

IMPULSIVIDADE AUTO E HETERO-RELATADA E DESEMPENHO EM TAREFA COMPORTAMENTAL EM PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL FRONTAL DIREITO



Introdução

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é caracterizado por um conjunto de déficits neurológicos que têm ao menos 24 horas de persistência, devido lesões resultantes de alterações na distribuição sanguínea (1). Estes déficits variam conforme a localização e extensão da lesão. A literatura destaca uma constante associação entre lesões na região frontal e prejuízo nas Funções Executivas (FE), apesar de estas não serem as únicas regiões associadas a tais déficits, visto que fazem parte de uma rede integrada que envolve outras estruturas (2). As FE podem ser definidas como uma macroestrutura com diversas subfunções que, juntas, trabalham atingindo um funcionamento de ordem superior (3). Estas subfunções envolvem planejamento, desenvolvimento de estratégias, controle inibitório, entre outras habilidades (4). Um dos padrões de comportamento associado a lesões nos lobos frontais é a impulsividade (5). Este construto pode ser entendido por seus três componentes: motor (dificuldade em inibir respostas inadequadas), atencional (respostas dadas sem planejamento e sem atenção) e falta de planejamento (pouca preocupação acerca do futuro) (6).

Objetivo

Comparar a impulsividade avaliada através de escalas de relato e o desempenho em tarefas comportamentais em indivíduos que sofreram AVC na região frontal direita.

Método

Amostra:

-13 indivíduos com lesão restrita a região frontal direita, com idade média $M=64,61 (\pm 8,21)$ e média de anos de estudo $M=12 (\pm 6,11)$. As lesões do grupo foram predominantemente isquêmicas (76,9%), com localização no giro frontal superior e giro frontal médio. A média de tempo de lesão foi $M=26,19 (\pm 21,64)$ meses. Destes, um paciente realizou trombólise.

-13 familiares mais próximos dos pacientes, predominantemente filhos (46,2%), seguidos dos cônjuges (38,5%).

Instrumentos:

- Escala de Avaliação da Impulsividade – Forma A (EsAvI-A) (7);
- Escala de Impulsividade de Barratt (BIS-11) (8);
- Go/No-Go Task (9);
- Teste Wisconsin de Classificação de Cartas (WCST) (10);
- Five Digits Test (11);
- Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADS) (12).

Procedimento:

Foram comparados os escores de impulsividade avaliados de forma auto e heterorrelatada. Também foi comparado o desempenho em tarefas de FEs com a impulsividade avaliada por auto e heterorrelato a fim de verificar a relação entre a presença de DE e impulsividade.

Resultados

Não houve correlações estatisticamente significativas entre a impulsividade avaliada através de auto e heterorrelato. Na tabela abaixo são apresentadas as correlações entre as medidas de impulsividade de auto e heterorrelato e desempenho em tarefas de avaliação das FE.

Correlações entre Medidas de Auto e Heterorrelato da Impulsividade e Desempenho nos Testes de Avaliação das FEs para o Grupo com Lesão Frontal

VARIÁVEIS	BADS BRUTO	WCST ENSAIOS ADMINISTRADOS	WCST ACERTOS	WCST ERROS PERSEVERATIVOS	WCST ERROS NÃO-PERSEVERATIVOS	FIVE DIGITS FALTA DE INIBIÇÃO	FIVE DIGITS FALTA DE FLEXIBILIDADE	FIVE DIGITS ERROS ESCOLHA	FIVE DIGITS ERROS ALTERNÂNCIA
BIS TOTAL	0,05/0,09	0,15/0,22	-0,14/-0,67*	0,06/0,55	0,12/0,21	-0,23/0,25	0,17/0,30	0,04/0,03	0,51/0,40
BIS ATENÇÃO	-0,29/-0,41	0,26/0,57*	-0,50/-0,68*	0,46/0,67*	0,09/0,20	-0,07/0,32	0,03/0,63*	0,55/0,12	0,77**/0,58*
BIS MOTOR	0,13/0,23	-0,05/0,05	0,13/-0,45	-0,14/0,30	-0,26/0,30	0,08/0,13	-0,19/0,10	-0,03/-0,01	0,21/0,33
BIS PLANEJAMENTO	-0,10/0,21	-0,16/0,08	0,44/-0,55	-0,44/0,45	0,35/0,21	-0,17/0,21	0,20/0,14	-0,02/0,22	0,03/0,31
ESAVI TOTAL	0,17/-0,06	0,15/0,23	-0,26/-0,03	-0,18/0,05	0,23/0,29	0,25/0,11	-0,04/0,27	0,02/0,20	0,22/0,26
ESAVI AET	0,40/-0,11	0,06/0,23	-0,21/0,01	0,02/0,05	0,15/0,18	0,05/0,14	-0,41/0,43	-0,08/0,33	-0,05/0,29
ESAVI CC	0,28/-0,09	0,23/-0,15	0,02/0,69**	-0,15/-0,51	0,44/-0,16	-0,05/-0,09	-0,34/-0,18	-0,02/-0,11	-0,05/-0,40
ESAVI PF	0,10/-0,36	0,12/0,01	-0,26/0,14	-0,34/-0,07	-0,31/-0,41	0,17/0,23	-0,06/0,04	-0,15/0,05	-0,05/-0,06
ESAVI CEP	-0,42/0,19	0,28/0,17	-0,13/-0,49	-0,33/0,36	0,33/0,34	0,20/0,06	0,37/0,13	0,29/0,17	0,63*/0,35

