

## Atuação do Psicólogo na Reabilitação de Pacientes Pós-Acidente Vascular Cerebral<sup>1</sup>

ARIANNE SOUZA DE OLIVEIRA ACIOLI<sup>2</sup>

Graduada em Psicologia pela Faculdade Estácio de Alagoas – Estácio FAL

MAXSUEL OLIVEIRA DE SOUZA

Graduado em Psicologia pela Faculdade Estácio de Alagoas – Estácio FAL

ROSANE PEREIRA DOS REIS

Doutora em Biotecnologia pelo Programa de Doutorado em Biotecnologia –

Rede Nordeste de Biotecnologia (RENORBIO)

Universidade Federal de Alagoas – UFAL

MARGARIDA MARIA DE CAMPOS FERREIRA

Professora da Faculdade Estácio de Alagoas – Estácio FAL

Mestre em Pesquisa em Saúde pelo CESMAC

### Resumo

*As pessoas que sofrem um Acidente Vascular Cerebral apresentam uma grande incidência de depressão, ocasionada por mudanças significativas e repentinas. A reabilitação cognitiva visa minimizar os sintomas disfuncionais, mobilizando todos os elementos necessários para o envolvimento do indivíduo em seu processo de recuperação, permitindo uma maior adesão ao tratamento e a garantia de qualidade de vida, por meio de estratégias, compreendendo todas as variáveis do dano cerebral e sua evolução, traçando um planejamento terapêutico eficaz com mapeamento das capacidades cognitivas preservadas e alteradas. O objetivo desse estudo é analisar a atuação do psicólogo na reabilitação de pacientes pós-AVC. Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa da literatura de abordagem qualitativa, realizada no SciELO entre os anos de 2010 a 2018, juntamente de artigos complementares do Google Acadêmico e livros. Nas pesquisas*

<sup>1</sup> Psychologist's Performance in the Rehabilitation of Post-Brain Vascular Accident Patients

<sup>2</sup> Corresponding author: arianneoliveira2009@hotmail.com

*constatou-se que, a atuação do psicólogo auxilia no processo de aceitação das sequelas pós-AVC e na aplicação de estratégias que facilitem a comunicação entre equipe, paciente e família. Além de proporcionar equidade no planejamento dos cuidados para a reabilitação; permitindo a identificação precoce das sequelas decorrentes do AVC que promoverá as adaptações e modificações sociais e familiares, prevenindo comorbidades como a depressão. Sendo assim, a discussão do estudo foi dividida em tópicos com o intuito de proporcionar ao leitor uma melhor compreensão sobre os estudos analisados.*

**Palavras-chave:** Psicologia, Reabilitação, Depressão, AVC.

### **Abstract**

*People who suffer a stroke have a high incidence of depression, caused by significant and sudden changes. The cognitive rehabilitation aims to minimize dysfunctional symptoms, mobilizing all the elements necessary for the individual's involvement in his/her recovery process, allowing a greater adherence to the treatment and to a quality of life assurance, through strategies, including all variables brain damage and its progress, laying out an effective therapeutic planning with mapping of the preserved and altered cognitive capacities. The aim of this study is to analyse the role of the psychologist in the rehabilitation of post-stroke patients. This study brings an integrative literature review research with a qualitative approach, conducted at SciELO between the years 2010 to 2018, together with complementary articles from Google Scholar and books. In research, it was found that the psychologist's performance helps in the process of accepting post-stroke sequelae and also in the application of strategies that facilitate the communication between staff, patient and family. In addition to providing equity in the planning of care for rehabilitation; allowing the early identification of sequelae resulting from stroke that will promote social and family adaptations and modifications, preventing comorbidities such as depression. Thus, the discussion of the study was divided into topics to offer the reader a better understanding of the studies analysed.*

**Keywords:** Psychology, Rehabilitation, Depression, AVC.

## 1. INTRODUÇÃO

A atuação do psicólogo na reabilitação de pacientes pós Acidente Vascular Cerebral (AVC) é imprescindível para auxiliar o paciente a se adequar à nova fase de sua vida. O AVC também conhecido como Acidente Vascular Encefálico (AVE), ou popularmente conhecido como "derrame", pode ser compreendido como a morte de uma parte do cérebro, ocasionada pela insuficiência de irrigação do sangue. Assim, os vasos que são responsáveis pela nutrição ficam bloqueados parcialmente ou totalmente, o mesmo podendo ocorrer em vasos intracranianos (Moreira et al., 2014). De acordo com Caro, Costa e Cruz (2018) essa lesão resulta em prejuízos na funcionalidade, comprometendo as atividades diárias.

O AVC é um déficit neurológico, que possui como fatores de risco, a hipertensão arterial sistêmica, em grande parte, gerada por um estilo de vida agitado, com sedentarismo, estresse, má alimentação, consumo excessivo de tabaco e bebidas alcoólicas (Pires, Gagliardi e Gorzoni, 2004). Conforme Santos (2016) essa doença cerebrovascular é responsável pelo alto índice de mortalidade e de incapacidades.

Com os avanços dos estudos em neurologia, a partir da década de 90, pode-se obter uma melhor compreensão das doenças, principalmente do AVC (Pires, Gagliardi e Gorzoni, 2004). Atualmente, o número de casos fatais vem diminuindo, sendo preciso tratar as sequelas fazendo com que o indivíduo e os seus familiares aprendam a conviver com as limitações, dessa forma, muitos pacientes conseguem reverter o quadro de deficiência física e mental (Rangel, Belasco e Diccini, 2013).

