

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE - FPS

CARLOS EDUARDO SOUZA DOS SANTOS

Relatório do PIBIC submetido em forma de artigo como parte dos requisitos para Trabalho de Conclusão do Curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS/IMIP.

Recife, Julho de 2014

**PREVALÊNCIA E EVOLUÇÃO DE SINTOMAS PSICÓTICOS EM
PACIENTES COM INDICAÇÃO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO NO IMIP:
UM ESTUDO TRANSVERSAL.**

**PREVALENCE AND EVOLUTION OF PSYCHOTIC SYMPTOMS IN
PATIENTS WITH INDICATION FOR LIVER TRANSPLANTATION IN IMIP:
A CROSS-SECTIONAL STUDY.**

Autores:

Carlos Eduardo Souza dos Santos^{1,2*}

Av. Raimundo Diniz, Qd. 02, Bloco 28 “I”, apto 103, Ipsep, Recife. CEP: 51190-720

Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa^{1,2**}

Rua das Pernambucanas, nº 158, Bairro das Graças, Recife. CEP: 52011-010

Monique Taíse dos Santos^{1,2}

Rua Gervásio Pires, nº 332, apto 302, Boa Vista, Recife. CEP: 50050-070

Sarah Maria Teles Lima^{1,2}

Rua Osasco, nº 29, apto 03 Ipsep, Recife. CEP: 51350-040

Priscilla Machado Moraes^{1,2**}

Rua dos Coelhoos, nº 300, Boa Vista, Recife. CEP 50070-550

Colaboradores:

Clarissa de Rosalmeida Dantas³

Fábio Mesquita Moura⁴

Patrícia Jaqueline Xavier¹

Paula Raquel Stone¹

Yasmin Cavalcanti de Assis¹

Afiliações:

¹ Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP

² Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS

³ Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP

⁴ Real Hospital Português da Beneficência em Pernambuco - RHP

* Bolsista de Iniciação Científica PIBIC-CNPq

** Orientador de Iniciação Científica

Contato para correspondência:

Carlos Eduardo Souza

E-mail: eduardosouzapsi@hotmail.com

Telefones: 81 97272819 / 83 91151576

RESUMO

Objetivo: Avaliar a prevalência e evolução de sintomas psicóticos em indivíduos antes e após o transplante hepático. **Metodologia:** Estudo descritivo transversal, realizado no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP em Recife. Foi utilizada a Escala para Avaliação de Sintomas Positivos (SAPS) e um questionário sociodemográfico. **Resultados:** Participaram do estudo 45 pacientes, todos foram avaliados no pré-transplante, entretanto, destes, apenas 4 foram avaliados após o procedimento. A idade média foi de 56,1 anos, sexo masculino (75,6%), pardos (53,3%), casados (53,3%), procedentes de Recife (47,7%), católicos (66,7%), com ensino fundamental incompleto (37,8%), afastados das atividades laborais (51,1%), sem doenças crônicas (53,3%). Não houve referência a sintomas psicóticos antes da doença hepática. Após a doença, 2,2% apresentaram tais sintomas. Os escores da SAPS não obtiveram resultados significativos, os itens proeminentes foram: Alucinação auditiva (4,4% leve), Alucinações somáticas (2,2% questionável, 2,2% acentuada), Comportamento agressivo/agitado (4,4% questionável, 2,2% leve) e Comportamento repetitivo/estereotipado (2,2% questionável, 4,4% leve). Na avaliação pós-transplante (n=4), apenas os itens Delírio de perseguição e Comportamento agressivo/agitado (n=1 cada) foram pontuados com presença questionável. **Conclusão:** O estudo corrobora com a literatura internacional, de prevalência infrequente de sintomas psicóticos no cenário de pré e pós-transplante hepático, entretanto, compreender essa problemática auxiliará a equipe na promoção de atenção integral e intervenções precoces.

Palavras chave: Transplante hepático, Transtornos psicóticos, Saúde mental.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the prevalence and evolution of psychotic symptoms in individuals before and after liver transplantation. **Methods:** Cross-sectional descriptive study was conducted at the Institute of Integrative Medicine Prof. Fernando Figueira - IMIP in Recife. Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS) and a sociodemographic questionnaire was used. **Results:** The study included 45 patients, all were assessed before transplantation, however, only 4 were evaluated after the procedure. The mean age was 56.1 years old, male (75.6%), brown (53.3%), married (53.3%), originating from Recife (47.7%), Catholics (66.7 %), with incomplete primary education (37.8%), apart from labor activities (51.1%) without chronic diseases (53.3%). There was no reference to psychotic symptoms before liver disease. After the disease, 2.2% had such symptoms. The scores of the SAPS did not obtain significant results, the prominent items were: auditory hallucination (4.4% mild), somatic hallucinations (2.2% questionable, 2.2% marked), aggressive / agitated behavior (4.4% questionable, 2.2% mild) and repetitive / stereotypic behavior (2.2% questionable, mild 4.4%). In post-transplant evaluation (n = 4), only items of persecution and aggressive / behavior (n = 1 each) were scored with questionable presence. **Conclusion:** The study confirms the international literature, the infrequent prevalence of psychotic symptoms in the stages of pre and post-liver transplantation, however, to understand this problem will assist in promoting comprehensive care and early interventions.

Keywords: Liver transplantation, Psychotic Disorders, Mental Health.

SUMÁRIO

Capa	Página 1
Resumo	Página 5
Abstract	Página 6
Sumário	Página 7
Introdução	Página 8
Método	Página 11
Resultados	Página 14
Discussão	Página 19
Conclusão	Página 24
Referências	Página 25
Tabelas	Página 29
Anexos	Página 35

INTRODUÇÃO

A psicose é um fenômeno caracterizado pela perturbação da percepção da realidade, composta por alucinações, delírios e desorganização do pensamento e comportamento, com ausência de insight do paciente para a natureza desses sintomas, evidenciando um amplo comprometimento do juízo crítico da realidade^{1,2}. Os estados psicóticos apresentam prevalência relativamente comum, afetando cerca de 3-5% da população em algum momento de sua vida, sendo descritos como períodos de alto risco para a agressão, agitação, impulsividade e outras formas de disfunção comportamental¹.

A psicose ocorre em uma diversidade de contextos diagnósticos¹, as manifestações das alterações psicopatológicas em um primeiro episódio psicótico variam consideravelmente entre indivíduos, dependendo diversos fatores, como idade, sexo, condições ambientais, e se o quadro clínico subjacente demonstra aspectos de um transtorno mental primário ou consequente de uma perturbação orgânica³.

