

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE

**CONFIABILIDADE E ESTABILIDADE DO DIAGNÓSTICO
DO TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO NAS DIFERENTES
EDIÇÕES DO DSM E DA CID: UMA REVISÃO
SISTEMÁTICA**

RECIFE, novembro 2021



FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE

**CONFIABILIDADE E ESTABILIDADE DO DIAGNÓSTICO
DO TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO NAS DIFERENTES
EDIÇÕES DO DSM E DA CID: UMA REVISÃO
SISTEMÁTICA**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à banca julgadora da
Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

Autora: Amanda Izadora Ferreira de Freitas

Coautora: Darlla Regina da Veiga Pessoa Rodrigues

Orientador: André Furtado de Ayalla Rodrigues

RECIFE, novembro 2021

Pesquisadora

Nome: Amanda Izadora Ferreira de Freitas

Vínculo: estudante do 12º período de medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde

Endereço profissional: Avenida Mal. Mascarenhas de Moraes, 4861, Imbiribeira,
Recife-PE.

Telefone: (81) 9.7326-9385

E-mail: amandaizador@gmail.com

Orientador

Nome: André Furtado de Ayalla Rodrigues

Vínculo: tutor da graduação da Faculdade Pernambucana de Saúde. Mestrando em Saúde
Integral do IMIP.

Endereço profissional: Avenida Mal. Mascarenhas de Moraes, 4861, Imbiribeira,
Recife-PE.

Telefone: (81) 9.8806-0493

E-mail: andre_ayalla@hotmail.com

Coautora

Nome: Darlla Regina da Veiga Pessoa Rodrigues

Vínculo: estudante do 12º período de medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde

Endereço profissional: Avenida Mal. Mascarenhas de Moraes, 4861, Imbiribeira,
Recife-PE.

Telefone: (81) 9.9577-3582

E-mail: darllarodrigues50@gmail.com

RESUMO

Objetivos: visto as diferentes reconceitualizações do diagnóstico do Transtorno Esquizoafetivo ao longo do tempo nas edições do DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) e da CID (Classificação Internacional de Doenças) e sua consequente associação com elevadas taxas de instabilidade e baixas taxas de confiabilidade após anos da identificação do quadro inicial, este estudo busca avaliar a influência das diferentes conceitualizações do transtorno, na sua estabilidade e confiabilidade diagnóstica ao decorrer das diferentes edições publicadas. **Métodos:** foi realizada uma revisão sistemática, nas plataformas PubMed, Karger, BVS e Medline com descritores *schizoaffective disorder; reliability; diagnosis criteria*, selecionando ensaios clínicos, estudos transversais e estudos observacionais sobre a instabilidade do Transtorno Esquizoafetivo nas diferentes edições do DSM e da CID, realizados entre os anos de 1987-2021. **Resultados:** foram identificados 772 estudos dos quais foram selecionados 5 estudos que atendiam todos os critérios de inclusão e exclusão, sendo analisada a concordância diagnóstica entre examinadores e estabilidade do Transtorno Esquizoafetivo ao longo do tempo nas diferentes edições propostas do DSM e da CID. Observou-se, de maneira geral, uma baixa taxa de estabilidade e concordância diagnóstica do Transtorno Esquizoafetivo quando comparado a outros distúrbios analisados através dos mesmos manuais utilizados. **Conclusão:** foi observado, de modo geral, uma baixa taxa de concordância diagnóstica entre os examinadores, podendo-se inferir que mesmo após diferentes reconceitualizações nos manuais utilizados, ao longo dos anos, não foi observada melhora significativa nas taxas de confiabilidade e/ou estabilidade do Transtorno Esquizoafetivo.

Palavras chaves: Transtorno Esquizoafetivo, Diagnóstico, Estabilidade, Confiabilidade, DSM, CID.

ABSTRACT

Objectives: considering all the different reconceptualizations of the Schizoaffective Disorder throughout time in the DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) and ICD (International Classification of Disease) editions and their consequent association with the high instability and low reliability rates years after the recognition of the initial condition, this study seeks to analyse the influence of the different conceptualizations of the disorder, in its diagnosis stability and reliability throughout the different published editions. **Methods:** a systematic review was made based on Pubmed, Karger, BVS and Medline platforms with the Schizoaffective Disorder; reliability and diagnosis criteria descriptors, selecting clinical trials, cross-sectional studies and observational studies about the instability of the Schizoaffective Disorder in the different editions of the DSM and ICD, carried out between the years 1987 and 2021. **Results:** 772 studies were identified, from which 5 were selected for attending the inclusion and exclusion criteria, being analysed the interrater agreement and stability of the Schizoaffective Disorder throughout time in the different editions of the DSM and ICD. In general, a low stability and agreement diagnostic rate of the Schizoaffective Disorder was observed when compared between the other disorders analysed by the same manuals. **Conclusion:** in general, it was observed a low interrater diagnostic agreement, inferring that even after different reconceptualizations in the used manuals, throughout the years, it wasn't noticed a significant improvement on the reliability and/or stability rates of the Schizoaffective Disorder.

Keywords: Schizoaffective Disorder, Diagnosis, Stability, Reliability, DSM, ICD.

