças significativas no Capítulo 6, seção referente aos transtornos mentais. No lugar do grupo da CID-10 “Esquizofrenia, transtorno esquizotípico e delirante” agora consta o bloco “Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos primários”.^{34,4}

Apesar de os sintomas gerais utilizados para o diagnóstico da esquizofrenia terem permanecido praticamente inalterados na CID-11, observam-se algumas mudanças.⁴ Os sintomas de primeira ordem de Schneider perderam o *status* de importância que ostentavam na CID-10, por não serem específicos para esquizofrenia e a distinção entre delírios bizarros e delírios não bizarros ter baixa confiabilidade.³⁸

Assim como no DSM-5, a CID-11 não traz os subtipos da Esquizofrenia presentes desde a CID-6, pelo fato de estudos terem evidenciado falta de validade preditiva e pouca utilidade quanto à escolha do tratamento. Elenca agora um conjunto de descritores dimensionais que permitem uma melhor descrição do quadro clínico do paciente no momento do atendimento e facilitam o acompanhamento da evolução.³⁹ O Quadro 2 apresenta os descritores dimensionais utilizados atualmente na caracterização do quadro clínico da esquizofrenia e lista os subtipos da CID-10, retirados na CID-11.

Quadro 2. Descritores dimensionais na CID-11 e lista dos subtipos da esquizofrenia na CID-10.

CID-11	CID-10
6A20 - Esquizofrenia	F20 - Esquizofrenia
Descritores dimensionais	Subtipos
6A25 - Manifestações sintomáticas de transtornos psicóticos primários	F20.0 Esquizofrenia paranoide
6A25.0 Sintomas positivos	F20.1 Esquizofrenia hebefrênica
6A25.1 Sintomas negativos	F20.2 Esquizofrenia catatônica
6A25.2 Sintomas de humor depressivo	F20.3 Esquizofrenia indiferenciada
6A25.3 Sintomas de humor maníaco	F20.4 Esquizofrenia pós-esquizofrênica
6A25.4 Sintomas psicomotores	F20.5 Esquizofrenia residual
6A25.5 Sintomas cognitivos	F20.6 Esquizofrenia simples

Fontes: CID-10³⁴ e CID-11⁴.

Os referidos descritores correspondem a seis domínios de sintomas, quais sejam: sintomas negativos (afeto constricto, embotamento ou plano, alolia ou empobrecimento da linguagem, avolia/abulia, falta de sociabilidade e anedonia); sintomas positivos (delírios e alucinações persistentes, pensamento desorganizado, comportamento grosseiramente desorganizado e experiências de passividade e controle); sintomas do humor depressivo (humor depressivo relatado pelo indivíduo ou manifestado como um sinal); sintomas do humor maníaco (estados de humor elevado, eufórico, irritável ou expansivo, incluindo mudanças rápidas entre diferentes estados de humor, experiência subjetiva de aumento de energia que pode ser acompanhada de um aumento de atividade direcionada a objetivos); sintomas psicomotores (agitação psicomotora ou atividade motora excessiva, retardo psicomotor, ou uma lentidão generalizada

de movimentos e fala, e sintomas catatônicos); e sintomas cognitivos (comprometimento cognitivo em qualquer um dos seguintes domínios: velocidade de processamento, atenção/concentração, orientação, julgamento, abstração, aprendizagem verbal ou visual e memória operacional).

Estes descritores podem ser aplicados aos outros transtornos que fazem parte do mesmo agrupamento: transtorno esquizoafetivo, transtorno esquizotípico, transtorno psicótico agudo e transitório, transtorno delirante e outros transtornos psicóticos primários, não devendo ser usados em indivíduos com outro diagnóstico.