Para tanto, faz-se necessário à inclusão de um programa de reabilitação cognitiva, no sentido de entender todas as variáveis do dano cerebral e sua evolução, considerando que as sequelas podem ser temporárias ou permanentes (Rangel, Belasco e Diccini, 2013). Dantas et al. (2014) abordam que cabe ao psicólogo junto com a equipe multidisciplinar levantar hipóteses para um diagnóstico preciso, compreendendo dentro das estratégias terapêuticas como o dano cerebral interfere na dinâmica do paciente. Ressalta-se então, a utilização de medidas preventivas imediatas, uma vez que o dano cerebral ocasiona alterações significativas em curto prazo.

Segundo Albuquerque e Scalabrin (2007) um planejamento terapêutico eficaz com um mapeamento das capacidades cognitivas preservadas e alteradas poderá intervir de forma positiva na reestruturação neuronal, permitindo que o paciente forme novas conexões sinápticas através de atividades que englobem exercícios sensório-motor, linguagem, memória, além de adaptações e modificações sociais e familiares que permitam ao paciente retornar de maneira segura, produtiva e independente as suas atividades diárias, diminuindo as sequelas permanentes.

Rangel, Belasco e Diccini, (2013) afirmam que a reabilitação psicológica também é feita por meio da realização de atividades físicas, que trazem benefícios emocionais, melhoram a autoconfiança e a elaboração de novos projetos e objetivos para a superação da crise, decorrente de perdas que são inerentes ao paciente de AVC.

A depressão pode ser compreendida como uma das complicações psiquiátricas que podem ocorrer com frequência após um AVC. Sendo associada a fatores de riscos, sua prevalência é em mulheres jovens e vulneráveis economicamente, que por sua vez, já apresentaram histórico depressivo ou sofreram AVC (Pires, Gagliardi e Gorzoni, 2004). Essa psicopatologia é uma doença grave, que gera incapacidades, fazendo com que o indivíduo se torne dependente e necessite de ajuda diária para realizar tarefas que anteriormente eram realizadas de forma automática ou simples (Moreira et al., 2014).

Pires, Gagliardi e Gozoni (2014) afirmam que é preciso detectar a depressão rapidamente e oferecer um tratamento eficiente e adequado. Moreira et. al. (2014) afirmam que os pacientes se deprimem e isolam-se, resultando em um quadro de depressão severa, aumentando as possibilidades de reincidência de AVC ou morte, já que, ambas as patologias são responsáveis pelo comprometimento das funções físicas e de linguagem. Assim, a qualidade de vida é comprometida e o diagnóstico da depressão pós-AVC se torna essencial para que o paciente seja acompanhado e receba o tratamento adequado com a reabilitação cognitiva (Rangel, Belasco e Diccini, 2013).

Assim, conforme relata Rangel, Belasco e Diccini (2013) a reabilitação cognitiva juntamente das medidas preventivas de promoção e prevenção à saúde poderá trazer ao paciente uma nova concepção de tratamento humanizado, com intenção de ajudar o mesmo a melhorar e adaptar-se ao novo estilo de vida, por meio de técnicas

psicológicas com o foco na redução e diminuição de pensamentos disfuncionais gerados pelas sequelas do AVC.

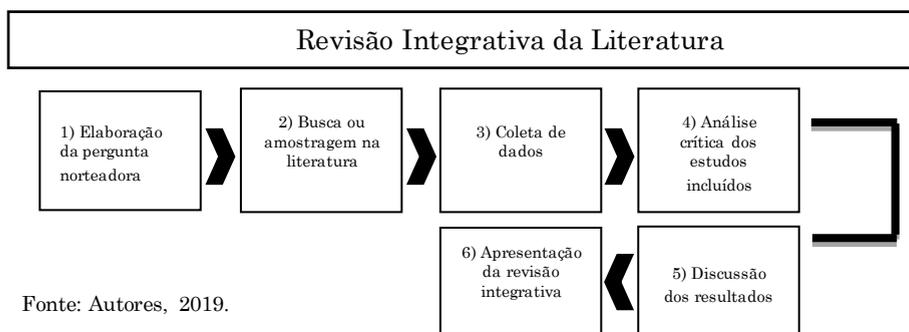
O presente artigo tem por objetivo analisar a atuação do psicólogo na reabilitação de pacientes pós-AVC, bem como, verificar o conceito e as características dessa patologia; identificar os aspectos que contribuem para a reabilitação, e analisar a prevalência da depressão em pacientes com AVC. Busca-se responder ao seguinte problema: como a atuação do psicólogo pode contribuir para a reabilitação pós-AVC e prevenir à depressão?

## 2. MÉTODO

O presente estudo trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura, descritiva e qualitativa. De acordo Souza, Silva e Carvalho (2010) esse método de pesquisa tem como foco investigar os estudos científicos relevantes, estabelecendo critérios pré-definidos que fundamentam e delimitam a pesquisa em fases, como forma de identificar uma problemática e investigá-la.

Esse método por sua vez avalia a qualidade dos estudos, reúne evidências científicas, extrai os dados, organizando-os, e por fim sintetiza para revelar os resultados publicados (Souza, Silva e Carvalho, 2010). Na Figura 1 mostra-se o processo de sistematização dessa revisão.

**Figura 1: Revisão Integrativa da Literatura**



Fonte: Autores, 2019.

