



FACSETTE
Health Sciences

REVISÃO DE LITERATURA

Esquizofrenia: diagnóstico, critérios clínicos e evolução histórica entre DSM-5-TR e CID-11

Schizophrenia: diagnosis, clinical criteria and historical evolution between DSM-5-TR and ICD-11

Maria Luiza M. Oliveira¹, Carla C. Amorim^{1*}, Luana C. S. Almeida¹

¹Faculdade Sete Lagoas, Rua Itália Pontelo, 50, Sete Lagoas, 35700-170, MG, Brasil.

*Correspondência

Carla C. Amorim
Faculdade Sete Lagoas
Rua Itália Pontelo, 50, Sete Lagoas,
35700-170, MG, Brasil.
Telefone: +55 (31) 9 9248-0988
E-mail: prof.carlaamorim@gmail.com

Financiamento

Não há.

Resumo

O presente artigo tem como objetivo analisar a evolução histórica do conceito de esquizofrenia, abordando os critérios diagnósticos presentes nos manuais classificatórios, além de discutir sobre as convergências e divergências entre o DSM-5-TR e a CID-11. Inicialmente, apresenta-se um breve panorama histórico acerca do transtorno, desde as concepções de Benedict Morel até os dias atuais. Em seguida discute-se sobre a evolução histórica dos critérios diagnósticos desde o DSM-I, enfatizando as atualizações presentes na CID-11. Por fim, refletiu-se acerca das convergências e divergências existentes entre os manuais diagnósticos vigentes, DSM-5-TR e CID-11, além de tecer reflexões acerca das considerações clínicas e das implicações para o diagnóstico atual. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada a partir de buscas em bases de dados científicas como SciELO, PubMed, PePSIC, Google Acadêmico e APAPsycNet, além de livros e manuais diagnósticos. Os achados apresentam a transição do termo “demência precoce” utilizados por Kraepelin e Morel para o termo “esquizofrenia” introduzido por Bleuler e evidenciam uma transição de modelos predominantemente categoriais para abordagens híbridas categorial-dimensionais, com convergência na exclusão dos sintomas de primeira ordem de Kurt Schneider e dos subtipos diagnósticos, além de divergências na organização dos domínios sintomáticos e nos critérios funcionais, impactando a prática clínica contemporânea. Conclui-se que a avaliação clínica deve considerar fatores culturais, sociais e cognitivos, contribuindo para maior precisão diagnóstica.

Palavras-chave: Esquizofrenia. Critérios Diagnósticos. Evolução histórica. DSM-5 -TR. CID-11

Abstract

This article aims to analyze the historical evolution of the concept of schizophrenia, addressing the diagnostic criteria present in the classification manuals, as well as discussing the convergences and divergences between the DSM-5-TR and the ICD-11. Initially, a brief historical overview of the disorder is presented, from the conceptions of Benedict Morel to the present day. Next, the historical evolution of diagnostic criteria since the DSM-I is discussed, emphasizing the updates present in the ICD-11. Finally, the

convergences and divergences between the current diagnostic manuals, DSM-5-TR and ICD-11, are reflected upon, in addition to reflections on clinical considerations and implications for current diagnosis. This is a narrative literature review, conducted using searches in scientific databases such as SciELO, PubMed, PePSIC, Google Scholar, and APApsycNet, as well as books and diagnostic manuals. The findings present the transition from the term "dementia praecox" used by Kraepelin and Morel to the term "schizophrenia" introduced by Bleuler, and highlight a shift from predominantly categorical models to hybrid categorical-dimensional approaches, with convergence in the exclusion of Kurt Schneider's first-rank symptoms and diagnostic subtypes, as well as divergences in the organization of symptomatic domains and functional criteria, impacting contemporary clinical practice. It is concluded that clinical assessment should consider cultural, social, and cognitive factors, contributing to greater diagnostic accuracy.

Key words: Schizophrenia. Diagnostic criteria. Historical evolution. DSM-5-TR. ICD-11

1 INTRODUÇÃO

O conceito de esquizofrenia passou por mudanças importantes ao longo dos séculos XIX e XX. Segundo Gregório, et al. (2024), o termo demência precoce foi utilizado primeiramente por Benedict Morel para descrever uma forma de demência associada à teoria da degeneração, baseado em um processo de deterioração mental em jovens. Schmukler (2021) explica que posteriormente Emil Kraepelin reformulou este conceito, sistematizando em uma nova entidade clínica, com base na combinação de aspectos como a etiologia, o curso e o prognóstico. O autor ressalta ainda que Kraepelin defendia que a compreensão da doença não deveria se limitar à observação dos sintomas patognomônicos de forma isolada, mas também sua evolução ao longo do tempo sendo necessário, uma abordagem dinâmica que considerasse a estrutura global do transtorno ao longo do seu curso.