Dessa forma, a avaliação do episódio psicótico inclui dicotomizá-lo entre transtornos mentais agrupados sob o termo geral de psicose funcional: esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, transtorno afetivo (mania, transtorno depressivo com sintomas psicótico, estados mistos) e psicose induzida por substâncias psicoativas; e os quadros correlacionados às condições médicas, como: epilepsia, trauma ou neoplasias no sistema nervoso central, encefalites, doença de Huntington, lupus eritematoso, doenças hepáticas, renais, endocrinológicas e metabólicas^{1,3}. A ausência de um marcador biológico específico para identificar os transtornos psiquiátricos faz com que o diagnóstico dos transtornos psicóticos baseie-se inteiramente na apresentação clínica^{2,4}. Nesse âmbito, a realização de exames complementares (tomografia computadorizada, glicemia de jejum, dosagem de eletrólitos, avaliação da função renal, hepática e

tireoidiana) tem sido útil para afastar ou confirmar causas orgânicas como causa desses sintomas².

No contexto das doenças crônicas, as doenças hepáticas graves e seu respectivo tratamento adquirem relevância por apresentar uma prevalência de fenômenos psicóticos maior que a população geral⁵. Considerando que o transplante hepático é aceito como o padrão em cuidados para pacientes com doença hepática avançada irreversível^{6,7,8,9}, foi observado que indivíduos candidatos a transplante hepático possuem comumente mais transtornos psiquiátricos quando comparado a transplantes de outros órgãos^{7,8,10}. De acordo com a *United Network for Organ Sharing* (UNOS), a psicose primária não configura-se como contra-indicação absoluta ao recebimento do enxerto hepático. O acesso ao transplante sob esses critérios de relatividade baseiam-se em entrevistas e avaliações ponderadas realizadas por profissionais da saúde mental^{6,7,8,11}.

Estudos apontam que tanto o procedimento do transplante, como as condições que levam a realização do procedimento, podem ser muito estressantes para os pacientes resultando em implicações psiquiátricas e psicossociais^{6,12}. Perturbações psiquiátricas pré-transplante desses indivíduos apresentam-se com uma incidência alta de sintomas depressivos, sintomas de ansiedade, delirium, alcoolismo, e em menor frequência, transtornos de personalidade, transtornos somatoformes, transtornos psicóticos^{5,6,7,8,9}.

As condições pós-transplante estão sob o cenário do uso regular de imunossupressores ao longo da vida e modificação nos hábitos, incluindo a abstinência do álcool. Estes fatores desafiam o enfrentamento dos pacientes e aumentam a probabilidade de surgimento de sintomas psicológicos^{5,12}. Os sintomas mais comuns dessa fase também são os depressivos, ansiosos, delirium, alcoolismo e psicose^{6,7,8,13,14}, esta última

questiona-se ser o resultado das medicações usadas na aceitação do enxerto pelo paciente^{7,15}.

Estatísticas de Março de 2014, mostraram que 1.411 pacientes ativos estão em lista de espera de transplante de fígado no Sistema Nacional de Transplantes, e destes, 55 estão em Pernambuco¹⁶. Considerando a relevância desses dados e do procedimento quanto a um prognóstico reservado em circunstâncias que os fenômenos psicóticos relacionam-se ao transplante, este estudo busca investigar a prevalência e evolução dos sintomas em relação ao transplante hepático, antes e depois deste, em indivíduos sob esta indicação.

MÉTODO

O estudo é descritivo tipo corte transversal e foi realizado no ambulatório de transplante hepático do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP em Recife. A amostra populacional foi composta por conveniência com pacientes antes e depois do transplante de fígado neste serviço durante o período de Outubro de 2013 a Abril de 2014. Foram considerados como critérios de inclusão da pesquisa, pacientes de ambos os gêneros, maiores de 18 anos, encaminhados ao serviço de transplante de fígado do IMIP e que estivessem em acompanhamento ambulatorial, e que aceitassem participar do estudo. Os critérios de exclusão compreenderam a não aceitação/interesse na pesquisa, não compreender os objetivos da mesma no contato com os pesquisadores, e não assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para captação e acompanhamento dos participantes, foi realizado contato com a equipe do setor que indicou candidatos ao estudo. Após esclarecimentos sobre a pesquisa e assinatura do TCLE, os dados sociodemográficos e específicos de psicose foram coletados antes e após da realização do transplante hepático.

Na entrevista com os pacientes foram preenchidos dois questionários, coletados com cada indivíduo: um questionário elaborado pelos pesquisadores, com validação semântica e por especialistas, contendo dados sociodemográficos, aspectos clínicos da hepatopatia, antecedentes psiquiátricos pessoal e familiar; e a Escala para Avaliação de Sintomas Positivos (Scale of Assessment for Positive Symptoms – SAPS), desenvolvida por Andreasen (1984)¹⁷, um instrumento específico de avaliação presença e severidade dos sintomas componentes da psicose^{18,19}, em sua versão brasileira²⁰.

A SAPS é uma escala composta por 34 itens, cuja proeminência de cada sintoma que compõe clinicamente a psicose é avaliado em uma escala de seis pontos, a saber:

0=nenhum, 1=questionável, 2=leve, 3=moderado, 4=acentuado ou 5=grave. Os sintomas são avaliados ao longo do último mês. Cinco pontuações globais podem ser obtidas: escore total (34 itens), subescala de alucinações (7), subescala de delírios (20), subescala de comportamento bizarro (5), e da subescala de desordem positiva do pensamento formal (9)^{18,19}. Cada subescala é composta de um número de itens agrupados em sintomas específicos, bem como uma classificação global de síntese dos sintomas dentro da subescala. A SAPS é um instrumento que avalia apenas a gravidade da presença dos sintomas psicóticos, não havendo, portanto, ponto de corte classificatório ou diagnóstico¹⁹.

É relevante considerar o aspecto de avaliação dimensional da SAPS na consideração dos resultados obtidos. Os sintomas avaliados com a escala de sintomas positivos de Andreasen devem ser entendidos como componentes um constructo multidimensional que compreendem pelo menos cinco dimensões, sem considerar a avaliação individual de cada um dos 34 itens. Pesquisas evidenciam que obtém-se melhor as correlações externas de sintomas psicóticos considerando multidimensionalidade (avaliação por subescalas ou por itens isolados) que o modelo de unidimensional (Escore total)^{19,21}. A não observância pelo investigador das propriedades dimensionais da SAPS, sugere susceptibilidade a tirar conclusões erradas a partir dos achados; Conclui-se assim, que tomar medidas globais dos sintomas positivos não é uma estratégia adequada^{21,22}. Por este motivo, neste estudo foram avaliados os 34 itens da escala individualmente e escores globais das 4 subescalas.

