

Estudo sobre depressão reativa e depressão secundária em pacientes após acidente vascular encefálico

Study on reactive and secondary depression in patients following a stroke

Priscila Aparecida Rodrigues¹, Sandra Regina Schewinsky², Vera Lúcia Rodrigues Alves³

RESUMO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é uma das patologias que mais acarreta comorbidades e alterações incapacitantes, tanto em relação a aspectos físicos, como em relação a aspectos cognitivos e afetivo emocionais. Após a ocorrência do AVE, freqüentemente o quadro de depressão encontra-se associado. Os tipos mais freqüentes que podem ocorrer são depressão reativa e depressão secundária a lesão encefálica. O manejo terapêutico do profissional de Psicologia é fundamental para o tratamento da depressão, sendo reativa ou secundária, interferindo diretamente no processo de reabilitação após o AVE. A presente pesquisa consiste em identificar, na literatura, os sintomas da depressão reativa e secundária em pacientes após AVE e qual a aplicabilidade da avaliação psicológica diferencial no contexto de reabilitação.

Palavras-chave: Acidente Cerebral Vascular, Depressão, Transtornos de Adaptação, Reabilitação

ABSTRACT

A stroke (EVA) is one of the pathologies that cause the most comorbidities and damage, not only in physical aspects, but also in cognitive and affective aspects. After a stroke an associated depressive disorder frequently sets in. The most frequent kinds are Reactive Depression and Depression secondary to the brain lesion. The psychologist's therapeutic management is essential for the treatment of depression, both Reactive and Secondary, intervening directly in the process of rehabilitation after the stroke. The purpose of this study was to identify, in the literature, the symptoms of Reactive Depression and Secondary Depression in post-stroke patients and also the applicability of psychological differential evaluation in this rehabilitation context.

Keywords: Stroke, Depression, Adjustment Disorders, Rehabilitation

¹ Psicóloga, Instituto de Medicina Física e Reabilitação do Hospital das Clínicas FMUSP.

² Doutora em Psicologia, Instituto de Medicina Física e Reabilitação do Hospital das Clínicas FMUSP.

³ Doutora em Psicologia Social, Instituto de Medicina Física e Reabilitação do Hospital das Clínicas FMUSP.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Instituto de Medicina Física e Reabilitação • Serviço de Psicologia • Rua Diderot, 43 - Vila Mariana • São Paulo / SP • Cep 04116-030
E-mail: prite_psico@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

De acordo com o Censo 2000, existem na população brasileira 14,5% de pessoas com algum tipo de deficiência. Estima-se pelas mesmas fontes que 3,91% correspondem a deficiência física que pode decorrer de causas externas e de doenças. Dentre as patologias que precedem na população, destacam-se as doenças do sistema cardiovascular. O Acidente Vascular Encefálico destaca-se como quadro com mais alta incidência nas patologias que resultam em incapacidade física.

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) pode ser descrito como uma síndrome clínica decorrente de um déficit neurológico súbito focal persistente.¹

O AVE tem patogênese vascular, e é resultado de uma oclusão ou ruptura de um vaso sanguíneo cerebral, bem como por trombose, sem ser de ordem traumática.²

Existem muitas formas e subtipos de AVE, entre eles estão o AVE Isquêmico, Hemorrágico, Trombótico, Embólico e Aneurisma. Entretanto, os tipos de AVEs mais frequentes de ocorrer são Isquêmico, chegando a cerca de até 80% dos casos, e Hemorrágico, chegando a cerca de até 20% dos casos.¹

As lesões focais encontradas em pacientes após o AVE ocasionam diversos déficits de ordem neurológica, assim como a hemiplegia e a afasia, dentre eles. Sendo que esses déficits, bem como as alterações decorrentes e gravidade de cada caso, dependem e variam de acordo com a localização, extensão e profundidade da lesão.¹

Dentre os fatores de risco para que uma pessoa sofra um AVE, estão a hipertensão, doenças cardíacas, *diabetes melitus*, dentre outras.

A depressão também é considerada como fator de risco desencadeante do AVE, pois deixa o indivíduo vulnerável a outros comportamentos de risco como hábitos alimentares irregulares e falta de atividade física e sedentarismo.³

O AVE está dentre as principais causas de problemas incapacitantes graves, principalmente associado a outras comorbidades.

A sintomatologia se manifesta de forma abrupta e as incapacidades decorrentes do AVE dependerão da localização e extensão da lesão encefálica adquirida.⁴

Em relação a essa questão de localização e extensão da lesão encefálica, é possível dizer que existem certas regiões do encéfalo que são responsáveis por determinadas funções cognitivas.

