

HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM

HECI

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM PSICOLOGIA INTENSIVISMO

MARCELLE MARIA MORENO LOBO

**QUALIDADE DE VIDA E FORMAS PREVENTIVAS DA
DEPRESSÃO EM PACIENTE PÓS-AVC**

CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM

2019

MARCELLE MARIA MORENO LOBO

**QUALIDADE DE VIDA E FORMAS PREVENTIVAS DA DEPRESSÃO
EM PACIENTE PÓS-AVC**

Trabalho de conclusão de curso vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multidisciplinar do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim, como requisito parcial para obtenção do título de Psicologia especialista em Intensivismo.

Orientador: Gustavo Z. O. Ribeiro

CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM

2019

MARCELLE MARIA MORENO LOBO

**QUALIDADE DE VIDA E FORMAS PREVENTIVAS DA DEPRESSÃO EM
PACIENTE PÓS-AVC**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim - HECI, como requisito para a obtenção do título de Especialista em Psicologia com ênfase em Intensivismo.

COMISSÃO EXAMINADORA:

Esp. Emanuelle França Ervatti Viana
Psicóloga Especialista em Psicossomática e Especialista em Docência.
Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim – HECI
Preceptora Convidada

Esp. Káthia Braga da Silva Teixeira
Psicóloga Especialista em Psicologia Clínica e Especialista em Docência.
Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim – HECI
Preceptora Co-orientadora

Enf. Ms. Gustavo Zigoni de Oliveira Ribeiro
Enfermeiro Mestre em Administração e Gestão Hospitalar.
Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim – HECI
Preceptor Orientador – Presidente da Banca Examinadora

Cachoeiro de Itapemirim-ES, dezoito de fevereiro de 2019

QUALIDADE DE VIDA E FORMAS PREVENTIVAS DA DEPRESSÃO EM PACIENTE PÓS-AVC

QUALITY OF LIFE AND PREVENTIVE FORMS OF DEPRESSION IN POST-STROKE PATIENT

LOBO, Marcelle Maria Moreno¹

RIBEIRO, Gustavo Zigoni de Oliveira²

RESUMO

Esse artigo buscou identificar formas preventivas da depressão no paciente pós-AVC (DPAVC) e sua reabilitação para maior qualidade de vida. Publicações de periódicos bibliográficos científicos brasileiros, nos últimos quinze anos, discursou-se na busca por bases de dados do Google Acadêmico (scholar google), Scielo, Lilacs, Pepsic e Psycinfo. Os resultados apontaram a relevância da interação social desse paciente com equipe multidisciplinar e seus familiares, cujo beneficiam os aspectos emocionais do paciente pós-AVC; apontando também a contribuição da Psicologia. Conclui-se através da bibliografia utilizada que o paciente pós-AVC enfrenta consequências emocionais e laborais, acarretando em sintomas depressivos. Desse modo, sugere-se mais estudos referentes a prevenção da depressão no pós-AVC.

Palavras-chave: Depressão; Acidente Vascular Cerebral (AVC); Depressão pós-AVC (DPAVC); Psicologia.

ABSTRACT

This article aimed to identify preventive forms of depression in the post-stroke patient and their rehabilitation for a better quality of life. Publications of Brazilian scientific bibliographical journals, in the last fifteen years, have been in search of databases of scholar google, Scielo, Lilacs, Pepsic and Psycinfo. The results pointed out the relevance of the social interaction of this patient with multidisciplinary team and their families, who benefit the emotional aspects of the post-stroke patient; also pointing out the contribution of Psychology. The analysis of the articles showed the importance of the emotional and labor consequences experienced by the post-stroke patient, leading to depressive symptoms.

Keywords: Depression; Cerebral Vascular Accident (CVA); Post-stroke depression (CAPDD); Psychology.

¹ Residente do Programa de Residência de Psicologia Intensivismo do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim – HECl, marcellelobo@gmail.com

² Orientador; Mestre em Administração de Empresas pela FUCAPE-ES, Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim – HECl, gustavo.ribeiro@heci.com.br
Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim – HECl, Espírito Santo
Cachoeiro de Itapemirim – ES, Fevereiro / 2019.

1. INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) também chamado de Acidente Vascular Encefálico (AVE) reflete no envolvimento focal do Sistema Nervoso Central, resultando em distúrbio na circulação sanguínea cerebral. Assim, essas lesões são provocadas por enfarte devido isquemia ou hemorragia, resultando no comprometimento da função cerebral (CANCELA, 2008).

Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (World Health Organization – WHO –, 1978), o AVC é uma disfunção neurológica aguda de origem vascular, seguida da ocorrência súbita ou rápida de sinais e sintomas relacionados com o comprometimento de áreas focais no cérebro. Isto sucede-se, sempre que um coágulo se forma num vaso sanguíneo cerebral ou é transportado para o cérebro depois de se ter formado noutra parte do corpo, interrompendo o fornecimento de sangue numa região do cérebro. O AVC pode resultar, também, na ruptura de uma artéria cerebral e, neste caso, o sangue, que dela extravasa, vai destruir o tecido cerebral circundante. Em qualquer um dos casos, o tecido cerebral é destruído e, portanto, o seu funcionamento é afetado (Direcção Geral da Saúde, 2000). (MARQUES, 2013)

De acordo com Scalzo *et al.*, (2010 *apud* MARQUES 2013), os tipos de AVC dependem do mecanismo que o originou, assim um AVC isquêmico dá-se quando há uma obstrução de uma artéria no encéfalo e um AVC hemorrágico ocorre quando temos a ruptura de uma artéria cerebral. Os sinais clínicos estão relacionados diretamente com a localização e a extensão da lesão, assim como, com a presença de irrigação colateral.

