

DEPRESSÃO E ANSIEDADE NA REALIZAÇÃO DO HEMIPLÉGICO DE CAUSA VASCULAR

J. Laíns*, R. A. Oliveira**, J. Caldas***, A. Azenha***, J. Keating****

RESUMO

Os autores baseiam-se num estudo prospectivo sobre o prognóstico funcional de doentes vítimas de um primeiro AVC, supratentorial, e resultados da sua avaliação ao 1º, 4º, 6º, e 12º meses pós-AVC.

Utilizam-se escalas de avaliação funcional (MIF - Medida de Independência Funcional, Índice de Barthel e ESS), Escalas de Avaliação Motora e Sensitiva a par do estudo de factores psíquicos: níveis de depressão (Inventário Depressivo de Beck) e ansiedade (Escala de Ansiedade de Auto-avaliação de Zung). Para caracterizar a lesão recorre-se à Tomografia Axial Computorizada.

Os autores concluem que (1) a lesão hemiplégica, per si, parece influenciar os níveis de depressão; lesões mais extensas do hemisfério direito apresentam níveis elevados de depressão. (2) Se alguns dos estados depressivos têm relação directa com a lesão neurológica, a maioria serão reactivos. (3) Ansiedade, mudanças de estatuto e actividade social estão correlacionadas.

Palavras Chave: Hemiplegia, AVC, Depressão, Ansiedade.

SUMMARY

This paper is based on a prospective study about the functional outcome of hemiplegics, after a first hemispheric stroke (haemorrhagic or ischemic) excluding sub-arachnoid hemorrhages. The evaluations were at the 1º, 4º, 6º, 12º months post stroke.

The methodology includes: FIM (Functional Independent Measure), Barthel Index, Environmental Status Scale; Hemiplegical Motor Scale and Hemiplegical Sensitive Scale; Beck Depression Inventory and Zung Anxiety Scale. The lesion was characterized by the Scanner.

The authors concluded that the stroke by it self influences the depression levels during the acute phase, but that the majority of the depressive states are reactive. Anxiety and the levels of social interaction are correlated.

Main Words: Hemiplegia, Stroke, Depression, Anxiety.

Introdução

Nos países desenvolvidos, os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) continuam a ser uma das principais causas de morbilidade, e uma das importantes de mortalidade.

O envelhecimento da população explica o agravamento da situação e alerta para o impacto desta doença, capaz de interromper o curso de vida de alguns, e alterar a vida de todos os sobreviventes.

Múltiplos estudos referenciam a amalgama de alterações que a designação "Síndrome do Hemiplégico" engloba: a doença (o AVC) pode originar diferentes deficiências (motoras, sensitivas ou relativas às funções nervosas superiores), que incapacitam o indivíduo para o desempenho habitual de determinadas funções (para a marcha, auto-cuidados, controlo dos esfínteres, comunicação, etc); finalmente, e conseqüente às sequelas já mencionadas, o doente poderá estar agora inválido para a correcta e plena integração socio-profissional.

Tendo em conta que a Reabilitação "engloba todas as medidas destinadas a prevenir ou reduzir ao mínimo inevitável as conseqüências funcionais, físicas, psicológicas, sociais e económicas das doenças invalidantes, e dos acidentes, desde o começo da doença até à reintegração do doente no meio" (1), podemos dividir o processo de reabilitação em duas partes que se complementam:

- "médica" propriamente dita, que visa a minimização e prevenção das deficiências e incapacidades;

- "psico-social", que procura a (re)integração do indivíduo "de si para com os outros" e "de si para consigo".

A introdução da dimensão psico-social na Fisiatria aproxima esta especialidade das recomendações centrais da Organização Mundial de Saúde, isto é, da definição de saúde como bem-estar físico, psíquico e social.

Neste estudo avaliamos as variáveis psicológicas depressão e ansiedade, tendo como objectivo determinar os seus perfis evolutivos bem como aprofundar as suas causas, simplificando: procurámos perceber como e porquê variam.

