

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
LINHA DE PESQUISA: FAMÍLIA E INTERAÇÃO SOCIAL

ANA FLÁVIA DA CUNHA SANTOS RÊGO

**ALTERAÇÕES COGNITIVAS E REPERCUSSÕES PSICOSSOCIAIS DO
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

RECIFE, 2018

ANA FLÁVIA DA CUNHA SANTOS RÉGO

**ALTERAÇÕES COGNITIVAS E REPERCUSSÕES PSICOSSOCIAIS DO
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

Dissertação de mestrado apresentada à
Universidade Católica de Pernambuco em
cumprimento da exigência para a obtenção do
título de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Suely de Melo
Santana

RECIFE, 2018

R343a Rêgo, Ana Flávia da Cunha Santos
Alterações cognitivas e repercussões psicossociais do
acidente vascular cerebral / Ana Flávia da Cunha Santos
Rêgo, 2018.
72, [6] f.

Orientador: Suely de Melo Santana
Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de
Pernambuco. Programa de Pós-graduação em Psicologia.
Mestrado em Psicologia Clínica, 2018.

1. Acidente vascular cerebral - Aspectos sociais. 2. Reabilitação.
3. Neuropsicologia. I. Título.

CDU 616.8:159.9

Ficha catalográfica elaborada por Catarina Maria Drahomiro Duarte - CRB
4/463

ANA FLÁVIA DA CUNHA SANTOS RÊGO

**ALTERAÇÕES COGNITIVAS E REPERCUSSÕES PSICOSSOCIAIS DO
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Suely de Melo Santana
(Orientadora UNICAP e Presidente da Banca)

Prof. Dr. Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa
(FPS – Examinador Externo)

Prof. Dr. Marcus Túlio Caldas
(UNICAP – Examinador Interno)

RECIFE, 2018

DEDICATÓRIA

À Deus, em primeiro lugar, por ser o autor da vida e dono de tudo o que há.

Aos meus amados pais, Rubens da Silva Santos e Astrid Maria Carneiro da Cunha Santos, por todo o amor, investimento, cuidado e ensinamentos, os quais foram fundamentais para ser quem sou.

Ao meu eterno namorado, amigo e companheiro, Sérgio Rêgo, pelo amor incondicional, pela presença constante, pelo incentivo, pela paciência, pela compreensão e escuta.

Às minhas queridas irmãs, Rosemary Di Cavalcanti e Jane Rose, pelo suporte, pela união, pelo amor e pelo encorajamento a uma formação continuada.

AGRADECIMENTOS

À Deus, doador e sustentador da vida.

À minha orientadora, Suely de Melo Santana, por todo seu acolhimento, incentivo, dedicação, paciência, escuta, conhecimento compartilhado e companhia nessa jornada.

À professora Cristina Brito, pela serenidade, compreensão, confiança e encorajamento para a construção e concretização desse trabalho.

Minha banca examinadora: Prof. Dr. Leopoldo Barbosa, Prof. Marcus Túlio Caldas, pela seriedade profissional e pela disponibilidade em ler e tecer comentários tão enriquecedores.

Ao Dr. Luiz Fernando de Andrade Maciel, médico e amigo, pela competência com que exerce a profissão, pela assistência constante e pelo cuidado médico preciso, os quais foram fundamentais à minha saúde física e, por conseguinte, possibilitaram a conclusão desse sonho.

Aos meus queridos e amados amigos, aos quais digo que são mais chegados que irmãos, Renan Alves, Luana Beltrão, Vinício Fidalgo, Rebeca Martins, Kennede Soares, Isabel Ximenes, Ivan Corrêa, Virgínia Corrêa, Joseane Figueiredo, Patrícia Maracajá, Steve Theis, Marissol Theis, Suênia Oliveira, Nathália Gottsfritz, Leonardo Ramos, Diego Alves e Mariana Diniz.

Às amigas e colegas de profissão Fabiana Oliveira e Liliana Raulino, pela amizade e pelos momentos de compartilhar ao longo desses anos.

Todo o corpo docente da pós-graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco, pela competência e compromisso.

À todos que compõem a secretaria do Mestrado, pela atenção sempre dispensada.

Agradeço especialmente aos participantes da pesquisa e a equipe do Centro de Reabilitação e Medicina Física do Instituto de Medicina Física e Integral Prof. Fernando Figueira, pela disponibilidade do espaço e pelo apoio no desenvolvimento desta pesquisa.

RESUMO

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais causas de mortalidade no mundo e a principal causa de incapacidade funcional, tendo em vista as sequelas físicas, cognitivas, emocionais e sociais, restringindo a funcionalidade e repercutindo na dependência parcial ou total de um cuidador. A Neuropsicologia pode auxiliar na compreensão acerca dessa problemática, promovendo a identificação dos prejuízos existentes, bem como da integridade de outras funções e, a partir daí, promover suporte para os programas de reabilitação.

Objetivo: Avaliar as alterações cognitivas dos pacientes com AVC e as possíveis repercussões psicossociais existentes após a lesão cerebral.

Método: Trata-se de um estudo de caráter descritivo e qualitativo, baseado na entrevista dos pacientes e familiares, bem como no resultado do Instrumento de Avaliação Neuropsicológica Breve (NEUPSILIN), o qual foi aplicado nos pacientes. Todos os participantes foram submetidos às mesmas atividades. A amostra foi constituída por 30 participantes, sendo 16 pacientes (09 mulheres e 07 homens) e 14 familiares, de ambos os sexos. **Resultados:** Foi possível identificar que o domínio mais prejudicado foi a memória, em 100% dos casos. Em seguida, foram identificadas alterações na linguagem, praxia, funções executivas (81,25% cada) e na atenção (75%). A orientação têmporo-espacial e a percepção visual foram igualmente comprometidas (68,75%). As habilidades aritméticas apresentaram o menor prejuízo (43,75%). A análise temática de conteúdo foi realizada com 30 entrevistas. Foram eleitos dois eixos temáticos – *implicações familiares* e *implicações sociais*. O eixo das *implicações familiares* revelou cinco núcleos de sentido: *prejuízo financeiro, sobrecarga de responsabilidades, abuso de substância psicoativa, redução de autonomia e alteração de papéis*. O outro eixo, *implicações sociais*, evidenciou três núcleos de sentido: *interrupção da atividade laborativa, prejuízo na relação interpessoal e ampliação do ciclo de amizades*. **Discussão:** os resultados obtidos apontam que a ocorrência do AVC trouxe prejuízos cognitivos

significativos para os pacientes, tendo em vista que em todos os casos houve mais de um domínio da cognição afetado, fator este que repercutiu em maior dependência da presença de um cuidador e em diversas implicações familiares e sociais. Diante dessa multiplicidade de repercussões, faz-se necessário que o paciente seja inserido num programa de reabilitação, objetivando a recuperação total ou parcial das funções comprometidas e a reinserção no seu contexto. **Considerações finais:** as repercussões de uma lesão cerebral como o AVC podem ser devastadoras e o conhecimento sobre elas é relevante. Deste modo, ações voltadas à promoção da disseminação do conhecimento sobre esse assunto podem ser implementadas, e, dessa forma, contribuir para a minimização de sua ocorrência, bem como para a criação de estratégias de reabilitação visando o cuidado com o paciente e seu familiar.

Palavras-chaves: Acidente vascular cerebral, repercussões psicossociais, neuropsicologia, reabilitação.

ABSTRACT

Introduction: Stroke is one of the main causes of mortality in the world and the main cause of functional incapacity, considering as physical, cognitive, emotional and social sequelae, restricting the functionality and reflecting in partial or total dependence of one caregiver. In this context, Neuropsychology can support in understanding of this issue, promoting the identification of damages, as well as the integrity of other functions and then, support for rehabilitation programs. **Objective:** To evaluate the cognitive alterations of stroke patients and the possible family and social repercussions after brain stroke. **Method:** This is a descriptive and qualitative study, based on the interview of the patients and their relatives, as well as on the results of the *Neuropsychological Brief Evaluation Instrument - NEUPSILIN*, which was applied to the patients. All participants were submitted to the same activities. The sample consisted of 30 participants, 16 patients (09 women and 07 men) and 14 relatives, of both sexes. **Results:** From the data collected through the *Neuropsychological Brief Instrument - NEUPSILIN*, it was possible to identify that the most affected domain was memory in 100% of the cases. Subsequently, the language, the praxes, the executive functions (81.25% each) and the attention (75%) were more affected. The temporo-spatial and the visual perception orientation were equally compromised (68.75%). Arithmetic skills presented the lowest damages (43.75%). The thematic content analysis was performed with 30 interviews. Two main themes were chosen - family implications and social implications. The thematic axis *family implications* revealed five nuclei of meaning: *financial loss, overloading of responsibilities, psychoactive substance abuse, reduction of autonomy and change of roles*. The other axis, *social implications*, evidenced three nuclei of meaning: *interruption of the work activity, prejudice in the interpersonal relationship and expansion of the cycle of friendships*. **Discussion:** the results indicate that the occurrence of stroke caused significant cognitive impairment for the patients, considering that 100% of the cases had more than one domain of cognition affected, a

factor that had a greater dependence on the presence of a caregiver and in family and social implications. **Final considerations:** the repercussions of a brain stroke such as cerebrovascular accident can be so devastating that knowledge about it is extremely relevant, so that actions focused at promoting the dissemination of knowledge about this subject can be implemented, and contribute to the minimization of its occurrence, as well as to the creation of rehabilitation strategies aiming at patient and caregiver care.

Keywords: stroke, psychosocial repercussions, neuropsychology, rehabilitation.

LISTA DE ABREVIATURAS

AIT	Acidente Isquêmico Transitório
ANP	Avaliação Neuropsicológica
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVCI	Acidente Vascular Cerebral Isquêmico
AVD	Atividade da Vida Diária
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CRIMIP	Centro de Reabilitação e Medicina Física do IMIP
DCV	Doença Cerebrovascular
DPAVC	Depressão Pós AVC
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HD	Hemisfério Direito
LCA	Lesão Cerebral Adquirida
OMA	Organização Mundial de AVC
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBDCV	Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares
TSC	Teoria Social Cognitiva
WSO	World Stroke Organization

SUMÁRIO

RESUMO	i
ABSTRACT	ii
DEDICATÓRIA	iii
AGRADECIMENTOS	iv
LISTA DE ABREVIATURAS	v
I. INTRODUÇÃO	01
CAPÍTULO I	
O IMPACTO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	03
CAPÍTULO 2	
O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL SOB A ÓTICA DA NEUROPSICOLOGIA	12
2.1. Sequelas cognitivas do AVC	18
2.2. Sequelas físicas e motoras do AVC	20
2.3. Sequelas emocionais do AVC	23
CAPÍTULO III	
O PROCESSO DE REABILITAÇÃO NO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	26
3.1. A reabilitação numa perspectiva agêntica	29
3.2. A reabilitação enquanto processo multi e interdisciplinar	32
CAPÍTULO IV	
O MÉTODO	39
4.1. Delineamento do estudo	39
4.2. Local e período do estudo	39
4.3. Participantes	39
4.4. Instrumentos	40
4.5. Procedimentos	41
4.5.1. Aspectos éticos e coleta de dados	41
4.5.2. Procedimento de análise dos dados	42
CAPÍTULO V	
ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	44
5.1. Análise do perfil biosociodemográfico e econômico	44
5.2. Análise do perfil cognitivo dos pacientes	47
5.3. Contexto do AVC	49
5.4. Repercussões Psicossociais	52
CAPÍTULO VI	
CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS	
Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
Anexo B – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa	
APÊNDICES	
Apêndice A – Questionário biosociodemográfico e econômico	
Apêndice B – Entrevista	

INTRODUÇÃO

O interesse por este trabalho surgiu a partir da experiência profissional na área de Neuropsicologia Clínica atrelada à alta demanda de pacientes atendidos no Centro de Reabilitação, os quais tinham vivenciado um ou mais episódios de Acidente Vascular Cerebral (AVC). Além das avaliações neuropsicológicas realizadas com esses pacientes, os mesmos permaneciam em acompanhamento psicoterápico, bem como seus familiares. As sequelas percebidas neles e as repercussões familiares relatadas foram mobilizadoras, suscitando o interesse por pesquisar mais sobre o assunto e contribuir para uma melhor assistência a esses pacientes.

No panorama epidemiológico atual, o AVC representa uma das principais causas de morbi-mortalidade e incapacidade funcional (OMS, 2014). A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2013), através de uma amostra nacional representativa, apontou a existência de 2.231.000 pessoas com AVC e 568.000 com incapacidade grave. Atendendo à configuração da evolução demográfica e sem estratégias de prevenção adequadas, estima-se que nas próximas décadas este problema seja agravado.

A etiologia é multifatorial e ações terapêuticas voltadas ao controle dos fatores de risco, especialmente os modificáveis, podem auxiliar a população na diminuição da probabilidade de acometimento por essa patologia (Mendonça et al., 2012). Cabe salientar que o AVC pode se constituir como um evento catastrófico e com repercussões em múltiplas áreas da vida do indivíduo. Segundo Carneiro (2016), os prejuízos decorrentes desse tipo de lesão cerebral se estendem às dimensões físicas, cognitivas, emocionais e sociais.

A neuropsicologia, por ser uma área de interface entre a psicologia e a neurologia, e ter como objetivo a compreensão acerca das relações cérebro e comportamento, tem grande aplicabilidade em cuidados e tratamentos de pacientes que apresentam lesão cerebral, de origens diversas, dentre eles o AVC, o qual é considerado como uma das patologias mais prevalentes na clínica neuropsicológica.