Os principais fatores de risco de AVC apontados por Cancela (2008) são, a arteriosclerose, a hipertensão arterial, o tabagismo, o colesterol elevado, o Diabetes Mellitus, a obesidade, doenças de válvulas e arritmias cardíacas, dilatações do coração, a hereditariedade, o sedentarismo, o uso de anticoncepcionais orais e a idade, cujo aumentam a probabilidade de ocorrer o AVC.

No que se refere aos aspectos psíquicos, Terroni *et al.* (2008) associa a depressão ao pós-AVC (DPAVC), sendo esta a complicação psiquiátrica mais frequente do AVC.

Afirma que a DPAVC, ou seja, aquela que ocorre posteriormente ao AVC, está associada com aumento da mortalidade, maior prejuízo no funcionamento físico e da linguagem, hospitalização mais prolongada e redução da qualidade de vida.

Ilut *et al.* (2017) identificam inúmeros fatores de risco para o desenvolvimento de depressão pós AVC, incluindo o sexo feminino, uma história pessoal de depressão ou doença mental, a presença de outras comorbidades importantes (por exemplo diabetes, baixa vitamina, certas localizações do AVC, baixo nível socioeconômico, a existência de um cônjuge, incapacidade de retornar ao trabalho, etnia latina, aumento da resposta ao estresse, tabagismo, deleção e a gravidade do comprometimento neurológico.

Fernandes (2009) confirma que o AVC é a primeira causa de morte, sendo considerada também a principal causa de incapacidade física e mental, elevando os números de aposentadoria por invalidez. Por essas razões, as pessoas que têm AVC podem ter prejuízos nas atividades da sua vida diária, no trabalho, no lazer e podem apresentar quadros de depressão e baixa qualidade de vida. Estes prejuízos citados fazem com que o paciente com AVC tenha dificuldades nas atividades diárias e nas relações sociais e familiares.

Dessa forma, Terroni *et al.* (2009) afirma que os aspectos psicológicos podem afetar significativamente a capacidade funcional, assim como a qualidade de vida. As diferentes condições de vida do paciente associadas às incapacidades, tendem a alterar o senso positivo de bem-estar subjetivo. A percepção subjetiva e a avaliação da situação pelo paciente são refletidas por meio dos aspectos psicológicos e são de suma importância na adaptação a incapacidade, pois funcionam como recursos de enfrentamento.

De acordo com Liorca, *et al.*, (2019) a DPAVC é o transtorno do humor mais comum após um acidente vascular cerebral, e também o principal fator que limita a

recuperação e a reabilitação em pacientes com AVC. Além disso, pode aumentar a mortalidade em até dez vezes.

Observa-se portanto na atualidade uma gama de pacientes acometidos por AVC, cujo exercem sentido laboral e significatividade ao seu papel na sociedade, como associação de competência. Assim, após o episódio de AVC e vindas suas sequelas associadas, esse paciente se associa disfuncional, acarretando sintomas emocionais de prostração podendo levar a depressão.

O infarto cerebral aumenta a incidência de depressão e déficits cognitivos, bem como a mortalidade, que se tornou uma doença comum e aguda (TU, et al., 2018).

Os sintomas geralmente ocorrem nos primeiros três meses após o AVC, e menos freqüentemente em um momento posterior (DPAVC de início tardio). Os pacientes experimentam distúrbios do sono, sintomas vegetativos e retraimento social (LIORCA, et al., 2019).

A qualidade de vida de acordo com Costa (2003) está diretamente associada a diversos aspectos do cotidiano das sociedades. Estes aspectos são de natureza diversa e tanto podem estar relacionados com domínios do bem-estar econômico-financeiro como com domínios do bem-estar psicológico, social e espiritual.

Com isso, objetiva-se pesquisar a importância do processo de reabilitação no pós-AVC para maior qualidade de vida desse paciente. Dispondo da contribuição das equipes multidisciplinares hospitalares e dos familiares, na busca por estratégias de enfrentamento a patologia e na tentativa de prevenção da doença secundária psicológica ocasionada pela enfermidade do AVC, como a depressão já citada.

2. MÉTODOS

A elaboração da pesquisa deu-se através de revisão bibliográfica, aplicando-se por método qualitativo de caráter descritivo. Utilizou-se para essa finalidade, artigos científicos das bases de dados do Google Acadêmico (scholar google), Scielo, Lilacs, Pepsic, Psycinfo E PubMed.

Incluiu-se nesse trabalho artigos científicos disponíveis online no idioma português, espanhol e inglês entre os anos de 2003 a 2019, que apresentasse as palavras-chave no resumo do texto, “Depressão”; “Acidente Vascular Cerebral (AVC)” ; “Depressão pós-AVC” e “Psicologia”; buscando focar em assuntos de qualidade de vida e prevenção da depressão pós-AVC.

Ao aplicar os critérios de inclusão foram encontrados 35 artigos científicos, porém usados 17 mais específicos para produção desse trabalho, já que entre os critérios de exclusão, encontraram-se as monografias, teses e dissertações, além de artigos que mesmo cumprindo os critérios de inclusão, não abarcam a temática estudada.

Os Resultados e Discussão foram subdivididos em três tópicos, a fim de responder ao objetivo desse artigo de forma coesa e didática para apresentação dos resultados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A internação hospitalar retira o paciente de sua rotina de trabalho, do convívio do seu lar, de sua liberdade de ir e vir, obrigando-os a uma rígida rotina hospitalar. Toda essa situação acarreta algumas reações psicológicas como alterações afetivas que podem desencadear depressão (GOIA-MARTINS, 2009).