Na CID-10, a catatonia era incluída como um dos subtipos da esquizofrenia e como um dos transtornos orgânicos. A partir da CID-11, tal como no DSM-5, passou a figurar como uma

categoria autônoma em separado, visto que é uma síndrome que pode se associar a vários transtornos mentais.^{4,34}

Por fim, neste ano de 2022, foi publicada a revisão do DSM-5 (DSM-5-TR), que não trouxe alteração em relação à versão anterior no que se refere ao agrupamento e aos critérios diagnósticos da esquizofrenia.^{5,37}

REQUISITOS DIAGNÓSTICOS DA ESQUIZOFRENIA DE ACORDO COM A CID-11⁴

A esquizofrenia é caracterizada por alterações em diversas funções mentais, como pensamento, percepção, identidade do eu, cognição, volição, afeto e comportamento. Também podem estar presentes distúrbios psicomotores, incluindo catatonia. Delírios, alucinações, transtorno do pensamento e experiências de influência, passividade ou controle são considerados sintomas centrais.

Para o diagnóstico, pelo menos dois dos seguintes sintomas devem estar presentes, na maioria das vezes, por um período de 1 mês ou mais, devendo pelo menos um dos sintomas ser do item “a” a “d”, descritos abaixo:

- Delírios persistentes (delírios de grandeza, delírios de referência, delírios persecutórios, por exemplo);
- Alucinações persistentes (mais comumente auditivas, embora possam ser em qualquer modalidade sensorial);
- Pensamento desorganizado (transtorno formal do pensamento, como: tangencialidade e associações soltas, discurso irrelevante, neologismos, etc. Quando grave, o discurso pode ser incompreensível “salada de palavras”);
- Experiências de influência, passividade ou controle (ou seja, a experiência de que sentimentos, impulsos, ações ou

pensamentos não são gerados por si mesmo. Pensamentos seriam colocados ou retirados da mente por outros ou transmitidos para outros);

e. Sintomas negativos, como: embotamento afetivo, alergia ou escassez de fala, avolição, associabilidade e anedonia;

f. Comportamento grosseiramente desorganizado que impede a atividade direcionada a um objetivo (por exemplo, comportamento que parece bizarro ou sem propósito, respostas emocionais imprevisíveis ou inadequadas que interferem na capacidade de organizar o comportamento).

g. Distúrbios psicomotores, como inquietação ou agitação catatônica, postura, flexibilidade cerosa, negativismo, mutismo ou estupor.

Esses sintomas resultam em sofrimento ou prejuízo funcional e não decorrem de outro transtorno mental e comportamental, como o uso de substâncias psicoativas. Além do mais, também não podem ser explicados por normas culturais.

Especificadores de curso

Os especificadores de curso foram modificados na CID-11 em relação à classificação anterior (Quadro 3). São utilizados para informar se o indivíduo atende, no momento da avaliação, aos requisitos diagnósticos da Esquizofrenia ou se está em remissão parcial ou total. Também indicam se o episódio atual é o primeiro, se houve vários desses episódios ou se os sintomas foram contínuos por um longo período de tempo.

Para essa classificação, devem ser considerados os sintomas presentes no mês anterior e, caso o paciente tenha tido um episódio prévio de esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo, o especificador de múltiplos episódios deve ser aplicado.

Quadro 3. Comparação entre o Padrão de Curso da esquizofrenia na CID-10 e os Especificadores de Curso na CID-11.

Esquizofrenia – Padrão de curso na CID-10	Esquizofrenia – Especificadores de curso na CID-11		
Contínuo	6A20.0	Esquizofrenia, primeiro episódio	6A20.00 Atualmente sintomático
Episódico com déficit progressivo			6A20.01 Em remissão parcial
Episódico com déficit estável			6A20.02 Em remissão completa
Episódico remitente	6A20.0	Esquizofrenia, múltiplos episódios	6A20.10 Atualmente sintomático
Remissão incompleta			6A20.11 Em remissão parcial
Remissão completa			6A20.12 Em remissão completa
Outro	6A20.0	Esquizofrenia, curso contínuo	6A20.20 Atualmente sintomático
Período de observação < 1 ano			6A20.21 Em remissão parcial
			6A20.22 Em remissão parcial

Fontes: CID-10³⁴ e CID-11⁴.