* Assistente Hospitalar do SMFR/HUC (Dir. Dr. Luís André)

** Psicólogo Clínico; Bolseiro da JNICT

*** Interno do SMFR/HUC (Dir. Dr. Luís André)

**** Professor Catedrático de Neurologia; Dir. Depart. Ciências Neurológicas/HUC

A Depressão e a Ansiedade Pós-AVC

O valor da depressão é evidenciado não só pelos números que a estatística hospitalar apresenta, mas essencialmente pelo sofrimento, pelos comportamentos perturbados, e pelos sentimentos de infelicidade e tristeza extremos que o doente deprimido realça.

Reacções emocionais após a ocorrência de um AVC têm sido notadas há já algum tempo, e estudos recentes têm confirmado a presença de depressão em 25 a 60% dos pacientes (2-6).

Price (3), num estudo longitudinal, encontrou o valor mais alto da depressão ao 6º mês pós-AVC, com uma percentagem de 60%, que depois declinava até aos 2 anos seguintes, tempo de duração do seu estudo.

Diversos autores (7,8) assinalam a elevada probabilidade destes doentes desenvolverem, em diferentes alturas pós-AVC, estados depressivos.

As causas desta depressão não estão esclarecedoramente conhecidas. Várias hipóteses têm sido exploradas e encontrados factores que se lhe associam.

As sequelas motoras e funcionais parecem não ter uma influência significativa (6-9) assim como a idade, sexo ou status socio-económico do doente.

Por outro lado, o facto do dano cerebral ocorrer na hemisfério esquerdo, particularmente no córtex frontal, favorece, segundo alguns autores (2,6,9,10) a ocorrência de estados depressivos, embora haja quem não encontre qualquer relação (4).

Quanto ao impacto da depressão na reabilitação, quase todos são unânimes em realçar o aspecto negativo que os estados depressivos associam ao processo de reabilitação (2,3,6-8) e integração social (2,11) do doente.

O problema que diversas vezes se coloca é o de reconhecer a depressão nos pacientes com lesões cerebrais. Eles podem até negar estar deprimidos ou estar completamente alheios aos comportamentos vegetativos anormais ou não conseguir comunicá-los verbalmente.

No entanto, também podem produzir admiráveis alterações do comportamento que podem ser erroneamente atribuídos à depressão.

A ausência de estudos que avaliem os estados de ansiedade dos doentes vítimas de AVC manifesta a dificuldade há já muito sentida pelos avaliadores em isolar esta variável de outras, em particular da depressão.

Indubitavelmente, um indivíduo com grande ansiedade não só se sente desconfortável em numerosos contextos como aprende a desenvolver estratégias que podem tornar-se limitativas e lhe dificultam as suas relações sociais, profissionais e afectivas (12).

Metodologia

Para a caracterização dos défices utiliza-se o "Exame da Motricidade Voluntária e da

Espasticidade" que avalia a lesão motora, e o "Teste das Sensibilidades no Hemiplégico" para as alterações sensitivas.

No estudo do diagnóstico funcional emprega-se a MIF - Medida de Independência Funcional (13) - escala que pretende uniformizar a um nível mundial a "avaliação funcional", e que foi introduzida e testada em Portugal pelos autores. A Medida de Independência Funcional reagrupa a avaliação da independência para as Actividades da Vida Diária, o Controle dos Esfíncteres, a Mobilidade (transferências) e a Deambulação, a Comunicação e as Actividades Cognitivas de Carácter Social.

O "Índice de Barthel" (14) é a escala mais vulgarmente utilizada na avaliação da incapacidade; a "Escala do Status do Meio" estuda a invalidez (Handicap) do sujeito em sete áreas (Profissão, Domicílio, Status Económico-Financeiro, Ajuda Pessoal, Transportes, Serviços da Comunidade e Interação Social).

