

# REACÇÕES À SITUAÇÃO DE DOENÇA NO SÍNDROME DO HEMIPLÉGICO

Rui Aragão Oliveira\*, Jorge Laíns\*\*

## Resumo:

Através do Inventário de Saúde foram avaliadas as reacções à doença em 30 hemiplégicos com mais de um ano de evolução. Resultados: uma elevada percentagem de doentes com sintomas depressivos e ansiosos; muitos dos doentes continuam a centrar-se apenas nos problemas da doença, tendo dificuldades em confiar na relação terapêutica; a escolaridade parece ter uma influência significativa na determinação das principais desvantagens.

**Palavras-Chave:** Hemiplegia; Reacções emocionais; Desvantagens; Psicologia.

## Summary:

30 stroke patients with one year or more of evolution were studied on illness behavior to the disease situation (Illness Behavior Questionnaire). A high percentage has depression and anxiety symptoms. They felt like it difficult to trust in medical relations. Scholaryity seems to have influence in handicaps.

**Key Words:** Stroke; Emotional reactions; Handicap; Psychology.

Sabe-se hoje que os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) atingem cerca de 0,5 milhões de pessoas por ano no mundo inteiro<sup>1</sup>, constituindo as suas vítimas uma larga percentagem dos doentes crónicos que mais manifestam uma profunda insatisfação com a sua recuperação<sup>2</sup>, demonstrando a nas tentativas de prorrogação do tratamento. Relevantes, os custos desta sobrevivência (ou da incapacidade de viver com) criam um pesado fardo económico e social<sup>3</sup>, sem que sejam visíveis para o paciente as vantagens deste esforço.

As Deficiências e Incapacidades originadas provocam frequentemente uma mudança complexa nas relações com os que lhe são mais próximos (Desvantagens), que se traduzem particularmente nos processos de vinculação com os familiares, mas são também observáveis no relacionamento com a comunidade em geral. Por esta via, o sujeito vítima de AVC acede a um lugar entre os outros, construído muitas vezes numa espécie de relação negativa com o mundo das coisas e das pessoas, quase sempre insatisfatório, mas nem por isso sem grandes exigências e custos de ordem afectiva, social e económica. Os síndromes depressivos e diversas outras questões do foro psíquico<sup>2, 4, 5, 6</sup>,

pela sua persistência, prevalência e ainda independência, são demonstrativas dessa mesma insatisfação.

O comportamento do hemiplégico face à situação de doença crónica, consequência da dificuldade ou impossibilidade em lidar com a(s) perda(s) (física e social), reflecte-se inevitavelmente no seu relacionamento com os diversos elementos da equipa terapêutica: o doente procura insistentemente a confirmação do seu desejo/esperança, buscando a protecção capaz de o tranquilizar, vivendo no essencial o momento/problema presente, egocentricamente, desprezando outra(s) perspectiva(s); quem está do outro lado, a tratar ou a tentar tratar, esforça-se para desempenhar o papel que o doente também espera dele, o de profissional seguro e poderoso, senhor de grande autoridade, e o mais capaz de o proteger.

Quando a expectativa do doente é demasiado elevada para o poder e capacidade de quem está a cuidar, faz despertar sentimentos vários nos dois intervenientes; a agressividade de um paciente provoca com facilidade impaciência ou até cólera. Os dois podem nem saber da existência desta informação ou mesmo interpretá-la, mas ressentem-se dela no mal estar vivido e na insatisfação final.

O objectivo deste trabalho é avaliar os comportamentos de reacção à doença crónica dos doentes hemiplégicos e analisar as suas principais implicações

## Metodologia

A amostra é constituída por doentes hemiplégicos vítimas de Acidente Vascular Cerebral,

\* Psicólogo, Mestre em Psicologia Clínica  
Bolseiro da JNICT (Progama Praxis XXI)  
Serviço de Medicina Física e de Reabilitação (Director: Dr. Luis André)  
Hospitais da Universidade de Coimbra  
Praceta Prof. Mota Pinto 3049 Coimbra Codex

\*\* Médico-Fisiatra  
Assistente Hospitalar, responsável pela Consulta Multidisciplinar de Hemiplégicos  
Serviço de Medicina Física e de Reabilitação (Director: Dr. Luis André)  
Hospitais da Universidade de Coimbra

com um ano ou mais de evolução, que recorreram à consulta multidisciplinar de hemiplégicos do Serviço de Medicina Física e Reabilitação dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Cada indivíduo foi entrevistado por um psicólogo ou estagiário de licenciatura em psicologia preparado para o efeito.