A pesquisa foi realizada na base de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) por meio dos Descritores em Ciências da Saúde (Desc): psicologia, reabilitação, AVC. A filtragem decorreu através do operador booleano “AND”, com as seguintes combinações “psicologia” and EUROPEAN ACADEMIC RESEARCH - Vol. VIII, Issue 6 / September 2020

“reabilitação” and “AVC”. Os critérios de inclusão da pesquisa foram artigos científicos *on-line*, gratuitos, estudos brasileiros, na língua portuguesa, publicados entre os anos de 2010 a 2018. E os critérios de exclusão: artigos incompletos, duplicados, títulos e resumos irrelevantes ao tema proposto.

Também, utilizou-se como materiais complementares 7 artigos científicos e 4 livros, correspondentes aos períodos de 1996 a 2016. Ressalta-se que, esses materiais foram inclusos no estudo com o objetivo de embasar o trabalho e fornecer novas concepções a respeito da temática. Assim, no Quadro 1, estão organizados os materiais complementares, respeitando a autoria, título e ano de publicação.

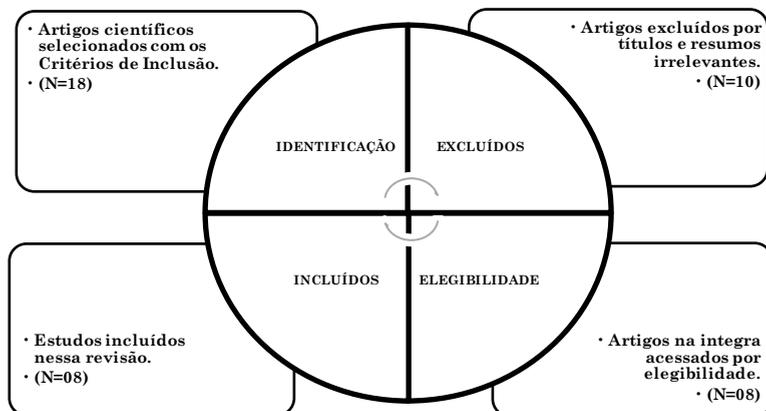
**Quadro 1: Materiais complementares inclusos na revisão**

	AUTOR	TÍTULO	ANO DE PUBLICAÇÃO
<b>ARTIGOS</b>	Santos.	AVCH atendidos pelo hospital de referência em AVC.	2016
	Neves et al.	Profissionais da saúde, que assistem pacientes com Acidente Vascular Cerebral, necessitam de informação especializada.	2016
	Albuquerque e Scalabrin.	O uso do computador em programas de reabilitação neuropsicológica.	2007
	Calais et al.	Avaliação funcional da mímica na paralisia facial central por Acidente Cerebrovascular.	2005
	Pires, Gagliardi e Gorzoni.	Estudo das frequências dos principais fatores de risco para Acidente Vascular Cerebral isquêmico em idosos.	2004
	Terroni et al.	Depressão pós-AV C: fatores de risco e terapêutica antidepressiva.	2003
	Gagliardi.	Primeiro consenso brasileiro do tratamento da fase aguda do Acidente Vascular Cerebral.	2001
<b>LIVROS</b>	Fréguas.	Depressões secundárias: peculiaridades da depressão no contexto médico não-psiquiátrico.	2016
	Rossetto.	Avaliação e tratamento da capacitação funcional.	2015
	Wright, Basco e Thase.	Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental.	2008
	Tognola.	Qualidade de atendimento após acidente vascular cerebral.	1996

Fonte: Autores, 2019.

Na Figura 2, é ilustrado o Fluxograma dos procedimentos de busca na base de dados SciELO, onde inicialmente foram encontrados 18 artigos.

**Figura 2: Fluxograma dos procedimentos de busca no SciELO**



Fonte: Autores, 2019.

### 3. RESULTADOS

No Quadro 2 discriminam-se os 8 artigos que fazem parte da constituição da amostra do SciELO. Sendo classificados a partir das seguintes informações: autores, ano de publicação, título e objetivo.

**Quadro 2: Discriminação dos artigos do SciELO**

Autores	Ano	Título	Objetivo
Silva et al.	2018	Estimulação transcraniana por corrente contínua: estudo sobre respostas em tarefas de nomeação em afásicos.	Comparar os resultados nas tarefas de nomeação de pacientes afásicos após AVC dos grupos ativo e controle.
Caro, Costa e Cruz.	2018	O uso de dispositivos de assistência à mobilidade e a independência funcional em pacientes com AVC.	Identificar os níveis de independência funcional e o uso de dispositivos auxiliares para a mobilidade entre sujeitos com AVC.
Costa et al.	2016	Efeitos da terapia espelho na recuperação motora e funcional do membro superior com paresia pós-AVC: uma revisão sistemática.	Reunir evidências que pudessem mostrar quais são os efeitos da Terapia do espelho na recuperação motora e funcional do membro superior com paresia pós-AVC.
Goulart et al.	2016	Caracterização de Acidente Vascular Cerebral com enfoque em distúrbios da comunicação oral em pacientes de um hospital regional.	Caracterizar pacientes com AVC, verificar a prevalência de distúrbios de comunicação oral relacionados e a frequência de encaminhamento para

			reabilitação fonoaudiológica.
Moreira et al.	2014	Análise de conceito do resultado de enfermagem Mobilidade em pacientes com Acidente Vascular Cerebral.	Realizar análise do conceito do resultado de enfermagem Mobilidade em paciente com AVC.
Dantas et al.	2014	Rastreamento cognitivo em pacientes com Acidente Vascular Cerebral: um estudo transversal.	Fazer um rastreamento cognitivo nos pacientes com AVC, a fim de determinar pontos de corte de acordo com a idade, escolaridade e grau de comprometimento neurológico.
Rangel, Belasco e Diccini.	2013	Qualidade de vida de pacientes com Acidente Vascular Cerebral em reabilitação	Avaliar e correlacionar a qualidade de vida e depressão de pacientes após Acidente Vascular Cerebral em reabilitação.
Costa, Silva e Rocha.	2011	Estado neurológico e cognição de pacientes pós-Acidente Vascular Cerebral.	Investigar por meio de uma equipe multidisciplinar o estado neurológico e o desempenho cognitivo de pacientes pós-AVC mediante um estudo transversal com 45 pacientes em processo de reabilitação após um AVC agudo.