Na avaliação neuropsicológica, em particular das questões associadas às perturbações da linguagem, apraxias, agnosias e negligências motoras e visuais utiliza-se a Bateria de Avaliação Neuropsicológica do Centro de Estudos da Linguagem Egas Moniz.

O Inventário Depressivo de Beck (IDB) é uma escala de auto-avaliação, constituída por 21 ítems, em que quanto mais deprimido estiver o indivíduo, maior intensidade atinge cada sintoma e maior número de sintomas estão presentes.

Neste estudo é utilizada a versão portuguesa aferida em 1973 (15,16).

Para avaliar deterioração mental dos doentes é administrada as Matrizes Coloridas Progressivas de Raven em forma de encastramento (17). Estas são constituídas por 3 séries, cada uma com 12 ítems, que exigem ao paciente a utilização do seu raciocínio.

A Escala de Ansiedade de Auto-avaliação de Zung destina-se a medir a ansiedade - estado (12).

Constituída por 20 questões, pode ser atribuído a cada uma um valor que varia entre 1 e 4. Com uma pontuação que pode oscilar de 20 a 80, permite registar para o mesmo indivíduo as variações de ansiedade, nas componentes cognitivas, vegetativas, motoras e associadas ao Sistema Nervoso Central.

A versão usada foi aferida para a População Portuguesa em 1982.

Amostra

A população estudada são hemiplégicos, vítimas de um primeiro AVC (hemorrágico ou isquémico), de localização supratentorial, com mais de 3 anos de evolução, que estiveram internados nos HUC. Foram critério de exclusão recidivas e lesões bi-hemisféricas e hemorragias sub-aracnoideias.

Efecturam-se 226 exames, relativos a:

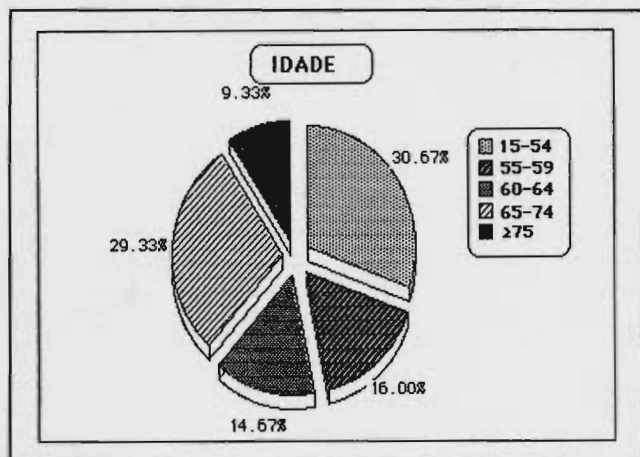
1º mês pós - AVC: 75

4º mês pós - AVC: 68

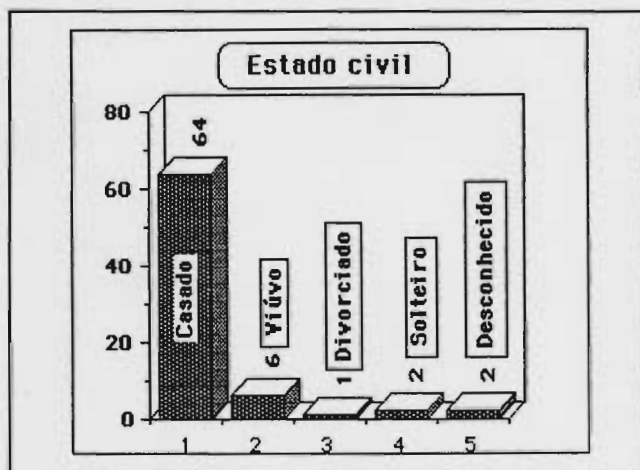
6º mês pós - AVC: 49

12º mês pós - AVC: 34

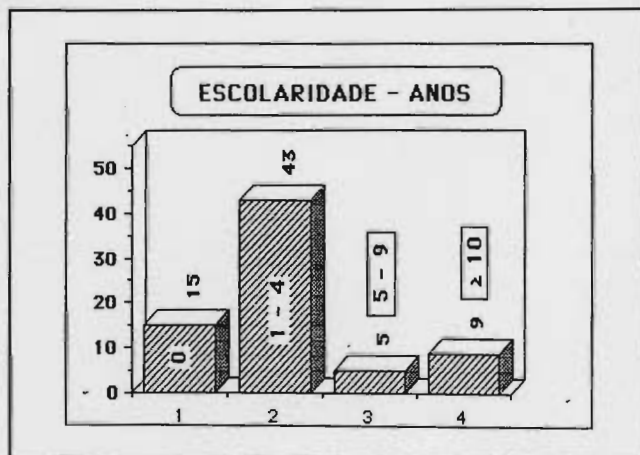
A amostra é constituída por 66,7% de homens e 33,3% mulheres, com uma distribuição etária maioritariamente do grupo 25-54 anos (Quadro I), quase todos casados (Quadro II), e com baixo nível de escolaridade (média 3 anos) (Quadro III).



(Quadro I)

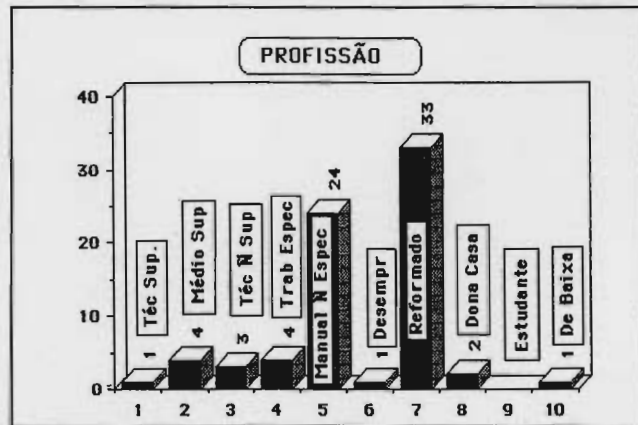


(Quadro II)



(Quadro III)

A nível profissional predominam os trabalhadores manuais e os reformados (Quadro 4).

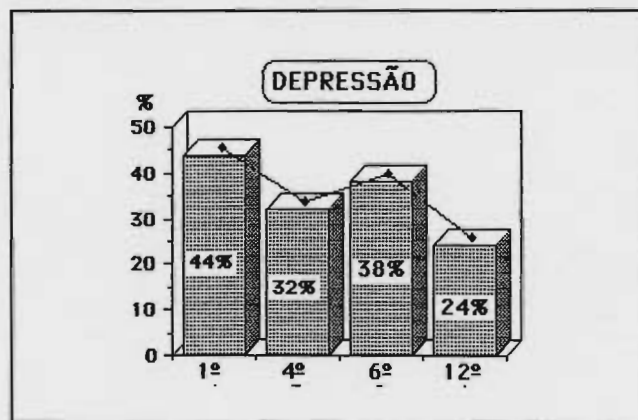


(Quadro IV)

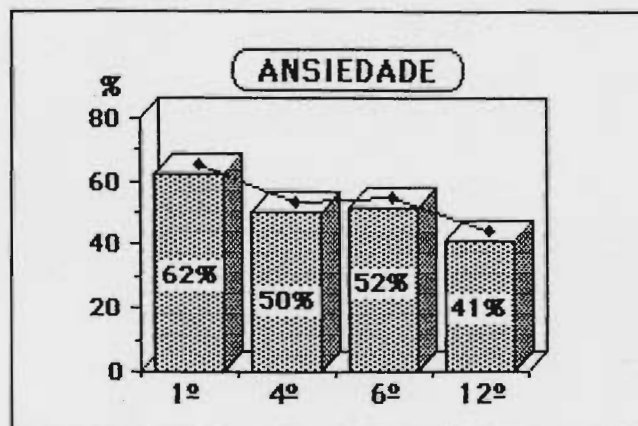
Etiologicamente, temos 33,3% de AVC hemorrágicos e 66,6% de isquémicos, afectando 52% o lado direito e 48% o esquerdo.