O número total de sujeitos é de 30. A maioria da população são homens (cerca de 73%). No que diz respeito à idade, a maioria situa-se entre os 60 e os 70 anos. A média é de 60,4 anos, tendo o elemento mais novo 43 e o mais velho 77 anos.

O nível de escolaridade é em média de 3,7 anos, variando entre a analfabetização total e os 15 anos de formação escolar.

Escolaridade	n	%
0	4	13,333
1 - 2	6	20
3 - 4	16	53,333
5 - 6	2	6,667
7 - 8	2	6,667
+ = 9	1	3,333

**Quadro I**  
Escolaridade por anos

Actualmente, 27 dos indivíduos estão casados e apenas 3 se encontram viúvos. Não existem solteiros ou divorciados. Curiosamente, antes de ocorrer a doença havia 2 elementos que estavam divorciados e que agora casaram; 2 dos 3 viúvos já o eram anteriormente.

No que se refere à distribuição da amostra segundo o lado da lesão, 17 têm-na localizada no hemisfério esquerdo e 13 no direito.

O tempo médio de duração da doença é de 2,8 anos, variando entre o 1 e 12 anos de evolução.

Anos	n	%
1	1	3,333
2	13	43,333
3	15	50
12	1	3,333

**Quadro II**  
Tempo de evolução do AVC em anos

O Inventário de Saúde<sup>7</sup>, versão experimental portuguesa do *Illness Behaviour Questionnaire - IBQ*<sup>8</sup>, foi usado para avaliar o comportamento dos indivíduos em situação de doença. O questionário, com 62 perguntas de resposta fechada (sim/não), permite medir 7 aspectos: hipocondria geral (GH); convicção da doença (DC); queixas psíquicas vs somáticas (P/S); inibição afectiva (AI); distúrbios afectivos ou disforia (AD); negação (D); e irritabilidade (I). Existem ainda mais alguns factores

secundários, resultantes da conjugação destas diferentes sub-escalas, que Pilowsky<sup>8</sup> elaborou mediante uma complexa análise estatística. São eles o estado afectivo (AS), a afirmação da doença (DA), o índice de hipocondria de Whiteley (WI) e a função discriminante do IBQ (DF). Estes quatro factores fornecem pontos de corte com o objectivo de discriminar os paciente que têm uma elevada probabilidade de manifestarem comportamentos "anormais" perante a doença. São considerados comportamentos "anormais" perante a doença aqueles inapropriados e que implicam um modo inadequado de perceber, avaliar e agir em relação ao seu próprio estado de saúde.

Embora inicialmente o IBQ tenha sido empregue para delinear padrões de comportamento face à situação de doença em pacientes na consulta da dor, actualmente tem sido utilizado em múltiplas populações: doentes vítimas de enfartes miocárdicos<sup>9</sup>, submetidos a cirurgias<sup>10</sup>, pacientes com lombalgias<sup>11</sup> e na população normal<sup>12</sup>.

## Resultados e Discussão

Na análise do Inventário de Saúde (IBQ)<sup>8</sup>, baseando-se nos resultados de diferentes tipos de populações, hospitalizados e normais, sugeriu valores de corte para 5 factores, com o objectivo de facilmente detectar aqueles sujeitos com probabilidades elevadas de manifestar comportamentos anormais à situação de doença. Tendo em linha de conta estes valores, pode-se verificar que, nesta amostra de hemiplégicos crónicos, existem números no mínimo preocupantes.