Por volta de ano de 1861, Paul Broca iniciou a idéia de que descobrira a “localização” no córtex do “centro da imagem motora das palavras.” A partir do século XX, os estudos

das funções e as práticas clínicas passaram a ser mais elaboradas e a interrelação entre cérebro e comportamento foi amplamente mais pesquisada. O que foi a base da Neuropsicologia.⁵

O neurologista Lúria mudou o paradigma sobre a “Neuropsicologia”, com suas teorias relacionadas ao sistema funcional do cérebro, na qual diz que existem diferentes partes do cérebro, cada uma trabalhando de acordo com uma determinada função, interrelacionando-se umas com as outras. Sabe-se que o encéfalo trabalha de forma integrada, importante lembrar que o mesmo possui uma organização hierárquica e há especificidades de determinadas regiões encefálicas.⁵

Estima-se que dentre aqueles pacientes que sofreram AVE, cerca de até 50% apresentam quadro de depressão, associado na fase posterior.

A depressão envolve aspectos relacionados a estabilidade do humor, dinâmica afetivo emocional e estados cognitivos.¹

O paciente após o AVE tende a passar por um processo de enlutamento e enfrentamento diante de perdas físicas, psicológicas e sociais, sendo que, muitas vezes, está com sua dinâmica afetivo emocional mais fragilizada, sente-se impotente diante das perdas, isso pode desencadear a chamada depressão reativa.⁶

Por outro lado, lesões cerebrais decorrentes do AVE podem desencadear uma depressão secundária, que se trata de uma diminuição no tônus cortical, podem envolver alterações afetivas como a labilidade de humor, apatia, e alterações cognitivas como alentecimento das funções mentais, existem casos em que a depressão é confundida com demência em pacientes idosos, após o AVE.⁴

Frente a uma lesão encefálica, o Psicólogo deve, primeiramente, verificar quais funções cognitivas estão prejudicadas e as integras, e no caso de haver o diagnóstico de depressão, se esta relaciona-se aos possíveis déficits cognitivos decorrentes.⁷

Um paciente diante de uma depressão secundária pode apresentar alterações na memória, pois há um prejuízo nesta função na captação e retenção de informação, ou seja, há uma dificuldade do sujeito em perceber os estímulos externos, selecioná-los e gravá-los em sua memória.

O psicoterapeuta pode criar estratégias compensatórias para desenvolver as funções cognitivas prejudicadas pela depressão por meio de treinos e tarefas de estimulação. Assim como as questões relacionadas ao humor, se há uma labilidade de humor ou uma tristeza patológica, devem ser trabalhadas em psicoterapia, se for o caso, haver encaminhamento ao psiquiatra, e até mesmo a combinação dos dois

tipos de tratamento. Desta forma acompanhamento médico, com possível intervenção medicamentosa, e psicoterapia serão de grande valia na reabilitação do paciente.⁶

Na depressão após o AVE, o Psicólogo poderá trabalhar questões afetivo-emocionais, a partir do processo de elaboração do luto frente às perdas ocorridas, o que proporciona continência diante das dificuldades, possibilita um espaço terapêutico para que o paciente possa liberar seus sentimentos de impotência, fraqueza e menos valia, e favorece, assim, um desenvolvimento de suas potencialidades e até mesmo sua adaptação a nova condição física.⁸

Tanto a família quanto as demais pessoas que convivem com os pacientes, reagem diferentemente diante de todas as mudanças ocorridas conforme o humor predominante e momento de suas vidas em que se encontram, papéis que desempenham na família, capacidade de enfrentamento e elaboração, dentre outros recursos adaptativos que possuem.

Tendo em vista a importância da abordagem psicológica na reabilitação do paciente após AVE e a necessidade de distinguir claramente o quadro depressivo, justifica-se a análise da informação das pesquisas realizadas, nos últimos cinco anos, entre depressão reativa e depressão secundária em pacientes após AVE.

OBJETIVO

Esta pesquisa teve o objetivo de identificar na literatura os sintomas da depressão reativa e depressão secundária em pacientes após AVE, bem como verificar a atuação dos psicólogos no que se refere ao diagnóstico diferencial dos dois tipos de depressão e também em relação à aplicabilidade da avaliação psicológica diferencial no contexto de reabilitação.

MÉTODO

Esta pesquisa foi embasada por levantamento de literatura especializada sendo realizada análise qualitativa de artigos científicos indexados e capítulos de livros nacionais, sendo estas publicações realizadas nos últimos cinco anos (2005 a 2010), dentro das Neurociências, Neuropsicologia, Psiquiatria, Psicologia da Reabilitação, Psicanálise, AVE e Depressão.

A afetividade é uma atividade do psiquismo que constitui a vida emocional do ser humano. Os afetos são uma dimensão psíquica que dá cor, brilho e calor às vivências, enquanto que a emoção é visceral, momentânea, instantânea, já o sentimento confere o reco-

nhcimento permeado pelo processo de pensamento a conteúdos subjetivos.⁹

Em caso de alterações das emoções do paciente, é importante que seja verificado se há labilidade de humor, bem como a presença da depressão. Se houver, também é necessário observar trata-se de uma depressão reativa a deficiência ou se é uma depressão de ordem neurológica.