Entre as escalas de avaliação de sintomas positivos, a SAPS tornou-se popular entre os pesquisadores desde sua publicação, sendo única opção para mensuração deste fenômeno até a publicação da Escala de Síndrome Positiva e Negativa (PANSS) por Kay e colaboradores^{21,23}. A subescala de sintomas positivos da PANSS foi proposta por

Kay como alternativa à escala de Andreasen, possibilitando que ambas escalas fossem objeto de estudos sobre as dimensões mensuradas por estas, com objetivo de apresentar a melhor opção em avaliação de sintomas positivos^{18,21,23}. Ambos os sistemas de avaliação apresentam níveis semelhantes de confiabilidade interobservador, isto sugere um elevado grau de validade convergente entre estes dois índices de sintomatologia positiva¹⁹.

Embora evidências apontem que ambas escalas estejam altamente correlacionadas com a sintomatologia, a SAPS com seus itens de maior comprimento e mais específicos fornece uma avaliação mais detalhada dos sintomas específicos. Trata-se de uma vantagem quando há interesse em explorar a prevalência dos sintomas específicos, o efeito de intervenções em sintomas específicos, ou ter uma base de dados mais detalhada¹⁹.

Na análise dos dados, foi construído um banco utilizando o Excel 2010, trabalhado estatisticamente com a versão do Epi Info 3.5.4 CDC para Windows, com dupla entrada a partir das informações contidas nos questionários da pesquisa. Após as devidas correções e verificação da consistência do banco, foi realizada a análise dos dados.

RESULTADOS

Em razão da dinâmica peculiar da oferta-demanda de órgãos no Brasil, o número de participantes avaliados antes do transplante em consultas pré-cirúrgicas totalizou 45 indivíduos. Entre estes, apenas 4 foram avaliados nos dois momentos, antes e após o transplante de enxerto hepático, devido a escassez do procedimento e/ou complicações pós-cirúrgicas com evolução fatal (n=3) durante o período de estudo. Foi registrada a recusa de apenas dois pacientes na participação da pesquisa durante a coleta de dados.

Dados demográficos e da hepatopatia pré-transplante

Na análise dos pacientes apenas antes do transplante (n=45), a faixa de idade teve predominância em dois segmentos, De 51 a 60 anos e de 61 a 70 anos, correspondendo cada a 37,8% da amostra. A média de idade foi 56.1 anos, com moda e mediana de 58 anos. O sexo masculino correspondeu a 75,6% da população, autodeclarados pardos (53,3%), naturais (40%) e residentes (47,7%) do município de Recife, casados (53,3%), com dois filhos (28,9%), morando apenas com companheira (31,1%), ou companheira e filhos (31,1%), totalizando de 1-3 pessoas por casa em 68,9% dos casos, e católicos (66,7%).

Possuíam casa própria em sua grande maioria (95,6%), com 5 ou mais cômodos (57,8%), de alvenaria e com água encanada em todos os casos. Cerca de 38% possuíam ensino fundamental incompleto, com renda familiar mensal de 2-5 salários mínimos (35,6%), desempregado ou aposentado atualmente (51,1%), (Tabela 01).

Em relação a história médica, cerca de 53% dos entrevistados não possuíam nenhuma doença crônica, eram sedentários (86,7%), sem hábitos etilistas atuais em 100% dos casos, sem hábitos tabagistas atuais (88,9%), não usuários de drogas ilícitas em sua totalidade amostral.

Quanto à(s) doença(s) que levou o indivíduo à indicação ao transplante, a principal causa foi a associação entre duas ou mais hepatopatias concomitantes (42,2%). Isoladamente, a Cirrose viral correspondeu a 24,4% das indicações, enquanto Cirrose alcoólica e Complicações crônicas da esquistossomose compreenderam a 13,3% dos casos cada. O tempo médio de diagnóstico da insuficiência hepática ficou entre 1-2 anos em 28,9% dos indivíduos, e o tempo de fila de espera para o diagnóstico foi menos de 6 meses em 40% dos casos (Tabela 02).

Dados demográficos e da hepatopatia pós-transplante:

Na avaliação dos indivíduos cujas entrevistas além do pré-transplante, também foi possível realizar a entrevista pós-transplante (n=4). Não houve faixa etária predominante, cada indivíduo pertencia a uma faixa etária diferente dos demais. A média de idade foi de 51 anos, mediana de 53, sem moda. Essa parte da amostra foi composta por homens, autodeclarados negros (50%) ou pardos (50%), naturais do município de Recife ou de municípios do interior do estado de Pernambuco (50% cada), residindo atualmente na capital pernambucana (50%).

Casados ou divorciados (50% cada), com dois filhos (75%), morando com companheira e filhos (50%), totalizando entre 1-3 pessoas ou 4-7 pessoas na casa (50% cada), todas estas de alvenaria e com acesso a água potável encanada, com 5 ou mais cômodos (75%). Metade dos indivíduos deste segmento possuíam ensino superior incompleto e renda familiar mensal entre 2-5 salários mínimos. Desempregados/aposentados e trabalhadores com carteira assinada afastados de suas atividades devido à hepatopatia correspondiam a 50% cada e 75% se consideravam-se católicos.

Quanto a história médica pessoal dos indivíduos, metade dos pacientes possuía diabetes mellitus, eram sedentários (75%), nenhum possuía hábito etilista ou tabagista

atual, também não faziam uso atual de drogas ilícitas. A principal causa de indicação ao transplante hepático foi a presença de duas ou mais hepatopatia comórbidas (75%), sendo a cirrose alcoólica a doença que isoladamente correspondeu a 25% das indicações. Nos componentes da falha hepática combinada, faz-se menção a esquistossomose e cirrose viral além da própria cirrose alcoólica. Os pacientes foram diagnosticados com insuficiência hepática entre 6 meses e 1 ano (50%), e aguardavam na fila de espera por um período de 6 meses a 1 ano também (50%).