O termo esquizofrenia foi cunhado posteriormente pelo psiquiatra Eugen Bleuler em substituição à demência precoce, “dando ênfase à desarmonia interna do funcionamento mental e a quebra radical do contato com a realidade que ele notava no transtorno” (DALGALARRONDO, 2019, p. 380). Ao discorrer sobre a evolução histórica da esquizofrenia, Gregório (2024) explica que Bleuler fez a distinção dos sintomas em primários e secundários, estes poderiam estar ausentes em alguns casos, já àqueles eram considerados necessários e inerentes à patologia. Bleuler também dividiu os sintomas em fundamentais e acessórios, entre os sintomas fundamentais estão os 4 As sendo eles: alterações associativas, afetivas, autismo e a ambivalência. No que se refere aos sintomas acessórios, são aqueles que podem aumentar em determinados períodos ou durante o curso da doença, tais como: delírios, alucinações, sintomas catatônicos, dentre

outros. Alguns estudiosos de Bleuler explicam que os sintomas fundamentais da esquizofrenia foram sistematizados em “6 As”, sendo acrescentados “os distúrbios da atenção e avolição”. (VALENÇA; NARDI; 2015, P. 19).

A descrição das vivências dos pacientes teve maior relevância clínica com Kurt Schneider, que propôs o estabelecimento de critérios sintomatológicos que auxiliassem no diagnóstico da esquizofrenia. Dessa forma, ele distinguiu os sintomas em primeira ordem e de segunda ordem, atribuindo aos primeiros maior valor diagnóstico. (VALENÇA; NARDI, 2015). Embora não fossem obrigatórios, Schneider defendia que a presença dos sintomas de primeira ordem em indivíduos que não apresentassem uma causa cerebral identificável, podia-se afirmar que se tratava de esquizofrenia. (GREGÓRIO, 2024).

Ao discutir sobre o conceito de esquizofrenia, Dalgalarondo (2019), explica que no final do século XIX e início do século XX a esquizofrenia foi dividida em quatro subtipos por pesquisadores, a saber: paranoide, definida pelo predomínio de alucinações e delírios, em especial os persecutórios; a forma catatônica caracterizada por distúrbios motores e volitivos, tais como negativismo, mutismo, flexibilidade cerácea; a forma hebefrênica, evidenciada por condutas bizarras e desorganização mental e, por fim, o subtipo simples, em que havia declínio gradual das funções sociais e psíquicas, que resultavam em descaso como o autocuidado e isolamento afetivo. Entretanto, os sistemas de classificação atuais DSM-5-TR e CID-11 descontinuaram essa classificação, uma vez que, por diversos motivos, não eram considerados mais úteis.

Apesar dos avanços nos sistemas classificatórios, ainda existem lacunas importantes na literatura no que

se refere à padronização dos critérios diagnósticos da esquizofrenia. Estudos recentes apontam que divergências entre o DSM-5-TR e a CID-11 podem gerar inconsistências diagnósticas, impactando tanto a prática clínica quanto a produção de pesquisas científicas. Além disso, a incorporação de modelos dimensionais ainda apresenta desafios quanto à sua aplicabilidade e interpretação clínica, especialmente em contextos culturais diversos. Nesse sentido, compreender as convergências e divergências entre esses sistemas torna-se fundamental para aprimorar a precisão diagnóstica, reduzir vieses clínicos e contribuir para uma abordagem mais integrada e contextualizada do transtorno. Diante disso, o presente estudo tem como objetivo analisar a evolução histórica dos critérios diagnósticos da esquizofrenia, bem como comparar os sistemas DSM-5-TR e CID-11, destacando suas principais convergências, divergências e implicações para a prática clínica contemporânea.