Goia-Martins (2009) acrescenta ainda que a depressão é vista como resultante da interação entre fatores biopsicossociais, assim, observa-se que a depressão no hospital

deve ser avaliada em um contexto amplo, levando em consideração as relações pessoais, a dinâmica, a forma como se apresenta e a própria patologia, para realizarmos uma intervenção que contemple o universo biopsicossocial, no qual o indivíduo está inserido. Saber diferenciar os sintomas depressivos dos sintomas das patologias que ocasionaram a internação do paciente é de grande valor para contribuir com a equipe de saúde, discriminando bem a sintomatologia depressiva e medindo aspectos específicos de depressão.

Após um AVC, o início da depressão parece ser muito agudo, ocorrendo no espaço entre um e poucos dias após o AVC, nas maiores séries de casos. Entretanto, em algumas situações, o início da depressão ocorre semanas a meses depois do AVC (MELO, 2015).

Um terço dos doentes que sobrevivem ao AVE agudo permanece com incapacidade importante e 10% necessitam dos cuidados constantes de terceiros devido à incapacidade grave com déficits motores, disfunções sensoriais, do equilíbrio, da coordenação, distúrbios da comunicação, além de comprometimentos cognitivos e intelectuais que incluem muitas vezes a demência. Isto provoca a diminuição da capacidade do indivíduo participar e intervir na sociedade, ocasionando perdas na comunicação com os outros e nas relações sociais, gerando isolamento e solidão (LIMA, 2016).

De acordo com Fortes & Neri (2004 *apud* RABELO, 2006) sofrer AVC é um episódio inesperado, com alto potencial para ser vivenciado de forma estressante e representa ameaça ao senso de controle pessoal. Exige um grande esforço adaptativo, refletido no enfrentamento dos desafios provenientes de um evento não-desejado que causa desequilíbrio no funcionamento físico, social e psicológico. Rabelo (2006) conclui que o sucesso na adaptação às demandas impostas pelo AVC é um importante indicador do estado de bem-estar subjetivo e do senso de ajustamento pessoal.

Liorca, *et al.*, (2019) afirmam que a DPAVC, ocorre 1 em cada 3 pacientes com AVC e mais da metade de todos os casos não são diagnosticados nem tratados. Vários

mecanismos, incluindo fatores biológicos, comportamentais e sociais, estão envolvidos em sua patogênese.

Segundo Rabelo (2016) as principais variáveis associadas à qualidade de vida global e à qualidade de vida referenciada aos domínios psicossocial e físico estão intimamente relacionadas a depressão e ao sentimento de incapacidade. Desse modo, afirma que são as mulheres que apresentam maior prevalência de depressão, maior gravidade e duração da depressão e pior qualidade de vida percebida em todos os domínios. Observa-se também que quanto maior a idade por ocasião do AVC e quanto maior a incapacidade gerada pelo episódio, pior a recuperação e pior o status funcional das mulheres. O isolamento e a restrição em atividades sociais resultam mais da incapacidade do que da depressão pós-AVC e que o suporte social é um importante preditor da depressão. Entre as pessoas com menos de 65 anos, não poder voltar ao trabalho por causa da incapacidade gerada pelo AVC apareceu como a principal fonte de baixa qualidade de vida auto-relatada.

As repercussões de um AVC sobre os indivíduos, portanto, são muitas e os principais mediadores ou indicadores de baixa qualidade de vida é a incapacidade e a depressão (RABELO, 2006).

De acordo com Silva (2010) muitos dos doentes sentem medo, ansiedade, frustração, raiva, tristeza e uma enorme mágoa pelas suas perdas físicas e psicológicas, sentimentos esses que representam até certo nível uma resposta normal ao trauma psicológico do evento. Por outro lado, a própria lesão de estruturas cerebrais também pode contribuir e ser responsável por algumas das alterações emocionais e de personalidade.

Desse modo, o impacto psicológico gerado pelas limitações impostas pelo AVC pode ser o suficiente para originar um quadro depressivo com um matiz de ajustamento/reativo (TERRONI, 2003).

3.1 SINTOMAS DA RELAÇÃO: AVC E DEPRESSÃO

A relação entre AVC e depressão é complexa inclusive no sentido inverso da relação, em que a depressão aumenta o risco para ocorrência de AVC (TERRONI, 2009).

Segundo Ostir *et al.* (2001 *apud* RABELO, 2006) a depressão é a complicação psiquiátrica mais prevalente após o AVC, estando associada a um pior prognóstico e a mais dificuldades de ajustamento pessoal. Os sintomas depressivos podem diminuir a motivação da pessoa para a reabilitação e diminuir a interação social. Baixo suporte social pode aumentar os sentimentos de solidão e a falta de esperança, afetando a recuperação. Pode também ocasionar uma incapacidade para dominar ou adaptar-se aos desafios do ambiente.

Conforme Clarke (2003 *apud* MARQUES, 2013) a presença de alterações da esfera afetiva como os sintomas depressivos, podem diminuir a motivação da pessoa para a reabilitação e diminuir a interação social, podendo acarretar um baixo suporte social com incremento de sentimentos de solidão e falta de esperança. Neste sentido, o idoso que possui limitações na realização de atividades funcionais ou com dificuldades em aceitar ser cuidado, pode sentir-se isolado e inapto na interação social.

Além disso, Renzi & Nichelli (1975 *apud* MARQUES, 2013) citam os prejuízos supracitados que as vítimas de AVC podem também apresentar, tais como, alterações de linguagem (afasia). Indivíduos afásicos apresentam maiores dificuldades nas tarefas de memória verbal em comparação aos não afásicos.