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	6
II. OBJETIVOS	11
2.1. Geral	11
2.2. Específico	12
III. METODOLOGIA	12
3.1. Desenho do estudo	12
3.2. Critérios de elegibilidade	13
3.2.1. Critérios de inclusão	13
3.2.2. Critérios de exclusão	13
3.3. Aspectos Éticos	14
3.4. Coleta de dados	14
3.5. Análise dos dados	15
IV. RESULTADOS	16
V. DISCUSSÃO	18
5.1. Confiabilidade diagnóstica	19
5.2. Estabilidade diagnóstica	21
5.3. Limitações	22
VI. CONCLUSÃO	22
VII. REFERÊNCIAS	23
VIII. ANEXOS	26

I. INTRODUÇÃO

O termo psicose se origina das palavras gregas “*psique*” que remete a alma e “*osis*” que significa uma condição anormal, sendo utilizada, portanto, para definir uma desordem da mente. De uma forma mais restrita, podendo ser identificada quando há a presença de delírios (falsa crença da realidade) e/ou alucinações (erro na percepção da realidade), em conjunto com a ausência de crítica (insight) quanto ao caráter anormal dessas expressões. Já de forma um pouco mais ampla, pode incluir, além dos sintomas relacionados acima, a presença de marcada desorganização de pensamento, de comportamento e catatonía (alteração psicomotora).¹

Em 1893, Emil Kraepelin dividiu as psicoses em dois grandes grupos, a "demência precoce", que correspondia às psicoses que evoluíam com um desfecho desfavorável e a "insanidade maníaco-depressiva", que representava as que progrediriam com um desfecho favorável. Entretanto, a identificação de casos clínicos com sintomas típicos de "demência precoce", mas com um desfecho favorável, desafiou a classificação de Kraepelin. Por esse motivo, diversos conceitos diagnósticos diferentes foram introduzidos na nomenclatura psiquiátrica, incluindo o que mais tarde seria denominada por Kasanin de psicose esquizoafetiva.²

O termo “Transtorno Esquizoafetivo”, como se conhece hoje, foi descrito pela primeira vez, em 1933, por Jacob Kasanin para se referir a um subgrupo de psicose esquizofreniforme, que cursava com um misto de sintomas esquizofrênicos e afetivos e que apresentava um bom prognóstico.³ Kasanin descreveu esses pacientes como tendo um bom ajustamento psicossocial pré-doença, uma apresentação emocional abrupta, um menor retraimento social ou passividade e um curso de doença mais curto com uma boa recuperação, quando comparadas às pessoas com esquizofrenia.⁴

Essa nova terminologia suscitou discussões, que perduram até os dias atuais, de se o Transtorno Esquizoafetivo é simplesmente uma forma de Esquizofrenia ou de um Transtorno Afetivo, ou mesmo se está situado em um continuum entre os dois transtornos ou se trata-se de uma entidade clínica distinta.⁵ Consistente com essa formulação, o diagnóstico de Transtorno Esquizoafetivo passou por várias mudanças de conceituação ao longo dos anos nas diferentes edições do Manual de Diagnóstico e Estatística (DSM) e da Classificação Internacional de Doenças (CID).

A primeira (1952) e a segunda (1968) edição do DSM, assim como a oitava (1967) e nona (1977) edições da CID, ainda consideravam os pacientes com características mistas de sintomas sugestivos de Esquizofrenia e Transtornos do Humor como uma variação da Esquizofrenia.^{6, 7} A primeira edição do DSM incluiu dentre os subtipos de Esquizofrenia a “reação esquizofrênica, tipo esquizoafetivo” e a segunda edição subdividiu esse diagnóstico em “tipo esquizoafetivo, excitado” e “tipo esquizoafetivo, deprimido” distinguindo os tipos de casos com base na exaltação pronunciada associada versus depressão. Durante esse período, acreditava-se que esses casos tornariam-se “esquizofrênicos por natureza”, com uma observação prolongada ao longo do curso da doença.

No DSM III (1980), o termo “Transtorno Esquizoafetivo” foi introduzido, embora nenhum critério diagnóstico tenha sido proposto nesta edição. Como as versões anteriores do DSM, a categoria continuaria sendo utilizada para os casos em que o clínico foi incapaz de fazer um diagnóstico diferencial entre um Transtorno Afetivo, um Transtorno Esquizofreniforme ou a Esquizofrenia.⁸ Em todo o DSM III, o “Transtorno Esquizoafetivo” foi o único diagnóstico sem critérios operacionais explícitos.⁹

No DSM III-R de 1987, os critérios diagnósticos para o Transtorno Esquizoafetivo foram definidos pela primeira vez. Exigindo: (A) pelo menos um período de psicose (grave

o suficiente para atender ao critério A para Esquizofrenia) com sintomas afetivos; (B) pelo menos um período de psicose, por pelo menos duas semanas, sem sintomas afetivos; (C) a duração total dos episódios de humor “não é breve” e (D) não há “causa orgânica”. Uma vez definido, o transtorno poderia ser especificado como sendo do tipo bipolar, para aqueles que experimentam uma síndrome maníaca atual ou anterior, ou um tipo depressivo, para aqueles sem síndrome maníaca atual ou anterior.⁸

A CID 10, publicada no ano de 1989, utiliza uma classificação diagnóstica para o Transtorno Esquizoafetivo que se assemelha à proposta anteriormente pelo DSM III-R, sua principal diferença, entretanto, é que para realizar o diagnóstico, não é necessário a presença de um episódio psicótico distinto sem sintomas afetivos proeminentes durante o curso da doença¹⁰.

Já o DSM IV (1994) continuou utilizando os mesmos critérios propostos pelo DSM III-R, mas expandiu o tipo bipolar para incluir episódios mistos, além de episódios maníacos. Sua revisão de texto incluída no DSM IV-TR em 2000 não alterou essas definições.⁸ Foi observado, entretanto, que os critérios diagnósticos incluídos no DSM IV eram muito abrangentes e dúbios, abrindo margem para diferentes interpretações, sendo, portanto, dependentes da visão de cada aplicador. Essa incerteza gerou dúvidas quanto a validade e efetividade da aplicação dos critérios diagnósticos fornecidos por esse manual.¹¹

Foi-se questionado, portanto, durante a formulação do DSM V a remoção da categoria do Transtorno Esquizoafetivo e adição de sintomas de humor como uma dimensão à Esquizofrenia e ao Transtorno Esquizofreniforme. Essa opção foi amplamente debatida, mas, em última análise, considerada precipitada, na ausência de dados de validação teórica e clínica suficientes que justifiquem tal reconceitualização extrema. Além disso, parecia não haver uma forma prática de introduzir critérios que capturassem toda a dimensão do curso da doença atual quando se fala de períodos de psicose relacionados a

episódios de humor.⁸ Em vez disso, a classificação de Transtorno Esquizoafetivo do DSM V teve como objetivo melhorar a confiabilidade do diagnóstico e introduzir dimensões de sintomas para fornecer dados para futuras conceituações de condições psicóticas crônicas.¹²