Fonte: Autores, 2019.

Os artigos analisados apresentam um perfil com dados mundiais sobre o AVC. Abordando que essa doença é grave, geradora de danos psicológicos/cognitivos que em muitos casos são irreparáveis. Também, expõe-se que esse problema pode surgir acompanhado de outras comorbidades como à Depressão.

## 4. DISCUSSÃO

### 4.1 Aspectos Gerais do AVC

O Acidente Vascular Cerebral é uma complicação de saúde pública global em termos de mortalidade. O Ministério da Saúde (Brasil, 2019) expõe que as doenças cerebrovasculares têm se tornado um problema de saúde mundial, sendo a segunda causa de morte no Brasil. Segundo Terroni et al. (2003) uma das variáveis que interferem no processo de reabilitação do paciente é a depressão Pós-AVC. Rangel, Belasco e Diccini (2013) observaram que as doenças cardiovasculares

têm se tornado cada vez mais frequentes nos âmbitos familiares e vem sendo um motivo de alerta em muitos países.

Conforme a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas, 2018), 15,6 milhões de pessoas em 2016 apresentaram AVC por ano, destes, cinco milhões morreram em decorrência do evento e grande parte dos sobreviventes apresentaram sequelas físicas e/ou mentais. Ainda, de acordo com Caro, Costa e Cruz (2018) o AVC é responsável por 10% (dez por cento) dos óbitos em todo o mundo, sendo uma das principais causas de incapacitação física.

O AVC refere-se a uma deficiência neurológica no encéfalo que altera o Sistema Arterial e o Sistema Nervoso (SN). Ou ainda, denominada de Síndrome Vascular, processo pelo qual várias artérias cerebrais são obstruídas (Calais et al., 2005). Essas lesões são ocasionadas a partir do suprimento sanguíneo irregular destinado ao cérebro, prejudicando as suas funções de manutenção e homeostasia (Gagliardi, 2001). Silva et al. (2018) apontam que um fator contribuinte para desenvolvimento do AVC é o fato de que o tecido nervoso não possui reservas de oxigênio e glicose necessárias para circulação do sangue e nutrição das células, a ausência dessas substâncias contribui para que a atividade funcional diminua.

O AVC divide-se em duas categorias: isquêmico e hemorrágico. O AVC isquêmico é entendido como bloqueio, oclusão e a hipoperfusão que reduz o fluxo sanguíneo na artéria do cerebral, provocando falta de circulação e diminuição das funções neurológicas. E o AVC hemorrágico surge por meio de um rompimento de um vaso sanguíneo, resultando em um extravasamento do sangue no interior ou ao redor do cérebro, evoluindo de uma paralisia para uma lesão de forma rápida (Goulart et al., 2016).

O AVC hemorrágico é mais grave, tendo como sintomas: cefaleia e vômitos, podendo o paciente apresentar quadros de perda ou perturbações da consciência devido ao aumento da pressão intracraniana, que pode ser facilmente identificada, uma vez que provoca edema na região afetada (Pires, Gagliardi e Gorzoni, 2004; Moreira et al., 2014).

No AVC a reação fisiológica do organismo se dá com a formação de coágulos de sangue ou trombos nas artérias ou veias. No primeiro caso, a oclusão ocorre no vaso; no segundo, afeta um conjunto de vasos, podendo ocorrer por meio da embolia cerebral, a restrição sanguínea é

feita por um corpo estranho que pode ser gordura que se desloca das paredes arteriais (Pires, Gagliardi e Gorzoni, 2004). Já a hemorragia cerebral ocorre quando o sangue extravasa para fora dos vasos, derramando no interior do cérebro, ou entre ele e a membrana aracnoide (Calais et al., 2005).

Segundo Calais et al. (2005) o AVC também afeta os Neurônios Motores Superiores (NMS) que estão localizados na área motora no cérebro (giro pré-central) e pode resultar na perda do controle voluntário em relação aos movimentos. Silva et al. (2018) observaram que o comprometimento de cada uma das áreas é caracterizado pela presença de sinais e sintomas da disfunção do neurônio motor superior, exibindo fraqueza e reflexos tendíneos vivos. Conforme Caro, Costa e Cruz (2018) a disfunção motora mais comum é a hemiplegia, em decorrência da lesão do lado oposto do cérebro, e a hemiparesia ou fraqueza de um lado do corpo.

#### **4.2 Medidas emergenciais e cuidados pós-AVC**

Em decorrência aos ataques de AVC isquêmico, o número de casos tem aumentado significativamente (Goulart et al., 2016). Esse problema gera perdas na produtividade, elevando os custos de tratamento, com hospitalizações e atendimentos domiciliares (Pires, Gagliardi e Gorzoni, 2004). Dantas et al. (2014) afirmam que na maioria dos casos de reversão do comprometimento cognitivo as ações são realizadas rapidamente, quanto mais tempo passar para prestar o atendimento, menor a chance de reversão.