Escala do IBQ	Valor de corte	% de sujeitos (n)
DC	> = 3	76,67% (n=23)
P/S	> = 1	60% (n=18)
DA	> = 7	53,33% (n=16)
DF	> = 70	13,33% (n=4)
WI	> = 8	33,33% (n=10)

**Quadro III**  
Porcentagem de sujeitos com valores de risco

Os comportamentos mais relevantes são as convicções das ideias acerca da doença (IBQ-DC), com tendência para rejeitar outras opiniões contrárias como a do médico e pessoal de saúde (76,67% ultrapassam o valor de corte), e a dificuldade do indivíduo para se colocar em causa (IBQ-P/S). As pontuações ponderadas destes sujeitos revelam um número significativo de percentagens elevadas em IBQ-D (43,33% atingem o resultado máximo), o que indica uma propensão para negar quaisquer outros problemas da sua vida para além da doença e da recuperação. Mais ou menos 20% atinge também o valor máximo no factor IBQ-AD, o que aparentemente insinua elevadas taxas de hemiplégicos com sintomas depressivos e elevados níveis de ansiedade.



IBQ	Média	Mín./Máx. Observado	Varição possível
GH	2,96	0/7	0 - 9
DC	3,3	1/6	0 - 6
P/S	1,43	0/3	0 - 5
AL	2,63	1/5	0 - 5
AD	2,7	0/5	0 - 5
D	4,16	3/5	0 - 5
I	1,7	0/5	0 - 6
AS	7,36	0/16	0 - 20
DA	6,86	3/11	0 - 11
DF	51,3	27/86	0 - 100
WY	6,86	2/14	0 - 14

Quadro IV

Valores médios alcançados nos factores do IBQ

O tempo de duração da doença e o estado civil dos doentes não têm qualquer relação estatisticamente significativa com os factores do IBQ.

O lado cerebral em que ocorre a lesão correlaciona-se com significado estatístico com dois dos factores secundários do IBQ (correlação de Mann-Whitney): AS ( $z=-2,021$ ;  $p=0,0433$ ); e o WI ( $z=-2,056$ ;  $P=0,0398$ ). Por outras palavras, os doentes com lesões no hemisfério direito apresentam probabilidades significativas de terem um valor mais elevados nestes factores.

A variável idade correlaciona-se com significado estatístico com alguns dos factores do IBQ (correlação de Spearman): DC ( $Rho=0,398$ ;  $p=0,0322$ ); AD ( $Rho=0,492$ ;  $p=0,0081$ ); I ( $Rho=0,395$ ;  $p=0,0335$ ); AS ( $Rho=0,504$ ;  $p=0,0302$ ). O que indica que quem tem mais idade parece reagir pior à doença, ou de uma forma menos adequada.

O nível de escolaridade dos sujeitos foi a característica desta população que mais correlações com valor significativo apresentou. Estes dados sugerem que quanto mais elevado é o nível de escolaridade, mas baixos tendem a ser os valores alcançados nas escalas, implicando portanto uma melhor adaptação à realidade da sua doença.

		Rho	p
Média	GH	- 0,375	0,0433
	DC	- 0,392	0,0346
	AI	0,591	0,0015
	AD	- 0,405	0,0291
	D	0,628	0,0007
	AS	- 0,477	0,0102
	WI	- 0,485	0,0089

Quadro V

Correlações entre o grau escolaridade (em anos) dos sujeitos e os resultados do IBQ (correlação de Spearman)

Obtiveram-se neste estudo algumas indicações que vêm confirmar valores já obtidos por outros autores<sup>4, 5, 13, 14, 15, 16</sup>. Os doentes hemiplégicos vítimas de AVC apresentam sintomas depressivos e elevados níveis de ansiedade muito para além da fase aguda da doença. Mesmo passado um ou mais anos, 20% dos sujeitos da amostra atingem o valor máximo no factor IBQ-AD. No mesmo sentido, mais de metade dos 30 indivíduos avaliados ultrapassa os valores de corte sugeridos

por Pilowsky em 3 (DC; P/S; DA) dos 5 factores. Isto implica, segundo este investigador, que aqueles elementos têm formas inapropriadas e inadequadas de perceber, avaliar e lidar com o seu próprio estado de saúde.