Dados Psiquiátricos e avaliação com a SAPS

Em relação à saúde mental dos pacientes avaliados no pré-transplante (n=45), 95,6% destes não apresentavam doença psiquiátrica diagnosticada no momento. Entre os que possuíam doença mental atual (4,4%), a depressão foi proeminente que as demais doenças, correspondendo a 2,2% dos entrevistados. Não possuíam transtorno relacionado a substância atual (97,8%), não faziam uso atual de psicofármacos (95,6%), nunca fizeram uso de psicofármacos (73,3%), sem história psiquiátrica prévia (91,1%). É relevante fazer menção que dos 8,9% indivíduos que possuíam história psiquiátrica prévia, 6,7% haviam sido diagnosticados com depressão em algum momento da vida. Na amostra houve predomínio dos indivíduos que nunca foram hospitalizados por transtornos mentais (97,8%), e sem história familiar de transtornos mentais (68,9%). Os participantes que possuíam familiares com transtornos mentais correspondiam a 31,1%, destes, os casos que estavam relacionados à depressão eram 11,1% e os casos de esquizofrenia e transtorno de ansiedade eram 2,2% cada; o parente mais afetado foi irmão/irmã em 17,8% dos casos.

Não houve referência a sintomas psicóticos antes da doença hepática. Após a doença, 2,2% apresentaram tais sintomas, estando presentes alucinações, delírio e transtorno do pensamento formal positivo (Tabela 03).

Os escores da SAPS não tiveram resultados significativos na população avaliada no pré transplante. Apenas subescala de transtorno do pensamento formal positivo não apresentou alterações, enquanto a subescala de Alucinação foi a mais pontuada em 8,9% da amostra. Nesses, os itens individuais que sobressaíram foram: Alucinação auditiva (4,4% apresentação leve), Vozes comentando (2,2% apresentação leve), Alucinações somáticas (2,2% com presença questionável e 2,2% com apresentação acentuada), Alucinações visuais (2,2% apresentação questionável e 2,2% apresentação leve); Delírio persecutório (2,2% apresentação leve), Delírio religioso (2,2% apresentação leve), Delírio de referência (2,2% apresentação leve); Comportamento agressivo e agitado (4,4% presença questionável, e 2,2% apresentação leve) e Comportamento repetitivo ou estereotipado (2,2% presença questionável e 4,4% leve).

Em relação aos pacientes avaliados nos momentos após o recebimento do enxerto hepático (n=4), quanto à saúde mental e histórico psiquiátrico, os resultados obtidos foram: nenhum possuía doença psiquiátrica atual nem história de doença psiquiátrica prévia, incluindo transtornos relacionados a substância. Nenhum dos indivíduos fazia uso atual de psicofármacos, não obstante, 25% da amostra já fez uso de psicofármaco no passado (ansiolíticos). Nenhum foi internado por transtornos psiquiátricos, e nenhum deles possuíam histórico familiar de doenças mentais. Não houve referência a sintomas psicóticos antes ou depois da instalação da doença hepática.

A pontuação da SAPS não obteve resultados significantes, os achados foram ainda menos expressivos que a avaliação apenas antes do procedimento cirúrgico. A aplicação da SAPS pós-transplante identificou alteração mínima de dois itens da escala: Delírio de perseguição (25%, n=1, possuía apresentação questionável) e Comportamento agressivo e agitado (25%, n=1, possuía apresentação questionável). Faz-se relevante a observação

que no contexto pós-transplante, ao contrário da avaliação pré-cirúrgica, a subescala de Alucinações não foi pontuada (Tabela 04).

DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico observado na população deste estudo, foi caracterizado pela predominância do sexo masculino (75,6%), casado (53,3%), autodeclarado pardo (53,3%), católico (66,7%), com média de idade situada 5ª década (56,1 anos), com menos de 6 anos de escolaridade concluídos (ensino fundamental incompleto em 38% dos casos), não profissionalmente ativos no momento (51,1%). Outro estudo com pacientes na lista de espera para o transplante hepático realizado na cidade de São Paulo em 2008 observou perfil sociodemográfico semelhante. Entretanto, em contraste com os dados de ausência de uso atual de álcool e de substâncias ilícitas na totalidade amostral deste estudo, os achados do estudo paulistano evidenciaram prevalência de 15,9% para hábitos etílicos atuais e, 1,6% no que diz respeito ao uso de drogas ilícitas drogas²⁴.

A realização do transplante de órgãos em si é um momento de grande esperança, marcado por uma mudança significativa na vida do receptor e de sua família. O esperar por um doador compatível pode ser um desafio para médico e paciente, além disso, o pós-operatório é comumente acompanhado por complicações. Neste cenário, a avaliação e assistência psiquiátrica é um grande apoio a reabilitação nos cuidados cirúrgicos em curso, redução do estresse, e abordagem médica^{24,25}.

Estudos apontam que os candidatos ao transplante possuem um elevado risco de apresentar sintomas psiquiátricos significativos, que podem se configurar em muitos destes, transtornos psiquiátricos específicos. Outro dado importante é que o desenvolvimento de sintomas psiquiátricos em pacientes submetidos ao transplante pode refletir a exacerbação de transtorno psiquiátrico pré-existente ou o início de um novo transtorno^{7,8,10,26}.

Nos antecedentes psiquiátricos dos pacientes candidatos ao transplante (n=45), observou-se que história familiar de doença mental (31,1%) e histórico pessoal de uso de psicofármacos (26,7%), foram achados proeminentes, quando comparados a outras variáveis analisadas no âmbito da saúde mental, como doença mental atualmente diagnosticada (4,4%), uso atual de psicofármaco (4,4%), e história de doença mental pregressa (8,9%).

Os transtornos do humor e de ansiedade, consideradas as apresentações psicopatológicas mais comuns observadas tanto no período pré, como pós transplante, em que delirium tem prevalência considerável^{5,6,7,8,9,13,14,26}, também foram observados neste estudo. Na avaliação apenas pré-transplante (n=45), dos participantes que apresentavam doença mental atual (4,4%), metade referiram quadros depressivos no momento da entrevista. Semelhantemente, dos indivíduos que possuíam histórico psiquiátrico positivo (8,9%), a maior parcela relatou história prévia de depressão (6,7%). Esses achados não foram observados em relação aos pacientes avaliados antes e depois do transplante (n=4).

Os distúrbios psicóticos (transtorno esquizofreniforme, esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo) constituem uma condição rara em candidatos a transplantes de órgãos, mas provável de ocorrer²⁶. Indivíduos com essas comorbidades psiquiátricas representam apenas uma pequena parcela dos pacientes que recebem transplantes. Uma possível explicação seria o fato de que as equipes de transplante, muitas vezes têm graves reservas sobre listá-los para a cirurgia. Algumas equipes acreditam que esses pacientes terão pobres resultados médicos, devido à desestabilização do seu transtorno psicótico pelo stress do transplante ou agravamento da psicose pelo uso de corticoesteróides, os quais poderia levar a não adesão ao tratamento pós-transplante²⁷. Entretanto, estudos já comprovaram que pacientes com história psiquiátrica previa não

são necessariamente mais suscetíveis à psicose esteroideal que paciente sem este histórico médico²⁸.