2 METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão narrativa da literatura. Essa modalidade de revisão foi escolhida por permitir uma análise ampla e contextualizada das produções científicas sobre a esquizofrenia, considerando aspectos históricos, conceituais e clínicos do diagnóstico conforme o DSM-5-TR e a CID-11. A busca bibliográfica foi realizada entre agosto a dezembro de 2025, contemplando publicações teóricas e empíricas disponíveis em bases de dados científicas como SciELO, PubMed, PePSIC, Google Acadêmico e APA PsycNet, além de livros e manuais oficiais. Foram considerados artigos científicos, capítulos de livros e documentos institucionais de organizações internacionais, como a Associação Americana de Psiquiatria (APA) e a Organização Mundial da Saúde (OMS).

Como estratégia de busca, foram utilizados descritores em português e inglês, tais como “esquizofrenia”, “critérios diagnósticos”, “DSM-5-TR”, “CID-11” e “schizophrenia”, combinados por operadores booleanos (AND, OR). A seleção dos estudos priorizou publicações que abordassem diretamente os critérios diagnósticos da esquizofrenia, sua evolução histórica e comparações entre sistemas classificatórios. Foram excluídos trabalhos sem relação direta com o tema, estudos duplicados e publicações sem acesso ao texto completo.

Foram priorizados textos publicados entre 2020 e 2025, considerando sua relevância científica e atualização teórica. A seleção dos estudos foi realizada por meio da leitura de títulos, resumos e, posteriormente, dos textos completos considerados pertinentes ao

objetivo da pesquisa. A análise dos dados seguiu uma abordagem temática e comparativa, buscando identificar convergências e divergências entre os modelos classificatórios e suas implicações clínicas.

3 REVISÃO

3.1 Evolução dos critérios diagnósticos do DSM-I ao DSM-5-TR

A primeira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais foi publicada em 1952, segundo Lima, et al. (2023), com o objetivo de unificar e reavaliar os sistemas classificatórios vigentes referentes aos transtornos psiquiátricos e condições associadas. No que se refere ao transtorno da esquizofrenia, Valle (2020) explica que nas primeiras edições deste manual seu conceito foi fundamentado em uma abordagem psicodinâmica. Sobre os sintomas, Schmukler (2021), explica que tanto o DSM-I, quanto o DSM-II deram maior atenção aos sintomas negativos do transtorno e aos prejuízos presentes nas interações sociais do sujeito. Em 1968 foi publicada a segunda edição do manual diagnóstico (DSM-II), que utilizou um conceito ligado à abordagem de Eugen Bleuler definindo a esquizofrenia como a perda dos limites do ego (Valle, 2020). Esta edição, adotava um conceito amplo de psicose, com descrições sintomatológicas pouco detalhadas, sendo considerados psicóticos todos os indivíduos incapazes de responder adequadamente às exigências da vida cotidiana. Nessa perspectiva, Valença e Nardi (2015) explicam que muitos pacientes que apresentavam quadros depressivos ou com outros transtornos mentais eram considerados esquizofrênicos.

Embora na década de 60 já houvesse a publicação de dois DSMs, Gregório, et al. (2024) explica que ainda havia discrepâncias acerca dos critérios adotados, enquanto em alguns países eram mais abrangentes, em outros eram mais restritivos. A publicação do DSM-III, na década de 80 foi um momento importante para padronizar os critérios da esquizofrenia em nível mundial. Valle (2020) explica que com essa publicação passou a vigorar um sistema diagnóstico fundamentado em critérios claros e aplicáveis, que contribuíram para melhor padronização diagnóstica e para a utilização dos sistemas classificatórios tanto na prática clínica quanto na pesquisa científica. Nesse contexto, o DSM-III e o DSM-III-TR reformularam os critérios diagnósticos favorecendo a junção de diferentes perspectivas teóricas da psiquiatria existentes na época, integrando o curso do transtorno, conforme proposto por Kraepelin, bem como a centralidade dos delírios e alucinações, destacados por Kurt Schneider e os sintomas fundamentais descritos por

Bleuler, tais como alterações da forma do pensamento e embotamento afetivo (VALENÇA; NARDI, 2015).