Tendo em vista a amplitude dos prejuízos decorrentes da doença cerebrovascular (DCV), faz-se necessário que haja uma investigação acurada acerca do perfil cognitivo do paciente, bem como identificação de possíveis déficits e áreas preservadas. Nesse sentido, a avaliação neuropsicológica torna-se uma ferramenta

indispensável. Lançando mão de diferentes técnicas e instrumentos diversos, ela contribui para o diagnóstico clínico, para o estabelecimento do prognóstico, para a implementação de programas de reabilitação e para a mensuração da responsividade do paciente ao tratamento (Hamdan et al., 2014).

A partir do conhecimento acerca do quadro clínico do paciente com AVC, é imprescindível que se inicie o processo de reabilitação. Esta, segundo Scheffer et al. (2013), consiste numa combinação de psicoterapia, participação da família, grupos e instruções terapêuticas, sendo sempre realizadas a partir de um contexto multi e interdisciplinar, objetivando a recuperação total ou parcial do paciente.

Diante do exposto, esta dissertação teve como objetivo avaliar os prejuízos cognitivos existentes em pacientes acometidos pelo AVC, bem como as repercussões familiares e sociais oriundas dessa patologia. Está composta por seis capítulos que abrangem a fundamentação teórica, o método, a análise e discussão dos resultados e considerações finais.

O capítulo I consistirá num estudo acerca do AVC, incluindo sua caracterização, sintomatologia, apresentação de dados epidemiológicos, indicadores de risco e aspectos relacionados à profilaxia, visando uma compreensão ampla acerca dessa temática. No capítulo II, a partir do referencial da Neuropsicologia, serão abordadas as complicações físicas, cognitivas e emocionais decorrentes do AVC. O capítulo III apresentará informações acerca do processo de reabilitação em pacientes com lesão neurológica, bem como a importância da equipe multidisciplinar e da família durante essa etapa. Os capítulos IV e V abordarão, respectivamente, o método utilizado na presente investigação e a análise e discussão dos resultados.

Ao final deste trabalho, serão descritas críticas e reflexões acerca desta pesquisa, sugestões para futuros trabalhos abordando esta temática e ainda serão levantadas algumas considerações acerca dos resultados encontrados. Espera-se que elas forneçam subsídios para discussões futuras a fim de que se ampliem as estratégias de prevenção acerca do AVC, bem como intervenções em programas de reabilitação.

CAPÍTULO I

O IMPACTO PSICOSSOCIAL DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

O AVC é considerado uma síndrome neurológica caracterizada por alterações na irrigação sanguínea do cérebro. Tem início agudo, persistindo geralmente por, no mínimo, 24 horas. Dentre as doenças do aparelho circulatório, é uma das patologias neurológicas mais prevalentes, especialmente entre os idosos. Contudo, recém-nascidos, crianças, adolescentes e jovens também podem ser acometidos por essa patologia (Bacellar & Costa, 2013).

No que diz respeito à sua ocorrência, pode ser súbita, devido à presença de fatores de risco vascular, ou proveniente de déficit neurológico focal (aneurisma). Em relação aos subtipos, dividem-se em duas modalidades: (1) isquêmico (obstrução do fluxo sanguíneo) e (2) hemorrágico (hemorragia). Cada um deles apresenta características bastante específicas e as sequelas e expressão clínica do AVC dependerão da localização exata da lesão e da sua extensão (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2013), podendo oscilar entre leve ou grave, temporária ou permanente, assintomática ou catastrófica.

A Organização Mundial de AVC (*World Stroke Organization [WSO]*, 2014) aponta para os seguintes sinais de alerta: 1) dormência súbita ou fraqueza na face, braço ou perna, especialmente de um lado do corpo; 2) súbita confusão, dificuldade para falar ou compreender a fala; 3) dificuldade repentina de enxergar em um ou ambos os olhos; 4) dificuldade súbita para caminhar, tontura, perda do equilíbrio ou da coordenação; 5) dor de cabeça repentina, intensa, sem causa conhecida.

Segundo Gagliardi (2010), no que tange à nomenclatura, especialmente a médica, cujo objetivo é definir acerca de uma doença, faz-se importante estabelecer alguns parâmetros importantes, tais como, erudição, precisão do termo médico e o conhecimento popular. Diante do exposto, qual seria a melhor definição para a doença cérebro vascular aguda: acidente vascular cerebral? Acidente vascular encefálico? Derrame? Todas estas definições tem os seus prós e contras, merecendo algumas considerações.

O termo “derrame” é popularmente conhecido e difundido, contudo não é preciso, uma vez que sugere derramamento sanguíneo o que nem sempre ocorre. Poderia, então, ser utilizado apenas para os casos de hemorragia cerebral, mas

popularmente é empregado para todas as formas da doença. De acordo com Gagliardi (2010), quando a população leiga emprega a terminologia derrame, normalmente há um bom índice de acerto no que diz respeito ao diagnóstico de uma doença cerebrovascular aguda, logo, é um indicativo de que esse termo é bem empregado. Diante disso, seria prudente corrigir este termo, bastante difundido, conhecido e com bom índice de acerto ou manter a erudição?

Gagliardi (2010) citando um importante estudo de Becker (1968) acerca das nomenclaturas médicas, aponta que a nomenclatura, tal como a própria linguagem, é arbitrária e convencional. Aquilo em que convém, aquilo que se combina e que se ajusta, que é tácita ou expressamente aceito por todos, e, portanto, é utilizado, é o correto, é a lei.

O termo AVC, é a terminologia, no âmbito médico, mais empregada, difundida, bastante aceita e de fácil compreensão, tais como devem ser as nomenclaturas médicas. Há, entretanto, algumas críticas, pois a palavra “acidente” parece não traduzir fielmente a doença, tendo em vista o fato de que ela pode ser prevenida, não sendo obrigatoriamente acidental. Porém, a sigla AVC, é bastante conhecida, de fácil assimilação e dificilmente confundida com outras patologias.

A nomenclatura acidente vascular encefálico (AVE) foi introduzida objetivando a ampliação do conceito, uma vez que nesta doença, qualquer estrutura encefálica pode estar envolvida, e não somente a dimensão cerebral. Essa proposta, conforme Gagliardi (2010), visava uma adequação à terminologia anatômica utilizada na língua portuguesa, entretanto, não acompanha a literatura universal, na qual o cérebro é comumente conhecido como o conjunto de todas as estruturas internas do crânio. Dessa forma, a sigla AVE, por ser pouco conhecida, poderia dar espaço para confusões com outras doenças.

No presente trabalho foi utilizada a terminologia AVC, por ser o termo mais citado em periódicos de referência na área de saúde, bem como por ser o termo preconizado pela OMS, pela WSO e pela Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares (SBDCV).

Conforme exposto anteriormente, o AVC é um evento grave e, à princípio, agudo, embora, dependendo do quadro, possa evoluir para a cronicidade, determinando algum tipo de incapacidade que exigirá cuidados, mais ou menos

permanentes, tanto do paciente e sua família e/ou cuidador, bem como do sistema de atenção à saúde (Mendes, 2011).

Em 2014, a OMS sinalizou que o AVC representa a segunda causa de mortalidade no mundo. Contudo, no Brasil é a primeira causa *mortis*, chegando a aproximadamente 100 mil óbitos, principalmente entre as mulheres. Segundo dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2015), este fato se correlaciona ao uso de pílulas anticoncepcionais, fatores tromboembólicos, associação de anticoncepcional e cigarro, acúmulo de gordura na região abdominal, enxaqueca, gravidez e dupla jornada de trabalho.

Há uma estimativa de que ocorrem 30 novos AVC a cada 60 segundos em todo o mundo. A maioria deles são referidos, como AVC "silenciosos". Essa nomenclatura é utilizada equivocadamente, pois o que se observa é que quando as pessoas com AVC "silencioso" são examinadas minuciosamente, elas já apresentam déficits neuropsicológicos e neurológicos sutis (OMS, 2014).

Segundo Lopes, Pinto, Figueiredo e Teixeira (2017), o termo "silencioso" diz respeito aos entupimentos de pequenas artérias que, a princípio, não causam sintomas nem afetam um grande território da massa cinzenta. Contudo, a somatória desses eventos pode gerar sequelas irreversíveis e levar à demência, especialmente a demência vascular, o segundo tipo mais comum de declínio cognitivo.

Lotufo (2008), citando um estudo de coorte realizado pelo *Framingham Heart Study*, aponta que 1 em cada 10 indivíduos sem AVC prévio, com média de idade de 62 anos, tem um AVC "silencioso". Uma vez ignorados, esses pequenos AVCs podem significar um grande problema. Esse tipo de AVC está associado com maior probabilidade de ter outros AVCs e de ter um AVC com sintomas e/ou demência.

Indivíduos com antecedentes de lesão cerebral apresentam maior risco de desenvolver quadro demencial. Esse quadro pode não ser progressivo nos anos iniciais, entretanto, AVCs repetidos, mesmo que de intensidade mínima, podem favorecer o desenvolvimento da encefalopatia crônica. O declínio cognitivo encontrado nos processos demenciais pode ser precipitado pela lesão cerebrovascular, mesmo leve, e o envelhecimento encefálico. Esses autores pontuam que há evidências correlacionando o aumento na deposição das proteínas beta-amiloide e tau no tecido cerebral à injúria cerebral prévia. Deste modo, o AVC poderia adiantar o momento de manifestação da demência (Tavares, Vargas & Amaral, 2014).

Conforme dados da SBDCV (2012), no âmbito nacional, a cada seis segundos, independentemente da idade ou sexo, alguém em algum lugar morre de AVC. Este fato vai para além de uma estatística em saúde pública, mas uma demonstração do grande impacto econômico e social que isto tem para o Brasil.

De acordo com Rotta e Ranzan (2013), há pouco tempo a doença cerebrovascular era considerada um evento raro na infância, com fisiopatologia, evolução e tratamento ainda muito obscuros. As doenças cerebrovasculares nessa faixa etária existem há bastante tempo, porém, foram subdiagnosticadas. Com o advento dos exames de neuroimagem e com os avanços tecnológicos, muito progresso pode ocorrer no campo do conhecimento. Entretanto, nessa idade, ainda é tema de muitos questionamentos e motivo para futuras pesquisas.

Costa e Bacellar (2013) mencionam que embora o AVC geralmente acometa indivíduos acima de 65 anos, o impacto da invalidez dessa doença na população jovem é maior, tendo em vista o fato de que a maioria das pessoas de 15 a 45 anos tornam-se incapazes para o exercício da atividade laborativa. Os autores ressaltam ainda que jovens de baixa condição socioeconômica são mais suscetíveis às doenças cerebrovasculares.

Segundo Carvalho, Machado e Caramelli (2014), embora haja variação regional em relação à mortalidade relacionada ao AVC no mundo, há um predomínio em países não desenvolvidos ou em desenvolvimento. O ônus do AVC afeta de forma desproporcional as pessoas que vivem em países com poucos recursos. De acordo com a OMS (2015), as taxas globais de novos AVCs em países de baixo e médio desenvolvimento superou as de países de alto desenvolvimento em 20%. Na atualidade, cerca de dois terços das pessoas acometidas vivem em países em desenvolvimento, cujos sistemas de saúde são extremamente precários.

No Brasil, o AVC é uma causa frequente de óbito na população de adultos. Conforme estudos de Rolindo, Oliveira, Silva e Alves (2016), no ano de 2005 ele foi responsável por 10% dos óbitos (90.006 mortes) e por 10% das internações hospitalares públicas. Projeções realizadas pela OMS (2014), apontam para o fato de que, sem estratégias de prevenção e intervenção, o número de mortes por AVC aumentará para 7,8 milhões em 2030, sem levar em conta as sequelas incapacitantes (Mendes, 2011; Pereira, Santos, Fhon, Marques & Rodrigues, 2012; Oliveira, 2013; Radanovic, 2014).

A mortalidade por essa patologia, de acordo com Cavalcante, Araújo, Moreira e Santiago (2013), é maior nas regiões mais pobres do Brasil, tais como Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Na sua maior parte, a ocorrência dessa elevada mortalidade é atribuída aos fatores sociais desfavoráveis, tais como: idade avançada, baixa escolaridade e renda familiar insatisfatória.

Benseñor, Goulart, Szwarcwald, Vieira, Malta e Lotufo (2013), com o objetivo de avaliar a prevalência de AVC na população brasileira, investigou tanto a população urbana quanto a de áreas rurais, incluindo informações sócio-demográficas, identificaram altas taxas de prevalência especialmente em indivíduos mais velhos, sem educação formal e moradores urbanos.

Apesar de o AVC estar entre as principais causas de internação, mortalidade e deficiências no País, o conhecimento que a população possui é ínfimo. Segundo a OMS (2014), aproximadamente 70% dos pacientes não reconhecem os sintomas. Em torno de 30% demoram mais de 24 horas para procurar atendimento médico, independentemente da idade, sexo, classe social ou nível educacional, e aproximadamente 30% dos casos recorrentes ocorrem antes mesmo de o paciente procurar assistência. Se a ausência de uma educação pública eficaz persistir, o potencial de prevenção não ocorrerá.

O fator prevenção é a palavra de ordem da medicina, e a epidemiologia é tida como a ciência da prevenção. Consultando o dicionário da língua portuguesa Aurélio, foi possível encontrar as seguintes descrições acerca da etimologia da palavra prevenção: “1. Ação ou resultado de prevenir (-se); 2. Conjunto de medidas ou preparação antecipada de (algo) que visa prevenir (um mal)”. A fim de adotarem medidas preventivas, as pessoas, primeiramente, precisam ser informadas acerca daquilo que deve ser prevenido.