Especificadores de gravidade

De acordo com os sintomas apresentados na semana anterior à avaliação, cada domínio pode ser classificado, quanto à gravidade: Nenhuma, Leve, Moderada, Grave, Não especificada. Nessa avaliação devem ser considerados todos os domínios que contribuem de forma significativa para a apresentação clínica atual. Nos casos em que um paciente apresenta vários sintomas de um mesmo domínio, a especificação deve ser feita considerando o sintoma mais grave. No entanto, caso não haja informações suficientes para avaliação dos sintomas de certo domínio, pode ser feito o registro de gravidade não especificada.

As Diretrizes Gerais para Classificações de Gravidade dos Especificadores estratificam os seguintes níveis:

Nenhuma: Nenhum sintoma significativo do respectivo domínio esteve presente.

Leve: Os sintomas no domínio estiveram presentes, mas em número mínimo ou não têm um grau substancial de impacto. O funcionamento diário não é afetado ou é afetado apenas minimamente; não ocorreram consequências sociais ou pessoais negativas significativas. Os sintomas podem ser intermitentes e apresentarem flutuações de gravidade, podendo haver períodos nos quais estão ausentes.

Moderada: Um número maior de sintomas no domínio ou um número menor de sintomas que têm um grau substancial de impacto. O funcionamento diário pode ser moderadamente

afetado pelos sintomas; há consequências sociais ou pessoais, mas não são graves. A maioria dos sintomas está presente na maior parte do tempo.

Grave: Muitos sintomas no domínio ou um número menor que tem um grau de impacto severo ou generalizado. O funcionamento diário é persistentemente prejudicado e há sérias consequências sociais ou pessoais negativas.

Gravidade não especificada: Quando não é possível fazer uma classificação de gravidade com base nas informações disponíveis.

A CID-11 traz ainda considerações importantes referentes ao modo de início e fases do transtorno (prodromática, ativa, residual, remissão), impacto na vida do paciente, prognóstico, fatores relacionados, prevalência e diagnóstico diferencial da esquizofrenia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O contínuo avanço do conhecimento tem levado a reformulações no conceito da esquizofrenia, modificações nas classificações e na categorização clínica do transtorno, que estão consolidadas nas últimas versões do DSM e da CID.

Os profissionais de saúde precisam estar inteirados sobre as inovações contidas nas atuais diretrizes diagnósticas destes manuais a fim de melhor qualificar a prática da atenção aos pacientes e poderem estabelecer trocas de informações clínicas baseadas em conceitos mais uniformes.

REFERÊNCIAS

1. Nunes Filho EP, Bueno JR, Nardi AE. Psiquiatria e saúde mental: conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais. São Paulo: Editora Atheneu; 1996
2. Alexander FG, Selesnick ST. The history of psychiatry. New York: Mentor Books; 1968
3. Miranda-Sá Júnior LS. O diagnóstico psiquiátrico ontem e hoje. E amanhã?. Rio de Janeiro: ABP Editora; 2010
4. World Health Organization. ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. WHO; 2018 [atualizado em 2022 Feb; acesso em 2022 Sep 13]. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
5. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5º ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2022
6. Helio E. A evolução do conceito de A evolução do conceito de esquizofrenia neste século. *Braz J Psychiatry*.2000;22(suppl 1):23-6.
7. Warner R, Girolamo, G. Schizophrenia: Epidemiology of mental disorders and psychosocial problems; Geneva: WHO; 1995
8. Madalena JC. História da Esquizofrenia. Rio de Janeiro: Imago; 1982
9. Bleuler E. Dementia precoz: el grupo de las esquizofrenias. Buenos Aires: Ediciones Hormé; 1960.
10. Kraepelin E. La demenza precoce. In: Trattato di psichiatria. 7.ed. Milano, Casa Editrice Dottor Francesco Vallardi; 1907
11. World Health Organization - The international pilot study of schizophrenia. Geneva: WHO; 1973.
12. Caetano D. Classificações e critérios diagnósticos. In: CAETANO, D.; FROTA-PESSOA, O.; BECHELLI, L.P.C., ed. - Esquizofreina: atualização em diagnóstico e tratamento. São Paulo: Atheneu; 1993.
13. Schneider K. Psicopatologia Clínica. São Paulo: Editora Mestre Jou; 1976.
14. Kasanin J. The acute schizoaffective psychoses. 1933. *Am J Psychiatry*. 1994;151(6 Suppl):144-54.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.
16. Crow TJ. Molecular pathology of schizophrenia: more than one disease process? *Br Med J*. 1980;280(6207):66-8.