Após a reformulação, os critérios diagnósticos foram reestruturados: o Critério A incluiu sintomas tanto de Bleuler como de Schneider. O Critério B e C incluíram pressupostos Kraepelianos, como a noção de deterioração do funcionamento e a exigência de um período mínimo de seis meses de evolução do transtorno, além da distinção diagnóstica em relação à doença maníaco-depressiva (ELKIS, 2000). Segundo Schmukler (2021), no novo modelo de classificação, os critérios diagnósticos tornaram-se mais restritivos, enfatizando a cronicidade e os prejuízos funcionais como elementos centrais do diagnóstico, ao mesmo tempo em que reforçaram o papel dos sintomas de primeira ordem de Schneider, inicialmente propostos para diferenciar a esquizofrenia da psicose maníaco-depressiva.

A quarta edição do Manual diagnóstico (DSM-IV) publicado no Brasil em 1994, incorporou em seus critérios os sintomas negativos (Elkis, 2020). Sobre esse manual, Lima et al. (2023) destacam que a principal mudança do DSM-III para o DSM-IV e o DSM-IV-TR foi a maior ênfase em critérios baseados em evidências empíricas, além da inclusão de aspectos relacionados à etnia e à cultura. Segundo Valença e Nardi (2015), os critérios diagnósticos para a esquizofrenia, no DSM-IV-TR, exigiam a presença de dois sintomas, sendo eles: delírios, alucinações, comportamento desagregado, catatônico ou desorganizado, além de sintomas negativos por período mínimo de um mês. O texto discorre ainda sobre os prejuízos no funcionamento social, ocupacional e pessoal, e uma duração total de sintomas de pelo menos seis meses de duração. A edição contemplava os subtipos paranoide, desorganizado, catatônico, indiferenciado e residual.

Esses critérios passaram por alterações nas edições DSM-5 e DSM-5-TR, dentre elas, “houve eliminação de atribuição especial de delírios bizarros e alucinações auditivas como sintomas de primeira ordem de Schneider” (VALENÇA; NARDI, 2015, p. 23). No DSM-IV, esses sintomas eram suficientes para o diagnóstico. Outra alteração significativa refere-se aos sintomas descritos no Critério A, no qual foi atribuída maior relevância a delírios, alucinações e fala desorganizada. Atualmente, “pelo menos dois sintomas do Critério A devem estar presentes durante parte significativa do tempo em um mês ou mais” (APA, 2023, p. 115). Os demais sintomas (comportamento grosseiramente desorganizado ou catatonia e sintomas negativos) podem estar presentes, mas não são obrigatórios (APA, 2023).

Atualmente, ao menos um sintoma psicótico é exigido, o que antes não era obrigatório. Outros critérios importantes de serem ressaltados são os prejuízos em algumas áreas como autocuidado, relações interpessoais e profissionais. Mudanças também ocorreram em relação aos subtipos da esquizofrenia, que foram excluídos na edição atual, sendo introduzidos novos especificadores de curso (VALENÇA; NARDI, 2015). Esses especificadores incluem: primeiro episódio (em episódio agudo, remissão parcial ou remissão completa), episódios múltiplos (em episódio agudo, remissão parcial ou remissão completa) e curso contínuo. De acordo com a APA (2023, p. 114), esses especificadores devem ser utilizados após a duração de um ano do transtorno, desde que não estejam em contradição com os critérios diagnósticos de curso.

No que se refere à prevalência do transtorno, o DSM-5-TR reconhece que ela pode ser maior em alguns grupos sociais, os quais apresentam maior probabilidade de diagnósticos equivocados (APA, 2023). Algumas características do transtorno diferem no que diz respeito ao sexo e ao gênero. O manual discorre acerca da tendência em ocorrer de forma tardia em mulheres, as quais podem apresentar maior intensidade de sintomas psicóticos e menor presença de sintomas negativos. Além disso, fatores hormonais também podem interferir na variação dos sintomas (APA, 2023). No tocante às questões culturais, o manual reconhece que os sintomas da esquizofrenia podem variar tanto na forma, quanto no conteúdo. A proporção entre alucinações auditivas e visuais sofre modificações dependendo da cultura. Tanto as experiências religiosas quanto as crenças culturais podem ser consideradas normais em alguns contextos e nem sempre indicam a existência do transtorno. Dessa forma, o DSM-5-TR alerta para o risco de erros diagnósticos decorrentes de vieses culturais, socioeconômicos e linguísticos.