Resultados

Os resultados obtidos encontram-se em acordo com múltiplos autores (2-9, 18-20) ao constataros uma percentagem elevada de doentes deprimidos e com altos níveis de ansiedade, com uma expressão mais significativa ao primeiro mês (Quadros 5 e 6) (44% de deprimidos e 62% de ansiosos). As variações consoante o mês de avaliação não têm valor estatístico.



(Quadro V)



(Quadro VI)

Curioso é verificar que esta percentagem de deprimidos, assim como de ansiosos, apesar de mais ou menos constante, não impede uma considerável variação nos diferentes casos, isto é, em cada avaliação não são os mesmos sujeitos que contribuem para o referido resultado global já assinalado por outros estudos (6, 7).

Só aos 30 dias o estado depressivo do doente se correlacionou, com significado estatístico, com o volume cerebral ($Rho=1$; $p=0,0214$), e o hemisfério lesado ($X^2=0,4$; $p=0,0045$), estando mais deprimidos os com lesões direitas e de maior volume.

Contrariamente a vários autores (2,6,9,10), o nosso estudo, que é longitudinal e que tem, portanto, permanentemente, em atenção o tempo pós-AVC, não revela quaisquer outras correlações entre depressão e lado lesional.

Quanto às restantes variáveis, apenas a ansiedade se encontra correlacionada positivamente e com valor estatístico significativo com a depressão (1º mês: $X^2=0,5$; $p=0,0003$; 4º mês: $X^2=0,5$; $p=0,0024$; 6º mês: $X^2=0,5$; $p=0,0011$; 12º mês: $X^2=0,4$; $p=0,047$), sendo mesmo a única relação que se mantém significativa ao longo dos 12 meses de estudo.

Não encontramos qualquer relação quer para a depressão ou para a ansiedade e a origem etiológica, nível de escolaridade, idade ou sexo destes doentes.

A ansiedade, além da relação já assinalada com o estado depressivo dos sujeitos, encontra-se ainda correlacionada estatisticamente ao 1º mês apenas com as sequelas motoras ($Rho=0,3$; $p=0,00234$) e funcionais (na MIF: $Rho=-0,3$; $p=0,0244$; no Barthel: $Rho=-0,3$; $p=0,0148$).

Nas restantes avaliações existe uma significativa relação entre as manifestações de ansiedade e as alterações sentidas nas actividades sociais dos doentes (4º mês: $Rho=0,5$; $p=0,0028$; 6º mês: $Rho=0,3$; $p=0,0326$; 12º mês: $Rho=0,4$; $p=0,0392$).

Discussão

Dois mecanismos são usualmente invocados para explicar o aparecimento destes estados depressivos: ou considerá-los uma reacção psicológica à situação criada pelo AVC, depressão reactiva encarada como "natural" num doente que se vê com limitações motoras, físicas e funcionais evidentes; ou relacioná-los a um mecanismo neurológico consequente à lesão vascular.

No nosso estudo verificámos que ao 1º mês houve um número máximo relativo de deprimidos (44%). Ao longo do período de um ano este valor vai variando, sem no entanto haver diferenças estatisticamente significativas.

É de facto de salientar o que não nos parece de modo algum uma coincidência: durante o 1º mês existe o maior número de deprimidos; é só ao 1º mês que existem correlações significativas entre a depressão e algumas das variáveis que caracterizam

o AVC, a saber o volume e o lado lesional.

Parece-nos assim legítimo afirmarmos que é bastante provável a ligação entre a lesão neurológica propriamente dita e o estado depressivo. Estes valores não nos surpreendem já que a polémica sobre esta problemática não é nova (6, 21).