Gomes (2012) aponta que o conhecimento acerca dos fatores de risco e das repercussões da patologia é essencialmente internacional e outras profissões de saúde, além da medicina, psicologia, enfermagem e fisioterapia, tem despertado interesse no trabalho com essa temática. A prevenção do AVC é uma obrigação que desafia a todos os envolvidos nos cuidados junto à saúde.

Gagliardi (2013) aponta que a profilaxia clássica pode ser dividida em primária (medidas direcionadas aos pacientes de risco que não sofreram AVC) e secundária (cuidados que devem ser dedicados aos indivíduos que já foram acometidos por essa

patologia). A prevenção primária, consiste fundamentalmente na detecção e na correção dos fatores de risco; já a prevenção secundária, tem como objetivo alcançar a população de mais alto risco (aquela que já foi acometida previamente), bem como detectar e corrigir os fatores de risco, intervir farmacologicamente e, eventualmente, utilizar procedimentos cirúrgicos ou técnicas intervencionistas.

De acordo com a *World Health Organization* (WHO, 2008), os fatores de risco são definidos como características ou atributos cuja presença aumenta a probabilidade de apresentar uma condição de saúde. O conhecimento acerca dos indicadores de risco auxilia na construção de estratégias mais eficazes de intervenção junto às pessoas com AVC, bem como seus familiares e/ou cuidadores.

Os principais fatores de risco, para esta condição são: hipertensão arterial sistêmica (HAS), tabagismo, dislipidemia e diabetes. Ao lado desses estão o sedentarismo, obesidade, saúde mental debilitada, estresse psicossocial, uso de álcool e outras drogas, entre outros (OMS, 2014).

Nas últimas décadas, estudos como os de Chaves (2000), Hankey (2006), Gomes e Quadrante (2012), também apontam os seguintes os fatores de risco: idade, doença arteriosclerótica, migrânea, cardiopatias, alguns tipos de doenças reumatológicas, distúrbios da coagulação sanguínea, uso de anticoncepcionais orais, fibrilação atrial e ataque isquêmico transitório (AIT).

O AIT é definido como episódio transitório de disfunção neurológica causada por isquemia focal encefálica, medular ou retiniana sem infarto. É considerado um importante fator de risco para um evento isquêmico definitivo. Estima-se que de 15 a 30% dos pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI) apresentam história prévia de sintomas transitórios característicos de AIT (Melo-Souza, Costa & Borges, 2013).

Segundo Rotta, Ranzan, Bacellar e Costa (2013), na etiologia dos AVC, também estão presentes as malformações arteriovenosas, bem como as arteriopatias. Essas têm sido consideradas fatores de risco prevalentes em crianças e adolescentes. Dentre as arteriopatias estão a doença de moyamoya, a arteriopatia cerebral focal, a dissecação arterial, a arteriopatia pós-varicela e por vasculites. Os tumores cerebrais e as doenças hematológicas também são a causa para o AVC. Uma vez determinadas a incidência, a mortalidade e os fatores de risco, as ações de saúde pública podem ser melhoradas e a doença pode ser reduzida.

O Ministério da Saúde (2008), sugere uma classificação na qual os fatores de risco estão subdivididos em características e estilos de vida, patologias e lesões estruturais assintomáticas. Contudo, é consensual para os estudiosos dos fenômenos relacionados ao AVC, que os fatores de risco podem ser divididos em modificáveis e não modificáveis.

Para Gagliardi (2013), dentre os modificáveis estão: HAS, cardiopatias, dislipidemias, estilo de vida (tabagismo, sedentarismo, ingestão alcoólica excessiva, uso de drogas ilícitas, uso de anovulatórios, tensão emocional), hemopatias, diabetes, hiper-homocisteinemia, infecções, proteína C reativa elevada e AIT. No que tange aos não modificáveis é possível citar sexo, idade, herança genética e raça. Diante do exposto, a informação, identificação e o controle dos fatores de risco visam à prevenção primária da população.

O AVC possui aspectos agudos e/ou crônicos. Segundo Mendes (2011), as condições agudas, em linhas gerais, são aquelas que têm início repentino, curta duração, causas simples, tendem a se autolimitar e respondem bem a tratamentos específicos, tais como medicamentos ou cirurgias. O ciclo típico de uma condição aguda é sentir-se mal por algum tempo, ser tratado e melhorar. A atenção às condições agudas depende do conhecimento, bem como experiência dos profissionais, especialmente médicos, a fim de dar o diagnóstico preciso e prescrever o tratamento adequado.

Entretanto, as condições crônicas são diferentes. Elas podem ter início agudo, mas, evoluem insidiosamente. Além disso, apresentam múltiplas causas, incluindo hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais, fatores fisiológicos e psicológicos e podem levar à perda da capacidade funcional (Mendes, 2011). Nesse sentido, as doenças crônicas geram efeitos em cascata, onde cada sintoma liga-se a outro, gerando um ciclo vicioso.

O mundo contemporâneo tem sido marcado por várias modificações graças aos progressos científicos, aos avanços tecnológicos, à difusão do conhecimento, bem como as tentativas de melhoria das condições socioeconômicas. Em decorrência dessas mudanças, o novo século também propôs uma possibilidade de maior longevidade. Todavia, o prolongamento dos anos vividos traz consigo questões como o aumento de certas patologias, o surgimento de doenças crônicas, e, conseqüentemente, interferência na qualidade de vida. Segundo Mendes (2011), os

principais fatores determinantes da elevação das doenças crônicas são as mudanças demográficas, as modificações nos padrões de consumo bem como nos estilos de vida, o aceleramento da urbanização e as estratégias mercadológicas.

Os padrões de consumo e de comportamentos não saudáveis vão se impondo e incrementando as condições crônicas. Dentre eles, destacam-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, o sexo inseguro, a inatividade física, o excesso de peso, a alimentação inadequada e o estresse social. Outro fator diz respeito à multiplicação da população urbana nos países em desenvolvimento, cujo fator repercutiu na transição demográfica. Paralelamente ao processo de urbanização, Mendes (2011) pontua que foram desenvolvidas estratégias de mercado que contribuíram nocivamente à saúde da população. Dentre as quais é possível citar o cigarro, o álcool e os alimentos industrializados. Segundo este autor, a dimensão mercadológica se aproveita das privações sociais. Através da interação desses fatores há um aumento significativo das condições crônicas.

De acordo com Pereira et al. (2009), as doenças crônicas trazem impactos fortes e significativos para os indivíduos, com implicações, muitas vezes adversas. Além disso, causam mortes prematuras, geram efeitos econômicos negativos para as famílias, as comunidades e os países. O custo econômico das condições crônicas é enorme. Essa realidade é proveniente do fato de que quando acometidos por determinadas doenças, os indivíduos reduzem as suas atividades de trabalho, perdem seus empregos e têm seus custos com a saúde elevados. Além disso, os prestadores de serviços gastam cada vez mais com os custos crescentes dessas doenças e a sociedade em geral tem uma perda considerável da produtividade e da qualidade de vida.

Segundo dados da OMS (2008), as doenças crônicas representam 63% do total de óbitos no mundo, com destaque para as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica. No Brasil, constitui-se como o problema de saúde de maior magnitude, sendo responsável por 72% das mortes. Essas doenças atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, mais intensamente, àqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda. Presume-se que esse percentual atingirá 302,7/100 mil habitantes 60% até o ano 2022 e as maiores incidências serão de doenças cardiovasculares, neoplasias malignas, diabetes e doenças respiratórias.

Uma população que sofre um processo rápido de envelhecimento, aumenta as suas chances de doenças crônicas. De acordo com Mendes (2011), por estas afetarem mais os segmentos de maior idade, pode-se presumir que, no futuro, haverá, ainda mais, uma elevação progressiva da morbimortalidade por doenças crônicas no Brasil.

Apesar de o AVC poder ocorrer em qualquer idade, é sabido que a maior incidência dele se dá em populações idosas. Os idosos são o grupo populacional mais afetado por patologias crônicas, tendo em vista o fato de que doenças como HAS, depressão, demência, osteoporose, diabetes, câncer, patologias cardiovasculares e cerebrovasculares têm maior incidência com a idade, em virtude das próprias alterações fisiológicas do envelhecimento (Benseñor et al., 2013).

Nesta população a sua ocorrência pode ter efeitos devastadores, especialmente se existem outras comorbidades, ausência de suporte familiar e social ou ainda recursos econômicos limitados (Gomes, 2012). Tudo isto pode alterar ainda mais significativamente a vida do doente e repercutir igualmente na sua qualidade de vida, na do seu cuidador informal e na da sua família.

Os múltiplos déficits provenientes do AVC precisam ser identificados e, para isso, faz-se necessário lançar mão de recursos que auxiliem na avaliação e reconhecimento das sequelas cognitivas, motoras, comportamentais e emocionais, bem como na identificação das áreas cerebrais preservadas (Yamauty, Neme, Lima & Belancieri, 2014). Esses objetivos podem ser alcançados mediante a avaliação neuropsicológica, cujo tema será abordado no capítulo seguinte.

CAPÍTULO II

O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL SOB A ÓTICA DA NEUROPSICOLOGIA

Desde os primórdios da humanidade, e em diferentes culturas, o homem sempre teve indagações acerca da natureza dos comportamentos. Caixeta, Nóbrega, Caixeta e Reimer (2012) comentam que, em decorrência dos rituais de mumificação, os egípcios já possuíam alguns conhecimentos de neuroanatomia e algumas evidências da relação entre cérebro e comportamento. Na antiguidade clássica, também há registros de especulações sobre essa relação. O filósofo naturalista e médico grego, Alcmeón de Crotona (500 a.C.), foi o primeiro a oferecer uma hipótese patológica dissociada de qualquer interpretação mágica. No século XIX, Wundt (1832-1920) retoma essa perspectiva em seu livro *Princípios da Psicologia Fisiológica* (1874), no qual relata pesquisas feitas em laboratório, visando levar a psicologia à condição de ciência.

Traçando um percurso histórico, Caixeta et al. (2012), afirmam que a ciência neuropsicológica não surgiu, a princípio, como uma disciplina vinculada à psicologia. Mencionam que, a partir de Franz Gall (1758-1828), médico anatomista, se pôde falar a respeito de um modelo neuropsicológico. Posteriormente, o psiquiatra francês, Henry Wallon (1879-1962), propôs, através de seu livro “A infância turbulenta”, as bases da neuropsicologia. Da mesma forma, os psiquiatras Pierre Marie (1853-1940), Henry Hécaen (1912-1983) e Julian Ajuriaguerra (1911-1993), deixaram uma herança inesquecível para as primeiras bases neuropsicológicas.

Em decorrência dos estudos acerca da doença mental, desde o século XIX, evidencia-se uma estreita interface entre psicologia e medicina. Essas relações se mantêm ao longo dos séculos, fazendo com que haja um interesse cada vez maior em identificar a correlação entre as lesões cerebrais e os comprometimentos cognitivos (Ramos & Hamdan, 2016).

De acordo com Mograbi, Mograbi e Landeira-Fernandez (2014), ainda que não seja possível determinar o surgimento exato de uma disciplina tão complexa como a Neuropsicologia, uma de suas bases pode estar relacionada ao médico anatomista Pierre Paul Broca (1824-1880). Ele propôs o estudo sistematizado das relações cérebro-comportamento. Broca desenvolveu e utilizou um método anátomo-clínico para investigar as alterações expressivas da linguagem, denominadas de afasia.

Através dos seus estudos, inaugurou um método científico, no qual foi possível correlacionar déficits funcionais e áreas cerebrais (Ramos & Hamdan, 2016).

A partir das pesquisas de Paul Broca, Carl Wernicke (1848-1905) e Alexander Romanovich Luria (1902-1977), dá-se início a algumas discussões no campo da Neuropsicologia, as quais estão relacionadas ao paradigma localizacionista *versus* holista. No primeiro, sob influência também da frenologia, havia a ideia de que a mente era dividida em múltiplas funções que se localizam em partes distintas do cérebro e cada estrutura é responsável por determinada função.

De acordo com Caixeta et al. (2012), uma série de fatores deu início a dúvidas dentro do paradigma localizacionista. As primeiras críticas foram advindas da existência de pacientes que apresentavam transtornos neuropsicológicos, mas com lesões cerebrais em locais distintos do esperado. Da mesma forma, existiam enfermos com lesões em determinadas partes do cérebro, sem a respectiva expressão clínica correspondente à área lesionada.

O fato acima levou à ideia de que as localizações não eram tão precisas e, assim, cada função deveria ter uma ampla representação cerebral. Tudo isto desencadeou a busca e a necessidade de se encontrar outros modelos neuropsicológicos. Caixeta et al. (2012) apontam que a partir disso houve a proposição de um sistema integrador, um sistema de redes cerebrais difusas envolvidas na realização das atividades. O grande expoente dessa teoria foi Luria. Ele defendia que todos os processos mentais, como a percepção, memória, gnosis, praxia, linguagem, pensamento, escrita, leitura e aritmética, não poderiam ser considerados como faculdade isoladas nem tão pouco indivisíveis.