A parte do cérebro responsável pela regulação dos aspectos mais primitivos das emoções localiza-se no sistema límbico, na região hipocampal-amigdaliano, em ligação com o hipotálamo. A região da amígdala dá o significado e atribui sentido emocional para as vivências do sujeito. Em caso de lesões frontais, o sujeito pode deprimir, sem expressar qualquer de suas emoções ou desinibir, expressando de forma impulsiva e impensada todas suas emoções. Ocasionalmente os quadros de depressão ou de mania.¹⁰

O sistema límbico é responsável pelo colorido das emoções e experiências do sujeito, bem como pela memória no processo de aprendizagem.¹¹

Existem diversos tipos de teorias relacionadas à origem e causa da depressão. Em 1926, Freud realizou publicações sobre o tema Luto e a Melancolia. Freud estudou sobre a melancolia, que precede a depressão, fazendo relação às perdas reais e/ou simbólicas de objetos significativos experienciadas pelo indivíduo, na qual deveria ocorrer uma elaboração inconsciente da perda.¹²

Essa idéia de luto e melancolia foi posteriormente estudado, em 1958, por Melanie Klein, que utilizava o termo posição maníaco depressiva. Explicava que uma pessoa poderia transitar pela posição maníaca, em situações de euforia e na busca de construir e manter as relações objetivas, com o objeto bom, enquanto que na posição depressiva, haveria, então, a perda do objeto bom e amado, na qual através da introjeção desse objeto, objeto mau, isso pudesse punir a si próprio, anulando a perda significativa.¹³

Winnicott¹⁴ define a depressão como uma estrutura do ego ligada a formação de uma identidade pessoal. A depressão se daria pelos sentimentos de ódio, de culpa e lutos advindas durante a formação e estruturação do ego.¹⁴

Robert Burton foi citado por alguns autores como precursor do tema melancolia, em relação as suas pesquisas e publicações realizadas por volta do ano de 1828, na qual outros autores, como Kraepelin, designaram como depressão, futuramente.¹⁵⁻¹⁷

Por volta do ano de 1899, Kraepelin descreveu a depressão de várias formas, como a depressão endógena estando relacionada a sin-

tomias de tristeza, bem como inibição motora e do pensamento. Ele relatava que devido à tristeza persistente de natureza endógena, ou seja, o sujeito em depressão teria uma lentificação de suas funções cognitivas, isso seria decorrente de uma tristeza vital, da estrutura de personalidade do indivíduo.

O termo depressão endógena foi também utilizado, posterior a esse período que Kraepelin realizou estudos sobre depressão, como se tratando de uma depressão decorrente de lesões encefálicas. Para esse tipo de depressão, Kraepelin utilizava o termo depressão orgânica. Porém vale ressaltar que ambos os termos depressão endógena e depressão orgânica, no sentido de ser em decorrência de lesões encefálicas, foram substituídos pelo termo depressão secundária.¹¹

A depressão decorrente do AVE, seja ela reativa ou secundária, pode prejudicar o processo de reabilitação do sujeito, pois com a redução do tônus e motivação, bem como a alteração do humor, perseverante no humor deprimido, o sujeito não adere aos tratamentos e terapias perde a vontade de enfrentar suas limitações e não consegue lidar com sua nova condição diante da deficiência.

Para tanto é necessário que toda a equipe interdisciplinar atuante no processo de reabilitação do sujeito tome consciência do quadro de depressão associado e o psicólogo atue diretamente para o tratamento da depressão juntamente com a reabilitação deste a sua nova condição, favorecendo sua adesão as terapias e ampliando sua gama de possibilidades de continuar sua vida de forma adaptada.

Inter-relação entre depressão e AVE

Estima-se que dentre aqueles pacientes que sofreram AVE, cerca de até 50% apresentam quadro de depressão, associado na fase posterior a injúria.¹

O grau e gravidade da depressão estão ligados a extensão e localização da lesão encefálica. O risco de depressão em pacientes após o AVE é maior quando o paciente se encontra internado devido ao grau de gravidade do quadro funcional ou cognitivo.¹⁸

O AVE é um evento que, em sua ocorrência, traz consigo uma grande carga estressora, favorecendo a ocorrência de um desequilíbrio na vida do sujeito, exigindo do mesmo um alto investimento e esforço de adaptação em um curto espaço de tempo.