17. Andreasen NC, Olsen S. Negative v positive schizophrenia. Definition and validation. *Arch Gen Psychiatry*. 1982;39(7):789-94.
18. Kay SR. Positive and negative syndromes in schizophrenia: assessment and research. New York, Brunner/Mazel; 1991
19. Peralta V, de Leon J, Cuesta MJ. Are there more than two syndromes in schizophrenia? A critique of the positive-negative dichotomy. *Br J Psychiatry*. 1992;161:335-43.
20. Brekke JS, DeBonis JA, Graham JW. A latent structure analysis of the positive and negative symptoms in schizophrenia. *Compr Psychiatry*. 1994;35(4):252-9.
21. Andreasen NC, Arndt S, Miller D, Flaum M, Nopoulos P. Correlational studies of the Scale for the Assessment of Negative Symptoms and the Scale for the Assessment of Positive Symptoms: an overview and update. *Psychopathology*. 1995;28(1):7-17.
22. Bell MD, Lysaker PH, Milstein RM, Beam-Goulet JL. Concurrent validity of the cognitive component of schizophrenia: relationship of PANSS scores to neuropsychological assessments. *Psychiatry Res*. 1994;54(1):51-8.
23. Peralta V, Cuesta MJ, de Leon J. Positive and negative symptoms/syndromes in schizophrenia: reliability and validity of different diagnostic systems. *Psychol Med*. 1995;25(1):43-50.
24. von Knorring L, Lindström E. Principal components and further possibilities with the PANSS. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1995;388:5-10.
25. Shafer A, Dazzi F. Meta-analysis of the positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) factor structure. *J Psychiatr Res*. 2019;115:113-120.
26. Higuchi CH, Cogo-Moreira H, Fonseca L, Ortiz BB, Correll CU, Noto C et al. Identifying strategies to improve PANSS based dimensional models in schizophrenia: Accounting for multilevel structure, Bayesian model and clinical staging. *Schizophr Res*. 2022;243:424-30.
27. World Health Organization. Manual de la clasificación estadística internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción: sexta revisión de las listas internacionales de enfermedades y causas de defunción, adoptada en 1948 [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 1950 [acesso em 2022 Ago 08]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70941>
28. American Psychiatric Associaton. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC: American Psychiatric Associaton; 1952.
29. World Health Organization. Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death: based on the recommendations of the seventh revision Conference, 1955, and adopted by the ninth World Health Assembly under the WHO Nomenclature Regulations [Internet]. World Health Organization; 1957 [acesso em 2022 Sep 14]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42900>
30. World Health Organization. Manual of the international statistical classification of disease, injuries, and causes of death: Based on the recommendations of the eighth revision conference, 1965, and adopted by the Nineteenth World Health Assembly [Internet]. World Health Organization; 1967 [acesso em 2022 Sep 14]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70935>
31. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: second edition. 2. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1968.
32. World Health Organization. Classificação internacional das doenças: baseada nas recomendações da nona conferência de revisão, 1975, e adotada pela vigésima Assembléia Mundial da Saúde [Internet]. São Paulo: Centro da OMS para classificação de doenças em Português, Ministério da Saúde/Universidade de São Paulo; 1980 [acesso em 2022 Sep 14]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70943/ICD_10_1980_v1_pt_1.pdf
33. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3. ed. revised. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1987.
34. Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
35. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
36. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
37. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
38. Tandon R, Carpenter WT Jr. Psychotic disorders in DSM-5: summary of changes. *Asian J Psychiatry* [Internet]. 2013 [acesso em 2022 Sep 14]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23642992/>
39. Reed GM, First MB, Kogan CS, Hyman SE, Gureje O, Gaebel W, et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*. 2019;18(1):3-19.

Como citar:

Gregório IC, Mota AD, Siqueira MG, Moura Fé AA, Campos EM. Esquizofrenia: evolução histórica do conceito e classificações atuais. *Rev Med UFC*. 2024;64(1):e82927.