O DSM V (2013), portanto, tentou definir mais rigorosamente os critérios diagnósticos para o Transtorno Esquizoafetivo, exigindo um período ininterrupto de um episódio depressivo (incluindo obrigatoriamente o humor deprimido) ou maníaco (período de elevação anormal e persistente do humor ou com irritabilidade exacerbada) concomitante com dois ou mais sintomas da esquizofrenia (sendo ao menos um deles: delírio, alucinação ou discurso desorganizado). Determina também que os delírios ou alucinações têm que estar presentes por no mínimo duas semanas na ausência de episódios de humor; que os sintomas de alteração do humor devem estar presentes na maior parte da duração das fases ativas e residuais da doença e que se deve excluir a possibilidade do quadro ser atribuído ao efeito de uma substância ou de outra condição médica.

Atualmente, o diagnóstico do Transtorno Esquizoafetivo possui uma prevalência mundial, ao longo da vida, de menos de 1%, possivelmente entre 0,5 e 0,8%. Esses números, no entanto, são apenas estimativas; visto que, na prática clínica, o Transtorno Esquizoafetivo costuma ser utilizado como um diagnóstico preliminar, em casos na qual o médico não tem certeza do diagnóstico.¹³ Essa incerteza, refletida em vários estudos, demonstra uma baixa taxa de estabilidade e confiabilidade diagnóstica anos após a identificação inicial do quadro, com o paciente, na maioria das vezes, migrando para outra categoria diagnóstica presente no DSM V e na CID 10.

A partir do exposto, é possível observar que o Transtorno Esquizoafetivo passou por diversas modificações diagnósticas ao longo dos anos e que permanece bastante controverso, sendo considerado por muitos autores um diagnóstico de alta instabilidade e baixa confiabilidade ao decorrer do tempo. Nesse sentido, este estudo visa realizar uma

revisão da literatura acerca da estabilidade e confiabilidade dos critérios diagnósticos do Transtorno Esquizoafetivo utilizados nas diferentes edições publicadas, até o presente momento, do DSM e da CID 10.

II. OBJETIVOS

2.1. Geral

Revisar a literatura acerca do diagnóstico do Transtorno Esquizoafetivo.

2.2. Específico

Avaliar o nível de confiabilidade e estabilidade dos critérios diagnósticos do Transtorno Esquizoafetivo nas diferentes edições publicadas do DSM e da CID até o presente momento do estudo.

III. METODOLOGIA

3.1. Desenho do estudo

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura.

3.2. Critérios de elegibilidade

3.2.1. Critérios de inclusão

Definimos como pesquisas elegíveis para a revisão de literatura, os estudos do tipo ensaio clínico, estudo transversal e estudo observacional relacionados à confiabilidade e estabilidade do Transtorno Esquizoafetivo nas diferentes edições publicadas do DSM e/ou da CID.

3.2.2. Critérios de exclusão

Inicialmente, delimitamos a data de publicação dos estudos, entre os anos de 1987 a 2021, a fim de excluir os estudos realizados anteriormente à publicação da edição do DSM III-R, visto que ele foi o primeiro manual a definir critérios diagnósticos específicos para o Transtorno Esquizoafetivo.

Posteriormente, como forma de aumentar a clareza e equidade na comparação dos dados de confiabilidade e estabilidade diagnóstica entre os diferentes estudos, optamos por selecionar estudos que utilizavam uma mesma variável. Escolhemos o coeficiente Kappa de Cohen, visto que, o teste de concordância Kappa é uma variável utilizada em diversos estudos mundialmente para avaliar a concordância entre examinadores ao realizar um diagnóstico utilizando os diferentes critérios propostos, sendo ideal, portanto para a comparação dos dados de estabilidade e confiabilidade diagnóstica entre os diferentes estudos. De acordo com a literatura, valores kappa entre 0,5 e 0,7 são considerados

razoavelmente bons. Valores abaixo de 0,5 ou acima de 0,7 indicam, respectivamente, baixa e alta concordância.¹⁴

Por fim, foram retirados da seleção os estudos que tinham como objetivo principal uma revisão crítica acerca da formulação dos critérios diagnósticos do Transtorno Esquizoafetivo, pois divergiam do cerne da revisão que propomos, cujo foco é a confiabilidade e estabilidade do transtorno nos diferentes manuais propostos.

3.3. Aspectos Éticos

O estudo seguiu os princípios postulados na Declaração de Helsinque emendada em Seul 2009, e segue os termos preconizados pelo Conselho Nacional de Saúde (Resolução 466/2012).