3.2 Atualizações na Classificação Internacional de Doenças - 11ª revisão (CID-11)

A Classificação Internacional de Doenças (CID), publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), se encontra atualmente em sua 11ª edição e sua implementação oficial no Brasil está prevista para janeiro de 2027. Algumas atualizações foram introduzidas em comparação à versão anterior. Silva, et al. (2023), explica que a esquizofrenia era descrita na CID-10 como alterações do pensamento, da percepção e do afeto, enquanto a CID-11 ampliou a perspectiva diagnóstica ao compreender o transtorno como resultado de alterações em múltiplas modalidades. Os sintomas de primeira ordem propostos por Kurt Schneider

“perderam o status de importância que ostentavam na CID-10, por não serem específicos para a esquizofrenia e a distinção entre delírios bizarros e delírios não bizarros ter baixa confiabilidade” (TANDON; CARPENTER, 2013 apud GREGÓRIO, et al. 2024). Sobre essa mudança, a Organização Mundial da Saúde (2018 apud VALLE, 2020.) ressalta que a CID-11 atribuiu relevância igualitária aos sintomas de primeira ordem, às alucinações e aos delírios independentemente do tipo, incorporando-os aos critérios diagnósticos do transtorno.

Gaebel (2020) ressalta que a CID-11 não abandonou o modelo categorial da CID-10, mas para alguns diagnósticos ela incorporou elementos dimensionais que permitem avaliar a gravidade, o curso do transtorno e os sintomas predominantes. Dessa forma, uma mudança importante de ser destacada é a exclusão dos subtipos da esquizofrenia presentes desde a CID-6. A CID-11 inclui agora uma série de descritores dimensionais que correspondem a seis domínios, a saber: sintomas positivos, sintomas negativos, sintomas de humor depressivo, sintomas de humor maníaco, sintomas psicomotores e sintomas cognitivos (GREGÓRIO, et al. 2024). Os especificadores de curso também foram alterados nessa versão e têm como finalidade avaliar a presença dos sintomas da esquizofrenia, o estado atual do transtorno, seu curso clínico, além da recorrência de episódios e o padrão temporal dos mesmos (GREGÓRIO, 2024).

Valle (2020) explica que a introdução da categoria “primeiro episódio” nos especificadores de curso possibilita registros mais precisos nos sistemas de saúde de indivíduos que apresentam quadros psicóticos iniciais, além de contribuir para o estudo longitudinal da esquizofrenia desde estágios iniciais. Gregório, et al. (2024), explica ainda sobre os especificadores de gravidade, explicando que os sintomas presentes na semana anterior à avaliação podem ser analisados quanto à gravidade, sendo: nenhuma, leve, moderada, grave e não especificada. Ademais, o autor explica que a CID-11 aborda ainda aspectos relacionados ao início do transtorno, às diferentes fases de sua evolução, do prognóstico, bem como impactos clínicos, prevalência e ao diagnóstico diferencial da esquizofrenia.

3.3 Convergências e divergências entre DSM-5-TR e CID-11

Na discussão acerca das similaridades e das disparidades entre o DSM-5-TR e a CID-11, é válido pontuar que embora a maioria dos artigos analisados utilizem o DSM-5 como referência, na edição revisada (DSM-5-TR) publicada em 2022 não foram realizadas

alterações no agrupamento de sintomas e nem nos critérios diagnósticos relativos ao transtorno da esquizofrenia (GREGÓRIO, et al. 2024). Segundo Lima, et al. (2023), tanto o DSM-5 quanto a CID-11 excluíram os subtipos da esquizofrenia e adotaram especificadores, subsidiando-se em estudos que mostravam que tais subtipos apresentavam sobreposição clínica e baixa estabilidade temporal, com variações ao longo do curso. Silva et al. (2023) destacam que embora a CID-11 e o DSM-5 mantenham uma abordagem categórica, há incorporação de elementos dimensionais na avaliação psicopatológica, especialmente através dos especificadores de curso. No entanto, os sistemas divergem tanto nos domínios de sintomas, quanto na avaliação do nível de gravidade (FIRST, et al. 2021 apud SILVA, et al. 2023).

Na CID-11 os sintomas são organizados em 6 domínios: sintomas positivos, negativos, depressivos, maníacos, psicomotores e cognitivos (GAEBEL, et al. 2020). Já no DSM-5-TR, o capítulo “Medidas de Avaliação”, na seção III apresenta a Escala de gravidade de sintomas psicóticos, que se trata de um instrumento de avaliação dimensional. A escala possui oito domínios de sintomas a serem avaliados, a saber: alucinações, delírios, discurso desorganizado, comportamento psicomotor anormal, sintomas negativos, cognição prejudicada, depressão e mania. Essa escala classifica a gravidade dos sintomas em níveis que variam de 0 (ausente) ao nível 4 (presente e grave) (APA, 2023). A eliminação dos sintomas de primeira ordem de Kurt Schneider é observada em ambos os manuais. Dessa forma, delírios e alucinações passam a ter o mesmo valor diagnóstico, independentemente do tipo (VALLE, 2020).