Dessa forma, segundo Lefèvre e Caixeta (2012), Luria propôs o conceito de “sistema funcional completo”. De acordo com esse conceito as atividades nervosas complexas dependem do desempenho integrado de diversas regiões corticais e subcorticais do cérebro. Sabe-se que cada região cerebral contribui de forma específica para o desempenho de algumas atividades. Contudo, também é imprescindível lembrar que cada área está em contínua comunicação com as demais e uma lesão em determinada região, pode interferir no desempenho das demais.

A neuropsicologia é uma área de fronteira com a medicina, sobretudo com a neurologia, essencial para o tratamento de pacientes com lesão cerebral. É

caracterizada como um campo de conhecimento multi e interdisciplinar. De acordo com Ramos e Hamdan (2016), consiste numa ciência híbrida oriunda de variadas disciplinas básicas, bem como aplicadas. Dentre as primeiras estão a neuronatômica, neurofisiologia, neuroquímica e neurofarmacologia. Em relação às segundas, fazem parte a psicométrica, psicologia clínica, psicologia experimental, psicopatologia e psicologia cognitiva.

Caixeta et al. (2012), citando Luria, definem a neuropsicologia como a ciência da organização cerebral dos processos mentais humanos, cujo objetivo específico e peculiar é a investigação do papel dos sistemas cerebrais nas formas complexas de atividades mentais. Ou seja, é a ciência que estuda a expressão comportamental das disfunções cerebrais.

É sabido que o AVC é uma das doenças de maior morbi-mortalidade mundial e com repercussões em diferentes domínios da cognição. Embora seja tradicionalmente conhecida como uma patologia de ordem neurológica, pode acarretar, além de alterações psicológicas e psiquiátricas, importantes prejuízos motores, sensoriais e sequelas cognitivas severas. Deste modo, considerando que o AVC ainda afeta a esfera social e a familiar, faz-se necessário um olhar, bem como um cuidado multi e interdisciplinar.

Os prejuízos cognitivos, motores e neuropsiquiátricos após um quadro de lesão vascular, dependerão fortemente da área cerebral acometida e da extensão da lesão. Segundo Pereira e Hamdan (2014), a principal sequela física decorrente do AVC é a hemiplegia do lado oposto ao hemisfério lesionado. Além disso, dentre outras sequelas incapacitantes pós AVC, é possível citar: alterações no campo espacial, visual, da fala, da sensibilidade, da marcha, dificuldades de execução das atividades de vida diária (AVD), alterações do humor, distúrbios da imagem corporal, depressão, entre outras. Todos estes fatores refletem na capacidade funcional, independência e autonomia do sujeito (Yamauty et al., 2014).

O Conselho Federal de Psicologia (CFP), reconhece, através da resolução nº 002/2004, a neuropsicologia como especialidade em psicologia. Essa especialidade, para o CFP, fica instituída com a seguinte definição:

Atua no diagnóstico, no acompanhamento, no tratamento e na pesquisa da cognição, das emoções, da personalidade e do comportamento sob o enfoque da relação entre estes aspectos e o funcionamento cerebral. Utiliza-se para isso de conhecimentos teóricos angariados pelas neurociências e pela prática

clínica, com metodologia estabelecida experimental ou clinicamente. Utiliza instrumentos especificamente padronizados para avaliação das funções neuropsicológicas envolvendo principalmente habilidades de atenção, percepção, linguagem, raciocínio, abstração, memória, aprendizagem, habilidades acadêmicas, processamento da informação, visuoconstrução, afeto, funções motoras e executivas (...). Os objetivos práticos são levantar dados clínicos que permitam diagnosticar e estabelecer tipos de intervenção, de reabilitação particular e específica para indivíduos e grupos de pacientes em condições nas quais: a) ocorreram prejuízos ou modificações cognitivas ou comportamentais devido a eventos que atingiram primária ou secundariamente o sistema nervoso central; b) o potencial adaptativo não é suficiente para o manejo da vida prática, acadêmica, profissional, familiar ou social; ou c) foram geradas ou associadas a problemas bioquímicos ou elétricos do cérebro, decorrendo disto modificações ou prejuízos cognitivos, comportamentais ou afetivos. (...) (CFP, 2007, pp. 23-24).

O CFP (2007) pontua que além da dimensão diagnóstica, a Neuropsicologia, conjuntamente à sua área interligada de Reabilitação Neuropsicológica, tem como objetivo realizar as intervenções adequadas junto ao paciente a fim de que este possa melhorar, compensar, contornar ou adaptar-se frente à nova realidade. Essa intervenção também se estende à família e equipe multiprofissional, uma vez que estas podem atuar como co-participantes do processo reabilitativo promovendo a cooperação na inserção ou reinserção desses pacientes na comunidade.

Nesse sentido, a Avaliação Neuropsicológica (ANP), metodologia empregada para a compreensão neuropsicológica da relação cérebro e comportamento, pode trazer grandes contribuições, uma vez que seu objetivo é identificar o rendimento cognitivo, funcional, bem como investigar a integridade ou comprometimento de uma determinada função cognitiva (Pereira & Hamdan, 2014).

A ANP ou exame neuropsicológico, segundo Lefèvre, Caixeta e Pinto (2012), diz respeito a um procedimento de investigação que lança mão de entrevistas, observações, provas de rastreio e testes psicométricos, cujo propósito é identificar e descrever prejuízos ou alterações no funcionamento psicológico, clarificar o diagnóstico em casos de alterações não detectadas por exames de neuroimagem, avaliar a evolução de condições neurodegenerativas, correlacionar o resultado dos testes com aspectos neurobiológicos e/ou dados obtidos por neuroimagem, bem como investigar alterações cognitivas e comportamentais que possam correlacionar-se à comprometimentos psiquiátricos e/ou neurológicos. Dessa forma, a ANP fornece subsídios para a elaboração do diagnóstico clínico, compreensão acerca do perfil cognitivo do paciente, estabelecimento do prognóstico e contribuição nos programas

de reabilitação. Além disso, permite a mensuração da responsividade do paciente ao tratamento.

Martins e Alchieri (2013) conceituam responsividade ou aderência terapêutica como o grau de concordância entre o comportamento do paciente e as prescrições da equipe de saúde. Atualmente, um dos grandes problemas encontrados pelos profissionais de saúde é a adesão deficiente dos pacientes ao tratamento prescrito. A maneira como os pacientes lidam com sua enfermidade, com as recomendações terapêuticas e com as mudanças em seu estilo de vida são aspectos cruciais para o curso da doença, evolução do tratamento, bem como repercussões na sua qualidade de vida. A avaliação da aderência terapêutica não se constitui como uma tarefa fácil, sobretudo em tratamentos complexos e nas enfermidades crônicas. Apesar disso, a ANP pode se configurar como uma estratégia metodológica.

Segundo Pinto (2012), as funções neuropsicológicas são complexas e multimodais, ou seja, agregam todo um aparato neuronal no qual as habilidades se interpenetram e demandam outras funções para acontecerem. Diante dessa complexidade, numa ANP, não é possível utilizar apenas um único instrumento de avaliação. Isso se deve ao fato de que nenhum instrumento nunca é verdadeiramente capaz de mensurar uma função isoladamente. Ciente disto, é imprescindível que o examinador considere que determinada pontuação nem sempre é um indicador de déficit naquilo que o teste se propõe a avaliar, pois pode ser reflexo de outras habilidades exigidas pelo mesmo.

Partindo desse pressuposto, vale salientar que a ANP não se baseia apenas nos escores obtidos nos testes. De acordo com Fonseca, Zimmermann e Kochhann (2015), o exame neuropsicológico é processual e lança mão de múltiplas fontes de dados, como entrevistas com o próprio paciente, com informantes que o conheçam desde a fase pré-mórbida, bem como pela observação contínua da cognição e do desempenho em tarefas clínicas, ecológicas ou padronizadas. Os testes neuropsicológicos constituem a principal ferramenta de interpretação quantitativa, enquanto os demais procedimentos possibilitam uma interpretação predominantemente qualitativa.

Embora a Neuropsicologia, por definição, se configure como uma área multidisciplinar e que permite a interlocução entre diferentes profissionais, a maior parte dos instrumentos de avaliação do desempenho cognitivo são de uso restrito dos

psicólogos, os quais devem ser consultados online pelo Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos – SATEPSI, através do site do CFP – <http://site.cfp.org.br>. Contudo, diversas baterias e protocolos vem sendo produzidos por pesquisadores para uso interdisciplinar e já fazem parte da rotina dos profissionais de saúde.

A escolha dos instrumentos a serem utilizados no processo avaliativo deve ser baseada, segundo Fonseca et al. (2015), nos seguintes fatores: a) a queixa que gerou o encaminhamento e que será responsável pela formulação de hipóteses acerca dos possíveis prejuízos; b) a adequação do teste para o indivíduo levando em conta sua idade e escolaridade, bem como seu nível cognitivo global e de leitura; c) os dados normativos disponíveis para o instrumento; d) a abrangência de uma bateria de testes que contemplem não somente os domínios cognitivos, mas também abarquem a avaliação do humor, da personalidade e da funcionalidade.

De acordo com Miotto (2015), a neuropsicologia, então, contribui consideravelmente para a compreensão que temos na atualidade acerca da relação entre o Sistema Nervoso Central, o funcionamento cognitivo e o comportamento. Nos dias atuais, vem apresentando uma ampla gama de aplicações na prática de pesquisas e na área clínica. Nesse contexto, volta-se para o diagnóstico diferencial de quadros neurológicos e transtornos psiquiátricos, o grau de comprometimentos cognitivos e comportamentais, sua evolução e planejamento de reabilitação. Além disso, é uma área de atuação de diversos profissionais, dentre eles, psicólogos, o que pode trazer inúmeras contribuições ao cuidado do paciente, tendo em vista o fato de que o paciente neurológico precisa de cuidados integrados.

O neuropsicólogo tem como interesse principal conhecer a amplitude do déficit em um determinado processo ou processos cognitivos e contribuir para um programa de reabilitação individualizado (Ramos & Hamdan, 2016). Junto aos pacientes pós AVC, o seu papel pode ser desempenhado das seguintes maneiras: avaliação e identificação de déficits e habilidades cognitivas, pontos fortes, fracos e potencialidades do paciente, na avaliação e promoção de suporte terapêutico e cuidado aos distúrbios comportamentais e de humor, bem como no oferecimento de suporte e orientação aos familiares e cuidadores (Fonseca, Zimmermann & Kochhann, 2015).

Segundo Camargo, Bolognani e Zuccolo (2014), nas últimas décadas inúmeros estudos vêm mostrando os benefícios da identificação e do diagnóstico precoce de

falhas no processo cognitivo e emocional por meio da ANP. A compreensão dos déficits, dos pontos fortes e aspectos da personalidade, bem como da articulação entre esses elementos, auxilia os profissionais de saúde na tomada de decisões e no manejo a curto e longo prazo. Dessa forma, a ANP tem se mostrado fundamental no auxílio ao trabalho de vários profissionais, inclusive na orientação para o tipo de psicoterapia mais adequada para o paciente.

A psicoterapia, por sua vez, também pode ser um espaço importante para investigar a presença de sinais e sintomas que poderão repercutir de forma negativa na saúde mental do paciente e, conseqüentemente, no seu processo de reabilitação. Tanto a psicoterapia quanto a ANP podem se configurar como marcadores importantes para a reabilitação na medida em que fornecem dados de desempenho, pontos fortes, potencialidades e pontos fracos, os quais merecem atenção intensiva (Barbosa, Costa & Melo, 2015).

2.1. Sequelas Cognitivas do AVC

Miotto (2015), afirma que as alterações cognitivas decorrentes de lesão cerebral adquirida (LCA), estão relacionadas a diversos fatores, dentre eles, o tipo de lesão (focal ou difusa), as áreas cerebrais atingidas, bem como a gravidade do quadro (leve, moderado ou grave). Além disso, deve-se levar em conta fatores individuais tais como: idade, escolaridade, ocupação prévia e condições socioeconômicas. Entre os prejuízos mais frequentes estão déficits na orientação têmporo-espacial, no processo atencional, na velocidade de processamento das informações, no domínio mnemônico, no funcionamento executivo, bem como alterações comportamentais.

No que tange à atenção, há vários processos atencionais que podem ser comprometidos em pacientes pós AVC, dentre eles a atenção sustentada, a atenção alternada e a atenção seletiva. Segundo Miotto (2015), a atenção sustentada pode ser definida como um estado de prontidão para identificar e responder a estímulos por um período prolongado de tempo. A alternância da atenção diz respeito a capacidade de atender a duas ou mais fontes de estimulação alternadamente. A atenção seletiva configura-se como a habilidade de direcionar e manter a atenção em determinado estímulo, ignorando estímulos irrelevantes.

A velocidade de processamento das informações, para Miotto (2015), é outro domínio que pode estar prejudicado em pacientes com lesão cerebral. Alterações

nesse domínio podem interferir em outras habilidades cognitivas, incluindo a memória e a linguagem.

Prejuízos no funcionamento executivo repercutem em dificuldades de planejamento, organização, iniciativa, resolução de problemas, tomada de decisões, sequenciamento apropriado de ações e pensamentos, além de problemas comportamentais como desinibição, redução da autocrítica e da iniciativa, inadequação ao contexto e comportamentos perseverativos (Lezak et al., 2004, Miotto et al., 2012; Miotto, 2015).

No tocante ao domínio mnemônico, por ser um sistema bastante complexo e mediado por diferentes circuitos e mecanismos neuronais, lesões decorrentes de AVC estão, invariavelmente, associadas à prejuízos temporários ou permanentes. Segundo Miotto (2015), as alterações de memória podem permanecer por período de tempo indeterminado, comprometendo, assim, os sistemas a curto e longo prazo.