Assim, os cuidados prestados pelas Unidades Hospitalares estabelecem a eficácia do atendimento (Santos, 2016). Pires, Gagliardi e Gorzoni (2004) explicam que é importante que as decisões referentes à doença sejam tomadas rapidamente, evitando a mortalidade no hospital. Silva et al. (2018) esclarecem que os cuidados durante a primeira semana de internação são essenciais para promover a recuperação clínica do paciente, sendo capaz de evitar um aumento no número de mortes. De acordo com Dantas et al. (2014) torna-se essencial cuidar do paciente ainda na fase aguda, possibilitando o funcionamento eficaz da região cerebral.

### **4.3 Lesões Neurológicas associadas ao AVC**

A alteração do tônus é um dos problemas que estão associados ao AVC. Ocorre quando o hemicorpo se torna flácido e não consegue desenvolver voluntariamente os movimentos, fazendo com que o indivíduo perca a capacidade de manter um membro posicionado (Silva et al., 2018).

Verifica-se que, a perda dos movimentos gerados por uma lesão no hemicorpo, altera e compromete as funções do lado oposto corporal (Goulart et al., 2016). Calais et al. (2005) afirmam que as pessoas que apresentam danos no hemisfério esquerdo, podem ter a fala comprometida, dificultando na compreensão da palavra, já aqueles que possuem danos no hemisfério direito demonstram complicações na percepção. O Acidente Vascular Cerebral também dificulta o ato de engolir, causa incontinência urinária e fecal (Costa, Silva e Rocha, 2011).

Segundo Goulart et al. (2016) quando a lesão neurológica ocorre no lado direito, os pacientes apresentam lentidão, cuidado excessivo, incerteza e insegurança para realizar tarefas, sempre demonstrando ansiedade e hesitação, todos esses sintomas disfuncionais desestabilizam emocionalmente o paciente, inibindo a expressão de emoções espontâneas.

De acordo com Calais et al. (2005) após o AVC, o paciente pode comprometer o equilíbrio e a movimentação normal da cabeça. Quando o hemicorpo é lesionado, a postura é afetada prejudicando diretamente nas atividades funcionais complexas (Costa, Silva e Rocha, 2011). Segundo Calais et al. (2005) as alterações da função sensorial na lesão neurológica diminui a sensibilidade, fazendo com que a pessoa que sofreu o AVC não tenha eficiência na execução de movimentos.

Entre as lesões pós-AVC, verifica-se comprometimento e alterações na percepção pós-AVC desenvolvendo a apraxia e agnosia (Silva et al., 2018). A apraxia faz com que o indivíduo não consiga programar a sequência dos movimentos. Assim, ele não consegue gesticular, desenvolver tarefas cotidianas, se vestir e desenhar. Já a agnosia faz com que o paciente não reconheça objetos e perca a noção de lateralidade, esquerdo ou direito (Silva et al., 2018).

### **4.4 Depressão pós-AVC**

A depressão é uma complicação psiquiátrica bastante comum nos pacientes pós-AVC, podendo levar ao aumento do índice de mortes

(Apa, 2014). De acordo com Opas (2018), a depressão é um transtorno mental comum que causa incapacidades nos indivíduos, estima-se que, cerca de 300 milhões de pessoas são afetadas. Dentre as complicações psiquiátricas, a depressão possui prevalência significativa e é a que mais tem sido associada a um pior prognóstico gerando impactos na recuperação funcional pós-AVC, bem como na mortalidade em longo prazo (Terroni et al., 2003). Segundo Opas (2018) as mulheres sofrem mais de depressão do que os homens.

A depressão como seqüela pós AVC dificulta a reabilitação e a recuperação dos pacientes, comprometendo a qualidade de vida do doente. O diagnóstico precoce é o tratamento adequado, pois permite uma melhor reabilitação física e emocional destes doentes. Uma vez que, somente o impacto psicológico gerado pelas limitações do AVC pode ser o suficiente para originar um quadro depressivo (Terroni et al., 2003).

A depressão pós-AVC pode ser de origem orgânica ou psicológica, os fatores psicológicos que surgem a partir de lesões que causam seqüelas neurológicas e hormonais mudando o eixo hipófise-hipotálamo-adrenais (HHA) e déficits neuropsicológicos relacionados à localização do Acidente Vascular Cerebral (Pires, Gagliardi e Gorzoni, 2004).

Fréguas (2016) afirma que existe distinção entre a depressão pós-AVC e Transtorno Depressivo Persistente (Distímia), o que contribui significativamente para o diagnóstico. No estudo de Terroni et al. (2003) constata-se um humor depressivo mais discriminado em pacientes pós-AVC, caracterizando-se com ideias de suicídio, perda de apetite, ansiedade e retardo psicomotor. Nesse contexto, compreende-se que a observação contribui para o diagnóstico, analisando os indivíduos que passaram pelo incidente durante dois anos (Santos, 2016). Terroni et al. (2003) abordam que a depressão pós-AVC pode se manifestar em qualquer momento posterior ao incidente, sendo necessário desenvolver estratégias preventivas e de tratamento.

Terroni et al. (2003) afirmam que no Transtorno Depressivo Persistente (Distímia) os pacientes apresentam sintomas nas áreas afetivas, somáticas e cognitivas. Na área afetiva, observa-se um isolamento social, tristeza e reações emocionais reduzidas. No aspecto somático, se tem o cansaço, a falta de apetite e de sono, bem como a

inexistência de libido. No elemento cognitivo, não há concentração, esperança e o paciente se sentem culpado e inútil.