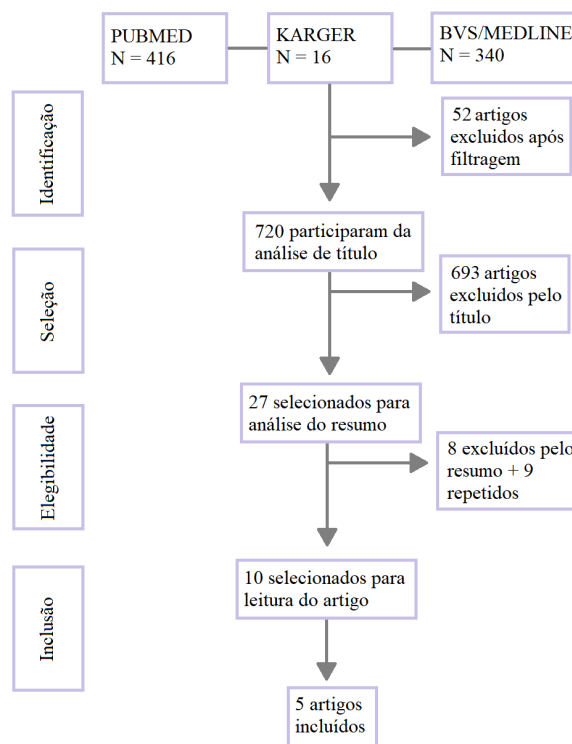
3.4. Coleta de dados

Os artigos foram selecionados utilizando a busca avançada das plataformas Pubmed, Karger, BVS e Medline com os descritores Schizoaffective disorder (Transtorno Esquizoafetivo); reliability (confiabilidade); diagnosis criteria (critério diagnóstico). Os artigos não foram filtrados por idioma, podendo incluir qualquer idioma presente na base de dados. Foi realizada uma filtragem temporal, incluindo estudos realizados entre os anos de 1987 e 2021, a fim de englobar os estudos publicados no período em que o Transtorno Esquizoafetivo ganhou seus primeiros critérios diagnósticos até o ano de publicação do presente estudo. Os artigos foram selecionados inicialmente através de seu título, sendo escolhidos para a análise posterior do resumo aqueles que incluíam em seu título as palavras confiabilidade e/ou estabilidade; diferentes transtornos mentais ou Transtorno Esquizoafetivo; DSM e/ou CID. Em seguida os estudos selecionados foram avaliados através do seu resumo por dois diferentes examinadores para cada plataforma, incluindo

para a leitura completa do artigo os estudos que analisavam comparativamente a confiabilidade e/ou estabilidade dos critérios diagnósticos do Transtorno Esquizoafetivo entre diferentes edições do DSM e/ou da CID. Resultaram ao fim da seleção 10 artigos para leitura completa, sendo então aplicados os critérios de inclusão e exclusão. Por fim, foram escolhidos 5 estudos realizados entre os anos de 1993 e 2011 e publicados nos idiomas inglês e francês.

A figura 1 ilustra a pesquisa bibliográfica e processo de seleção de estudos. Ao todo foram identificados 772 estudos dos quais restaram 720 após processo de filtragem nas plataformas, e em seguida, foram excluídos 693 artigos por título, restando 27 artigos para a leitura do resumo. Após leitura dos resumos, foram excluídos 8 artigos por não corresponderem às variáveis exigidas e 9 por estarem repetidos. Sendo, assim, selecionados dez estudos para leitura completa e por fim escolhidos 5 artigos ao final da atividade. A tabela 1 lista as principais características dos estudos elegíveis.

Figura 1 - Fluxograma do processo para a seleção dos estudos



3.5. Análise dos dados

Considerando as diferentes reconceitualizações dos critérios diagnósticos do Transtorno Esquizoafetivo ao longo dos anos, através das diferentes edições publicadas do DSM e da CID, iniciamos nossa análise averiguando a qual edição proposta o estudo analisado se referia. Em seguida, comparamos a concordância diagnóstica, entre os examinadores avaliados, através da aplicação dos critérios diagnósticos do manual utilizado pelo estudo. A concordância diagnóstica das pesquisas escolhidas foram medidas através do coeficiente Kappa de Cohen, sendo o valor resultante utilizado para averiguar o nível de confiabilidade e estabilidade diagnóstica do transtorno em cada estudo. Posteriormente, comparamos as justificativas propostas por cada estudo para explicar as variáveis kappa por eles encontradas. Por fim, comparamos estes dados, obtendo uma conclusão geral da revisão de literatura acerca do tema.

IV. RESULTADOS

Todos os artigos foram produzidos entre 1987 e 2021, tendo como base a avaliação do Transtorno Esquizoafetivo a partir dos critérios diagnósticos de diferentes edições do DSM e/ou da CID. Além disso, são ensaios clínicos, estudos transversais e estudos observacionais que analisaram a confiabilidade e estabilidade do transtorno nas diferentes edições propostas. A tabela 1 lista as principais características dos estudos elegíveis.

Os estudos apontaram uma baixa estabilidade e confiabilidade do Transtorno Esquizoafetivo nas variadas edições analisadas. Utilizaram como parâmetro base o coeficiente kappa de Cohen para avaliar a concordância entre examinadores ao realizar o diagnóstico utilizando os diferentes critérios propostos. De acordo com a literatura, valores kappa entre 0,5 e 0,7 são considerados razoavelmente bons. Valores abaixo de 0,5 ou acima de 0,7 indicam, respectivamente, baixa e alta concordância.¹⁴

Destacaremos aqui os principais estudos e seus resultados. Além da tabela 1, que faz um resumo de todos os estudos, para mais detalhes é possível encontrar os estudos nas referências bibliográficas.

Hiller et al 1993, realizou um estudo com 100 participantes, de 25 a 62 anos, sendo 47 homens e 53 mulheres, utilizando a CID 10 e o DSM III-R como sistema diagnóstico. No estudo, notou-se uma frequência maior de diagnóstico do Transtorno Esquizoafetivo na CID 10 (11,75%) quando comparado ao DSM III-R (6,25%). Também foram observados níveis inaceitavelmente baixos de concordância diagnóstica entre examinadores, em relação ao Transtorno Esquizoafetivo, correspondendo a valores de kappa 0,24 para a CID e 0,08 para o DSM III-R. Acreditou que isso se devia a critérios diagnósticos pouco claros quando comparado aos de outros transtornos analisados no estudo.¹⁰

Em 2000, Maj avaliou em sua pesquisa 150 pacientes, entre 18 e 64 anos, dentre estes, 68 homens e 82 mulheres, através dos critérios do DSM IV. Observou em seu estudo,

uma baixa confiabilidade entre examinadores ao utilizar os critérios propostos para o Transtorno Esquizoafetivo, demonstrando um valor kappa de 0,22. Concluiu que parte do desacordo diagnóstico se devia ao fato de que os critérios diagnósticos eram pouco claros e específicos em sua aplicabilidade clínica.¹¹