Esse comprometimento na homeostase do sujeito faz com que este necessite lançar mão de recursos adaptativos, sendo que muitas vezes ele não possui tais recursos. Ocasionalmente um desgaste, diante das reais limitações

que não puderam ser superadas. As funções reguladoras dos aspectos afetivo-emocionais e cognitivas também entram em desequilíbrio, causando alterações cognitivas e de humor. A etiologia da depressão após o AVE é multifatorial, entretanto existem algumas associações a serem feitas para determinar possíveis causas, como idade, gênero, déficits neuropsicológicos, prejuízos psicológicos decorrentes das seqüelas neurológicas e localização do AVE.¹⁹

Depressão reativa

Logo após a ocorrência do AVE, o indivíduo sente-se desmotivado diante de suas limitações e isso pode prejudicar sua adesão a qualquer tipo de tratamento, ocorrendo, então uma diminuição em sua qualidade de vida. Os impactos do AVE sobre uma pessoa alteram sua qualidade de vida frente todas as mudanças que ocorrem. Essas alterações podem estar associadas com a depressão reativa, causada por fatores estressores e psicossociais vinculados a ocorrência do AVE, devido ao impacto nos mecanismos sociais, psicológicos e funcionais do indivíduo decorrentes da instalação da deficiência física.^{11, 18, 19}

A depressão reativa pode ser consequência de uma das incapacidades decorrentes do AVE, por exemplo a afasia, que seria uma alteração na comunicação e expressão da linguagem. O sujeito afásico tem dificuldades de interações sociais e laborativas, o que pode ocasionar sentimentos de menos valia e constrangimentos diante do mesmo. Esse estresse provocado por essa sensação de vergonha e incapacidade pode fazer com que o sujeito procure se isolar de seu meio, reprimindo seus sentimentos de tristeza. Essa tristeza e esse isolamento podem desencadear a depressão reativa.²⁰

Depressão secundária

O diagnóstico para identificar qual o tipo de depressão está associada a ocorrência do AVE é de difícil resolução, entretanto Carvalho refere que a depressão de ordem neurológica, ou seja secundária, se distingue da depressão reativa por dois aspectos, o indivíduo com depressão secundária tende a apresentar labilidade de humor e déficits cognitivos associados. A depressão secundária tem como sintomas a apatia, prejuízo cognitivo e lentificação psicomotora.¹⁷

Pacientes com depressão secundária tendem a infartar mais rápido, e dentre suas áreas mais afetadas se encontra o Hemisfério Esquerdo. Existem casos em que a depressão secundária a lesão encefálica se manifesta de forma tardia após cerca de três anos da ocorrência do AVE.¹⁸

Além das alterações referentes à qualidade

Depressão Reativa	Depressão Secundária
Diminuição da qualidade de vida frente todas as mudanças ocorridas, já que as incapacidades favorecem esse rebaixamento, ocorrendo a depressão reativa e esta também favorece a esse rebaixamento	O indivíduo com depressão secundária tende a apresentar labilidade de humor e déficits cognitivos associados, tendo como sintomas base a apatia, o prejuízo cognitivo a lentificação psicomotora e discurso perseverativo, com o mesmo conteúdo, sempre apresentado da mesma forma
Pode ser causada por fatores estressores e psicossociais vinculados a ocorrência do AVE, face a reorganização que o sujeito terá de realizar em sua vida	Pode ocorrer até depois de três anos do AVE, devido a uma falha ocorrida durante o processo de reorganização funcional dos sistemas de neurotransmissores reguladores do humor
Ocorre devido ao impacto das limitações decorrentes nos mecanismos sociais, psicológicos e funcionais do indivíduo, pois esse quadro favorece o isolamento social, ocorrem alterações no humor e seu quadro funcional também encontra-se prejudicado	Alterações cognitivas podem ocorrer ou se intensificar como a memória, a visuopercepção e a linguagem, apresentando maior alteração nas funções relacionadas a fluência verbal e nomeação, lentificação de pensamento e menor sentimentos de culpa
Diante das perdas decorrentes da lesão encefálica, principalmente, devido à instalação da deficiência, pois isso exige uma reorganização de papéis desempenhados anteriormente e a dependência do outro para a execução de atividades de vida diária	Tendem com maior frequência a apresentar demência vascular com maior probabilidade pois nesses casos há maiores fatores de risco de ocorrência de um declínio clínico cognitivo, demência vascular pode ser decorrência de um agravado de déficits cognitivos ocasionados pela depressão secundária
Pode ser consequência de uma das incapacidades decorrentes do AVE, como a hemiplegia ou a afasia, que aumenta o grau de dependência do sujeito e dificulta seu relacionamento social e sua autonomia, ocasionando sentimentos de menos valia, de culpa frente a nova condição física, discurso mais elaborado, discurso de inconformismo pelas perdas funcionais, pelas coisas que fazia antes	Lesões frontais em Hemisfério Esquerdo podem produzir comportamentos depressivos, alterando a forma como o indivíduo encara e sua motivação com sua vida, os sintomas mais comuns decorrentes da depressão são respostas emocionais exageradas e determinadas situações e estímulos como estresse episódico, crises de choro e irritabilidade
Pode ser desencadeada frente a outras alterações cognitivas incapacitantes decorrentes do AVE, como as seguintes incapacidades aprosodia, anosognosia, heminegligência, entre outros distúrbios e alterações funcionais	Lesões em Hemisfério Direito alteram a emocionalidade, ou seja, há uma alteração nos sentidos e significados que o sujeito atribui aos acontecimentos de sua vida, reações emocionais como apatia e indiferença afetiva emocional são sintomas mais comuns decorrentes da depressão
O sujeito tem uma capacidade de abstração maior nesses casos, sendo capaz de identificar melhor os sintomas e tendo consciência da depressão	Ocorre mais frequentemente em lesões em Hemisfério Esquerdo do que em Hemisfério Direito O paciente é mais concreto, ficando preso na concretude da deficiência, com maior dificuldade de elaboração, o que ocasiona a um prognóstico mais restrito
Prejudica o processo de reabilitação do paciente, e dificulta a adesão a qualquer tipo de terapia	A intensidade de sintomas decorrentes no quadro depressivo pode alterar a atividade frontal e até mesmo provocar um retardo psicomotor, principalmente se essas funções já tiverem prejuízos decorrentes ao AVE