#### **4.5 A reabilitação de pacientes com AVC**

A reabilitação cognitiva desenvolve uma terapia que busca promover a independência do paciente, possibilitando que ele conviva com os demais membros do corpo social de maneira harmoniosa, facilitando a adaptação (Silva et al., 2018). Para Tognola (1996) é essencial reintegrar os pacientes com AVC à sociedade, prevenindo problemas secundários e promovendo o bem-estar. Rossetto (2015) explica que dentre as ações da reabilitação está à prevenção de novos acidentes cerebrais ou outros eventos vasculares.

Rangel, Belasco e Diccini (2013) destacam que o processo de recuperação se inicia com a estabilização do paciente. Inicialmente, se desenvolve uma atividade de promoção da independência motora, já que a patologia ocasiona paralisações e limitações, fazendo com que o indivíduo tenha que se adequar. O objetivo da reabilitação cognitiva é capacitar os pacientes para o exercício de suas atividades cotidianas, melhorando os aspectos físicos, intelectuais, psicológicos e sociais.

Segundo Tognola (1996) os profissionais de saúde que auxiliam os pacientes pós-AVC visam ações implementadoras para que os mesmos progridam e se tornem autônomos e independentes para exercer as suas atividades fixas da vida diárias. Na pesquisa de Rossetto (2015) observou-se que os pacientes que passaram pela reabilitação pós-AVC se recuperaram parcialmente manifestando poucas sequelas, ou integralmente. Nos estudos de Pires, Gagliardi e Gorzoni (2004) o índice de mortalidade é significativo, 15% dos sobreviventes apresentaram um segundo episódio de AVC nos doze primeiros meses.

Pires, Gagliardi e Gorzoni (2004) afirmam que, assim como as demais doenças cardiovasculares, a prevenção e o controle do AVC estão centrados na minimização dos fatores de risco, que podem ser agrupados em quatro categorias: constitucionais (sexo, idade, raça e fatores hereditários), comportamentais (tabagismo, dieta, sedentarismo, ingestão de álcool e uso de anticoncepcionais), patologias ou distúrbios metabólicos associados (hipertensão arterial sistêmica, cardiopatia, obesidade, hiperlipidemias, diabetes) e as características sociais, econômicas e culturais (ocupação, renda, escolaridade, classe social, ambiente de trabalho e outras).

Neves et al. (2016) afirmam que são realizados exercícios para o fortalecimento dos membros. O psicólogo auxilia o indivíduo, desenvolvendo estratégias para que ele possa realizar tarefas complexas, que são comprometidas após o AVC. De acordo com Rangel, Belasco e Diccini (2013), a gravidade da incapacidade das funções é analisada por meio do Índice Barthel e do FIM (*functional Independence Measure*). É avaliado o índice de independência e a mobilidade, bem como se o paciente possui condições de se cuidar sem auxílio de terceiros (Caro, Costa e Cruz, 2018).

Conforme Calais et al. (2005) os problemas neurológicos que decorrem do AVC, estão associados à região que sofreu a lesão, os indivíduos podem apresentar paralisia, ficar confusos e desorientados ou perder a memória. As consequências psicológicas se caracterizam por quadros de ansiedade, depressão, insônia, disfunção sexual, distúrbios motores, sensoriais e cognitivos (Costa et al., 2016). O paciente tem a comunicação prejudicada e sofre com mudanças fisiológicas que se manifestam durante a atividade física, limitando o exercício das ações laborais (Rangel, Belasco e Diccini, 2013).

Caro, Costa e Cruz (2018) enfatizam que diante dos problemas causados pelo AVC, verifica-se uma diminuição da qualidade de vida, sendo necessário o acompanhamento psicológico para desenvolver junto ao paciente um planejamento estratégico voltado para as novas necessidades, na qual se reflete sobre a vida e os valores pessoais, buscando a satisfação por meio de atividades cotidianas, que estejam de acordo com as suas limitações. O equilíbrio pode ser alcançado através do afeto e das relações pessoais bem estabelecidas (Rangel, Belasco e Diccini, 2013).

Em concordância com Caro, Costa e Cruz (2018) a restrição de elementos da identidade pessoal e da autodefinição, fazem com que o paciente deixe de realizar atividades que são consideradas importantes para ele, devendo haver a busca por novas ações que promovam o bem-estar. Trabalhar a insatisfação e o desapontamento permite que se tenha uma qualidade de vida. Nesse contexto, observa-se que a atuação do psicólogo é auxiliar nessa adaptação e enfrentamento do problema. O indivíduo precisa estar preparado para os desafios que surgem, analisando a sua situação de forma positiva, sempre buscando a autonomia (Rossetto, 2015).

De acordo com Albuquerque e Scalabrin (2007) o dinamismo do psicólogo auxilia a equipe de saúde a discriminar as manifestações emocionais e comportamentais apresentadas pelo paciente, propondo estratégias que auxiliem no enfrentamento das dificuldades emocionais de origem orgânica e tratar as reações de origem psicológica. Outro aspecto relevante na eficácia do tratamento do paciente com AVC refere-se ao apoio ao cuidador devido às mudanças geradas e os sentimentos vivenciados na transição para o papel de cuidador. A sobrecarga emocional do paciente e do familiar deve ser alvo de atenção, pois é frequente e tem impacto no engajamento com o programa de reabilitação e recuperação do paciente (Caro, Costa e Cruz, 2018).