Somam-se a esses aspectos a negligência unilateral, atenção, memória, dificuldades de aprendizagem e planejamento, são de igual forma, dependendo da localização da lesão, desafios para estes doentes. Estes podem ainda apresentar alterações de comportamento, tornando-se incertos e inseguros, desempenhando as

tarefas com hesitação. A labilidade emocional também é uma das alterações do comportamento que pode surgir no pós-AVC (MARQUES, 2013).

Melo (2015) contribui ao mencionar as sequelas físicas comuns incluem hemiparesia ou hemiplegia, incontinência urinária, bem como disfagia e disartria. Sequelas cognitivas comuns ao AVC incluem afasia, abulia, o comprometimento da atenção e memória, falta de percepção espacial, mudanças de personalidade e anosognosia.

Também o domínio psicológico pode ser afetado, como aponta Neri (2001 *apud* MARQUES, 2013) pois o indivíduo devido à dificuldade de aprendizagem associada à impossibilidade de memorizar novas informações, pode apresentar sentimentos negativos e uma auto-estima baixa.

A instauração de um quadro de DPAVC tem importantes implicações para o tratamento e recuperação do paciente, já que está associada ao aumento da mortalidade e maior prejuízo no funcionamento físico e cognitivo. Ela apresenta sintomas como: humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo. A relação entre o transtorno depressivo e a localização da lesão talvez seja a área mais polêmica de pesquisa no campo dos transtornos do humor pós-AVC (MELO, 2015).

Para o diagnóstico de DPAVC, Liorca, *et al.*, (2019) recomendam a vigilância e o uso de ferramentas de diagnóstico específicas, como o Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2). Já para os tratamentos, indicam os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS). No entanto, ainda há muitas questões não respondidas no tratamento do DPAVC, como o melhor momento para iniciar o tratamento ou os efeitos dos antidepressivos na cognição e função motora, entre outros.

desregulação do humor, transtorno depressivo maior, transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamentos, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno não especificado (MELO, 2015).

O transtorno depressivo frequente mais relevante encontrado nas pesquisas sobre estudo após um AVC é indicado por Melo (2015) como o Transtorno Depressivo Maior cujo principal sintoma é a presença de um ou mais episódios depressivos maiores (humor deprimido; perda do interesse ou da capacidade de sentir prazer; perda ou ganho significativo de peso; insônia ou hipersônia; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda de energia; sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada; capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão; pensamentos recorrentes de morte e/ou ideação suicida).

Tu *et al.* (2018), realizou na China nos anos de 2015 a 2016, um estudo com 110 pacientes com infarto cerebral, em que 47 eram pacientes com DPAVC e 63 sem DPAVC. Utilizando a Escala de Depressão de Hamilton (HAMD) e o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), empregados para avaliar a depressão e a cognição de pacientes. Dessa forma, identificou que pacientes pós-AVC com distúrbios afetivos como a depressão tem seu comprometimento cognitivo afetados, já que aproximadamente 85% dos pacientes com AVC tiveram DPAVC, o que levou a disfunções mais graves.

Ilut *et al.* (2017) afirmam que a DPAVC é uma consequência neuropsiquiátrica grave do AVC, sem patogênese clara ou abordagens terapêuticas. Desse modo, o foco nesta doença é justificado por causa do impacto negativo que exerce sobre a função cognitiva, recuperação física e sobrevivência pós-AVC se a depressão não for identificada e tratada em uma maneira oportuna.

Assim a habilidade para realizar atividades de forma independente em casa, no trabalho e na comunidade depende de três funções: física, psicológica e social. A função física engloba aspectos inter-relacionados, que são: equilíbrio, desempenho muscular,

flexibilidade, coordenação, estabilidade e resistência física, e os sistemas que controlam esses aspectos desenvolvem adaptações em função das sobrecargas impostas a eles (MELO, 2015).

Um estudo com 82 pacientes (20 mulheres e 62 homens, com mediana de idade de 66,5) diagnosticados com AVC isquêmico agudo e DPAVC, internados na Clínica de Neurologia do Hospital de Emergência do Condado de Cluj-Napoca entre 2009 e 2011, foi realizado por Ilut *et al.* (2017). Tais pacientes passaram por exames de ressonância nuclear magnética de crânio e avaliação psicométrica, incluindo o Inventário de Depressão de Beck e o Mini-exame do Estado Mental (MMSE), além da National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) e o Índice de Atividades de Vida Diária de Barthel que foram usados para produzir uma avaliação neurológica completa. Concluindo que pacientes com depressão grave apresentaram menor pontuação na Escala de Qualidade de Vida (QOLS) e maiores escores para o índice de Barthel, NIHSS e MMSE.

Nesses estudos de Ilut *et al.* (2017), confirmaram que as lesões isquêmicas agudas localizadas no hemisfério esquerdo, no lobo frontal ou nos gânglios da base foram parâmetros independentes associados à depressão grave. Portanto, a localização de um AVC e o escore NIHSS podem estar relacionados à gravidade da DPAVC, já que a avaliação NIHSS pode prever o prognóstico a longo prazo e a evolução cognitivo-comportamental de pacientes com AVC.

Terroni *et al.* (2009, *apud* Tu *et al.* 2018), demonstraram que lesões maiores nas regiões corticais esquerdas do circuito límbico-cortical-estriado-pálido-talâmico estão associadas a uma maior incidência de depressão. Eles também descobriram que a depressão estava associada a lesões maiores em áreas do córtex pré-frontal medial, incluindo o córtex cingulado anterior e dorsal anterior, o córtex subgenuar, o subículo e a amígdala.

Os fatores que podem afetar negativamente o bem-estar subjetivo e psicológico dos sobreviventes de AVC, segundo Rabelo (2006) são a incapacidade funcional, a capacidade cognitiva deficiente, a depressão, a dificuldade em restabelecer a identidade e posição social anterior pela restrição em atividades de autodefinição.