Para Carvalho et al. (2014), a memória é uma das funções cognitivas mais comprometidas pós AVC. Podemos subdividir essa função em memória de curto prazo (ou memória de trabalho) e de longo prazo. A memória de curto prazo é o sistema responsável pelo armazenamento das informações, possibilitando a manutenção e manipulação da informação para a execução de funções cognitivas superiores, tais como: solução de problemas, cálculo, compreensão, raciocínio, entre outras. Segundo Baddeley (2011) esse tipo de memória exerce papel fundamental na linguagem, auxiliando no recrutamento de palavras e compreensão de comandos, no planejamento de estratégias e flexibilidade mental.

Carvalho et al. (2014), citando Baddeley (2000), explicitam que a memória abrange subcomponentes, os quais estão divididos em alça fonológica, que mantém informações verbais pelo tempo em que forem reverberadas; o esboço visuoespacial, que possui a mesma função para material não verbal; o *buffer* episódico, que fornece um estoque temporário multimodal capaz de integrar informações dos dois sistemas subsidiários de memória de longo prazo (episódico e semântico) e que torna possível o armazenamento da nova informação junto à antiga e, dessa forma, melhorar a estocagem e a recordação. Todos esses são organizados e controlados pelo sistema executivo central, o qual também modula a atenção.

Outra dimensão da memória alterada pelo AVC, segundo Miotto (2015), é a memória de longo prazo declarativa ou explícita. Esta é responsável pela capacidade

de armazenamento e evocação de fatos de forma consciente. Dela fazem parte a memória semântica e episódica. A primeira, relacionada ao processamento da informação associadas ao conhecimento geral sobre o mundo, conceitos, fatos e vocabulários concernentes à determinada cultura. A segunda, responsável pelo armazenamento de informações e eventos pessoalmente vivenciados em determinado tempo e espaço.

Além das alterações cognitivas descritas acima, alguns pacientes também podem apresentar déficits na linguagem, especialmente após lesão no hemisfério esquerdo. A afasia é uma das perturbações de linguagem em decorrência desse tipo de lesão cerebral. Além desta, há a possibilidade de sequelas relacionadas à produção e compreensão de conteúdo verbal, nomeação, leitura, escrita e cálculo (Salles & Rodrigues, 2014).

Oliveira et al. (2015), apontam que o comprometimento da capacidade de comunicar-se está presente, principalmente, em quadros de lesão vascular de HD, com destaque para déficit na compreensão e na produção do discurso, no processamento de inferências e de informações contextuais, na interpretação de significados ambíguos e na compreensão e produção prosódica. Por conseguinte, pode-se observar que indivíduos com lesão de HD podem apresentar alterações nos quatro processamentos comunicativos: discursivo, pragmático-inferencial, léxico-semântico e prosódico.

O paciente também pode apresentar prejuízos visuoperceptivos e visuoespaciais, tais como: dificuldades no reconhecimento de formas e texturas (asterognosia), incapacidade de perceber objetos (agnosia perceptiva), dificuldade para reconhecer faces familiares (prosopagnosia), perda da capacidade de discriminar os dedos da mão (agnosia digital), incapacidade de realizar o movimento voluntário (apraxias), além de falhas na capacidade de responder e estímulos contralaterais à lesão cerebral (heminégligência visual) (Ardila & Rosselli, 2007; Barbosa, Ferreira & Barbosa, 2010; Miotto, 2015).

2.2. Sequelas Físicas e Motoras do AVC

No que diz respeito aos prejuízos na área motora, há a alteração do tônus muscular. Posteriormente ao AVC, o hemicorpo afetado apresenta um estado de flacidez que pode impossibilitar a realização de movimentos voluntários, ou seja, o

tônus é consideravelmente baixo para dar início ao movimento e o indivíduo é incapaz de manter um membro em qualquer posição, especialmente nas primeiras semanas (Scheffer, Klein & Almeida, 2013).

Todas estas alterações levam à ausência de conscientização e perda dos padrões do hemicorpo atingido, bem como a padrões inadequados do lado não afetado, o qual é utilizado para fins de compensação. De acordo com Bobath (1990), dessa forma, o indivíduo não consegue rolar, sentar-se sem apoio, manter-se de pé, e apresenta tendência para transferir o seu peso para o lado preservado, por falta de noção da linha média.

Ainda que a hipotonia possa persistir, ela é frequentemente seguida pela hipertonia. Nesta é possível observar um aumento da resistência ao movimento passivo, sendo típico dos quadros espásticos. Segundo Bobath (1990), durante os primeiros dezoito meses a espasticidade vai, gradualmente, se desenvolvendo a partir das atividades e esforços realizados pelo paciente. A espasticidade é o componente neural da hipertonia e é dependente da velocidade, ou seja, quanto mais rapidamente o músculo for estirado, maior a resistência sentida. O aumento do tônus muscular gera características típicas, tais como as posturas anormais e os movimentos estereotipados.

Bobath (1990) também menciona acerca das reações associadas. Estas são definidas como respostas automáticas anormais e estereotipadas dos membros afetados. Essas respostas são resultantes de uma ação ocorrida em qualquer região do corpo, através de estimulação reflexa ou voluntária, inibindo a função. As reações podem ocorrer quando o paciente se esforça para realizar uma tarefa difícil ou quando a ansiedade está presente. Ao realizar uma tarefa, como, por exemplo, o vestir, as reações associadas poderão ser observadas na perna e braço afetado.

Outra alteração encontrada em pacientes pós AVC é a perda do controle da postura. O mecanismo de controle postural é a base para a realização de movimentos voluntários normais especializados. Este mecanismo consiste num grande número, bem como na variedade de respostas motoras automáticas, as quais são adquiridas na infância e são desenvolvidas durante os três primeiros anos de vida (Papalia & Olds, 2010). O controle da postura é constituído por três grupos de reações posturais automáticas, as quais são: a) reações de retificação (mantém a posição normal da cabeça no espaço); b) reações de equilíbrio (respostas automáticas a alterações de

postura e movimento); c) reações de extensão protetiva (quando as reações de equilíbrio e retificação se mostram insuficientes).

Num paciente que sofreu um AVC, Bobath (1990) menciona que as reações automáticas de postura não funcionam no hemicorpo afetado. Isto impede que ele utilize uma variedade de padrões normais de postura e movimento, os quais são imprescindíveis para a realização de atividades funcionais tais como transferir-se, rolar, sentar, manter-se de pé, andar e realizar as AVD.

A dimensão sensorial também é prejudicada após o AVC. Dentre as alterações sensoriais mais frequentes e observáveis estão os déficits sensoriais superficiais, proprioceptivos e visuais. Segundo Bobath (1990), a diminuição ou extinção da sensibilidade superficial (tátil, térmica e dolorosa), repercute no surgimento de disfunções perceptivas (alterações na imagem corporal e heminegligência) e aumento do risco de autolesões.

O rebaixamento da sensibilidade proprioceptiva contribui para a perda da capacidade de executar movimentos eficientes e controlados, para a diminuição da sensação e noção de posição e movimento, impedindo, dessa forma, novas aprendizagens motoras no hemicorpo lesionado (Bobath, 1990).

Também é bastante comum a presença de déficits no campo visual em pacientes pós AVC. Dentre os déficits estão, a diminuição da acuidade visual, a hemianopsia e a diplopia. Essas alterações visuais contribuem para a diminuição do nível de consciência e/ou diminuição da noção do hemicorpo afetado (Barbosa, Ferreira & Barbosa, 2010).

No que diz respeito às alterações da função perceptiva, Cancela (2008) afirma que dependerão do tipo bem como da extensão da lesão. As lesões no hemisfério dominante, geralmente o hemisfério direito (HD), para a maioria, acarretam em distúrbios da percepção. As alterações podem ser a nível de figura e fundo, posição do corpo no espaço (distúrbio proprioceptivo), constância da forma, percepção de profundidade relações espaciais e orientação topográfica.

Segundo Ardila e Rosselli (2007), os distúrbios da praxia também podem ocorrer em pacientes com AVC. Referem-se à dificuldade ou à impossibilidade de realizar, de modo intencional, movimentos anteriormente aprendidos. Dentre os principais distúrbios práxicos, é possível citar: apraxia do vestir (inabilidade para efetuar as tarefas funcionais do ato de vestir-se), apraxia ideatória (incapacidade para

executar o passo a passo envolvido para a execução de uma atividade), apraxia ideomotora (inabilidade na realização de gestos intencionais) e apraxia construtiva (incapacidade para construir modelos em segunda ou terceira dimensão). Nesta última há uma limitação na reprodução ou cópia de um modelo visual apresentado.

2.3. Sequelas Emocionais do AVC

No tocante aos problemas emocionais e as alterações de personalidade observadas após o AVC, conforme Pereira e Hamdan (2014), esses podem ser decorrentes, diretamente, da lesão neurológicas bem como das dificuldades advindas em lidar com as limitações nas diversas situações rotineiras.

Em relação aos aspectos emocionais, a depressão é considerada a complicação psiquiátrica mais frequente do AVC, merecendo, assim, um olhar especial por parte dos profissionais de saúde, família e cuidadores (Scheffer, Klein & Almeida, 2013). Diversas áreas que já se encontram comprometidas em decorrência do AVC podem ser agravadas ainda mais por consequência da depressão pós-AVC (DPAVC). Pacientes acometidos por essas patologias apresentam maior permanência hospitalar, maior prejuízo da funcionalidade e aumento da mortalidade. Por conseguinte, o prognóstico desses pacientes não é satisfatório (Sohlberg et al., 2011).

O paciente após o AVC, de acordo com Rodrigues, Schewinsky e Alves (2011), tende a passar por um processo de enlutamento e enfrentamento diante das perdas físicas, psicológicas e sociais. Uma vez que essa dinâmica afetiva emocional se encontra mais fragilizada, ele se sente impotente diante dessas perdas e esse sentimento pode desencadear uma depressão reativa.

Em contrapartida, as lesões cerebrais residuais podem ser fatores desencadeadores para uma depressão secundária. Esta correlaciona-se à diminuição do tônus cortical que, por sua vez, pode repercutir em alterações do humor, apatia e alentecimento das funções mentais. Existem casos, segundo Rodrigues et al. (2011) em que a DPAVC é confundida com um quadro demencial, especialmente em pacientes idosos.

Quando a DPAVC é diagnosticada e tratada, é possível observar melhora na recuperação funcional e redução do prejuízo cognitivo. De acordo com Diniz e Teixeira (2014), apesar de sua importância clínica, existe uma considerável proporção de casos que não são identificados pelos profissionais da saúde mental. O diagnóstico

dessa patologia só tem sido feito em 20% a 50% dos casos, de acordo com esses autores.

Pesquisas realizadas por Terroni et al. (2009), Rodrigues, Schewinsky e Alves (2011) e Diniz e Teixeira (2014), indicam que a etiologia da DPAVC é multifatorial e a ocorrência desta tem sido associada a alguns fatores de risco, tais como: sexo feminino, isolamento, rede social deficitária, quadro depressivo prévio, mudança de função ou papel social e familiar, fatores hormonais, déficits neuropsicológicos e localização do AVC.

Terroni et al. (2009) e Diniz e Forlenza (2009), relatam que o transtorno depressivo afeta a dimensão somática, a dimensão psíquica e a dimensão cognitiva. Os sintomas somáticos são: dor crônica, cansaço, fadiga, alterações do apetite, alterações do ritmo sono-vigília e diminuição da libido. No que tange à dimensão psíquica, o paciente pode apresentar reatividade emocional diminuída, anedonia, isolamento social, tristeza e culpabilidade. Em relação às queixas cognitivas estão a dificuldade de concentração, alterações na memória episódica bem como no funcionamento executivo e na velocidade de processamento da informação.

Diante do exposto, é possível perceber que a relação entre depressão e AVC é bastante complexa, inclusive pela correlação existente entre a presença de um quadro depressivo e a elevação do risco para a ocorrência de novo AVC, afinal, o indivíduo apresenta maior vulnerabilidade a outros comportamentos de risco como, por exemplo, hábitos alimentares irregulares, falta de engajamento no autocuidado, dificuldade de adesão aos tratamentos, comprometimento da percepção geral de saúde e isolamento social. Dessa forma, faz-se necessário que haja um planejamento cuidadoso de intervenções que considerem todos esses fatores.

Antigamente, segundo Sohlberg e Mateer (2011), embora o conhecimento, bem como os estudos acerca do impacto da lesão cerebral abrangesse a família por completo, o foco estava no tratamento do indivíduo acometido pela lesão. Posteriormente, houve o reconhecimento da importância de se educar a família e formar parceria com os familiares e cuidadores. Os objetivos das intervenções no processo de reabilitação são a educação do paciente, da família e cuidador; aumento da conscientização; aumento da auto-regulação das habilidades cognitivas, comportamento e disposição; e um grande senso de auto-eficácia com respeito ao tratamento de uma miríade de efeitos da lesão cerebral.

Diante do exposto, será apresentado no capítulo seguinte, o processo de reabilitação do paciente com AVC, a importância da equipe de saúde bem como do suporte familiar e social adequado.

CAPÍTULO III

O PROCESSO DE REABILITAÇÃO NO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

As repercussões de um dano neurológico afetam consideravelmente o funcionamento do paciente, a relação deste com sua família e o entorno. Levando em consideração a amplitude das sequelas decorrentes da lesão cerebral, os diferentes profissionais implicados no processo de recuperação devem prestar atendimento ao paciente a partir de uma perspectiva interdisciplinar, mas baseados na sua competência teórica e técnica. Além disso, segundo Miotto (2015), as atuações multidisciplinares devem começar no primeiro dia da lesão e continuar até que o paciente obtenha seu potencial máximo de recuperação funcional, cognitiva, comportamental e social.