Figura 1 – Quadro sintomatológico da depressão reativa e da depressão secundária

de vida, dependendo do grau e da gravidade da depressão e o impacto e prejuízo cognitivo no indivíduo após o AVE, outras alterações podem ocorrer ou se intensificar como a memória, a visuopercepção e a linguagem.¹⁸

A demência vascular pode ser decorrência de uma progressão dos déficits cognitivos ocasionados pela depressão secundária, podendo se agravar ao longo da idade do sujeito.²¹

As lesões frontais em Hemisfério Esquerdo podem produzir comportamentos depressivos, alterando a forma como o indivíduo encara e sua motivação com sua vida, entretanto lesões em Hemisfério Direito alteram a emocionalidade, ou seja, há uma alteração nos sentidos e significados que o sujeito atribui aos acontecimentos de sua vida.¹⁰

Existem diferenças nos comportamentos emocionais dos pacientes com o quadro associado de depressão secundária em lesão encefálica em hemisfério direito e hemisfério esquerdo.¹⁸

Lesões em hemisfério direito reações emocionais como apatia e indiferença afetiva emocional são sintomas mais comuns decorrentes da depressão. Enquanto que em lesões em hemisfério esquerdo os sintomas mais comuns decorrentes da depressão são respostas emocionais exageradas e determinadas situações e estímulos como estresse episódico, crises de choro e irritabilidade.¹⁸

A localização do AVE, bem como a associação deste com o quadro de depressão acometem algumas áreas do cérebro, como a região frontal esquerda e os gânglios da base.

Terroni et al, refere a importância de se realizar um diagnóstico completo, por se tratar de uma depressão reativa, fatores como histórico familiar, uso de medicamentos estabilizadores de humor, e estrutura de personalidade podem estar relacionados aos fatores desencadeantes da mesma.¹⁹

Assim, é importante verificar a depressão e buscar seu tratamento concomitante ao processo de reabilitação, para que esta não prejudique o desempenho e prognóstico do paciente em programa e possa aderir ao tratamento para reabilitar-se e adaptar-se a nova condição de vida.

Para melhor ilustrar as diferenças dos dois tipos de depressão, a Figura 1 traz um resumo do quadro sintomatológico da depressão reativa e da depressão secundária.

O processo de reabilitação do paciente após AVE

É importante que o paciente após o AVE passe por um processo de reabilitação a fim de desenvolver suas potencialidades, diminuir e/ou se adaptar as suas limitações físicas e cognitivas. Portanto, se faz necessário o acompanhamento com uma equipe interdisciplinar para que os tratamentos e terapias abranjam o indivíduo de uma forma global. A equipe é geralmente composta pelos seguintes profissionais: Médico Fisiatra, Enfermeiro, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Nutricionista, Fonoaudiólogo, Assistente Social, Técnico Desportivo e Psicólogo, especializados em tratamentos de pacientes após AVE. Ressalta-se que em alguns casos encaminhamentos para determinados especialistas se fazem necessários, como ao Neurologista, Odontologista, Psiquiatra, Oftalmologista, dentre outros.²²

A equipe interdisciplinar deve sempre orientar o paciente para suas intervenções terapêuticas e os riscos que o paciente corre com exageros ou negligências durante o tratamento.^{22,23}

Dentre dos objetivos da equipe interdisciplinar com o paciente estão: maximizar o potencial global do paciente; prevenir futuras deteriorações, evidentemente, dentro das limitações impostas pela doença e buscar meios para melhorar o dia-a-dia do paciente portador de incapacidade crônica, seja a partir da aceitação e compreensão de suas limitações, seja a partir do uso de instrumentos de apoio.²³

Esse modelo interventivo interdisciplinar promove o bem estar geral do paciente, a promoção de saúde e melhora da qualidade de vida, dentro de possibilidades realísticas.²³

A importância da família na reabilitação do paciente

O AVE causa um grande impacto na vida de

qualquer indivíduo o que provoca diversas modificações, físicas, psicológicas, laborativas, de papéis sociais e familiares.