Já Larsen, no ano de 2006, analisou em seu estudo, 59 participantes, entre 13 e 81 anos, sendo 15 homens e 44 mulheres, através dos critérios da CID 10 e do DSM IV. Observou que houve pouca concordância entre o diagnóstico do Transtorno Esquizoafetivo realizado pela CID após o período de 2 anos, visto que, dentre os 59 pacientes, apenas 06 mantiveram o diagnóstico inicial. Notou adicionalmente que não houve nenhuma concordância entre a CID e o DSM IV, com um valor de kappa observado de 0. Concluiu, portanto, que isso se deu pela diferença dos critérios diagnósticos utilizados em cada manual.⁶

Cheniaux, em 2009, realizou um estudo com 100 participantes, entre 19 e 69 anos, dos quais 45 eram homens e 55 mulheres, avaliados pela CID 10 e DSM IV. Apontou em seu estudo que a confiabilidade entre avaliadores do diagnóstico do Transtorno Esquizoafetivo foi razoável no DSM IV e baixa na CID 10, correspondendo a valores kappa de 0,65 e 0,26, respectivamente, e entre os dois manuais de 0,37. Considerou que essa divergência provavelmente está relacionada a tendência dos diferentes manuais a diagnósticos diferentes devido a pouca especificidade dos seus critérios.¹⁴

Por fim, Richieri, em 2011, avaliou 112 pacientes, entre 28 e 58 anos, nos quais 63 eram homens e 49 mulheres através da CID 10. Observou-se que o Transtorno Esquizoafetivo apresentou a menor taxa de concordância diagnóstica em relação aos outros transtornos avaliados, correspondendo a um valor kappa de 0,48. Acredita-se que a baixa confiabilidade pode ser explicada devido a falta de critérios nosológicos mais eficientes para caracterizar o transtorno.¹⁵

V. DISCUSSÃO

Esta revisão tem como objetivo fornecer um resumo de qualidade da literatura sobre a confiabilidade e estabilidade do Transtorno Esquizoafetivo nas diferentes edições do DSM e da CID. Nos parágrafos a seguir, dividiremos essa discussão em três tópicos, onde os artigos serão analisados quanto a confiabilidade diagnóstica entre examinadores e a estabilidade do diagnóstico após um determinado período de tempo. No último tópico, evidenciamos e avaliamos as limitações do nosso estudo, de acordo com a medicina baseada em evidência. Detalhes técnicos relativos a cada estudo podem ser encontrados nas referências.

5.1. Confiabilidade diagnóstica

Quatro dos cinco trabalhos apresentados analisaram a confiabilidade diagnóstica e um avaliou a estabilidade ao longo do tempo do Transtorno Esquizoafetivo quando comparado a outras classes nosológicas.

No estudo de et al Hiller realizado em 1993, foi observado uma frequência maior de diagnóstico do Transtorno Esquizoafetivo na CID 10 quando comparado ao DSM III-R, acredita-se que essa diferença pode ser explicada principalmente pela natureza mais restritiva dos critérios diagnósticos no DSM III-R, visto que muitos pacientes não conseguiram cumprir o critério exigido de um episódio psicótico sem sintomas de humor proeminentes por pelo menos duas semanas. Como não há esta exigência na CID 10, muitos pacientes preencheram os requisitos necessários para o diagnóstico nesse manual. Entretanto, em ambos os sistemas diagnósticos estudados, foi observada uma concordância entre examinadores insuficiente quando comparado a outros transtornos avaliados, como Esquizofrenia e Transtornos Afetivos, muitas vezes com os diagnósticos confundindo-se

entre si, resultando em níveis inaceitavelmente baixos de confiabilidade, acredita-se que isso se deva a não existência de limites claros entre os critérios diagnósticos utilizados quando comparado aos outros transtornos analisados no estudo.¹⁰

Et al Maj no ano de 2000 concluiu em seu estudo que a confiabilidade entre examinadores utilizando os critérios do DSM IV não era satisfatória quando comparado a transtornos afetivos e a esquizofrenia. Apontou em seu trabalho que parte do desacordo encontrado deriva do fato que os critérios diagnósticos eram pouco claros e específicos em sua utilização prática, com significados incertos e muitas vezes ambíguos, dependendo da interpretação crítica de cada critério diagnóstico pelo avaliador. Dentre os critérios ambíguos, destaca-se o significado incerto da expressão “sintomas que atendem ao critério A para esquizofrenia”, visto que nenhuma especificação é feita se esses sintomas poderiam estar diretamente relacionados ou causados por um conteúdo afetivo; ou até mesmo o significado pouco claro da expressão "ausência de sintomas de humor proeminentes", que gerou dúvidas se os critérios para um episódio maníaco ou depressivo não deveriam ser preenchidos ou se não poderia haver, durante aquele período, qualquer sintoma de humor clinicamente significativo. Há também ambiguidade em relação ao tempo de doença, que não é bem caracterizado visto que só é descrito como “porção substancial do tempo”, podendo variar, portanto, de acordo com a interpretação de cada examinador.¹¹

Et al Cheniaux 2009 descreveu que a confiabilidade entre avaliadores do diagnóstico do transtorno esquizoafetivo foi razoável no DSM IV e baixa na CID 10. Acredita-se que tal discordância ocorra devido a confusão entre diferentes diagnósticos, tendendo a esquizofrenia ou a transtornos afetivos a depender do manual utilizado. Como por exemplo, os critérios da CID 10 para esquizofrenia, não excluem a ocorrência de sintomas afetivos, o que faz com que o diagnóstico diferencial entre esquizofrenia e transtorno esquizoafetivo seja mais difícil de ser realizado neste manual, favorecendo uma

discordância maior entre entrevistadores. Assim como na CID, o DSM também tende para uma categoria nosológica quando em comparação a outras. No DSM IV pacientes que apresentam uma mistura de sintomas esquizofrênicos e afetivos tendem a receber um diagnóstico de transtorno do humor, visto que é preciso, para realizar o diagnóstico de Transtorno Esquizoafetivo, um período de 2 semanas de sintomas psicóticos não associados a uma síndrome afetiva, o que dificulta o diagnóstico. Outro aspecto importante que acredita-se que poderia estar associado ao baixo nível de concordância, é o fato de que o transtorno esquizoafetivo na CID 10 corresponde a um diagnóstico vitalício, enquanto no DSM-IV está relacionado a um evento episódico.¹⁴