Os avanços na área de reabilitação iniciaram após a I e II Guerra Mundial, período no qual os pesquisadores e especialistas passaram a empregar esforços para compreender como os diferentes tipos de lesões influenciavam o comportamento humano e como se poderia remediá-los (Barbosa & Nery, 2012).

Segundo Pereira e Hamdan (2014), durante muitos anos as propostas de intervenção para os problemas derivados das lesões cerebrais adquiridas limitavam-se à contenção de comportamentos inadequados, ao tratamento medicamentoso e ao gerenciamento de contingências. Entretanto, essas intervenções não tinham como foco a melhora cognitiva, apenas diminuía o risco de condutas inapropriadas.

Por um longo período, os profissionais que atuavam no campo da reabilitação, atuaram sob o paradigma biomédico. Nessa perspectiva, o enfoque era a doença física. Além disso, grande parte das atividades realizadas nesses serviços contemplavam ações individualizadas, tendo como objetivo principal e imediato a recuperação ou compensação das habilidades específicas do paciente. Em contrapartida, o modelo compreensivo de reabilitação enfatiza que os profissionais devem entender a interação somato-psico-sócio-semiótica da saúde (Scheffer et al, 2013).

Atualmente, os programas de reabilitação de pacientes neurológicos estão focados numa intervenção holística. Segundo esta, o tratamento é realizado com base numa perspectiva global, incluindo também a família em todo o processo de

recuperação, além de, passo a passo, contribuir para a readaptação profissional e social do paciente, com base num trabalho multi e interdisciplinar.

De acordo com Abrisqueta-Gomez (2012), a reabilitação deve ser compreendida a partir de uma perspectiva interdisciplinar e integradora. Segundo a autora, a abordagem holística constitui o melhor caminho para o tratamento de vítimas de dano cerebral. Entretanto, discursar acerca do enfoque holístico é desafiador, especialmente em países em desenvolvimento, uma vez que esse tipo de intervenção exige uma compreensão fenomenológica do problema associada à ação transdisciplinar e social, a qual precisa ser expressa através de uma articulação de estratégias de recuperação que incluam a reinserção social e produtiva do indivíduo e garanta, sobretudo, sua qualidade de vida.

Diferentes significados podem ser dados à abordagem holística, uma vez que esse termo é comumente utilizado para se referir às práticas terapêuticas novas ou não convencionais, dentre elas, as místicas e esotéricas (Abrisqueta-Gomez, 2012). Contudo, nesse trabalho e de acordo com a autora citada anteriormente, o conceito de holismo será o de uma visão integradora propondo a totalidade em oposição à fragmentação.

O holismo manifesta a ideia de que todas as propriedades de um determinado sistema (físico, biológico, químico, social, econômico, mental, linguístico, etc.) não podem ser determinadas ou explicadas pelos seus componentes isoladamente. Em vez disso, o sistema como um todo determina como as partes se comportam. O princípio do holismo parece ter sido melhor exposto por Aristóteles na metafísica com a frase “O inteiro é mais do que a simples soma de suas partes” (Abrisqueta-Gomez, 2012, p. 20).

As relações do holismo com as questões de saúde remetem às culturas orientais, as quais possuem a crença de que as enfermidades estão correlacionadas à múltiplos sistemas que, por sua vez, interagem com os órgãos. Dessa forma, a saúde e o tratamento das doenças em geral dependerão, também, do cuidado do paciente em relação a seu entorno. Ter uma visão holística acerca do adoecimento implica olhar além de uma causalidade linear, mas sim, como resultante da interação de inúmeros fatores, inclusive sociais, políticos, culturais e ambientais (Abrisqueta-Gomez, 2012).

Para Abrisqueta-Gomez (2012), o modelo compreensivo de reabilitação nos aponta para uma visão sistêmica e uma postura transdisciplinar, especialmente num

momento em que as profissões estão cada vez mais voltadas para a especialização. Os profissionais de saúde devem, sim, ampliar e aprofundar seus conhecimentos, todavia precisam estar atentos para que esses não sejam fragmentados.

Todo o processo de reabilitação do paciente com lesão cerebral adquirida tem como pressuposto o conceito de neuroplasticidade. Segundo Muszkat e Mello (2012), a possibilidade de o cérebro reorganizar seus inúmeros padrões de resposta e conexões através da experiência, mesmo após o dano cerebral, é um dos aspectos mais fascinantes das neurociências com a reabilitação. Através dos mecanismos da plasticidade neural, a própria lesão representa um impulso mobilizador para que o cérebro re programe seus padrões originais de funcionamento.

De acordo com Pereira e Hamdan (2014), na atualidade, a reabilitação neuropsicológica é reconhecida como uma intervenção imprescindível no processo de reinserção social. Esse tipo de reabilitação é definido por um conjunto sistemático de atividades terapêuticas cujo foco é a funcionalidade do paciente e se baseia na avaliação e compreensão de seus déficits, mas também de suas potencialidades. Além disso, abrange uma combinação de psicoterapia, participação da família através de grupos, instruções terapêuticas aos pacientes, sendo sempre realizada dentro de um contexto multidisciplinar (Scheffer, Klein & Almeida, 2013).

Os principais fatores envolvidos na recuperação neuropsicológica, conforme Pereira e Hamdan (2014), são: a) variáveis demográficas – idade em que a lesão ocorreu, nível intelectual e educação pré-mórbida, sexo, contexto cultural e abuso de álcool e outras drogas; b) características da lesão – período desde a ocorrência da lesão, extensão e gravidade e investigação da recuperação espontânea de funções; c) fatores psicológicos – qualidade da aliança terapêutica, reações emocionais durante o processo de adaptação e presença de labilidade emocional.

Com relação aos pacientes acometidos pelo AVC, os objetivos de reabilitação estão voltados para prevenir complicações, recuperar ao máximo as funções cerebrais comprometidas que podem ser temporárias ou permanentes, devolver o paciente ao convívio social, tanto na família quanto no trabalho, reintegrando-o com a melhor qualidade de vida possível (Scheffer, Klein & Almeida, 2013). Os prejuízos funcionais exigem a atenção de diversos especialistas, entretanto, o número de pacientes com informações suficientes a respeito de seus recursos e possibilidades de tratamento é ínfimo.

O processo de reabilitação do paciente neurológico é desafiador e complexo. A viabilidade do tratamento eficaz dos pacientes com LCA depende, não só, da avaliação e identificação dos possíveis déficits e de estratégias de intervenção adequadas por parte dos profissionais envolvidos, mas também do conhecimento que os pacientes têm acerca da sua problemática e possibilidades de tratamento. Além disso, faz-se importante refletir, sempre, que os pacientes têm necessidades específicas e que estas estão relacionadas à sua história e condições atuais.

A ANP é uma ferramenta bastante útil nesse processo de reabilitação, pois, através dela, o paciente, a família e a equipe podem mapear e ampliar o conhecimento acerca das sequelas existentes e, conseqüentemente, criar, conjuntamente, estratégias de adaptação e manejo ao seu atual estado clínico ou condição, e, conseqüentemente à vida cotidiana (Muszkat & Mello, 2012).

De acordo com Adda (2012), o processo de reabilitar o paciente pode contribuir na conscientização deste acerca de suas capacidades remanescentes, o que pode gerar uma modificação na auto-observação e na aceitação da nova realidade. Autoconsciência (*self-awareness*) correlaciona-se à capacidade de autorreflexão e de percepção de mudanças, sejam elas físicas, cognitivas, de comportamento ou personalidade. Posteriormente a uma lesão cerebral, o indivíduo pode apresentar dificuldades no reconhecimento dessas mudanças. As alterações da autoconsciência podem repercutir na adesão ao tratamento, na sobrecarga do cuidador e no retorno às atividades laborais. Além disso, podem influenciar numa postura, por parte do paciente, passiva, reativa e não proativa.

3.1. A reabilitação numa perspectiva agêntica

Pajares e Olaz (2008) citando Bandura (2001), ressaltam que uma postura não proativa também pode ser reforçada a partir das crenças prévias de eficácia, das condições de pobreza e das condições sub-humanas nas quais algumas pessoas estão inseridas, além da ausência de redes sociais de suporte. Segundo Mendes (2011), o trabalho com foco na melhoria da saúde das pessoas portadoras de condições crônicas requer transformar um sistema de atenção à saúde que é essencialmente reativo, fragmentado e episódico, que responde às demandas de condições e eventos agudos, em um outro sistema que seja proativo, integrado, contínuo e focado na promoção e na manutenção da saúde.

A Teoria Social Cognitiva (TSC), desenvolvida por Albert Bandura (1997), propõe que os indivíduos são auto-organizados, proativos, auto-reflexivos e auto-regulados, em vez de organismos simplesmente reativos e moldados por contingências ambientais ou internas. De acordo com Pajares e Olaz (2008), o pensamento e a ação humana refletem a interação e interdependência entre influências pessoais, comportamentais e sociais.

De acordo com Silva, Santana e Hartmann (2017), a TSC parte do pressuposto de que as pessoas são produto e produtoras do ambiente em que vivem, podendo atuar de forma *agêntica*, ou seja, com a intenção de que sua ação produza efeito no ambiente, sendo também por ele transformado. A partir dessa perspectiva, os indivíduos podem fazer coisas acontecer através de seus atos e se envolver proativamente em seu desenvolvimento pessoal. Levando em conta a multiplicidade de determinantes do comportamento humano, intervenções terapêuticas podem ser direcionadas para fatores pessoais, ambientais ou comportamentais (Pajares & Olaz, 2008).

Tomando como referencial a TSC, Pajares e Olaz (2008) afirmam que as pessoas não aprendem apenas com a sua experiência, mas também através da observação dos comportamentos de outrem. Essa aprendizagem, denominada vicária, possibilita que os indivíduos aprendam um novo repertório de comportamento sem que seja necessário passar pelo processo de tentativa e erro. Em diferentes situações isso pode funcionar como um fator protetivo, dirimindo as chances de se cometer enganos potencialmente fatais. A partir dessa perspectiva é possível pensar na influência que um grupo terapêutico pode ter na vida dos pacientes pós-AVC.

Segundo Oliveira, Boff e Segalla (2017), a aprendizagem ativa é resultado da reflexão bem como da análise das consequências de um determinado comportamento (pessoal ou de outrem). Além disso, é governada pelos processos de atenção, retenção e motivação. A atenção refere-se à capacidade de o indivíduo observar as ações de um modelo seletivamente. A partir daí, os comportamentos observados só podem ser reproduzidos se forem armazenados na memória. Por fim, a produção refere-se ao processo de pôr em prática o comportamento observado.

Pajares e Olaz (2008) citando Bandura (1986, p. 21), mencionam que a capacidade mais distintamente humana é a da auto-reflexão. É por meio dela que as pessoas extraem sentido de suas vivências, exploram suas próprias cognições e

crenças pessoais, bem como se auto-avaliam e modificam seu pensamento e comportamento.

Outro conceito proposto por Bandura, extremamente relevante e intrinsecamente ligado à mudança do comportamento é a crença de auto-eficácia. Essencialmente, as crenças de auto-eficácia são percepções que os indivíduos têm acerca de suas próprias capacidades. Essas crenças de competência pessoal proporcionam a base para a motivação humana, o bem-estar e as realizações pessoais. É a partir delas também que os indivíduos perseveram diante das adversidades. Contudo, mudanças aversivas nas condições de vidas, tais como o adoecimento, podem afetar o senso de auto-eficácia (Pajares & Olaz, 2008).

Para esses autores, o argumento utilizado por Bandura no que diz respeito ao papel das crenças de auto-eficácia, era o de que o nível de motivação, os estados afetivos, bem como as ações das pessoas baseiam-se mais no que elas crêem do que no que é objetivamente verdadeiro. Esse fato auxilia na compreensão e na explicação do por que as pessoas se comportam, muitas vezes, de forma incoerente às suas capacidades reais.

Conforme Pajares e Olaz (2008), indivíduos confiantes antevêm resultados bem-sucedidos. Pacientes confiantes na sua capacidade de superar as adversidades advindas do adoecimento, se engajam na reabilitação e prevêm boa recuperação. Aqueles que acreditam na importância e eficácia do suporte familiar, bem como na eficácia da equipe, tenderão a acreditar que também são capazes. O oposto também é verdadeiro para aqueles que não possuem confiança. Vale salientar que, como os indivíduos agem coletiva e individualmente, a auto-eficácia é um construto pessoal e social. Os sistemas coletivos geram um senso de eficácia coletiva, ou seja, a crença compartilhada pelo grupo acerca da sua capacidade de alcançar objetivos e executar tarefas desejadas.

Diante do exposto e utilizando a TSC como referência, os profissionais de saúde envolvidos no processo de reabilitação dos pacientes pós-AVC podem trabalhar para melhorar os estados físicos, psicológicos, cognitivos e sociais dos pacientes e, assim, contribuir para a correção de suas autocrenças e hábitos negativos de pensamento. Para tal, faz-se necessário que esses profissionais sejam devidamente treinados para identificar a percepção que o indivíduo tem sobre si, o quanto ele acredita na sua própria capacidade, bem como aumentar a sua

autoeficácia. No decorrer do tratamento, com cada progresso que o paciente realiza, é importante que o profissional possa encorajá-lo, reforçar seus avanços e atribuir cada sinal de melhora às suas habilidades (Oliveira, Boff & Segalla, 2017). Quanto mais seguro e confiante estiver o indivíduo, mais ele se aproximará das alternativas comportamentais que o farão alcançar os seus objetivos, em vez de se afastar.