A família, tanto quanto o próprio paciente, sofre diversas mudanças, pois, muitas vezes, deve se reestruturar e se reorganizar, nomear um cuidador (ou contratar algum), distribuir tarefas, enfim é um processo difícil tanto para o paciente quanto para a família.²⁴

A família pode reorganizar-se frente a doença crônica, ou como neste caso, após a ocorrência do AVE, é possível conciliar os cuidados com o paciente e a continuidade de seu desenvolvimento cada membro dentro de seu ciclo vital. Tudo depende da maneira como a família encara e se dispõe aos cuidados e manutenção da família como um todo e do paciente.⁶

É importante que a família estimule a independência e autonomia do paciente, valorizando todos os pequenos ganhos atingidos em processo de reabilitação. Isso colabora na manutenção da auto estima do sujeito e colabora com a própria família, pois facilita nos cuidados e favorece a retomada do paciente a sua vida.²²

O processo de reabilitação tem por objetivo favorecer para que o sujeito tenha uma vida da forma mais adaptada e próxima de como era antes, dentro de suas possibilidades. Entretanto, cabe a família abrir espaço para que isso ocorra, evitar a super proteção e a alta expectativa de que tudo voltará a ser como antes.²²

O papel do psicólogo no processo de reabilitação em pacientes após AVE

Existem muitas formas de abordagem que o psicólogo pode utilizar em processo psicoterapêutico. No caso de pacientes após o AVE com o quadro de depressão, seja reativa ou secundária associados, é importante que o terapeuta tenha conhecimento em Neuropsicologia e em diversos instrumentos psicológicos para efetivar a avaliação e acompanhamento psicoterapêutico.

O psicólogo que atua na abordagem da Neuropsicologia deve compreender de avaliação, acompanhamento, diagnóstico, tratamento e pesquisa das funções cognitivas e afetivo emocionais, bem como aspectos da personalidade e comportamento. A partir daí, é possível estabelecer relação de todo o funcionamento do sujeito com possíveis alterações causadas por um dano neurológico, ou no caso, após o AVE.²³

A depressão pode ser diagnosticada, durante o processo avaliativo, e o uso de testes específicos podem complementar a avaliação, para que seja feita uma análise quantitativa e qualitativa dos dados, resultando no diagnóstico diferencial, podendo, desta forma, ser elaborado um programa de intervenção mais

adequado durante o processo de reabilitação.

O psicólogo numa instituição de reabilitação física atua na modalidade de psicoterapia breve, individual ou em grupo, dependendo do caso, com o foco na deficiência e os impactos que o AVE trouxe para o paciente e sua família, colaborando e atuando diretamente com a equipe interdisciplinar, realizando interconsultas quando se fizer necessário. Essa modalidade psicoterapêutica está inserida e contextualizada na chamada Psicologia da Saúde, que tem por base o trabalho biopsicossocial, que integra o indivíduo como um todo.¹⁷

A forma de tratamento em psicoterapia deve trabalhar a redução da dependência e da sintomatologia do quadro depressivo. O terapeuta deve buscar a reintegração do paciente a sua vida, para retomada de suas atividades de vida diária, de auto cuidado, de sua rede social, bem como retomar sua capacidade e habilidade de realizar planejamento e tomadas de ações referentes à sua própria vida.¹⁹

Reabilitação neuropsicológica

Existem teorias e modelos de reabilitação, que facilitam na proposta de intervenções. Durante o processo de reabilitação neuropsicológica, se refaz o caminho do desenvolvimento humano, portanto se faz necessário que o psicoterapeuta conheça como se dá esse processo, para que, desta forma, utilize de estratégias compensatórias dessas fases, de forma adaptada, em suas intervenções psicoterapêuticas, sem infantilizar o paciente.²³ O modelo de neurodesenvolvimento, que visa:

- Utilizar o valor heurístico dos estágios clínicos-cognitivos;
- Expandir o modelo neuropsicológico para incluir questões pediátricas;
- Incorporar elementos psicoterapêuticos holísticos no paradigma de reabilitação;
- Sustentar uma equipe interdisciplinar como componente efetivo da reabilitação.²³