Muitos dos doentes (43,333%) alcançam o valor máximo do factor IBQ-D (negação). Esta capacidade de negar a importância de situações ou acontecimentos habitualmente provocadores de stress e preocupação, e que leva a pessoa a centrar as suas atenções na doença, em conjugação com a alta percentagem de pacientes que não parece confiar no médico e nas informações que este lhe fornece (76,67% no IBQ-DC), adequa-se a um dos pressupostos básicos da explicação elaborada<sup>6</sup>. Rejeitar a segurança e a confiança que as palavras do médico lhe poderiam oferecer, é fazer sobrepor as suas convicções, as suas ideias e considerações, no fundo as suas expectativas e desejos acima de tudo e de todos (acima da realidade intolerável). Livrar-se de outros problemas, implica "empenhar-se a 100%" em curar-se, em procurar o "objecto" (corpo e capacidades) perdido, justificando, por exemplo, o seu desejo em perpetuar o tratamento, que espera mágico e lhe ressuscite a posição do passado.

A correlação significativa entre a idade e múltiplos factores do IBQ (DC, AD, I, AS, WI) indica que os sujeitos com mais idade são aqueles que tendem a reagir pior à situação de doença. A convicção na doença e a preocupação sintomática é maior nos mais idosos, apresentando estes sentimentos que sugerem mais ansiedade, tristeza e irritabilidade e também uma maior tendência para provocar conflitos interpessoais. Estes resultados contrapõem a opinião de Robinson<sup>13</sup>, que defende exactamente o contrário: os hemiplégicos mais novos, na sua ideia, reagem pior na medida em que a doença provoca-lhes uma maior alteração na vida (ainda verdadeiramente activa). Pensamos que, uma vez que o potencial de reabilitação diminui com a idade, os sujeitos das camadas mais idosas são aqueles em que o grau de desfazamento entre as expectativas de recuperação e a realidade poderá ser maior, o que resultaria numa maior insatisfação, exteriorizada por exemplo em sentimentos depressivos ou outros.

O nível de escolaridade do paciente assume uma importância de algum relevo, e está talvez por explorar devidamente.

A escolaridade tem uma correlação estatisticamente significativa com 7 dos 11 factores do IBQ: correlação negativa com a hipocondria geral, convicção da doença, distúrbios afectivos, estado afectivo e o índice de hipocondria de Whiteley; e correlação positiva com a inibição afectiva e negação. Por outras palavras, os pacientes com um nível de escolaridade mais elevado tendem a ter mais dificuldades em manifestar os seus sentimentos, especialmente os negativos, atribuindo todos os seus problemas para os efeitos da doença, mas não apresentam tanta ansiedade e sentimentos

depressivos e aceitam melhor a opinião e segurança que o médico lhe fornece.

Normalmente, mais anos de escolaridade está associada a mais informação. E inclusive este facto pode influenciar a própria relação que o médico e a equipa de tratamento têm com o paciente. É mais fácil entender as queixas do doente, e este perceber melhor o que realmente o médico lhe comunica quando a escolaridade é mais elevada. Por isso, o hemiplégico com mais anos de escola confia mais no discurso do médico (correlação significativa com IBQ-DC,  $p=0,0346$ ). Ele vai ter assim mais informações, que lhe poderão ser fundamentais para obter uma melhor consciencialização da sua efermidade, e das suas possibilidade de recuperação.

Como a expressão de sentimentos e dos múltiplos aspectos emocionais dificilmente tem lugar, por questões normalmente inerentes às particularidades da denominada relação médico-doente, o indivíduo lesado procura negar estes aspectos (correlação positiva com IBQ-D,  $p=0,0007$ ), centrando-se na objectividade da sua doença. Ou então aprende a não manifestar emoções de carácter negativo por dificuldades de o fazer verbalmente e/ou pela incapacidade dos que o acompanham de o escutar, compreender e auxiliar (portanto, por inexistência de um espaço continente capaz de suportar e transformar as suas angústias).

Concluindo confirma-se um elevado número de doentes hemiplégicos vítimas de AVC crónicos, com mais de um ano de evolução, que apresentam comportamentos face à doença menos adequados, fazendo-se acompanhar de sintomatologia depressiva e ansiosa.