Pesquisadores já observaram que o receptor do transplante de órgãos com sintomas psicóticos apresentava aderência inferior aos tratamentos médicos no período pré e pós-transplante pela própria sintomatologia psicótica. Embasados no fato que a alteração do juízo da realidade na psicose, particularmente delírio de grandiosidade ou envolvendo ideia religiosa, em que Deus pode proteger o corpo da rejeição ao transplante, está relacionada com a descontinuação de imunossuppressores. Do mesmo modo, os pacientes paranóicos podem suspender as medicações, acreditando que as drogas são venenos²⁸. Neste estudo foi identificado através da pontuação da SAPS, achados relacionados a delírio religioso antes do transplante em 2,2% da amostra.

Em consonância com a literatura, não observamos em nenhum candidato deste estudo presença destas entidades nosológicas ativas no momento da coleta, entretanto, diversas pontuações da SAPS foram sutilmente proeminentes, especialmente quando avaliada no pré-transplante: Alucinação auditiva (4,4% apresentação leve), Vozes comentando (2,2% apresentação leve), Alucinações somáticas (2,2% com apresentação acentuada), Alucinações visuais (2,2% apresentação leve); Delírio persecutório (2,2% apresentação leve), Delírio religioso (2,2% apresentação leve), Delírio de referência (2,2% apresentação leve); Comportamento agressivo e agitado (2,2% apresentação leve) e Comportamento repetitivo ou estereotipado (4,4% leve).

Durante a entrevista foi imprescindível investigar e excluir a presença de encefalopatia hepática como explicação de alterações psíquicas. A encefalopatia é uma síndrome observada em alguns pacientes com cirrose, cujo desenvolvimento está relacionada a substâncias neurotóxicas presentes na doença hepática. Pode ser conceituada como um espectro de anormalidades neuropsiquiátricas em pacientes com disfunção hepática, em

um contexto cuja outra doença cerebral tenha sido excluída. Os sinais e sintomas podem ser debilitantes, podendo começar levemente e de forma gradual, ou ocorrer de repente e de forma severa. Podem incluir alterações da personalidade ou do humor, deficiência intelectual, movimentos anormais, depressão do nível de consciência e outros sintomas²⁹.

As condições psiquiátricas que ocorrem após transplante aparecem como maior prognóstico para os resultados de longo prazo; monitorização frequente dos sintomas psiquiátricos durante o primeiro ano após o transplante é, portanto, importante para o início da identificação e o tratamento durante este período crítico de ajustamento²⁷. Mesmo considerando a possibilidade de novo surto psicótico ocorrer, a maioria das psicoses pós-transplante resultam de exacerbação relacionada ao estresse de um distúrbio psiquiátrico primário ou de interrupção abrupta de estabilizadores do humor ou antipsicóticos²⁵, nenhum destes casos foi reportado neste estudo. Os achados da SAPS que mostraram-se alterados na população avaliada antes e após a implantação do enxerto hepático (n=4), embora seja sem significância estatística, foram a presença de delírio de perseguição (n=1) e comportamento agressivo e agitado (n=1) em caráter questionável apenas após o transplante.

Apesar da postura cautelosa das equipes relatada na literatura, os transtornos psicóticos não representam contra-indicação absoluta ao transplante hepático para um paciente cuja única alternativa para se continuar vivendo seja esta^{6,7,8,11,25}. É importante ressaltar que os indivíduos com transtornos psicóticos podem ser compatíveis com transplantes bem sucedidos. Um histórico de manejo estável de longo prazo e apoio dedicado da comunidade é desejável^{25,26}.

Programas de transplante rotineiramente avaliam a saúde mental dos candidatos ao transplante durante a fase de avaliação pré-transplante, e sua entrada na lista de espera

varia em resposta a estas considerações. Esta avaliação é imprescindível para identificar condições psiquiátricas que podem ser relevantes na preparação e cuidado do receptor em potencial do órgão. A abordagem rápida e precoce destas doenças podem claramente reduzir sintomas e sofrimento psíquicos, e portanto melhorar a qualidade de vida²⁷. Assim, a abordagem na avaliação psiquiátrica de um candidato ao transplante é um processo complexo, que deve considerar ações prévias do paciente, crenças atuais, e rede de apoio³⁰. Neste âmbito, é notório mencionar que os achados da SAPS pós transplante na população avaliada, esteve paralela a presença de história pregressa de uso de psicofármaco (n=1), embora esta não estivesse atribuída a um diagnóstico psiquiátrico que justificasse seu uso.

Não obstante, a candidatura ao transplante é sempre uma decisão da equipe. Uma abordagem crítica pode ser necessária quando a equipe conclui que o paciente não é um candidato apropriado ao transplante. A reunião da equipe com o paciente e outros membros importantes pode ajudar a dissipar equívocos e oferecer um plano alternativo de cuidados para este indivíduo²⁵. Considerando que o transplante não apenas traz um alívio das complicações médicas da insuficiência de órgãos-alvo, mas também uma significativa extensão da vidas, conclui-se que os transplantes de órgãos e tecidos, por sua grande complexidade, necessitam da participação de múltiplos profissionais (médicos e não médicos) em seu processo²⁶.

CONCLUSÃO

Os achados do estudo corroboram com a literatura nacional e internacional, de prevalência infrequente de sintomas psicóticos no cenário de pré-transplante hepático. Após o procedimento cirúrgico, devido ao de tamanho amostral reduzido no estudo, não foi possibilitado a observação de psicose pós-transplante como resultado do estresse cirúrgico. Não obstante, questionáveis manifestações de delírio de perseguição e comportamento estereotipado foram apresentadas nos escores da SAPS na evolução do paciente. O resgate da história psiquiátrica pessoal e familiar do indivíduo mostrou-se de grande valia na compreensão do seu estado de saúde atual debilitado pela doença hepática e a espera na fila do transplante. Compreender essa problemática auxiliará a equipe de saúde a promover atenção integral a essa população e promover a intervenção de modo precoce não de transtornos psicóticos e as demais afecções psiquiátricas.