Desse modo, a partir do diagnóstico das sequelas temporárias ou permanentes do AVC, o psicólogo formulará um delineamento com medidas preventivas, métodos estruturados, utilizando-se das técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental voltados para a reabilitação e execução de ações para identificar os déficits e capacidades cognitivas, considerando o contexto pessoal e social do indivíduo, oferecendo ao paciente a compreensão das suas limitações e ajudando-o a compensar ou restaurar as funções perdidas de forma a melhorar a adaptação e facilitar a independência (Wright, Basco e Thase, 2008).

Para aperfeiçoar o plano de ação preventivo, o psicólogo reforçará as atividades que estimulem aspectos cognitivos, apontando exercícios de reabilitação cognitiva, usando ferramentas que desenvolvam a motivação, o desenvolvimento pessoal visando o paciente como um todo, com foco não apenas no diagnóstico, mas, sobretudo, o que a doença representa simbolicamente para cada pessoa com AVC (Albuquerque e Scalabrin, 2007; Costa et al., 2016). Além de estabelecer metas, agendas, avaliação de sintomas, *feedback* e tarefas. Todas as ações estarão alinhadas de formas assertivas, otimizando o processo terapêutico, podendo ser ajustado e modificado quando a necessidade do paciente for alterada (Wright, Basco e Thase, 2008).

Albuquerque e Scalabrin (2007) sugerem que a reabilitação cognitiva com intuito preventivo vise estimular e/ou recuperar, as capacidades funcionais e cognitivas do paciente/cérebro-lesado, proporcionando esperança, significados e emoções positivas como estratégias para a promoção de atitudes saudáveis. Wright, Basco e Thase (2008) enfatizam a utilização de técnicas de treino cognitivo (prática, repetição e organização da informação relacionada às

habilidades disfuncionais), treino de tarefas específicas (por ex.: simulações de situações desafiadoras ao paciente) e técnicas que visam à introdução de estratégias compensatórias (adaptações ambientais, auxílios externos e internos e tecnologia) para as dificuldades apresentadas pelos pacientes.

Sendo assim, para obter eficácia no tratamento junto ao paciente, o psicólogo segue o plano terapêutico elaborado utilizando ferramentas que validam a anamnese no rastreamento inicial, feitas através de entrevistas estruturadas e semiestruturadas, testes psicológicos e escalas (Santos, 2016). Ante o exposto, pode-se verificar que são utilizados métodos distintos para diagnosticar a depressão pós-AVC, uma vez que, Terroni et al. (2003) apontam uma alta taxa durante o décimo mês pós-AVC, que é de 55%, sendo necessário desenvolver modelos de tratamentos preventivos para diminuir os casos de incidência de depressão.

O modelo preventivo para diminuir a incidência da depressão se faz a partir de todas as medidas concentradas no planejamento terapêutico com a equipe multiprofissional e com os familiares, proporcionando a rede de apoio, através da família e amigos (Fréguas, 2016). No desenvolvimento de uma atitude positiva em relação ao problema, o paciente participará ativamente do seu processo terapêutico sendo seu próprio agente de mudança (Moreira et al., 2014).

Entre as técnicas utilizadas pelo psicólogo na dinâmica psicoterapêutica no processo de reabilitação aos pacientes pós-AVC, verifica-se a eficácia da abordagem da Terapia Cognitivo-Comportamental, como forma de reabilitar e diminuir as limitações (Moreira et al., 2014). Compreende-se que, a TCC para os pacientes que possuem limitações funcionais, consistente na realização de tarefas com o foco na diminuição e extinção dos comportamentos e das crenças disfuncionais geradas pelas incapacidades, como também, auxiliará na identificação de traços e sintomas depressivos para uma possível prevenção e intervenção focada (Wright, Basco e Thase, 2008).

Então, o papel da psicologia é reintegrar o paciente às atividades cotidianas, onde o indivíduo passa a desempenhar as suas habilidades e a promover o autocuidado, se relacionando socialmente e desenvolvendo as ações diárias de forma mais autônoma (Rossetto, 2015). Caro, Costa e Cruz (2018) afirmam que entre as questões que merecem análise, está a do ambiente físico que precisa sofrer

adaptações para estar de acordo com a comodidade do paciente, promovendo bem-estar, conforto e independência.

## **5. CONCLUSÃO**

Foi possível verificar durante as pesquisas realizadas, que as intervenções psicológicas podem contribuir para a reabilitação e prevenção da depressão pós-AVC, provocando mudanças positivas na vida do paciente, reduzindo os danos psicológicos e sociais trazidos pela doença. Verifica-se por outro lado, que quando as sequelas desenvolvidas pós-AVC forem mal adaptativas elevam-se as chances de ocorrência de transtornos mentais e incidência de depressão.

O psicólogo atua na orientação informativa sobre as funções neuropsicológicas do paciente, auxiliando o trabalho de questões afetivo-emocionais e no processo de relacionamento com os familiares. Como recurso terapêutico, utiliza técnicas da TCC que atuam diretamente no comportamento do paciente, por meio de monitoramento e alteração, incentivando uma mudança cognitiva positiva.

A psicoterapia tem como alicerce a funcionalidade e a valorização das relações, bem como de pensamentos e emoções, que podem gerar um comportamento positivo. Pacientes que sofreram AVC tendem a sentir-se desamparados frente à nova realidade, o acompanhamento psicoterápico contribui para o desenvolvimento da metacognição, fazendo com que o indivíduo reflita sobre seus pensamentos e como estão afetando seu humor.