Esse modelo de neurodesenvolvimento acontece em diferentes estágios. Os dois primeiros são Engajamento e Consciência, que tem por objetivo orientar o paciente para dificuldade da tarefa, apresentando limites e expectativas, estabelecendo uma parceria entre paciente e equipe. Os estágios intermediários, Domínio e Controle, abrangem o aprendizado de estratégias compensatórias que são individualizadas para cada paciente. Os últimos estágios, Aceitação e Identidade, visam o paciente incorporar suas experiências (positivas e negativas) dentro de um autoconceito, o planejamento de ações futuras baseadas em estratégias aprendidas e deliberar ações e decisões, podendo orientar e auxiliar pares em situações similares.²³

O uso de uma bateria de instrumentos neuropsicológicos associados a uma boa anamnese com entrevistas realizadas com paciente e familiares, permitem que sejam melhores analisadas e verificadas se existem alterações nas funções cognitivas, bem como nos aspectos afetivo emocionais.¹⁹

Em relação aos instrumentos neuropsicológicos utilizados no processo de avaliação utilizado pelo psicólogo, existem muitos destes que permitem a avaliação de várias funções cognitivas, como abstração, linguagem, memória, atenção, dentre outros.²³

Esses testes possibilitam para uma ampla visão e para estabelecer relação entre o desempenho das funções cognitivas e se há alguma relação com a lesão encefálica decorrente do AVE e até mesmo a depressão.²⁵

A reabilitação neuropsicológica agiliza os processos simbólicos visando a retomada da autonomia do sujeito, de acordo com as necessidades lógicas e biológicas deste.²⁵

O objetivo da reabilitação neuropsicológica da antiga DMR (Divisão de Medicina Física em Reabilitação), atualmente IMREA (Instituto de Medicina Física em Reabilitação) do HC (Hospital das Clínicas) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, é favorecer a emergência de novas redes neuronais conforme o princípio da neuroplasticidade e desenvolver, de acordo com a singularidade de cada paciente, melhoras funcionais.⁷

Esse trabalho visa a melhoria do sujeito em seu contexto social, bem como ampliação de sua qualidade de vida de acordo com suas limitações e potencialidades.⁷

Os objetivos que devem compor o processo de reabilitação devem englobar a prevenção de prejuízos secundários físicos ou cognitivos, a recuperação máxima das funções que estão alteradas, busca de novos meios de reorganização e manutenção das funções neurais por meio da neuroplasticidade, por exemplo, adaptações as limitações e incapacidades e independência e reintegração do sujeito a seu meio.²⁵

A psicoterapia também é de grande importância na reabilitação neuropsicológica do paciente, pois esta possibilita ao paciente um espaço individual de reflexão sobre as mudanças ocorridas e seu impacto em suas vidas. Seu objetivo é expandir a percepção sobre as alterações cognitivas e comportamentais.⁷

É importante que o ambiente terapêutico seja bem estruturado, e seus objetivos estejam claros. As intervenções devem ser previamente programadas, com metas realistas.⁷

O psicólogo tem como função estimular a participação ativa do paciente em seu trata-

mento, assim como colaborar no processo de conscientização tanto de incapacidades como de potencialidades, aumentando e fortalecendo seu repertório de atividades que pode fazer de forma adaptada.¹⁷

Existem estratégias de intervenção psicoterapêutica compensatórias para o desenvolvimento das funções cognitivas alteradas decorrentes da depressão secundária a lesão encefálica. Existem diversas atividades que podem desenvolver a memória, através de práticas de retenção de leitura e escrita, individuais e/ou em dupla. Há também atividades de mímica para o desenvolvimento das funções mentais, através do jogo “imagem e ação”. A técnica de “tempestade de idéias” também pode ser utilizada para o estímulo da imaginação criativa dos pacientes com funções cognitivas alteradas, dentre outras.⁷

CONCLUSÃO

A presente pesquisa se objetivou a estudar sobre como ocorre e se manifesta a depressão reativa e depressão secundária a lesão encefálica em pacientes após o AVE, bem como formas de tratamento e intervenções terapêuticas utilizadas em ambos os casos, no contexto da reabilitação.

Como citado anteriormente, a depressão decorrente do AVE, seja ela reativa ou secundária, prejudica o processo de reabilitação, já que, em ambos os casos acarretam a redução do tônus e motivação, bem como a alteração do humor, que persevera no humor deprimido, o sujeito não adere aos tratamentos e terapias, perde a vontade de enfrentar suas limitações e não consegue lidar com sua nova condição diante da deficiência.

Reforçar os ganhos que o paciente tem durante o processo também serve de estímulo, mesmo que para ele ou família seja um ganho pequeno. O papel do terapeuta é mobilizar uma força dentro do paciente, promovê-lo para a ação própria e autônoma.

O diagnóstico diferencial entre os dois tipos de depressão é importante, pois devem ser tratadas de forma diferenciada na intervenção psicoterapêutica, pois ela será um determinante de como ocorrerá à adesão do sujeito as terapias durante o processo de reabilitação, bem como comorbidades e prognóstico.