REFERÊNCIAS

1. Jibson MD. An overview of psychosis. Uptodate; 2012. (Acesso em 24 Fev 2013).
Disponível em: http://www.uptodate.com/contents/overview-of-psychosis?source=search_result&search=psychosis&selectedTitle=1%7E150.
2. Del-Ben CM, Rufino ACT, Azevedo-Marques JM, Menezes PR. Diagnóstico diferencial de primeiro episódio psicótico: importância da abordagem otimizada nas emergências psiquiátricas. Rev. Bras. Psiquiatr. 2010; 32 (2): 78-86.
3. Pitta JCN. Psicopatologia do primeiro episódio psicótico. In: Fases iniciais da psicose: a experiência do programa de pesquisa e atendimento ao primeiro episódio psicótico. 1ªed. São Paulo: Roca; 2009. 33 – 8.
4. Chaves AC. Intervenção precoce nas psicoses: conceitos e evidências. In: Chaves AC, Leite ALSS. Fases iniciais da psicose: a experiência do programa de pesquisa e atendimento ao primeiro episódio psicótico. 1ªed. São Paulo: Roca; 2009.1-16.
5. Lopes-Navas A, Rios A, Riquelme A, Martinez-Alarcón L, Pons JA, Miras M, Sanmartin A, Ramirez P, Parilla P. Importance of introduction of a psychological care unit in a liver transplantation unit. Transplantation proceedings. 2010; 42:303-5.
6. Grover S, Sarkar S. Liver transplant - psychiatric and psychosocial aspects. J Clin Exp Hepatol. 2012; 2 (4):282-292.
7. Telles-Correia D, Barbosa A, Barroso E, Monteiro E. Abordagem psiquiátrica do transplante hepático. Acta Med Port. 2006;19: 165-180.
8. Krahn LE, DiMartini A. Psychiatric and psychosocial aspects of liver transplantation. Liver Transplantation. 2005; 11 (10):1157-1168.

9. Lopes-Navas A, Rios A, Riquelme A, Martinez-Alarcón L, Pons JA, Miras M, Sanmartin A, Febrero B, Ramis G, Ramirez P, Parilla P. Psychological characteristics of patients on the liver transplantation waiting list with depressive symptoms. *Transplantation proceedings*. 2011; 43:158-160.
10. Fukunishi I, Sugawara Y, Takayama T, Makuuchi M, Kawarasaki H, Surman OS. Psychiatric disorders before and after living-related transplantation. *Psychosomatics*. 2001; 42: 337-343.
11. United Network Organ Sharing (UNOS): OPTN/UNOS ethics committee report summary, 2009. Disponível em: www.unos.org, acessado em 11 Mai 2013.
12. Kalra G, Desousa A. Psychiatric aspects of organ transplantation. *Int J Org Transplant Med*. 2011; 2 (1): 9-18.
13. Kizilisik AT, Shokouh-Amiri MH, Tombazzi CR, Desmukh S, Grewal HP, Vera SR, Gaber AO. Psychiatric complications after liver transplantation. *Transplantation proceedings*. 2001; 33: 3697.
14. Perez-San-Gregorio MA, Martín-Rodríguez A, Asián-Chaves E, Gallego-Corpa A, Correa-Chamorro E, Perez Bernal J. Psychopathological features in transplant patients. *Transplantation proceedings*. 2003; 35: 744-5.
15. Strouse TB, El-Saden SM, Glaser NEM, et cols. Immunosuppressant neurotoxicity in liver transplant recipients. *Psychosomatics*. 1998; 39:124-133.
16. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos – ABTO. Registro brasileiro de transplante: dados numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição. Ano XX, nº01. Jan-Mar 2014.

17. Andreasen NC. The Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS). Iowa City, IA: The University of Iowa,1984.
18. Steel C, Garety PA, Freeman D, Craig E, Kuipers E, Bebbington P, Fowler D, Dunn G. The multidimensional measurement of the positive symptoms of psychosis. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2007; 16 (2): 88-96.
19. Norman RMG, Malla AK, Cortese L, Diaz F. A study of the interrelationship between and comparative interrater reliability of the SAPS, SANS and PANSS. *Schizophrenia Research.*1996; 19: 73-85.
20. Dantas CR. Psicopatologia dos sintomas negativos da esquizofrenia: síndromes deficitária e não-deficitária [Tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP; 2011.
21. Goetzmann L, Klaghofer R, Regula WH, et cols. Psychosocial vulnerability predicts psychosocial outcome after an organ transplant: Results of a prospective study with lung, liver, and bone-marrow patients. *Journal of Psychosomatic Research.* 2007; 62: 93–100.
22. Minas H, Klimidis S, Stuart GW, et cols. Positive and Negative Symptoms in the Psychoses: Principal Components Analysis of Items From the Scale for the Assessment of Positive Symptoms and the Scale for the Assessment of Negative Symptoms. *Comprehensive Psychiatry.* 1994; 35 (2): 135 -144.
23. Chaves AC, Shirakawa I. Escala das síndromes negativa e positiva - PANSS e seu uso no Brasil. *Rev. psiquiatr. clín.* 1998; 25 (6): 337- 43.
24. Guimaro MS, Lacerda SS, Karam CH, et cols. Psychosocial Profile of Patients on the Liver Transplant List. *Transplantation Proceedings.*2008; 40: 782–784.

25. Surman OS, Cosimi AB, DiMartini A. Psychiatric Care of Patients Undergoing Organ Transplantation. *Transplantation*. 2009; 87:1753-1761.
26. Restrepo D, Duque M, Cardeño C. Esquizofrenia y trasplante hepático: reporte de un caso. *Rev. Colomb. Psiquiat*. 2012; 41 (3): 690-701.
27. Rosenberger EM, Dew MA, Crone C, et col. Psychiatric disorders as risk factors for adverse medical outcomes after solid organ transplantation. *Cur Opin Organ Transplant*. 2012; 17: 188 -192.
28. Coffman K, Crone C. Rational guidelines for transplantation in patients with psychotic disorders. *Cur Opin Organ Transplant*. 2002; 7: 385-8.
29. Muller KD, Prakash RK. New perspectives in hepatic encephalopathy. *Clin Liver Dis*. 2012;16 (1): 1-5.
30. Huffman JC, Popkin MK, Stern TA. Psychiatric considerations in the patient receiving organ transplantation: a clinical case conference. *General Hospital Psychiatry*. 2003; 25: 484-491.

TABELAS

Tabela 01 – Perfil sociodemográfico dos candidatos ao transplante hepático no IMIP Out/2013 a Abr/2014.