Muitos destes sujeitos (mais de 50%) não confiam na segurança que a equipa de tratamento, por ventura, lhes pode proporcionar, nem dão grande crédito à informação que o mesmo lhe transmite acerca da patologia, suas consequências e potencial de recuperação.

Apesar de terem já estabilizado a sua evolução funcional, um grande número de hemiplégicos crónicos continua a centrar as suas atenções e preocupações nesta doença, descuidando e negligenciando qualquer outra questão (de saúde, familiar, social, etc).

Mais importante que a idade e sexo do doente, ou o lado da lesão, ou ainda a gravidade das incapacidades, a escolaridade dos sujeitos surge como um factor a ter em conta, capaz de influenciar os níveis de adaptação, e quase determinar as características das várias desvantagens consequentes.

- 1- Goldstein, Perry C. e col., (1987) Neurological disorders, em R. L. Morrison, A. S. Bellack, Medical factors and psychological disorders-a handbook for psychologists, 1987, Plenum Press, New York, 231-266.
- 2- Wade, D. T.; Langton Hewer, R.; Skilbeck, C. E.; David, R. M. (1986) Stroke, A critical approach to diagnosis, treatment and management, London, Ed. Chapman and Hall.
- 3- Garraway, W. M.; Whisnant, J. P.; Drury, I., (1983) The continuing decline in the incidence of stroke, Mayo Clinic. Proc., 58, 520-523.
- 4- Price, T. R., (1990) Affective disorders after stroke. Stroke; 21 (suppl II) II-12-II-13.
- 5- Laíns, J.; Oliveira, R. A.; Caldas, J.; Azenha, A.; Keating, J., (1993) Depressão e ansiedade nos hemiplégicos crónicos, Revista de Medicina Física e Reabilitação, 1993, 1, 13-17.
- 6- Oliveira, R. Aragão, (1994) Transformar o impossível - contributo para o estudo dos factores psicológicos dos doentes hemiplégicos vítimas de Acidentes Vasculares Cerebrais. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica pela Universidade de Coimbra.
- 7- Cerejo, A.; Aires, Q., (1992) O inventário de saúde, Lab. Neuropsicologia H. M. P., Lisboa.
- 8- Pilowsky, I.; Spence, N. D., (1983) Manual for the illness behaviour questionnaire (IBQ), second edition.
- 9- Byrne, D.; Whyte, H.; Lance, G., (1978) A typology of responses to illness in survivors of myocardial infarction, Int. J. Psychiat. Med., 9, 133-145.
- 10- Pilowsky, I.; Spence, N. D.; Waddy, J. L., (1979) Illness behaviour and coronary artery bypass surgery, J. Psychosom. Res., 23, 39-44.
- 11- Keefe, F. J.; Crisson, J. E.; Maltbie, A.; Bradley, M.; Gil, K. M., (1986) Illness behavior as a predictor of pain and overt behavior patterns in chronic low back pain patients, Journal of Psychosomatic Research, vol. 30, nº 5, 543-551.
- 12- Pilowsky, I.; Smith, Q. P.; Katsikitis, M., (1987) Illness behaviour and general practice utilisation: a prospective study, Journal of Psychosomatic Research, vol. 31, nº 2, 177-183.
- 13- Robinson, R. G.; Starr, L. B.; Kubos, K. L.; Price, T. R., (1983) A two-year longitudinal study of post-stroke mood disorders: findings during the initial evaluation, Stroke, vol. 14, nº 5, Sept.-Octob., 1983, 736-741.
- 14- Pelissier, J., (1988) Hémiplégie vasculaire de l'adulte et médecine de rééducation. Masson, Paris.
- 15- Graff-Radford, N. R.; Biller, J., (1992) Behavioral neurology and stroke, Psychiatric Clinics of North America, Vol. 15, nº 2, June 1992.
- 16- Oliveira, R.A.; Laíns, J.; Paixão, R., (1994) Anxiety and social readjustment of hemiplegics. Jesús Rodríguez-Marin Ed., Health Psychology and quality of life research. Health Psychology Department, University of Alicante Sapin, Vol. I, p. 304-311.