Ilut *et al.* (2017), relatam que um AVC localizado nos núcleos basais aumenta a probabilidade de depressão grave e a localização frontal do derrame se mostra quase duas vezes mais comum em pacientes com depressão grave. Se o derrame afetou o hemisfério esquerdo, há uma probabilidade maior de depressão grave. Ou seja, conclui-se que a localização da lesão também

interfere na resposta emocional do paciente.

3.2 PREVENÇÃO E REABILITAÇÃO DA DEPRESSÃO NO PÓS-AVC

A depressão pós AVC tem sido reconhecida como uma sequela comum de acidente vascular cerebral, com aumento da morbidade e mortalidade. (TU, et al., 2018).

Assim, tal patologia traz significativo comprometimento para a evolução do paciente, segundo Terroni (2003) embora em uma unidade de reabilitação os pacientes com depressão pós-AVC possam apresentar recuperação semelhante àqueles não deprimidos; com a alta, e sem a assistência hospitalar intensiva, os deprimidos tendem a apresentar significativa queda da recuperação funcional em comparação com os não deprimidos. Pacientes com depressão no período agudo pós-AVC podem ter as atividades da vida diária comprometidas por até dois anos, independente das variáveis demográficas, do acesso aos serviços de saúde, do tratamento físico especializado, das características do AVC, do funcionamento social e do prejuízo cognitivo.

De acordo com Terroni (2003) os pacientes deprimidos apresentaram um período de permanência hospitalar mais longo na fase aguda e um maior grau de

comprometimento funcional ao ingressar no centro de reabilitação. Também foi associada a um efeito negativo no domínio do bem-estar e à maior incapacitação mesmo após controle para grau de limitação funcional, declínio cognitivo, número de doenças concomitantes, idade, sexo e grau de escolaridade.

O infarto cerebral afeta seriamente a qualidade de vida e a recuperação de pacientes e aumenta a incidência de depressão e deficiências cognitivas. (TU, et al., 2018).

Os aspectos que têm sido identificados como fatores de risco para o desenvolvimento da depressão pós-AVC são: prejuízo funcional, prejuízo cognitivo, história de depressão, idade, sexo, história de AVC prévio, hipercortisolemia, aspectos sociais e correlatos neuroanatômicos (TERRONI, 2003).

Baldirim (2009) classifica os fatores de risco aos que podem facilitar a ocorrência de determinada doença e podemos enumerar vários que estão comprovados na origem do AVC. Dentre eles estão: Pressão arterial; Doença cardíaca; Colesterol e Diabetes mellitus. Outros fatores de risco, como tabagismo, obesidade, má alimentação, uso excessivo de bebidas alcoólicas, história de doença vascular anterior e sedentarismo também estão ligados ao surgimento do AVC. Portanto, preveni-lo é o melhor tratamento. Ter uma vida saudável, com alimentação equilibrada e pobre em gorduras, incluindo, também, a prática regular de atividades físicas e uma melhor qualidade de vida.

Segundo Tu *et al.* (2018), a DPAVC é uma complicação comum do AVC, que afeta seriamente a recuperação das funções mentais, linguísticas e cognitivas dos pacientes. Além disso, a incidência de prejuízos cognitivos após o AVC é relativamente alta, o que geralmente se manifesta como linguagem, atenção, compreensão, cálculo e prejuízo de memória, e agrava com o aumento da idade dos pacientes.

Logo após o AVC, Baldin (2009) especifica que há perda do tônus muscular e diminuição da capacidade aeróbica. Sendo assim, há um aumento do gasto energético para a realização das atividades de vida diária, como, por exemplo, ir ao banheiro, pentear-se, alimentar-se e vestir-se. A recuperação espontânea pode ocorrer durante os seis primeiros meses, mas nem todo paciente recupera-se do mesmo modo e nem todos demonstrarão completa recuperação. Diante desse quadro, a prevenção secundária, ou seja, a detecção precoce e o tratamento imediato do AVC, é primordial para a reabilitação do paciente.

A intervenção do exercício físico pode ser realizada na fase aguda, subaguda e crônica do AVC e inclui atividades aeróbias, exercícios de força, flexibilidade, alterações dos hábitos de vida ou outras estratégias. Assim, o fortalecimento muscular, conseguido através de levantamento de pesos (musculação) ajuda na estabilidade articular, força muscular e resistência, melhorando a postura, a deambulação e as demais atividades da vida diária (BALDIN, 2009).

A atividade física então, conforme Baldin (2009) além de propiciar a sensação de bem-estar, melhora a auto-estima, reduz os sintomas depressivos e ansiosos e traz benefícios ao seu organismo. Se praticada de forma correta e disciplinada, a atividade física reduz a gordura corporal e aumenta a massa muscular; diminui os níveis de açúcar no sangue melhora a capacidade pulmonar, aumentando o aproveitamento do consumo de oxigênio; aumenta a vascularização sanguínea, conseqüentemente, o músculo cardíaco se torna mais forte; reduz as taxas de colesterol e eleva o HDL (o bom colesterol), que protege contra a formação de placas de gorduras nas artérias; combate a hipertensão, reduzindo os níveis da pressão arterial.

O tratamento para AVC pode incluir medicação, cirurgia e reabilitação, sendo que esta última pode envolver terapias fonoaudiológicas, fisioterapêuticas, terapêuticas ocupacionais e psicoterapêuticas (MELO, 2015).

Liorca, *et al.*, (2019), relatam que os neurologistas desempenham um papel fundamental no cuidado e gerenciamento de pacientes em recuperação de AVC, devendo estar familiarizados com os métodos de detecção precoce e tratamento da DPAVC, pois isso, confirmam que a reintegração social do paciente e a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias podem facilitar a sua recuperação funcional.