Características	N=45	%
Sexo		
Masculino	34	75,6
Feminino	11	24,4
Faixa de Idade		
De 31 à 40 anos	5	11,1
De 41 à 50 anos	5	11,1
De 51 à 60 anos	17	37,8
De 61 à 70 anos	17	37,8
De 71 à 80 anos	1	2,2
Cor		
Branco	17	37,8
Pardo	24	53,3
Preto	4	8,9
Procedência		
Município do Recife	21	47,7
Municípios da região metropolitana do Recife	9	20,7
Interior do estado de Pernambuco	13	29,5
Outros estados	1	2,3
Estado civil		
Solteiro	10	22,2
Casado	24	53,3
Divorciado/separado	5	11,1
Viúvo	3	6,7
União estável	3	6,7
Quantidade de filhos		
Sem filhos	3	6,7
Um filho	9	20,0
Dois filhos	13	28,9
Três filhos	9	20,0
Quatro ou mais filhos	11	24,4
Escolaridade		
Não alfabetizado	1	2,2
Ensino fundamental incompleto	17	37,8
Ensino fundamental completo	3	6,7
Ensino médio incompleto	3	6,7
Ensino médio completo	12	26,7
Ensino superior incompleto	3	6,7
Ensino superior completo	6	13,3

Renda Familiar

Inferior à um salário mínimo	5	11,1
Um à dois salários mínimos	12	26,7
Dois à cinco salários mínimos	16	35,6
Cinco à dez salários mínimos	9	20,0
Dez à 30 salários mínimos	1	2,2
Sem renda	2	4,4

Situação ocupacional

Nunca trabalhei	3	6,7
Trabalha atualmente, com carteira de trabalho assinada;	1	2,2
Afastado das atividades por causa da doença (tem carteira de trabalho assinada);	10	22,2
Trabalha atualmente, mas não tenho carteira de trabalho assinada;	2	4,4
Afastado das atividades por causa da doença (sem carteira de trabalho assinada);	6	13,3
Desempregado ou Aposentado.	23	51,1

Religião

Católica	30	66,7
Evangélica	12	26,7
Espírita	2	4,4
Sem religião	1	2,2

Tabela 02 – Hábitos pessoais e histórico médico de candidatos ao transplante hepático no IMIP Out/2013 a Abr/2014.

Características	N=45	%
Presença de doença(s) crônica(s)		
Nenhuma	24	53,3
Hipertensão arterial	7	15,6
Diabetes	5	11,1
Outra(s)	2	4,4
Múltiplas doenças crônicas	7	15,6
Atividade física regular		
Sim	6	13,3
Não	39	86,7
Tabagismo atual		
Sim	5	11,1
Não	40	88,9
Doença hepática de indicação ao transplante		
Cirrose Biliar Primária	1	2,2
Cirrose de etiologia alcoólica	6	13,3
Cirrose de etiologia viral	11	24,4
Esquistossomose	6	13,3
Combinação de duas ou mais hepatopatias	19	42,2
Outra	2	4,4
Tempo de diagnóstico da insuficiência hepática		
Há menos de 6 meses	5	11,1
Entre 6 e 12 meses	8	17,8
Entre 1 e 2 anos	13	28,9
Entre 3 e 5 anos	7	15,6
Entre 6 e 10 anos	5	11,1
Mais de 10 anos	7	15,6
Tempo na fila de espera		
Há menos de 6 meses	18	40,0
Entre 6 e 12 meses	13	28,9
Entre 1 e 2 anos	6	13,3
Entre 3 e 5 anos	5	11,1
Entre 6 e 10 anos	2	4,4
Mais de 10 anos	1	2,2

Tabela 03 – Saúde mental atual e histórico psiquiátrico de candidatos ao transplante hepático no IMIP Out/2013 a Abr/2014.

Características	N=45	%
Presença de doença psiquiátrica atualmente diagnosticada		
Sim	2	4,4
Não	43	95,6
Qual doença psiquiátrica está atualmente diagnosticada		
Não se aplica	43	95,6
Depressão	1	2,2
Mais de um transtorno mental Associado	1	2,2
Tempo de diagnostico da doença mental atual		
Não se aplica	43	95,6
Entre um e dois anos	2	13,3
Presença atual de transtorno relacionado a abuso de substância		
Sim	1	2,2
Não	44	97,8
Uso atual de psicofármaco		
Sim	2	4,4
Não	43	95,6
Qual psicofármaco é atualmente utilizado		
Não se aplica	43	95,6
Ansiolíticos	1	2,2
Uso de varias classes de psicofármacos	1	2,2
Histórico progresso de doença psiquiátrica		
Sim	4	8,9
Não	41	91,1
Qual doença possui histórico psiquiatrico progresso		
Não se aplica	41	91,1
Depressão	3	6,7
Ansiedade	1	2,2
Quando foi o diagnóstico da doença psiquiátrica progressa		
Não se aplica	41	91,1
Entre 1 e 5 anos	2	4,4
Entre 10 e 20anos	2	4,4
Uso progresso de psicofármaco		
Sim	12	26,7
Não	33	73,3

Qual classe de psicofármaco foi usada pregressamente		
Não se aplica	33	73,3
Ansiolíticos	7	15,6
Antidepressivos	2	4,4
Uso de mais de uma classe de psicofármaco	2	4,4
Não soube informar	1	2,2
Histórico de hospitalização por doença psiquiátrica		
Sim	1	2,2
Não	44	97,8
Há quanto tempo ocorreu a última hospitalização por doença psiquiátrica		
Não se aplica	44	97,8
Entre 1 e 5 anos	1	2,2
Historico familiar de doenças psiquiátricas		
Sim	14	31,1
Não	31	68,9
Doença mental mais prevalente no histórico psiquiátrico familiar		
Não se aplica	31	68,9
Depressão	5	11,1
Mais de um transtorno com ampla distribuição familiar	2	4,4
Ansiedade	1	2,2
Transtorno relacionada a abuso de substancias	1	2,2
Outro	1	2,2
Não soube informar	4	8,9
Familiar mais comumente acometido no histórico psiquiátrico familiar		
Não se aplica	31	68,9
Irmãos	8	17,8
Familiares de diversos graus de parentesco acometidos	4	8,9
Pais	1	2,2
Primos	1	2,2
Presença de sintomas psicóticos após o desenvolvimento da doença hepática		
Sim	1	2,2
Não	44	97,8

Tabela 04 – Avaliação dos sintomas psicóticos em pacientes antes do transplante hepático (n=45) e após o procedimento cirúrgico (n=4) no IMIP Out/2013 a Abr/2014.