Um estudo realizado por et al Richieri, em 2011, observou uma concordância entre examinadores mediana para o Transtorno Esquizoafetivo. Apesar de mediana, foi considerado o transtorno que obteve a menor confiabilidade quando comparado aos demais estudados. Presume-se que a baixa confiabilidade observada pode ser explicada devido a falta de experiência dos avaliadores franceses com a CID-10, visto que ele só foi utilizado em todos os estabelecimentos franceses a partir de 2007, ou que essa diferença esteja diretamente ligada a falta de critérios nosológicos mais claros e eficientes para caracterizar o transtorno.¹⁵

5.2. Estabilidade diagnóstica

No estudo de et al Larsen, realizado em 2006, foi avaliada a estabilidade diagnóstica de pacientes identificados inicialmente com Transtorno Esquizoafetivo após um período de 2 anos. Dentre todos os pacientes, uma pequena porção manteve o diagnóstico inicial do Transtorno esquizoafetivo pela CID 10, com alguns pacientes atendendo os critérios apenas em uma das admissões, e nenhum se mantendo de acordo com o DSM IV, além disso, não houve concordância entre os dois sistemas diagnósticos

utilizados. Acredita-se que a falta de confiabilidade clínica observada reflete a dificuldade diagnóstica do transtorno, visto que os critérios utilizados, anteriormente mais amplos, foram transformados na CID 10 e no DSM-IV em um padrão complexo formado pela combinação de sintomas esquizofrênicos e afetivos com uma cronicidade pouco específica. Por ser formado pela combinação de sintomas pertencentes a outras classes diagnósticas, cria-se um viés diagnóstico para essas classes, modificando o diagnóstico ao longo do tempo para se encaixar tanto na Esquizofrenia quanto nos Transtornos Afetivos, o que se reflete na baixa estabilidade diagnóstica do transtorno ao longo do tempo.⁶

5.3. Limitações

Apesar de satisfatória a quantidade de artigos selecionados, este estudo encontrou algumas limitações. Isso porque, consideramos a quantidade de artigos escassa em relação ao tema, visto que o Transtorno Esquizoafetivo é considerado um classe nosológica controversa em relação ao seu diagnóstico prático. Além disso, não encontramos estudos que avaliavam a confiabilidade e estabilidade do Transtorno Esquizoafetivo no DSM V, versão atual utilizada na prática clínica, não permitindo, portanto, a avaliação dos critérios diagnósticos atuais para o transtorno. Há também a limitação de comparação de diferentes edições da CID, visto que os critérios diagnósticos para o transtorno foram apenas propostos na versão utilizada atualmente, a CID 10 de 1989, podendo neste caso, compará-lo apenas ao DSM. Adicionalmente, encontramos muitos estudos que debatiam sobre a estabilidade e confiabilidade do transtorno, porém sem comparações estatísticas e apenas teorizações sobre a efetividade dos seus critérios diagnósticos nos diferentes manuais.

VI. CONCLUSÃO

Ao avaliar a confiabilidade e estabilidade do Transtorno Esquizoafetivo nas diferentes edições do DSM e na CID 10, foi observado, de modo geral, uma baixa taxa de concordância entre os examinadores, sendo considerado o transtorno com menores valores de coeficiente kappa observados quando comparado aos demais distúrbios analisados. Dentre as explicações para tal fato, incluem-se a baixa especificidade e clareza dos critérios diagnósticos utilizados e a dificuldade em realizar o diagnóstico diferencial em relação a outras classes nosológicas com sintomas semelhantes, incluindo, mais comumente, a Esquizofrenia, o Transtorno Depressivo Maior e o Transtorno Bipolar. Logo, pode-se inferir que mesmo após diferentes reconceitualizações nos manuais utilizados, ao longo dos anos, não foi observada melhora significativa nas taxas de confiabilidade e/ou estabilidade do transtorno.

VII. REFERÊNCIAS

1. Mochcovitch M, Papelbaum M, Silva A, et al. Projeto Diretrizes Primeiro Episódio Psicótico (PEP): Diagnóstico e Diagnóstico Diferencial Projeto Diretrizes. *Proj Diretrizes AMB*. Published online 2012:1-36.
2. Jäger M, Haack S, Becker T, Frasch K. Schizoaffective disorder-an ongoing challenge for psychiatric nosology. *Eur Psychiatry*. 2011;26(3):159-165. doi:10.1016/j.eurpsy.2010.03.010
3. Angst J, Gamma A. A new bipolar spectrum concept: A brief review. *Bipolar Disord*. 2002;4(SUPPL. 1):11-14. doi:10.1034/j.1399-5618.4.s1.1.x
4. Abrams DJ, Rojas DC, Arciniegas DB. Is schizoaffective disorder a distinct categorical diagnosis? A critical review of the literature. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2008;4(6):1089-1109. doi:10.2147/ndt.s4120
5. Benabarre A, Vieta E, Colom F, Martínez-Arán A, Reinares M, Gastó C. Bipolar disorder, schizoaffective disorder and schizophrenia: Epidemiologic, clinical and prognostic differences. *Eur Psychiatry*. 2001;16(3):167-172. doi:10.1016/S0924-9338(01)00559-4
6. Vollmer-Larsen A, Jacobsen TB, Hemmingsen R, Parnas J. Schizoaffective disorder - The reliability of its clinical diagnostic use. *Acta Psychiatr Scand*. 2006;113(5):402-407. doi:10.1111/j.1600-0447.2005.00744.x
7. Mitchell Wilson MD. DSM-III and the transformation of American Psychiatry: A History. *Am J Psychiatry*. 1993;(March):12.