Os elementos que mais auxiliam a recuperação, o ajustamento psicológico e o bem-estar são os programas sociais de apoio e de reabilitação, o suporte informal, a maior escolaridade, a boa capacidade cognitiva, a continuidade de uma ocupação produtiva, a manutenção da competência em atividades instrumentais de vida diária e o humor positivo (RABELO, 2006).

Apesar desta alta prevalência em populações clínicas, a depressão ainda é subdiagnosticada e, quando corretamente diagnosticada, é muitas vezes tratada de forma inadequada, com subdoses de medicamentos e manutenção de sintomas residuais, que comprometem a evolução clínica dos pacientes. Apenas 35% dos doentes são diagnosticados e tratados adequadamente (Hirschfeld *et al.*, 1997 *apud* TENG, 2005).

Em pacientes internados Furlanetto (2001 *apud* TENG, 2005) apota que pode-se lançar mão de medidas indiretas para avaliar sintomas depressivos, como a capacidade de obter prazer em conversas com colegas de quarto e visitas familiares, capacidade de vislumbrar melhora e a possibilidade de voltar a realizar atividades antes prazerosas e fazer planos para o futuro. Alguns sintomas parecem estar associados ao maior risco de mortalidade, como indecisão, insônia, baixa auto-estima, desesperança, anedonia, pensamentos de morte e de suicídio e planejamento suicida.

Teng (2005) aponta que faltam estudos que comprovem o valor real do tratamento antidepressivo no prognóstico das doenças clínicas comórbidas, sendo necessários estudos sistemáticos que auxiliem a distinguir quais as estratégias terapêuticas mais adequadas para cada caso.

Para um paciente que teve um AVC, Fernandes (2009) relata que os programas de reabilitação pós-AVC devem enfatizar as sequelas físicas e também as cognitivas, no sentido de recuperar ao máximo as funções cerebrais comprometidas pelo AVC. Um programa de reabilitação adequado envolve uma equipe interdisciplinar e contribui para a recuperação da autoestima do paciente e, conseqüentemente, para sua reintegração na família, no trabalho e na sociedade. Além disso, a avaliação da presença de depressão, de piora da qualidade de vida e da presença de déficits cognitivos, pode fornecer dados úteis e norteadores de futuras intervenções no pós-AVC. Nesse sentido, o tratamento médico pode ser reavaliado, a reabilitação fisioterapêutica ou fonoaudiológica pode ser mais efetiva, os encaminhamentos para psicoterapia ou psiquiatria podem ser realizados e o apoio às famílias pode ser sistematizado (FERNANDES, 2009).

3.3 QUALIDADE DE VIDA PÓS-AVC: A IMPORTÂNCIA DO APOIO FAMILIAR E DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

De acordo com Silva (2010) a depressão está associada a défices cognitivos mais graves, torna mais difícil a reabilitação e aumenta o risco de morbidade e mortalidade. A ansiedade pode ser provocada por situações, como medo de cair durante a transferência ou de conviver com pessoas, ou pode ser um transtorno generalizado e não relacionado com um fator desencadeante específico. Pode ainda estar associada ao stress pós-traumático e o impacto na função varia de acordo com a gravidade. Emocionalíssimo ou habilidade emocional representa uma falta de controlo sobre as emoções, resultando em grande tendência para rir ou chorar. Estes sintomas tendem a melhorar com o tempo.

Observa-se assim, que o enfrentamento dos problemas decorrentes de doenças incapacitantes provoca uma desorganização no funcionamento familiar, desse modo, segundo Lima (2016) relata é que a tendência, é que se reorganize, por meio do

desenvolvimento de estratégias para o cuidado desses pacientes e colaborando positivamente no seu processo de reabilitação.

Devido a condições de morbidade, socioeconômicas e de envelhecimento da população é crescente o número de cuidadores familiares de pacientes crônico-dependentes. O cuidador é a pessoa que presta cuidados em prevenção, proteção e recuperação da saúde, de maneira formal ou informal (LIMA, 2016).

Os cuidadores familiares vivenciam a necessidade de adaptação à nova rotina que surge de forma inesperada e intensa, cita Lima (2016), acompanhada por outras dificuldades como as econômicas, as estruturais e a necessidade de apoio. Esta função, por ser muito complexa, exige preparo para a realização dos cuidados tanto físicos quanto psicológicos. O familiar comumente acaba assumindo funções para as quais não está preparado, fazendo com que tenha sua saúde prejudicada, tornando-se também doentes. Assim, as atividades realizadas pelo cuidador familiar devem ser planejadas junto à equipe de profissionais responsáveis pela reabilitação, para que as ações possam garantir qualidade de vida do paciente e da família.

Cancela (2008) ressalta quanto a importância de uma equipe especializada para reabilitação do sujeito que sofreu AVC. Dentre eles, o autor especifica uma equipe de profissionais da saúde de diversas áreas, sempre que possível com envolvimento de familiares e amigos nesse processo.

Sua equipe então, para além do médico, enfermeiros e auxiliares que prestam a primeira e fundamental experiência, Cancela (2008), prioriza ainda, na reabilitação de um paciente que sofreu AVC, uma equipe formada por fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo ou neuropsicólogo.

De acordo com Costa (2003) a qualidade de vida, quando analisada nos cuidados de saúde, deve ser avaliada em termos de saúde física, saúde psicológica, nível de autonomia e relações sociais. Assim, considera-se que a qualidade de vida abrange cinco categorias: duração de vida, limitações, estados funcionais, percepções e oportunidades funcionais.