Itens da SAPS	Pré-transplante (N=45)	%	Pós-transplante (N=4)	%
Alucinações auditivas				
Ausente	43	95,6	---	---
Apresentação leve	2	4,4	---	---
Vozes comentando				
Ausente	44	97,8	---	---
Apresentação leve	1	2,2	---	---
Alucinações somáticas				
Ausente	43	95,6	---	---
Apresentação questionável	1	2,2	---	---
Apresentação acentuada	1	2,2	---	---
Alucinações visuais				
Ausente	43	95,6	---	---
Apresentação questionável	1	2,2	---	---
Apresentação leve	1	2,2	---	---
Avaliação global de gravidade de alucinações				
Ausente	44	97,8	---	---
Apresentação leve	1	2,2	---	---
Delírio de Perseguição				
Ausente	44	97,8	3	75
Apresentação questionável	0	0,0	1	25
Apresentação leve	1	2,2	0	0
Delírio Religioso				
Ausente	44	97,8	---	---
Apresentação questionável	1	2,2	---	---
Delírio de Referência				
Ausente	44	97,8	---	---
Apresentação leve	1	2,2	---	---
Avaliação global de gravidade de delírios				
Ausente	44	97,8	---	---
Apresentação questionável	1	2,2	---	---
Comportamento agressivo e agitado				
Ausente	42	93,3	3	75
Apresentação questionável	2	4,4	1	25
Apresentação leve	1	2,2	0	0
Comportamento repetitivo e estereotipado				
Ausente	42	93,3	---	---
Apresentação questionável	1	2,2	---	---
Apresentação leve	2	4,4	---	---
Avaliação global gravidade comportamento bizarro				
Ausente	44	97,8	---	---
Apresentação questionável	1	2,2	---	---

ANEXO

Escala para Avaliação de Sintomas Positivos – SAPS

0 = Nenhum 1= Questionável 2= Leve 3= Moderado 4= Acentuado 5 = Grave

Alucinações

1. Alucinações auditivas 0 1 2 3 4 5
O paciente relata ouvir vozes, ruídos ou outros sons que ninguém mais ouve.
2. Vozes comentando 0 1 2 3 4 5
O paciente relata ouvir uma voz que faz comentários constantes sobre o seu comportamento ou pensamentos.
3. Vozes conversando 0 1 2 3 4 5
O paciente relata ouvir duas ou mais vozes conversando.
4. Alucinações somáticas ou táteis 0 1 2 3 4 5
O paciente relata experimentar sensações físicas peculiares no corpo.
5. Alucinações olfativas 0 1 2 3 4 5
O paciente relata sentir cheiros incomuns que ninguém mais sente.
6. Alucinações visuais 0 1 2 3 4 5
O paciente enxerga formas ou pessoas que não estão presentes.
7. Avaliação global de alucinações 0 1 2 3 4 5
Essa avaliação deve se basear na duração e na gravidade das alucinações e em seus efeitos sobre a vida do paciente.

Delírios

8. Delírios de perseguição 0 1 2 3 4 5
O paciente acredita que há alguma forma de conspiração ou perseguição contra si.
9. Delírios de ciúme 0 1 2 3 4 5
O paciente acredita que seu cônjuge esta tendo um caso com outra pessoa.
10. Delírios de culpa ou pecado 0 1 2 3 4 5
O paciente acredita que cometeu algum pecado terrível ou fez algo imperdoável.
11. Delírios de grandiosidade 0 1 2 3 4 5
O paciente acredita que tem poderes ou habilidades especiais.
12. Delírios religiosos 0 1 2 3 4 5
O paciente se preocupa com crenças falsas de natureza religiosa.

13. Delírios somáticos 0 1 2 3 4 5
O paciente acredita que, de alguma forma, seu corpo esta doente, anormal ou mudado.
14. Delírios de referência 0 1 2 3 4 5
O paciente acredita que comentários ou eventos insignificantes se referem a ele ou tem algum significado especial.
15. Delírios de ser controlado 0 1 2 3 4 5
O paciente sente que os seus sentimentos ou ações são controlados por forças externas.
16. Delírios de leitura da mente 0 1 2 3 4 5
O paciente sente que as pessoas podem ler sua mente ou conhecer seus pensamentos.
17. Irradiação do pensamento 0 1 2 3 4 5
O paciente acredita que seus pensamentos são irradiados, de modo que ele próprio e outras pessoas podem ouvi-los.
18. Inserção de pensamento 0 1 2 3 4 5
O paciente acredita que pensamentos que não são seus foram inseridos em sua mente.
19. Roubo do pensamento 0 1 2 3 4 5
O paciente acredita que pensamentos foram roubados de sua mente
20. Avaliação global de delírios 0 1 2 3 4 5
Essa avaliação deve se basear na duração e persistência dos delírios e em seu efeito sobre a vida do paciente.

Comportamento bizarro

21. Roupas e aparência 0 1 2 3 4 5
O paciente se veste de maneira incomum ou faz outras coisas estranhas para alterar sua aparência.
22. Comportamento social e sexual 0 1 2 3 4 5
O paciente pode fazer coisas consideradas inadequadas pelas normas sociais usuais.
23. Comportamento agressivo e agitado 0 1 2 3 4 5

- O paciente pode se comportar de maneira agressiva e agitada e, muitas vezes, imprevisível.
24. Comportamento repetitivo ou estereotipado 0 1 2 3 4 5
O paciente pode desenvolver um conjunto de ações ou rituais que deve repetir muitas vezes.
25. Avaliação global do comportamento bizarro 0 1 2 3 4 5
Essa avaliação deve refletir o tipo de comportamento e o nível em que ele se afasta das normas sociais.

Transtorno do pensamento formal positivo

26. Descarrilamento 0 1 2 3 4 5
Um padrão de discurso em que as idéias saem do rumo, mudando para ideias oblíquas, ou não relacionadas.
27. Tangencialidade 0 1 2 3 4 5
Responder uma questão de maneira oblíqua ou irrelevante
28. Incoerência 0 1 2 3 4 5
Padrão de discurso essencialmente incompreensível em certos momentos.
29. Ilogicidade 0 1 2 3 4 5
Padrão de discurso que chega a conclusões ilógicas.
30. Circunstancialidade 0 1 2 3 4 5
Padrão de discurso muito indireto e que demora a chegar a sua idéia-alvo.
31. Pressão de discurso 0 1 2 3 4 5
Fala rápida e difícil de interromper. A quantidade de discurso produzida é maior do que seria considerada normal.
32. Discurso distraído 0 1 2 3 4 5
O paciente é distraído por estímulos próximos que interrompem o fluxo de seu discurso.
33. Assonância 0 1 2 3 4 5
Padrão de discurso em que os sons, e não as relações significativas, governam a escolha das palavras.
34. Avaliação global do transtorno de pensamento formal positivo 0 1 2 3 4 5
Essa avaliação deve refletir a frequência da anormalidade e o grau que afeta a capacidade do paciente de se comunicar.