8. Malaspina D, Owen MJ, Heckers S, et al. Schizoaffective Disorder in the DSM-5. *Schizophr Res.* 2013;150(1):21-25. doi:10.1016/j.schres.2013.04.026
9. Tandon R. The Nosology of Schizophrenia. Toward DSM-5 and ICD-11. *Psychiatr Clin North Am.* 2012;35(3):557-569. doi:10.1016/j.psc.2012.06.001
10. 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. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 1993;242(4):209-217. doi:10.1007/BF02189965
11. Maj M, Pirozzi R, Formicola AM, Bartoli L, Bucci P. Reliability and validity of the DSM-IV diagnostic category of schizoaffective disorder: Preliminary data. *J Affect Disord.* 2000;57(1-3):95-98. doi:10.1016/S0165-0327(99)00059-2
12. Barch DM, Bustillo J, Gaebel W, et al. Logic and justification for dimensional assessment of symptoms and related clinical phenomena in psychosis: Relevance to DSM-5. *Schizophr Res.* 2013;150(1):15-20. doi:10.1016/j.schres.2013.04.027
13. Sadock BJ, Sadock VA. *Compêndio de Psiquiatria.*
14. 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.* 2009;42(5):293-298. doi:10.1159/000228838
15. Richieri R, Boyer L, Lançon C. Fiabilité des références diagnostiques du Recueil d'Informations Médicalisées en Psychiatrie. *Sante Publique (Paris).* 2011;23(HS):31. doi:10.3917/spub.110.0031