Legenda. BADS=Behavioural Assessment Dysexecutive Syndrome; WCST= Wisconsin Card Sorting Test; BIS=Barrat Impulsivity Scale; EsAvI=Escala de Avaliação da Impulsividade; AET= Audácia e Temeridade; CC=Controle Cognitivo; PF=Planejamento Futuro; CEP=Falta de Concentração e Persistência. *p ≤ 0,05; **p ≤ 0,01 Clínicos/Familiares

A DE foi avaliada pela BADS, onde escores menores ou iguais a 11 nesta bateria indicavam presença de DE (12). Estes indivíduos apresentaram maior número de erros de omissão na tarefa Go-NoGo ($U=4,000$, $z=-1,34$, $p=0,034$).

Discussão

A partir dos resultados, sugere-se maior concordância entre os relatos dos familiares sobre o comportamento impulsivo dos seus parentes com a expressão comportamental da impulsividade, em comparação com o autorrelato feito com base nos mesmos itens. Os indivíduos com DE apresentaram maior evidência de falta de controle inibitório. O componente atencional da impulsividade parece alterado nestes pacientes, verificado pelo maior número de erros de omissão na tarefa Go-NoGo, que demanda dos processos atencionais na sua realização. Ressalta-se a importância dos familiares no processo de avaliação dos déficits dos pacientes com DE. As informações fornecidas contribuem com a investigação das dificuldades relatadas, assim com a construção de projetos interventivos com foco na reabilitação. Leva-se em conta, assim, além das limitações comportamentais relacionadas às dificuldades cognitivas, as distorções perceptivas acerca de sua condição. Os dados também reforçam a necessidade da criação de instrumentos padronizados voltados para as impressões das pessoas próximas aos pacientes, com normas próprias para heterorrelato. Tais medidas podem tornar as comparações normativas mais precisas, sendo feitas com relatos de mesma natureza.

Referências:

1. Cancela, D. M. G. (2008). O acidente vascular cerebral - classificação, principais consequências e reabilitação. *Psicologia.pt - O Portal Dos Psicólogos*, 1-18.
2. Alvarez, J. A. & Emory, E. (2006). Executive Function and the Frontal Lobes: A Meta-Analytic Review. *Neuropsychology Review*, 16(1), 17-42.
3. Zelazo, P. D., Carter, A., Reznick, J. S. & Frye, D. (1997). Early Development of Executive Function: A Problem-Solving Framework. *Review of general Psychology*, 1(2), 198-226.
4. Ardila, A. (2008). On the evolutionary origins of executive functions. *Brain and Cognition*, 68, 92-99.
5. Floden, D., Alexander, M. P., Kubu, C. S., Katz, D. & Stuss, D. T. (2008). Impulsivity and risk-taking behavior in focal frontal lobe lesions. *Neuropsychologia*, 46, 213-223.
6. Barratt, E. S. (1994). Impulsiveness and Aggression. In: Monahan, J.; Steadman, H. J. *Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment*. 61-79. Chicago: The University Of Chicago Press.
7. Ávila-Batista, A. C., & Rueda, F. J. M. (2011). Construção e estudos psicométricos de uma Escala de Avaliação da Impulsividade. *Psico-USF*, 16(3), 285-295.
8. Barratt, E. S. (1959). Anxiety and impulsiveness related to psychomotor efficiency (L. F. Malloy-Diniz, P. Mattos, W. B. Leite, N. Abreu, G. Coutinho, J. J. Paula, H. Tavares, A. G. Vasconcelos, & D. Fuentes, Adaptação e validação brasileira para adultos, 2010). *Perceptual and Motor Skills*, 9, 191-198.
9. Aron, A. R., Robbins, T. W., & Poldrack, R. A. (2004). Inhibition and the right inferior frontal cortex. *Trends Cognitive Science*, 8, 170-177.
10. Nelson, H. E. (1976). A modified card sorting test sensitive to frontal lobe defects (R. P. Fonseca et al., Adaptação e normatização brasileira) *Cortex*, 12, 313-324.
11. Sedó, M. (2007). *FDT-Test de los Cinco Dígitos*. TEA Ediciones, Madrid, Spain.
12. Wilson, B. A., Alderman, N., Burgess, P. W., Emslie, H., & Evans, J. J. (1996). *Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADS)*. Bury St Edmunds, UK: Thames Valley Test Company.