É compreensível que, neste contexto, a qualidade de vida se relacione especificamente com a saúde e a capacidade do doente e seus familiares se ajustarem a uma doença específica e às suas sequelas, isto é, ao impacto da doença na sua vida quotidiana, tal como é percebida ao nível dos aspectos relacionados com a sintomatologia depressiva, da mobilidade, dor, sono, reações emocionais, energia e isolamento social (COSTA, 2003).

As repercussões do AVC, ainda conforme Costa (2003) vão para além da determinação dos danos acima referidos e da qualidade de vida destes doentes. Quando um AVC atinge um dos membros da família, as implicações sociofamiliares são variadíssimas, afetando a qualidade de vida de toda a família, nomeadamente dos prestadores, podendo ter consequências e níveis de gravidade diferentes na saúde destes.

Cuidar de um doente com AVC, segundo Costa (2003) envolve um conjunto de tarefas, associadas às dependências resultantes das sequelas físicas e psíquicas pós-AVC em que a componente sócio-emocional de relação interpessoal com o doente é determinante. Este conjunto de impactos negativos, frequentemente vivido num complexo contexto de preocupação constante, conflito, perda, luto, raiva, culpa e ressentimento, rapidamente conduz a situações de percepção da baixa qualidade da saúde física e psíquica entre os prestadores.

Melo (2015) nota que o estado de humor do paciente pós-AVC é extremamente importante para sua recuperação. Os autores consideram que a capacidade de alcançar os objetivos da reabilitação vai depender da motivação, do suporte social-familiar e, principalmente, do estado cognitivo de cada paciente.

A reabilitação é o “conjunto de ações que são desenvolvidas para o restabelecimento e manutenção da função física; educação do paciente e sua família e reintegração dessa pessoa ao círculo familiar e social” (Costa *et al.* 2011 *apud* MELO, 2015).

Uma vez que um AVC pode afetar tantos aspectos da vida do indivíduo, a reabilitação deve ser feita por uma equipe interdisciplinar de profissionais de saúde de diversas áreas, sempre que possível com o envolvimento de familiares e amigos. Fazem parte desta equipe médica, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, psicólogos e assistente social. Os serviços de reabilitação durante o internamento são eficazes na melhoria da sobrevivência a curto prazo, capacidade funcional, e maior independência aquando da alta (SILVA, 2010).

Os aspectos psicológicos segundo Terroni (2009) podem afetar significativamente a capacidade funcional, assim como a qualidade de vida. As diferentes condições de vida do paciente associadas às incapacidades tendem a alterar o senso positivo de bem-estar subjetivo. A percepção subjetiva e a avaliação da situação pelo paciente são refletidas por meio dos aspectos psicológicos e são de suma importância na adaptação à incapacidade, pois funcionam como recursos de enfrentamento. Os pacientes com AVC que vivenciam a condição de incapacitados apresentam problemas psicológicos de ajustamento relacionados à aceitação dos limites impostos pela sua enfermidade, em razão das mudanças corporais que estão associadas às condições crônicas e impedem o engajamento em atividades que eram componentes da identidade pessoal.

Silva (2010) aponta que um dos objetivos principais no trabalho do psicólogo passa pela avaliação e intervenção na modificação de comportamentos que estejam a interferir

no bem-estar da pessoa e/ou de quem a rodeia. Se uma pessoa está em sofrimento devido a uma problemática ou acontecimento de vida, a terapia poderá ajudá-la a reencontrar o equilíbrio emocional e a desenvolver um processo de aprendizagem interna que lhe permita lidar mais facilmente com adversidades futuras.

O tratamento pode incluir medicação antidepressiva ou terapia cognitivo-comportamental. A reabilitação cognitiva concentra esforços para ajudar os doentes a compreender as suas limitações e a compensar ou restaurar as funções perdidas de forma a melhorar a adaptação e facilitar a independência. Essa intervenção pode também envolver a educação e apoio do cuidador (SILVA, 2010).

De acordo com Terroni (2009) o foco do atendimento psicológico é a reintegração do paciente à vida normal, que inclui desde o desempenho de habilidades voltadas para o autocuidado, como as relações sociais e a capacidade para desenvolver atividades diárias e tomar decisões sobre a própria vida. Entretanto, para que isso ocorra é necessário primeiro que o paciente reconheça e aceite os comprometimentos físicos e cognitivos decorrentes do AVC.

Terroni (2009) complementa argumentando que o enfrentamento do AVC depende também do suporte social disponível, que auxilia na implementação de estratégias de adaptação à incapacidade, além de amenizar o impacto estressante da doença por meio do conforto emocional. Outro aspecto diz respeito ao ambiente físico, que deve estar adaptado às condições do paciente, promovendo o senso de autoeficácia, autonomia e independência. A interação social e a participação em grupo realizada por meio da prática de atividades físicas também beneficiam os aspectos emocionais do paciente no pós-AVC, melhorando a autoconfiança e a autonomia.

Além disso, é importante que o paciente consiga ter um propósito de vida, permitindo a visualização de novos projetos e objetivos a fim de superar crises e perdas vivenciadas pelo AVC. Assim, o ajustamento psicológico pode também ser desenvolvido por intermédio de programas sociais de apoio e de reabilitação, suporte informal, boa capacidade cognitiva, continuidade da atividade produtiva e humor positivo. Quanto mais desenvolvidos os mecanismos de ajustamento psicológico, maior a chance de adaptação, sem grande prejuízo na qualidade de vida (TERRONI, 2009).

4. CONCLUSÃO

Conclui-se através da bibliografia utilizada que o paciente pós-AVC enfrenta consequências emocionais e laborais, acarretando em sintomas depressivos.