Com o quadro sintomatológico da depressão compensado, o paciente tende a ter um prognóstico mais favorável e retomar de forma mais adequada à motivação para se adaptar a sua nova condição física e compensar seus prejuízos cognitivos.

REFERÊNCIAS

1. Brandstater ME. Reabilitação no derrame. In: Delisa JA. Tratado de reabilitação: princípios e prática. São Paulo: Manole; 2002. p. 1227-53.
2. Ferreira MS, Salles ICD, Branco DG, Gaspar AP. Reabilitação nas lesões encefálicas adquiridas (LEA). In: Fernandes AC, Ramos ACR, Casalis MEP, Hebert SK. Medicina e reabilitação: princípios e prática. São Paulo: Artes Médicas; 2007. p. 173-88.
3. Shafer PS, Menegotto LO, Tisser L. Acidente vascular cerebral: as repercussões psíquicas a partir de um relato de caso. Ciências & Cognição. 2010; 15(2): 202-15.
4. Carvalho RC. Acidente vascular cerebral: atualizações. In: Miotto EC, Lucia MCS, Scaff M. Neuropsicologia e as interfaces com as neurociências. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2007. p. 99-105.
5. Schewinsky SR. O processo de conscientização do déficit de memória na pessoa acometida de lesão cerebral [dissertação]. São Paulo: Universidade São Marcos; 2001.
6. Kaihama HN. A pessoa portadora de hemiplegia e sua família em processo de reabilitação: um estudo sistêmico [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina USP; 2001.
7. Schewinsky SR. Reabilitação neuropsicológica da memória no traumatismo crânio-encefálico. São Paulo: LMP; 2008.
8. Alves VLR, Beghini MP, Schewinsky SR, Zanuzzo MGS. A abordagem psicológica frente aos portadores de hemiplegia. In: Ribeiro Sobrinho JB, Battistella LR. Hemiplegia: reabilitação. São Paulo: Atheneu; 1992. p. 139-49.
9. Dalgalarrodo P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
10. Caixeta M. Neuropsicologia dos transtornos mentais. São Paulo: Artes Médicas; 2007.
11. Schewinsky SR, Kaihama HN. Avaliação das funções corticais superiores em pessoas acometidas por lesão cerebral. Acta Fisiatr. 2001; 8(1): 14-7.
12. Sigmund F. Luto e melancolia. In: Sigmund F. Edições brasileiras de obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 2006.
13. Klein M. Inveja e gratidão: e outros trabalhos. 2a ed. Rio de Janeiro: Imago; 1991.
14. Winnicott DW. Tudo começa em casa. 4a ed. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
15. Cordeiro JC. Manual de psiquiatria clínica. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1986.
16. Esteves FC, Galvan AL. Depressão numa contextualização contemporânea. Aletheia. 2006; (24): 127-35.
17. Carvalho J. Compreensão do funcionamento mental de pacientes com acidente cerebrovascular: uma contribuição da psicologia da saúde [dissertação]. São Paulo: UESP; 2009.
18. Silva CER, Brasil MAA, Andre C. Depressão pós-acidente vascular cerebral: prevalência, curso, diagnóstico e psicopatologia. J Bras Psiquiatr. 2005; 54(4): 318-326.
19. Terroni LMN, Mattos PF, Sobreiro MFM, Guajardo VD, Fráguas R. Depressão pós-AVC: aspectos psicológicos, neuropsicológicos, eixo HHA, correlato neuroanatômico e tratamento: revisão. Rev Psiquiatr Clín (São Paulo). 2009; 36 (Suppl 3):S100-8.
20. Ribeiro C. Avaliação da qualidade de vida em pacientes afásicos com protocolo específico SAQOL-39 [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina USP; 2009.
21. Barcelos R, Faria J, Grossi P, Aparício MAM, Bottino CMC. Depressão vascular no idoso: resposta ao tratamento antidepressivo associado a inibidor das colinesterases. Rev Psiquiatr Clín (São Paulo). 2007; 34(6):290-3.
22. Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SSH, Lourenço C, Battistella LR. Independência funcional em pessoas com lesões encefálicas adquiridas sob reabilitação ambulatorial. Acta Fisiatr. 14(2):87-94.
23. Andrade VM, Santos FH. Neuropsicologia hoje. São Paulo: Artes Médicas; 2004.
24. Ribeiro DS, Cerqueira Filho EA, Losapio MF, Sena EP. Terapia medicamentosa na depressão pós-acidente vascular encefálico. J Bras Psiquiatr. 2009; 58(2): 135-42.
25. Cecatto RB, Almeida CI. O planejamento da reabilitação na fase aguda após o acidente vascular encefálico. Acta Fisiatr. 2010; 17(1): 37-43.