Nas restantes avaliações não há já qualquer relação significativa destas variáveis com a depressão, o que parece reforçar a ideia de uma possível reacção psicológica pessoal à posteriori, e por isso própria e diferente de cada doente à sua nova situação e a cada momento. Por isso, depois do primeiro mês já não se encontram diferenças significativas entre a depressão e o hemisfério lesado, nem entre os hemiplégicos de diferente etiologia, simplesmente porque os sintomas depressivos não terão a ver com o hemisfério afectado, com a etiologia, e todas as outras variáveis biográficas, lesionais, deficiências e status funcional, mas sim com a forma individual que cada um possui para lidar com estas condições particulares que o AVC produz.

Os estados de ansiedade inerentes a muitos destes doentes encontram-se ao longo de avaliações manifestamente relacionados com os seus níveis depressivos. Isto sucede muito provavelmente pelo facto já referido de ambas as variáveis se entrecruzarem e se manifestarem de uma forma semelhante e complementar.

No 1º mês os níveis de ansiedade encontram-se também relacionados com as sequelas motoras (Escala Motora) e funcionais (MIF e Índice de Barthel) com que o doente se confronta. Parece pois ser legítimo afirmar que as sequelas estão na origem da ansiedade, e não da depressão, como já verificámos.

Mais tarde, o que se correlaciona com significado estatístico são as alterações na sua vida social consequentes ao AVC.

Este facto vem assim realçar a importância que para o doente, a longo prazo, parecem ter as desvantagens sociais, que o fazem reconhecer-se como inválido, ultrapassando então a preocupação imediata que ao 1º mês manifesta ao ver-se limitado motora e funcionalmente.

Recordando Vaz Serra (12), os doentes com grandes níveis de ansiedade podem desenvolver um sentimento de desconforto em numerosos contextos, aprendendo estratégias que o limitam e dificultam nas relações sociais, profissionais e afectivas.

Conclusões

Os AVC têm um forte impacto no viver psicológico do doente traduzindo-se, nomeadamente, em elevados níveis de ansiedade e depressão, prolongando-se para além do primeiro ano.

A lesão neurológica per si parece afectar o estado depressivo do doente, apresentando-se por

isso ao primeiro mês, já não nas ulteriores avaliações, mais deprimidos os que sofreram AVC direito de maior volume.

As sequelas motoras e funcionais originam, num primeiro momento, elevados níveis de ansiedade e não de depressão.

A longo prazo é o próprio conceito de ansiedade e das estratégias desenvolvidas pelo ansioso que explicam as correlações com a restrição social.