Assim, por meio da análise dos artigos, fica clara a importância e a necessidade dos doentes, após o AVC, receberem atendimento multiprofissional de especialidades voltadas para a área da saúde e do apoio familiar, visando a sua reabilitação, ajustamento psicológico e bem-estar social na sua qualidade de vida. Inclui-se nesses atendimentos, as especialidades hospitalares, tais como fisioterapia, psicologia, enfermagem, nutrição, entre outros profissionais que possam contribuir.

Quanto a colaboração da equipe de psicologia, as implicações estão direcionadas à conscientização do paciente de suas limitações e enfrentamentos à partir do pós-AVC. Além de trabalhar seu autocuidado, autonomia e reforçar os vínculos familiares nesse processo.

Observa-se poucos estudos publicados que expressam quanto a prevenção da depressão no paciente pós-AVC. Sugere-se portanto, novos estudos a serem realizados nessa área decorrente dos prejuízos da depressão no paciente pós-AVC demonstrados no decorrer desse artigo.

REFERÊNCIAS

BALDIN, Alexandre Duarte. **Atividade física e acidente vascular cerebral**, Rev. Elet. De Jornalismo Científico, 2009. p. 109, ISSN 1519-7654. Disponível em: http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-76542009000500019&lng=e&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 16/05/2018

CANCELA, Diane Manuela Gomes. **O acidente vascular cerebral – classificação, principais consequências e reabilitação**. O portal dos psicólogos - psicologia.com.pt. 2008, p. 1-18. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0095.pdf> Acesso em: 16/05/2018

COSTA, David de Castro Alves. **Qualidade de Vida Pós-AVC – Resultado duma Intervenção social**. Instituto de ciências biomédicas Abel Salazar. 2003. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/David_Costa8/publication/37653092_Qualidade_de_vida_pos-AVC_Resultados_duma_intervencao_social/links/57faa3a708ae886b8986203d.pdf Acesso em: 16/05/2018

FERNANDES, Paula Teixeira. **Aspectos psicossociais do AVC**. ComCiência, Campinas, n. 109, 2009. Disponível em: http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-76542009000500027&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 16/05/2018

GIOIA-MARTINS, Dinorah Fernandes; *et al.* **Avaliação psicológica de depressão em pacientes internados em enfermaria de hospital geral**. Psicologia: Teoria e Prática - 2009, 11(1): 128-141. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v11n1/v11n1a11.pdf> Acesso em: 16/05/2018

ILUT, S et al., **Factors that influence the severity of post-stroke depression**. Journal of medicine and life vol. 10,3 (2017). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5652262/> Acesso dia: 13/02/2019

LIMA, Angélica de Godoy Torres; PETRIBU, Kátia. **Acidente vascular encefálico: revisão sistemática sobre qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores**. Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria. 2016 Set/Dez;20(3):253-266. <http://www.revneuropsi.com.br> Disponível em: <https://rbnp.emnuvens.com.br/rbnp/article/view/168/107> Acesso em: 16/05/2018

LIORCA, et al., **Post-stroke depression: an update**. Neurologia.2015 Jan-Feb;30(1):23-31. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22901370> Acesso dia: 14/02/2019.

MARQUES, André Alexandre de Jesus. **Relação entre memória e qualidade de vida em vítimas de AVC**. Mestrado em Neurociências Cognitivas e Neuropsicologia Especialização em Neuropsicologia. 2013. Disponível em: <https://sapiencia.ualg.pt/bitstream/10400.1/6764/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20final.pdf> Acesso em: 16/05/2018

MELO, Elaine Farias de. **Revisão Teórica de Atualização da Depressão Pós-AVC: Diagnóstico e Indicações de Tratamento**. Instituto de Psicologia. Porto Alegre, Fevereiro de 2015. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/142954> Acesso em: 16/05/2018

RABELO, Dóris Firmino; *et al.* **Bem-estar subjetivo e senso de ajustamento psicológico em idosos que sofreram acidente vascular cerebral: uma revisão**. Estudos de Psicologia 2006, 11(2), 169-177. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v11n2/a06v11n2.pdf> Acesso em: 16/05/2018

SILVA, Carlos Eduardo da Rocha; *et al.* **Aspectos etiopatogênicos da depressão pós-acidente vascular cerebral: uma revisão da literatura**. J. bras. psiquiatr. Vol. 52, Nº 6, 2003. Disponível em: <http://www.metodogerar.com.br/wp-content/uploads/2009/09/bulimia-na-gestacao.pdf#page=5> Acesso em: 16/05/2018

SILVA, Emanuel de Jesus Alves da. **Reabilitação após o AVC**. Mestrado Integrado em Medicina. 2010. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/52151/2/Reabilitao%20aps%20o%20AVC.pdf> Acesso em: 16/05/2018

TENG, Chei Tung; *et al.* **Depressão e comorbidades clínicas**. Rev. Psiq. Clín. 32 (3); 149-159, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n3/a07v32n3> Acesso em: 16/05/2018

TERRONI, Luisa de Marillac Niro; *et al.* **Depressão pós-AVC: aspectos psicológicos, neuropsicológicos, eixo HHA, correlato neuroanatômico e tratamento**. Rev Psiq Clín. 2009; 36(3):100-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v36s3/06.pdf> Acesso em: 16/05/2018

TERRONI, Luisa de Marillac Niro; *et al.* **Depressão pós-AVC: Fatores de risco e terapêutica depressiva**. Rev Assoc Med Bras 2003; 49(4): 450-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v49n4/18348> Acesso em: 16/05/2018

Tu, Jun et al., **The association of different types of cerebral infarction with post-stroke depression and cognitive impairment**. Medicine vol. 97,23 (2018). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5999486/> Acesso dia: 13/02/2019