A CID-11 e o DSM-5-TR exigem a presença de sintomas psicóticos com duração de pelo menos um mês, entretanto, estes manuais apresentam diferenças no que concerne a outros critérios diagnósticos (VALLE, 2020). O DSM-5-TR exige ainda junto aos sintomas psicóticos listados no Critério A, a presença de sintomas residuais e/ou prodrômicos por seis meses. O Critério B do DSM-5-TR ressalta sobre o prejuízo na funcionalidade em várias esferas da vida, como trabalho, relações interpessoais e autocuidado (APA, 2023). Nesse aspecto, Lima, et al. (2023) explica que na CID-11 não há necessidade de prejuízo psicossocial para o diagnóstico de esquizofrenia.

3.4 Considerações clínicas e implicações para o diagnóstico atual

Os aspectos culturais são descritos como relevantes na avaliação clínica da esquizofrenia. De acordo com a

APA (2023), a forma como os sintomas do transtorno se expressa pode ser influenciada pelo contexto cultural do indivíduo e interferir na forma e no conteúdo dos delírios e das alucinações. O manual descreve a influência de fatores culturais e socioeconômicos na avaliação clínica, uma vez que as crenças e as experiências religiosas e culturais podem ser interpretadas de forma equívoca como sintomas psicóticos. O manual também destaca aspectos relacionados à população de imigrantes, a fim de evitar que dificuldades linguísticas interfiram na comunicação e, consequentemente, no diagnóstico. Sobre esses fatores a APA (2014 apud SILVA, et al, 2023) ressalta acerca da importância de observar os aspectos culturais relacionados à etnia e à religiosidade na avaliação clínica, uma vez que esses fatores podem gerar comportamentos confundidos com sintomas psicóticos. Experiências perceptivas com conteúdo religioso não configuram psicose se estiverem restritas a esse contexto. Ademais, padrões discursivos desorganizados podem refletir um estilo narrativo de determinadas culturas, outras questões como expressão emocional, contato visual e linguagem corporal também podem variar entre grupos culturais e devem ser levados em conta no processo de avaliação.

O DSM-5-TR afirma ainda que, na avaliação clínica para o diagnóstico da esquizofrenia, são considerados, além dos sintomas relacionados aos cinco domínios descritos nos critérios diagnósticos, sintomas relacionados à cognição, depressão e mania para que haja diferenciação entre os demais transtornos do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. Na avaliação clínica, a investigação de pensamentos e comportamentos suicidas é descrita como parte do processo, considerando fatores de risco, tais como sintomas depressivos, fase do transtorno, histórico de internações, adesão ao tratamento e uso de substâncias (APA, 2023). Alguns estudos indicam a relação entre o desenvolvimento gestacional e o risco para esquizofrenia, uma vez que dados epidemiológicos apontam associação entre complicações na gravidez e aumento desse risco (SILVA et al., 2023).

Ademais, Maj et al. (2021 apud Silva. et al, 2023) apontam relevância dos indicadores do neurodesenvolvimento, para a compreensão da psicose primária. Esses marcadores podem anteceder sintomas negativos e cognitivos, contribuindo tanto para um diagnóstico diferencial quanto para o planejamento de intervenção mais direcionadas. Estudos também descrevem a associação entre eventos traumáticos na infância, como abusos, bullying e quadros psicóticos, destacando a importância da obtenção de informações de fontes próximas. Concomitantemente, a literatura aponta a presença de fatores de proteção, como estratégias de enfrentamento, apoio social e participação

comunitária, associados a melhores desfechos clínicos. Por fim, os autores discutem a influência dos estigmas sociais na percepção e no enfrentamento do transtorno, indicando que a psicoeducação pode contribuir para maior adesão ao tratamento (MAJ et al., 2021 apud SILVA et al., 2023).