Globalmente, o que parece ser determinante na organização e persistência dos estados de ansiedade e depressão são os recursos internos e externos de que o paciente dispõe para lidar com as sequelas funcionais, psicológicas e sociais da lesão.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Academia Médica Europea de Rehabilitación, FEMFR, UEME, Libro blanco de Medicina Física y de Rehabilitación, (ed) Universidad Complutense de Madrid, Salamanca, 1979.
- 2- Parikh, R M e Cols: The Impact of Poststroke Depression on Decovery in Activities of Daily Living Over a 2-Year Follow-up, Arch Neurol, 1990, 47, 785-89;
- 3- Price, T.R.: Affective disorders after stroke, Stroke, 1990, 21 (suppl. II), II-12-II-13.
- 4- Sinyor, D., Jacques, P.; Kaloupek, d. G.; Becker, R.; Goldenberg, M.; Coopersmith, H.: Poststroke depression and lesion location. Brain, 1986, 109, 537-546.
- 5- Sinyor, D; Amato, P.; Kaloupek, D.G.; Becker, R.; Goldenberg, M.: Post-stroke depression: relationships to functional impairment, coping strategies, and rehabilitation outcome. Stroke, 1986, vol 17, nº 6, 1102-1107.
- 6- Schubert, D S P, Burns, R, Paras, W, Sioson, E: Increase of Medical Hospital Length of Stay by Depression in Stroke and Amputation Patients: A Pilot Study, Psychother Psychosom, 1992, 57, 61-66.
- 7- Graff-Radford e N R, Biller, J: Behavioral Neurology and Stroke, Psych Clin N Am, 1992, 15, 2, 415-25.
- 8- Starkstein, S E e Robinson, R G: Affective Disorders and Cerebral Vascular Disease, British J Psych, 1989, 154, 170-82.
- 9- Robinson, R. G., Mood Disorder's in stroke patients, Brain, vol.107, 1984, pp. 81-93.
- 10- Gianotti, G.: Emotional behavior and hemispheric side of the lesion, Cortex, 1972, vol 8, 41-45.
- 11- Evans, Ron L. e Bishop, D. S.: Psychosocial outcomes in stroke survivors - implications for research, Stroke, 1990, 21 (suppl. II): II-48-II-49.
- 12- Serra, A. Vaz: Ansiedade social: definição e conceitos. Psiquiatria clínica, 1987, 8(1), 17-25.
- 13- Laíns J: Guia para o Uso do Banco Uniformizado de Dados para a Reabilitação Médica-MIF, Versão Portuguesa, ed. Ed. SMFR/HUC e Research Foudation - State University of New York, 1991.
- 14- Mahoney FI e Barthel DW: Functional Evauation: The Barthel Index. Maryland State Med. J.; 1965, 14, 61-65.
- 15- Serra, A. Vaz; Pio, A.: A aferição dos quadros clínicos depressivos. I ensaio de aplicação do Inventário de Beck a amostra portuguesa de doentes deprimidos. in Coimbra Médica, 1973, 20, 113-136
- 16- Serra, A. Vaz; Vaz, P. M. L.; Vale Lima, M.: Aplicação do Inventário Depressivo de Beck. in Medicina, 1976, 10, Coimbra, 537-548.
- 17- Raven J., Progressive Matrices, Manuel; Ed. Scientifiques et Psychologiques, 1981.
- 18- Egelko, S.; Simon, D.; Riley, E.; Gordon, W.; Ruckdesrel Hibbard, M.; Diller, L.: First year after stroke: tracking cognitive and affective deficits. Arch. Phys Med. Rehabil, 1989, vol 70, April, 297-302.
- 19- Elliot, D. R.; Rush, A. J.: Diagnosis and neuro-anatomical correlates of depression in brain-damaged patients. Arch Gen. Psychiatry, 1981, vol 38, Dec., 1344-1354.
- 20- Parikh, R. M., Lipey, J.R., Robinson, R.G., Price, T.R.: Two-year longitudinal study of post-stroke mood disorders: dynamic changes in correlates of depression at one and two years. Stroke, 1987, vol.18, 3, May-June, 579-584.
- 21- Wade, D.T., Hewer, R.L., Skilbeck, C.E.; David, R.M., Stroke: a clinical approach to diagnosis treatment and management, London, Chapman and Hall, 1985.
- 22- Derouessé, C., Bakchime, S.: Les dépressions consécutives à um A.V.C., in Jacques Pelisser, Hémiplegie vasculaire de l'adulte et médecine de reeducation, Masson, 1988.
- 23- Geschwind, N.: Fondements biologiques de la spécialisation hemisphérique, Rev. Neurol. (Paris), 1983, 139, 1, 11-14.
- 24- Greenberg, M.S.; Beck, A.T.: Depression versus anxiety: a test of the content-specificity hypothesis. Journal of abnormal psychology, 1989, vol 98, nº1, 9-13.
- 25- Hardy, M.-C.; Hardy, P.; Kerneis, O.: Sémiologie des conduites anxieuses.- Encycl. Méd Chir (Paris, France), 1985, Psychiatrie, 37112 A 10, 10, 20p.