Diante das situações adversas, tais como o adoecimento crônico, através da auto-regulação e das fortes crenças de auto-eficácia, Pajares e Olaz (2008) afirmam que as pessoas não apenas tomam parte naquilo que elas captam do ambiente, mas também podem criar ambientes suportivos e podem atuar no intuito de manejar os estressores ambientais e transformar seus ambientes ameaçadores e adoecedores em ambientes mais benignos. Dessa forma, é possível perceber que a crença de auto-eficácia é um fator significativo para o enfrentamento das sequelas após dano cerebral. O desenvolvimento da confiança e a percepção de competência, individual e coletiva, para a superação de barreiras, é de grande utilidade para a adesão de comportamentos voltados à saúde. (Oliveira et al., 2017).

3.2. A reabilitação enquanto processo multi e interdisciplinar

Andrade (2014) pontua que a reabilitação pode ser o trabalho mais gratificante ou o mais frustrante de todos. Os resultados obtidos fazem com que os profissionais envolvidos sintam que podem ser agentes de mudança. Entretanto, se a intervenção feita não for consistente e “suficientemente boa”, a frustração e o constrangimento surgem.

No processo de reabilitação, o intuito não é que os profissionais de saúde envolvidos se responsabilizem por todos os aspectos da vida do paciente, mas que cada profissional contribua, a partir da sua especialidade, para a reabilitação e possível melhora do paciente, incentivando a capacidade pessoal deste e tornando-o ciente dos caminhos que o mesmo pode percorrer, ainda que limitações se façam presentes. Nisso está o cuidado, e cuidar implica em auxiliar o paciente na descoberta de caminhos que o mesmo não sabe, bem como suscitar a busca por perguntas e, possibilitar, talvez, respostas.

É imprescindível lembrar, sempre, que ao retornar do período de internação hospitalar, o paciente que sofreu uma lesão cerebral, vivenciará as repercussões disso no seu cotidiano e no seu desempenho frente às atividades da vida diária, tais

como banho, higiene, alimentação, deslocamento, entre outros. Dessa forma, houve perda de autonomia, e, conseqüentemente, necessidade e dependência de um familiar ou cuidador. A proposta de cuidado oferecido a esse paciente tem que ser compartilhada. Isso se chama autocuidado apoiado (Galvin, Stokes & Cusack, 2014).

Uma vez que os hospitais têm reduzido o tempo de internação do paciente, devido a diversos fatores, o retorno desse paciente ao domicílio requer uma série de cuidados. Cancela (2008) menciona que para muitos pacientes, familiares e cuidadores, a transição entre o cuidado prestado no ambiente hospitalar e o retorno à casa, pode ser bastante desafiador. Os efeitos desse retorno ao lar, tanto para o paciente quanto para a família, podem ser desestruturadores. Os transtornos neurológicos e neuropsiquiátricos impõem um fardo pesado aos pacientes e seus familiares. Diante disso, o psicólogo e os demais integrantes da equipe de saúde, precisam estar atentos à essas necessidades a fim de facilitar o cuidado, e a adaptação às demandas e ambiente no qual estes estão inseridos.

Dentre os efeitos decorrentes do processo de adoecimento é possível citar: desemprego, falta de espaço, necessidade de uma pessoa para prestar cuidados, recursos econômicos para suprir as necessidades impostas pela doença, divórcio, estresse, sobrecarga e adoecimento do cuidador com o decorrer do tempo, sentimentos e emoções negativas em ambos (Gomes, 2012).

De acordo com a Política Nacional de Saúde do Idoso (2009), o cuidador é a pessoa, membro, ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente, ou dependente, no exercício de suas atividades diárias, tais como: higiene pessoal, alimentação, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde e demais serviços requeridos no cotidiano, tais como idas ao banco ou à farmácia.

Consoante a Política Nacional do Cuidado (2015), em um sentido amplo, cuidado implica apoiar e ajudar o outro, promover seu bem-estar, evitar o sofrimento e o perigo desnecessários, enfim, contribuir para que a pessoa tenha a melhor qualidade de vida possível, durante todo o seu curso de vida. Contudo, o cuidado vai além do corpo físico, pois considera a individualidade, a autonomia e a independência, além do respeito à dignidade da pessoa que o recebe.

Lemos, Gazzola e Ramos (2006), sinalizam que há distinções entre cuidador primário e secundário e cuidador formal e informal. O cuidador primário está relacionado à frequência dos cuidados e ao nível de envolvimento, caracterizando-o

como aquele que possui a total, ou maior responsabilidade pelos cuidados que são prestados no domicílio. O cuidador secundário é aquele que presta atividades que complementam às do primário. No que tange ao cuidador formal, este seria o profissional de saúde responsável pelo acompanhamento do paciente, bem como do seu processo de reabilitação. O informal é aquele que, seja um familiar ou não, fornece horas de cuidado ao paciente.

Pereira et al. (2012), apontam também que o cuidador formal é aquele contratado pelo idoso e/ou família para exercer as ações de cuidado, estabelecendo-se, nesse caso, um vínculo empregatício. Já o cuidador informal, é um elemento da família do idoso ou a ele relacionado (amigos, vizinhos, membros da igreja, entre outros), e que passa a assumir as ações do cuidado.

Geralmente, quando ocorre um declínio funcional em decorrência de algum processo patológico, é a família que se envolve em aspectos de assistência, na supervisão de responsabilidades e na provisão direta dos cuidados. Isso ocorre porque a maioria da população não dispõe de recursos financeiros que permita acrescentar ao orçamento mensal o custo da contratação de uma empresa ou um profissional particular. Logo, a necessidade de cuidar decorre mais de uma imposição do que de uma escolha (Morais, Soares, Oliveira, Carvalho, Silva & Araújo, 2012).

De acordo com Bocchi (2004), o nível de comprometimento que o paciente terá pós-AVC irá determinar o nível de dependência que este terá da assistência, bem como do cuidador. Na década de 90 surgiram seis pesquisas acerca da relação entre dependência/redução da autonomia e sobrecarga. Para Moraes, Soares, Oliveira, Carvalho, Silva e Araújo (2012), sobrecarga está, frequentemente, correlacionada ao nível de dependência física. A sobrecarga pode ser vista como um conceito multidimensional que abrange a esfera biopsicossocial e resulta da busca de equilíbrio entre as seguintes variáveis: tempo disponível para o cuidado, recursos financeiros, condições psicológicas, físicas e sociais, atribuições e distribuição de papéis.

Morais et al. (2012), pontuam que o impacto emocional vivenciado pelo cuidador pode interferir no cuidado prestado ao paciente, e pode constituir-se como fator preditor de maior número de hospitalizações entre os pacientes, aumento de institucionalizações, bem como maior mortalidade entre os cuidadores. Por conseguinte, os cuidadores são desafiados por inúmeras demandas, previsíveis ou

não, em decorrência da diminuição da capacidade funcional do paciente cuidado, aliada à presença de múltiplos fatores inerentes ao ato de cuidar.

As demandas correlacionadas ao cuidado podem insurgir em fatores estressantes como: os cuidados diretos, contínuos, intensos, e a vigilância constante; o desconhecimento ou a falta de informações para o desempenho da atividade; a sobrecarga de trabalho; a exacerbação ou o afloramento de conflitos familiares; a dificuldade para adaptar as demandas da situação de cuidado aos recursos disponíveis, incluindo os financeiros, a redução das atividades sociais e profissionais, o abandono do lazer, entre outros (Santos e Tavares, 2012).

A perspectiva de cuidado com o cuidador não é de hoje. Pesquisas desde a década de 80 já demonstravam essa preocupação, tais como as pesquisas de Grant e Bethoux (1996), Robinson-Smith e Maboney (1995), Silliman, Fletcher e Wagmer (1986). Esses estudos tinham como objetivo avaliar os problemas vivenciados por cuidadores de pacientes pós AVC. Os resultados dessas pesquisas apontam a presença da sobrecarga emocional em cuidadores de pacientes com sequelas de AVC, tendo em vista o grau de incapacidade que alguns podem apresentar. Muitos deles não estão aptos a desempenhar as funções básicas do dia a dia, elevando, assim, o nível de dependência, estresse, sobrecarga emocional e, por fim, o esgotamento do cuidador.

No que diz respeito às relações familiares, Morais et al. (2012), relatam que elas podem ser marcadas por conflitos, desgastes ou maior aproximação entre os membros. Laços com parentes de maior proximidade, geralmente se mantêm preservados e são fortalecidos. Ainda assim, há queixas, por parte dos cônjuges, referentes à falta de suporte em outros parentes ou amigos, bem como de vivenciarem a diminuição das visitas destes e, com o passar do tempo, ausência.

Bocchi (2004) pontua um aspecto bastante relevante, experienciado tanto por pacientes quanto por cuidadores, o qual diz respeito ao suporte recebido. Muitos deles reclamam da ausência e diminuição de ajuda prática da família, dos amigos e de qualquer outra opção extensiva. Contudo, vale salientar que esse fato também pode estar relacionado à relutância por parte deles de solicitar ajuda e essa relutância pode ser proveniente de diversas causas.

Dentre as possíveis causas de relutância em delegar o cuidado estão: a) medo de que a procura por ajuda seja um sinal de fracasso ou inadequação; b) medo e

ansiedade em abandonar o paciente em casa, tornando-o suscetível ao agravamento das incapacidades, bem como por eles estarem em risco de morte eminente; c) superproteção e excesso de cuidados, numa tentativa de amenizar os sentimentos de culpa por suas ações ou negligências. Como consequência dessa relutância, muitos cuidadores expressam sentimentos de isolamento e/ou exaustão física, apoiando-se em justificativas de não poderem deixar os seus pacientes sozinhos ou em respeito ao próprio desejo do ente de não querer permanecer só.

Segundo Alves e Monteiro (2015), a relação conjugal se constitui um dos aspectos mais preocupantes entre os cônjuges de portadores de AVC. A temática relatada por eles gira em torno das mudanças abruptas e radicais impostas pela doença e da consequente insatisfação com o casamento. Uma vez que os papéis de cuidadores mudam dentro do relacionamento conjugal, trazendo, assim, novas possibilidades junto aos parceiros, estes são referidos como “não sendo mais as mesmas pessoas”, porém uma outra, com sequelas e todas as consequências geradas pela doença.

Os autores citados acima também mencionam que os cônjuges acabam vivenciando os mesmos problemas do paciente, tais como: mudança no estilo de vida, depressão, frustração, trabalho extra, problemas de comunicação, perda da independência, da confiança e da concentração, sentimentos de inutilidade e de solidão. Esse fenômeno é corroborado por outros autores, quando evidenciaram que os pacientes com níveis altos de irritabilidade e de depressão eram mais prováveis a ter esposas deprimidas.

De acordo com Fonseca et al. (2015), outra problemática que interfere fortemente no relacionamento conjugal diz respeito à comunicação. Em decorrência da lesão cerebral, pacientes pós-AVC, na maioria dos casos, apresentam quadro de afasia. Conforme citado anteriormente, esta diz respeito a um comprometimento total ou parcial da linguagem, seja ela na produção linguística, na compreensão ou em ambas.

Dessa forma, esta problemática pode intensificar a desarmonia nas relações conjugais, uma vez que gera dificuldades na comunicação entre os cônjuges, bem como pode levar ao fim do relacionamento sexual entre o casal. Pesquisas realizadas por Godwin, Swank, Vaeth e Ostwald (2015) revelam que 85% dos cônjuges não

costumam ter relações sexuais desde a ocorrência do AVC. Além disso, esse fato se caracteriza como assunto difícil de ser discutido entre os parceiros.

O relacionamento silencioso que se instala entre os cônjuges também é outro problema que vale ser ressaltado. Esse fato aumenta a tensão entre eles e tende a se agravar quando o casal permanece maior tempo sozinho durante a semana. Outro fator, de acordo com Bocchi (2004), que pode agravar o relacionamento conjugal, é quando um cônjuge deixa seu trabalho para cuidar do outro.

Para Bocchi (2004), ainda são pontuados dois fatores intervenientes no processo de adaptação à nova situação. A primeira diz respeito a maneira como o casal se relacionava anteriormente ao AVC e a segunda é o tempo de casados. Com as limitações impostas pelo adoecimento o casal recém-casado geralmente se encontra paralisado no processo de adaptação, solicitando aconselhamento conjugal, enquanto os casados há mais tempo expressam um processo de maior aceitação.

A dificuldade no âmbito financeiro também é outra problemática vivenciada pelos familiares cuidadores de paciente pós AVC. Morais et al. (2012) apontam que os problemas referentes a essa área giram em torno do abandono do emprego e redução da jornada de trabalho, tendo em vista a necessidade de dedicarem mais tempo ao cuidado da pessoa com AVC. Alguns casais chegam a revelar que, em decorrência da dificuldade financeira, não podem contar com serviços de cuidado domiciliar nem efetuar reformas na casa, o que repercute, diretamente, na sua sobrecarga.