Na equipe multidisciplinar o psicólogo orienta os demais profissionais quanto ao funcionamento e evolução cognitiva e comportamental do paciente. A compreensão acerca da condição, tratamento e prognóstico cognitivo do paciente, bem como expectativas de recursos utilizados nesta fase, favorecem o planejamento dos cuidados para reabilitação por parte da equipe de saúde, e facilita a comunicação entre equipe, paciente e família, visando à melhora da qualidade da assistência prestada ao paciente.

Embora os estudos científicos tenham fornecido evidências do psicólogo no processo da reabilitação de paciente com AVC e pós-AVC. Critica-se que, as pesquisas relacionadas a atuação do psicólogo com esse público são restritas. Como também, há a carência de estudos

científicos que incluam o psicólogo como parte fundamental da equipe multiprofissional, assim, cabe a comunidade científica pesquisar e produzir artigos científicos que corroborem que a atuação do psicólogo na reabilitação cognitiva é eficaz para o desenvolvimento de novas conexões sinápticas, bem como contribui para diminuição de sintomas depressivos.

## REFERÊNCIAS

- 1 American Psychiatric Association (APA). DSM-5. 2014. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais** . 5ª ed., Porto Alegre, Artmed, 948 p.
- 2 Albuquerque, E. C e Scalabrin, E. E. 2007. “O uso do computador em programas de reabilitação neuropsicológica”. *Psicol. Argum* 25, no. 50.
- 3 Brasil. *Ministério da Saúde*. 2019. “Uma análise da situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas”. Brasília (DF): MS.
- 4 Caro, C. C., Costa, J. D. e Cruz, D. M. C. 2018. “O uso de dispositivos de assistência à mobilidade e a independência funcional em pacientes com acidente vascular cerebral”. *Cad. Bras. Ter. Ocup* 26, no. 3:558-568.
- 5 Calais, L. L. et al. 2005. “Avaliação funcional da mímica na paralisia facial central por acidente cerebrovascular”. *Pró-Fono R. Atual. Cient.* 17, no. 2:213-222.
- 6 Costa, F. A., Silva, D. L. A e Rocha, V. M. 2011. “Estado neurológico e cognição de pacientes pós-acidente vascular cerebral”. *Rev. esc. Enferm, USP.* 45, no. 5:1083-1088.
- 7 Costa, V. S. et al. 2016. “Efeitos da terapia espelho na recuperação motora e funcional do membro superior com paresia pós-AVC: uma revisão sistemática”. *Fisioter. Pesqui.* 23, no. 4:431-438.
- 8 Dantas, A. A. T. S. G. et al. 2014. “Rastreamento cognitivo em pacientes com acidente vascular cerebral: um estudo transversal”. *J. bras. Psiquiatr.* 63, no. 2:98-103.
- 9 Fréguas, J. R. 2016. “Depressões secundárias: peculiaridades da depressão no contexto médico não-psiquiátrico”. In: FRÁGUAS J. R. “Depressões em medicina interna e em outras condições médicas”. São Paulo: *Atheneu*.
- 10 Gagliardi, R. J. 2001. “Primeiro consenso brasileiro do tratamento da fase aguda do acidente vascular cerebral”. *Arq Neuropsiquiatr.*

- 11 Goulart, B. N. G. et al. 2016. “Caracterização de acidente vascular cerebral com enfoque em distúrbios da comunicação oral em pacientes de um hospital regional”. *Audiol., Commun. Res.* 21.
- 12 Moreira, R. P. et al. 2014. “Análise de conceito do resultado de enfermagem Mobilidade em pacientes com acidente vascular cerebral”. *Rev. bras. enferm.* 67, no. 3:443-459.
- 13 Neves, P. P. et al. 2016. “Profissionais da saúde, que assistem pacientes com acidente vascular cerebral, necessitam de informação especializada”. *Revista Neurociências* 12, no. 4.
- 14 Opas. *Organização Pan-Americana de Saúde*. 2018. Organização Mundial da Saúde. “principais causas de morte no mundo”. Washington: OPAS/OMS.
- 15 Pires, S. L., Gagliardi, R. J. e Gorzoni, M. L. 2004. “Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos”. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 62, no. 3:844-851.
- 16 Rangel, E. S. S., Belasco, A. G. S e Diccini, S. 2013. “Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação”. *Acta paul. enferm.* 26, no. 2:205-212.
- 17 Rossetto, R. A. 2015. “Avaliação e tratamento da capacitação funcional”. Ed. São Paulo: *Roca*.
- 18 Santos, C. 2016. “AVCH atendidos pelo hospital de referência em AVC”. *UNB*. Brasília.
- 19 Silva, F. R. et al. 2018. “Estimulação transcraniana por corrente contínua: estudo sobre respostas em tarefas de nomeação em afásicos”. *CoDAS*. 30, no. 5.
- 20 Souza, M. T, Silva, M. D. e Carvalho, R. 2010. “Revisão integrativa: o que é e como fazer”. *Einstei* 8. no.1:102-6
- 21 Terroni, L. M. N. et al. 2003. “Depressão pós-AVC: fatores de risco e terapêutica antidepressiva”. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 49, no. 4:450-459.
- 22 Tognola, W. A. 1996. “Qualidade de atendimento após acidente vascular cerebral”. In: Gagliardi RJ. “Doenças Cerebrovasculares: Condutas”. São Paulo: *Gelgr*.
- 23 Wright, J. H., Basco, M. R. e Thase, M. E. 2008. “Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado”. Porto Alegre: *Artmed*.