VIII. ANEXOS

Figura 1 - Fluxograma do processo para a seleção dos estudos

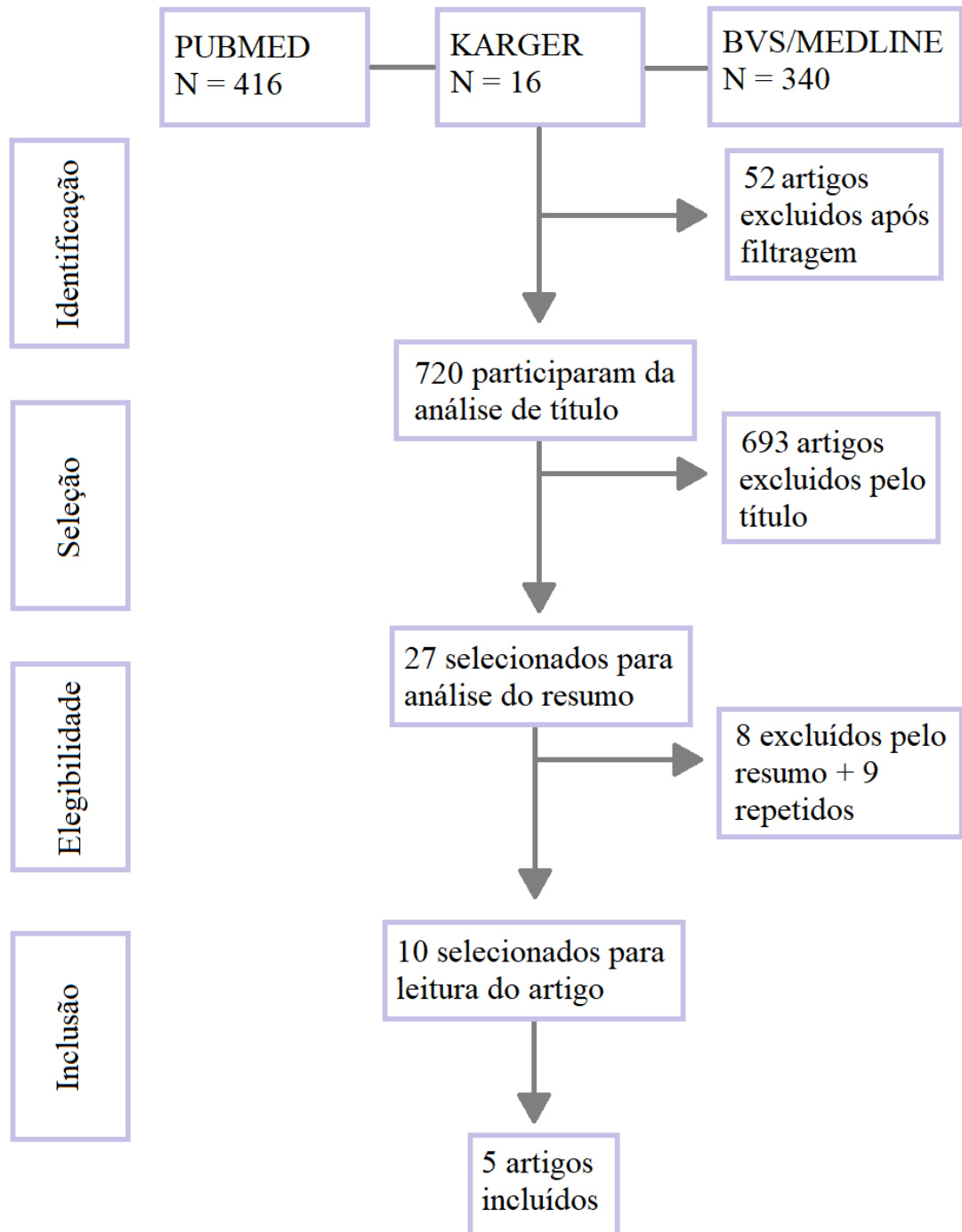


Tabela 1. Estudos selecionados para a revisão

TÍTULO	AUTOR	ANO	N	IDADE	GÊNERO	SISTEMA DIAGNÓSTICO UTILIZADO	METODOLOGIA	VALORES KAPPA	CONCLUSÃO
An empirical comparison of diagnoses and reliabilities in ICD-10 and DSM-III-R	Wolfgang Hiller	1993	100	25 a 62 anos	47 homens 53 mulheres	CID-10 DSM-III-R	O CID-10 e DSM-III-R foram comparados pela aplicação de ambos os critérios diagnósticos para a mesma amostra de pacientes que sofrem de transtornos afetivos e psicóticos. Quatro avaliadores (2 psiquiatras e 2 psicólogos) independentes avaliaram os diagnósticos de 100 registros de casos escritos que foram preparados em um formato padrão tradicional. As listas de verificação de diagnóstico internacional (IDCL) foram empregadas para avaliar sinais e sintomas psicopatológicos relevantes e aplicar regras de decisão diagnóstica.	DSM III-R: Total médio: 0,08 Entre psiquiatras: 0,03 Máxima concordância (psiquiatra e psicólogo): 0,34 CID 10: Total médio: 0,23 Entre psiquiatras: 0,26 Máxima concordância (entre psicólogos): 0,36	Não foi observada concordância entre avaliadores no diagnóstico para transtorno esquizoafetivo em ambos os sistemas, resultando em níveis inaceitavelmente baixos, com valores kappa 0,23 (CID-10) e 0,08 (DSM-III-R). Em uma análise detalhada do motivo da discrepância diagnóstica associada ao transtorno esquizoafetivo, revelou-se que não existiam limites claros entre os critérios diagnósticos do transtorno quando comparado aos da esquizofrenia e ao dos transtornos afetivos.
Reliability and validity of the DSM-IV diagnostic category of schizoaffective disorder - preliminary data	Mario Maj	2000	150	18 a 64 anos	68 homens 82 mulheres	DSM-IV	O estudo acompanhou 150 pacientes, por um período de 02 anos, diagnosticados primariamente com transtorno esquizoafetivo, bipolar e depressivo maior. O coeficiente kappa foi utilizado para avaliar a concordância diagnóstica dos transtornos citados, através dos critérios do DSM-IV. Foram realizadas entrevistas por dois psiquiatras utilizando o "Composite International Diagnostic Interview" e comparado os resultados através da escala de Strauss-Carpenter.	DSM IV Total médio: 0.22	O estudo confirma que a confiabilidade entre examinadores utilizando os critérios diagnósticos propostos pelo DSM-IV para o transtorno esquizoafetivo não é satisfatória. Parte do desacordo deriva do fato que os critérios diagnósticos são pouco claros e específicos em sua utilização prática, levando a instabilidade do transtorno ao longo do tempo.
Schizoaffective disorder – the reliability of its clinical diagnostic use	A. Vollmer-Larsen	2006	59	13 a 81 anos	15 homens 44 mulheres	CID-10 DSM-IV	59 pacientes com o diagnóstico de Transtorno esquizoafetivo pelo CID 10 foram reavaliados por dois	DSM-IV e CID-10 Total médio: 0	Apenas 06 pacientes mantiveram o diagnóstico inicial do Transtorno esquizoafetivo pelo CID 10 e nenhum paciente preencheu os critérios para o

							psiquiatras através de entrevistas independentes utilizando o “Composite International Diagnostic Interview” e os critérios diagnósticos do CID-10 e do DSM-IV. Os pacientes também foram avaliados adicionalmente pelo “Operational Criteria (OPCRIT).		diagnóstico de acordo com o DSM-IV, não havendo portanto concordância entre os dois sistemas diagnósticos, com um valor de kappa observado de 0. Acredita-se que isto se dê pela diferença dos critérios diagnósticos utilizados em cada manual diagnóstico.
The diagnoses of schizophrenia, schizoaffective disorder, bipolar disorder and unipolar depression - interrater reliability and congruence between DSM-IV and ICD-10	Elie Cheniaux	2009	100	19 a 69 anos	45 homens 55 mulheres	CID-10 DSM -IV	Dois psiquiatras treinados, utilizando o “Composite International Diagnostic Interview”, avaliaram simultaneamente 100 pacientes internados com diagnósticos psiquiátricos. O coeficiente kappa de cohen foi empregado para estimar a confiabilidade entre avaliadores e a congruência diagnóstica entre o DSM-IV e o CID 10.	DSM-IV Total médio: 0,65 CID-10 Total médio: 0,26 DSM-IV vs CID-10 Total médio: 0,37	A confiabilidade entre avaliadores do diagnóstico do transtorno esquizoafetivo foi razoável no DSM-IV e baixa no CID-10. Acredita-se que essa divergência diagnóstica provavelmente está relacionada ao fato de que um paciente com sintomas afetivos pode receber um diagnóstico de esquizofrenia baseado no CID-10, mas não nos critérios do DSM-IV. Outro aspecto importante que poderia estar associado ao baixo nível de concordância é o fato de que o transtorno esquizoafetivo no CID-10 corresponde a um diagnóstico vitalício, enquanto no DSM-IV está relacionado a um evento episódico.
Analysis of the reliability of diagnostic criteria and classifications in psychiatry	Raphaëlle Richieri	2011	112	28 a 58 anos	63 homens 49 mulheres	CID-10	112 pacientes, com diagnósticos psiquiátricos, foram avaliados por dois psiquiatras através de uma entrevista padronizada de acordo com o CID-10. O coeficiente kappa foi utilizado para estimar a congruência e confiabilidade diagnóstica entre avaliadores.	CID-10 Total médio: 0,48	O transtorno esquizoafetivo apresentou a taxa de menor concordância, mesmo que esta tenha sido considerada moderada. Acredita-se que a baixa confiabilidade pode ser explicada devido a falta de experiência dos avaliadores com o CID-10 no presente estudo ou que esteja diretamente ligada à falta de critérios nosológicos mais eficientes para caracterizar o transtorno.