4 DISCUSSÃO

Na análise histórica da esquizofrenia observa-se que o conceito do transtorno passou por mudanças importantes ao longo do tempo. Inicialmente, os sintomas patognomônicos eram suficientes para o diagnóstico. No entanto, Kraepelin foi um dos primeiros a propor a compreensão da doença considerando o curso clínico, a etiologia e o desfecho. Embora Kurt Schneider tenha sistematizado os sintomas de primeira ordem, na prática clínica esses sintomas não eram exclusivos da esquizofrenia. Os sistemas classificatórios atuais, DSM-5-TR e CID-11, abandonaram os sintomas de primeira ordem e adotaram uma abordagem mais ampla e longitudinal do transtorno. Nesse sentido, a análise clínica passa a considerar o curso do transtorno como elemento central para avaliação, diagnóstico e planejamento terapêutico. Tanto DSM-5-TR quanto a CID-11 incluíram os especificadores de curso, permitindo diferenciar primeiro episódio, episódios múltiplos, remissão parcial, total e curso contínuo. Esses especificadores são passíveis de reavaliação periódica, considerando que a manifestação clínica da esquizofrenia é heterogênea e pode variar entre indivíduos e ao longo do tempo no mesmo paciente.

Na análise acerca da evolução histórica do DSM-I ao DSM-5-TR, observa-se que, até o DSM-II, o conceito de esquizofrenia era mais amplo, incluindo indivíduos com prejuízos funcionais no cotidiano e pacientes com outros transtornos mentais. A literatura indica que esse modelo contribuiu para diagnósticos imprecisos. Historicamente, o DSM-III constituiu-se em um marco na época de sua publicação, uma vez que possibilitou uma padronização diagnóstica que, até então, não existia. Embora não tenha eliminado totalmente as discrepâncias, contribuiu para a redução delas. Apesar de ter introduzido critérios diagnósticos mais padronizados, seu modelo era baseado em sintomas específicos. Estudos clínicos e longitudinais evidenciaram limitações desse modelo, o que contribuiu para mudanças posteriores, inclusive nas versões mais recentes, que passaram a incorporar uma avaliação mais dimensional e menos estritamente categórica do transtorno.

Ao observar os manuais atuais, DSM-5-TR e CID-11, identificam-se diferenças na organização sintomatológica, uma vez que a CID-11 organiza os

sintomas em seis domínios, enquanto o DSM-5-TR apresenta oito domínios na Seção III. O abandono dos sintomas de primeira ordem nestes manuais favoreceu uma abordagem diagnóstica mais abrangente, considerando aspectos biopsicossociais. No que tange à abordagem dimensional e categórica, os modelos são compreendidos como complementares, sendo adotado, no estudo da esquizofrenia, um modelo híbrido (VALLE, 2020). A literatura aponta um movimento em direção a práticas diagnósticas mais dimensionais e contextualizadas, que consideram a subjetividade dos indivíduos.

Além da organização sintomática, os manuais divergem quanto aos critérios temporais e funcionais. A CID-11 adota a duração mínima de um mês de sintomas psicóticos para o diagnóstico, já o DSM-5-TR exige seis meses de perturbação contínua, com a presença dos sintomas prodrômicos ou residuais, incluindo um mês ou mais de sintomas ativos. O DSM-5-TR exige a presença de prejuízo funcional. Essas diferenças evidenciam a possibilidade de variações diagnósticas conforme o sistema classificatório adotado, o que pode impactar a prática clínica e a produção científica. Como exemplo, um paciente com dois meses de sintomas pode ser diagnosticado com transtorno esquizofreniforme no DSM-5-TR e como esquizofrenia na CID-11. Essas divergências podem influenciar a definição diagnóstica, o planejamento terapêutico e a comparabilidade de estudos clínicos e epidemiológicos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da evolução histórica da esquizofrenia, desde o século XIX até os dias atuais retrata uma transformação de modelos diagnósticos centrados em sintomas isolados em direção a um modelo mais amplo e dimensional do transtorno. Os manuais atuais, em suas novas versões DSM-5-TR e CID-11, embora compartilhem avanços importantes, ainda apresentam divergências relevantes, especialmente no que se refere aos critérios temporais, funcionais e às organizações de domínios sintomáticos. Ambos abandonaram os sintomas patognomônicos e os subtipos do transtorno, incorporando os especificadores de curso e elementos dimensionais que devem ser avaliados constantemente, já que os sintomas podem sofrer alterações.

No que concerne à prática clínica, a expressão dos sintomas pode variar em função de diversos fatores, tais como, culturais, religiosos, socioeconômicos. Nesse sentido é necessária atenção e cautela ao contexto dos indivíduos a fim de evitar interpretações equivocadas que podem impactar no diagnóstico da esquizofrenia. Ademais, na avaliação clínica, outros aspectos e fatores merecem atenção, como sintomas cognitivos,

depressivos bem como risco de comportamento suicida. Tais aspectos são importantes de serem considerados, uma vez que compreender a esquizofrenia como um fenômeno dinâmico e multifatorial contribui para diagnósticos precisos e para o desenvolvimento de intervenções mais pontuais e adequadas.

Nesse cenário, apesar dos avanços observados, ainda há necessidade de maior alinhamento entre os critérios dos sistemas classificatórios, preservando a abordagem longitudinal e dimensional, com vistas a uma maior consistência e aplicabilidade clínica. O aprimoramento contínuo dos modelos diagnósticos torna-se fundamental para favorecer práticas clínicas mais precisas, reduzir vieses diagnósticos e contribuir para melhores desfechos no cuidado em saúde mental

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR**. 5. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2023.
- DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.
- FIRST, Michael B. et al. **An organization- and category-level comparison of diagnostic requirements for mental disorders in ICD-11 and DSM-5**. *World Psychiatry*, v. 20, n. 1, p. 34–51, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1002/wps.20825>. Acesso em: 25 set. 2025.
- GAEBEL, Wolfgang; STRICKER, Judith; KERST, Andreas. **Mudanças da CID-10 para a CID-11: direções futuras na classificação psiquiátrica**. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, v. 22, n. 1, p. 7–15, 2020. DOI: <https://doi.org/10.31887/DCNS.2020.22.1/wgaebel>. Acesso em: 10 dez. 2025.
- GREGÓRIO, Isadora Calixto et al. **Esquizofrenia: evolução histórica do conceito e classificações atuais**. *Revista de Medicina da Universidade Federal do Ceará*, Fortaleza, v. 64, n. 1, p. e82927, 2024. DOI:

<https://doi.org/10.20513/2447-6595.2024v64n1e82927>. Acesso em: 25 nov. 2025.

LIMA, C. P. et al. Sistemas de classificação dos transtornos mentais: histórico e avanços. In: OLIVEIRA, S. E.; TRENTINI, C. M. (org.). **Avanços em psicopatologia: avaliação e diagnósticos na CID-11**. Porto Alegre: Artmed, 2023. p. 3–16.

MAJ, Mario et al. **The clinical characterization of the patient with primary psychosis aimed at personalization of management**. *World Psychiatry*, v. 20, n. 1, p. 4–33, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33432763/>. Acesso em: 10 dez. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). CID-11: Classificação Internacional de Doenças. 11. rev. Genebra: OMS, 2025. Disponível em: <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/pt>. Acesso em: 22 ago. 2026.

SCHMUKLER, A. B. **The evolution of approaches to schizophrenia diagnostics: from Kraepelin to ICD-11**. *Consortium Psychiatricum*, v. 2, n. 2, p. 65–70, 2021. DOI: <https://doi.org/10.17816/CP62>. Acesso em: 15 dez. 2025.

SILVA, K. et al. Técnicas de avaliação em casos de suspeita de esquizofrenia e outros transtornos psicóticos primários. In: OLIVEIRA, S. E.; TRENTINI, C. M. (org.). **Avanços em psicopatologia: avaliação e diagnósticos na CID-11**. Porto Alegre: Artmed, 2023. p. 121–138.

TANDON, Rajiv; CARPENTER JR., William T. **Psychotic disorders in DSM-5: summary of changes**. *Asian Journal of Psychiatry*, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23642992/>. Acesso em: 10 dez. 2025.

VALENÇA, Alexandre Martins; NARDI, Antonio Egidio. Histórico do conceito da esquizofrenia. In: NARDI, Antonio Egidio; QUEVEDO, João; SILVA, Antônio Geraldo da (org.). **Esquizofrenia: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2015. p. 17–23.

VALLE, R. **Esquizofrenia na CID-11: comparação com a CID-10 e o DSM-5**. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*, v. 13, n. 2, p. 95–104, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2020.01.002>. Acesso em: 10 dez. 2025.