Cabe ressaltar ainda outro aspecto afetado no que tange ao cuidador: déficits na saúde psicológica, na saúde física e no autocuidado. Em relação à saúde psicológica, as repercussões estão, muitas vezes, associadas ao silêncio adotado por aqueles. Os cuidadores nem sempre verbalizam acerca de suas questões intra e interpessoais. No tocante à saúde física, surgem problemas como o cansaço, os distúrbios do sono (provenientes do fato de dormirem tarde e terem o sono interrompido para fornecer cuidado), o surgimento de cefaleias, a perda de peso e a maior ingestão de alimentos em decorrência de seus níveis de ansiedade. Muitos dos cuidadores estão tão envolvidos no papel de cuidar que não direcionam sua atenção para suas próprias necessidades pessoais (Alves e Monteiro, 2015).

A partir do exposto, é possível perceber que a lesão cerebral decorrente do AVC traz impactos significativos na vida do paciente, na vida da sua família e no seu

entorno. Levando isso em consideração é indispensável a presença de uma equipe multi e interdisciplinar, capacitada, engajada e disposta a contribuir de forma eficaz na reabilitação do paciente e na adaptação da família e/ou cuidador frente à essa nova realidade imposta, incentivando-os também a pôr em prática suas competências e habilidades.

Fundamentado no que foi anteriormente apresentado, o objetivo deste trabalho consistiu em avaliar as alterações cognitivas e as possíveis repercussões psicossociais investigadas a partir da experiência relatada pelos familiares e pacientes que foram acometidos pelo AVC. Como objetivos específicos, buscou-se avaliar as alterações cognitivas nos pacientes acometidos pelo AVC, identificar o perfil biosóciodemográfico e econômico do mesmo, conhecer a percepção do paciente e da família acerca das repercussões psicossociais decorrentes do AVC.

CAPÍTULO IV

MÉTODO

4.1. Delineamento do estudo

Essa investigação foi de caráter descritivo e qualitativo, baseada na entrevista dos pacientes e familiares, bem como no resultado do Instrumento de Avaliação Neuropsicológica Breve - NEUPSILIN, o qual foi aplicado nos pacientes. Todos os participantes foram submetidos às mesmas atividades. A investigação teve início pela parte qualitativa, para que a entrevista pudesse favorecer uma melhor interação e estabelecimento de *rapport* entre a pesquisadora e os pacientes.

4.2. Local e Período do Estudo

O estudo foi realizado no Centro de Reabilitação e Medicina Física do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (CRIMIP) durante o período de agosto a novembro de 2014. O CRIMIP fica localizado no complexo hospitalar do IMIP, localizado à Rua dos Coelhoos, nº 300, Boa Vista, Recife/PE. O IMIP é uma entidade filantrópica, reconhecida como uma das estruturas hospitalares mais importantes do País, e atua nas áreas de assistência médico-social, ensino, pesquisa e extensão comunitária. O atendimento é voltado à população carente pernambucana e também é considerado um centro de referência assistencial em diversas especialidades médicas. A proposta do CRIMIP é o atendimento às pessoas com deficiência, sejam elas crianças, adultos ou idosos, sempre objetivando que elas retornem à sua funcionalidade. São realizados cerca de 100 atendimentos por dia e o setor conta com uma equipe multidisciplinar com mais de 40 profissionais, incluindo médicos neurologista, pediatra, ortopedista e urologista, além de enfermeiros, assistente social, musicoterapeuta, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e psicólogos.

4.3. Participantes

A amostra foi constituída por 30 participantes, sendo 16 pacientes (09 mulheres e 07 homens) e 14 familiares, de ambos os sexos. Em dois casos não houve a participação de familiar. Em um deles, a paciente ia acompanhada apenas de seu filho menor, pois o marido se recusava a participar do tratamento. No outro, a paciente ia

sozinha pelo fato do marido e demais familiares estarem impossibilitados de acompanhá-la em decorrência de suas atividades profissionais.

Como critério de inclusão foi adotado o fato dos pacientes terem sido acometidos pelo AVC e estarem em atendimento no CRIMIP, bem como os familiares e/ou cuidadores dos mesmos. Foram excluídos os pacientes com quadro de AVC grave ou mesmo portadores de quadro de afasia de compreensão, afasia de condução ou mista, bem como deficiência mental grave, demência ou psicose, deficiência auditiva e visual grave e a não compreensão acerca das instruções e dos objetivos do presente estudo.

4.4. Instrumentos

Para a realização da primeira etapa da coleta de dados, foi realizada a aplicação de um questionário biosociodemográfico e econômico (Apêndice 1), uma entrevista aberta com o paciente e familiar (Apêndice 2). Posteriormente, foi utilizado o Instrumento de Avaliação Neuropsicológica Breve NEUPSILIN.

O questionário biosociodemográfico e econômico contemplava aspectos básicos de identificação (sexo, idade, estado civil, raça, entre outros), aspectos sociais (escolaridade, renda, tipo de moradia, entre outros) e aspectos relacionados à história médica do paciente (consumo de substâncias psicoativas, doenças crônicas, deficiências, sedentarismo, uso de medicação, tipo de AVC e recorrência).

A entrevista era composta pelas seguintes perguntas: *“Como foi a experiência de ter passado por um acidente vascular cerebral”?* (pacientes) *“Como foi a experiência de ter um familiar acometido pelo acidente vascular cerebral”?* (familiares).

O NEUPSILIN é um instrumento desenvolvido no Brasil por Fonseca, Sales, & Parente (2009), validado e aprovado pelo CFP, sendo considerado uma ferramenta clínica e de pesquisa, cujo público-alvo é de adolescentes e adultos entre 12 e 90 anos de idade. É fruto de um extenso trabalho de pesquisa em Neuropsicologia Clínica e Cognitiva, embasado em diversas áreas de conhecimento: psicologia cognitiva, psicologia experimental, psicolinguística, psicomетria, fonoaudiologia, neurologia, entre outras. Constitui-se em um instrumento brasileiro cuidadosamente elaborado por três profissionais da área de neuropsicologia, com experiência na área acadêmica e clínica. Para a sua validação, contou com a participação, na forma de juízes

especialistas, de profissionais experientes no âmbito da Neuropsicologia, Neurologia Comportamental e Psicometria.

Esse instrumento apresenta-se como uma ferramenta útil de avaliação neuropsicológica aos profissionais, clínicos e pesquisadores, interessados pelo desenvolvimento neuropsicológico ao longo do ciclo vital, da adolescência e do envelhecimento tanto em indivíduos neurologicamente saudáveis quanto portadores de quadros neurológicos (ou neuropsiquiátricos) adquiridos ou de desenvolvimento.

O NEUPSILIN examina, através de 32 subtestes, o desempenho nos seguintes processos neuropsicológicos: orientação têmporo-espacial, atenção concentrada, percepção visual (de tamanho, de campos visuais, de faces), habilidades aritméticas (calculias simples), linguagem oral e escrita (níveis da palavra e da sentença), memória verbal (de trabalho, episódica, semântica, prospectiva) e visual (reconhecimento), praxias (ideomotora, construtiva e reflexiva) e funções executivas (resolução de problemas e fluência verbal fonêmica).

O sujeito faz as atividades propostas para cada subteste e suas respostas são anotadas na folha apropriada. A correção é realizada pelo total de acertos e pela avaliação quantitativa e qualitativa. Para a análise dos resultados obtidos no NEUPSILIN, foram extraídas as médias, com seus respectivos escores z e, daí, foram obtidas as classificações de acordo com o grupo normativo do estudo de validação. Existem estudos de precisão, validade e tabelas em percentis para o público-alvo de acordo com sua idade, sexo e escolaridade.

4.5. Procedimentos

4.5.1. Aspectos éticos e coleta de dados

O projeto foi aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, parecer nº 537.222, CAAE 24271113.7.3001.5201. O contato com os pacientes e familiares foi estabelecido pessoalmente e por intermédio da equipe multidisciplinar que atua no CRIMIP.

A pesquisa foi realizada de modo individual, sendo a entrevista realizada num primeiro momento, logo após a aplicação do questionário biosociodemográfico e econômico. Posteriormente, num segundo encontro, a aplicação do NEUPSILIN. Os encontros tiveram a duração de aproximadamente 1 hora, em horário diurno. A fim de

garantir o anonimato e preservação da identidade dos participantes, os mesmos foram identificados através de suas iniciais.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora no próprio Centro de Reabilitação e a pesquisa somente teve início após o estabelecimento do *rapport*, bem como da explicação, compreensão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1). Após o seu aceite explícito, foi iniciada a entrevista e as respostas dos participantes foram gravadas e transcritas *ipsis litteris*, para posterior análise de todo o conteúdo.

A entrevista era realizada durante o atendimento dos pacientes no CRIMIP, entre um atendimento e outro com a equipe multiprofissional. A duração da entrevista era em torno de uma hora e participavam desta tanto o paciente quanto o seu familiar. O tempo de duração dos atendimentos terapêuticos na referida instituição é em torno de uma hora, e o paciente não pode atrasar-se a fim de não perder o horário da próxima terapia.

Noutro momento, foi realizada a aplicação do instrumento de avaliação neuropsicológica breve NEUPSILIN, a fim de avaliar o perfil neuropsicológico dos participantes.

4.5.2. Procedimento de análise dos dados

Primeiramente foram feitas as correções do NEUPSILIN. Na segunda etapa, qualitativa, foi realizada uma análise de conteúdo temática, conforme proposto por Minayo (2004).

Os dados coletados na entrevista foram analisados de acordo com a Análise de Conteúdo, especificamente a Análise Temática. De acordo com Minayo (2004, p. 209), ela consiste “em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem algo para o objetivo analítico visado”. Ela se constitui das fases de pré-análise, organização do material, análise e interpretação dos dados obtidos.

Detalhando o percurso traçado, a pré-análise se concentra “na escolha dos documentos a serem analisados; na retomada dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-as frente ao material coletado e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final” (Minayo, 2001, p. 209). A etapa posterior, exploração do material, consiste essencialmente, conforme Minayo (2004), na operação de

codificação, através da transformação dos dados brutos, objetivando alcançar o núcleo de compreensão do texto. É a partir dela que o pesquisador realiza as entrevistas previstas no seu quadro teórico.

Dessa forma, serão abordados os temas predominantes na fala dos participantes e analisados com base na literatura consultada.

CAPÍTULO V

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente estudo propôs avaliar as alterações cognitivas e as repercussões psicossociais encontradas em pacientes acometidos pelo AVC. O trabalho apoiou-se em dados apresentados na literatura indicando a presença de alterações cognitivas e mudanças na vida do paciente e família após o quadro de AVC. Além disso, objetivou investigar as características biosociodemográficas e econômicas.

Os resultados serão apresentados em duas etapas, para fins de melhor encadeamento lógico. Numa primeira etapa serão abordados os dados biosociodemográficos e econômicos colhidos por meio de um questionário. Em seguida, serão apresentadas as alterações cognitivas identificadas através do NEUPSILIN. Na etapa seguinte, serão analisados o contexto em que ocorreu o AVC em cada caso e as repercussões psicossociais na ótica dos pacientes e familiares, evidenciadas a partir da entrevista.

ETAPA 1. DADOS BIOSOCIODEMOGRÁFICOS E ALTERAÇÕES COGNITIVAS

5.1. Perfil Biosociodemográfico e Econômico

De acordo com a Tabela 1, a seguir, foram avaliados 16 pacientes com AVC isquêmico, em sua maioria não recorrente (62,5%). A ocorrência entre os sexos foi aproximada, mas com predominância do sexo masculino (56,25%). Com relação à idade, houve maior concentração de casos entre a faixa etária de 61 a 80 anos (81,25%). A maioria era proveniente da cidade de Recife (62,5%). Os pacientes se encontravam casados em 81,25% dos casos, tinham 02 ou mais filhos (93,75%) e apresentavam mais de 10 anos de estudo (75%). Todos recebiam mais que um salário mínimo e 81,25% eram beneficiários do INSS. No tocante à raça, havia um predomínio da branca (75%). A prática do tabagismo estava presente em 81,25% dos casos e em relação ao uso de álcool, a quantidade de usuários e não usuários, estava equiparada (50%). Com relação à presença de doenças crônicas, 62,5% eram portadores de hipertensão arterial, seguido de cardiopatia (56,25%), diabetes (31,25%), migrânea

(25%), depressão (18,75%) e dislipidemia (12,5%). A maioria deles era sedentária (81,25%).

Tabela 1.
Dados Biosociodemográficos e Econômicos dos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC)

Dados	Frequência	%
Recorrente		
Sim	06	37,5
Não	10	62,5
Sexo		
Masculino	09	56,25
Feminino	07	43,75
Idade (anos completos)		
Até 60 anos	3	18,75
Maiores de 60 anos	13	81,25
Procedência		
Recife e RMR	14	87,5
Interior e outro Estado	2	12,5
Estado Civil		
Casado	13	81,25
Divorciado	1	6,25
Viúvo	2	12,5
Anos de estudo		
1-9	4	25
≥10	12	75
Renda familiar		
Mais que um salário	16	100
Benefício		
Sim	13	81,25
Não	3	18,75
Raça		
Branca	12	75
Negra	4	25
Número de filhos		
Entre 1 e 2 filhos	8	50
Mais de 2 filhos	8	50
Tabagista		
Sim	3	18,75
Não	13	81,25
Alcoolista		
Sim	8	50
Não	8	50
Doenças crônicas		
Hipertensão arterial	10	62,5
Dislipidemia	5	31,25
Diabetes	2	12,5
Migrânea	9	56,25
Cardiopatía	3	18,75
Depressão	4	25
Sedentarismo		
Sim	13	81,25
Não	3	18,75

Considerando os dados obtidos através dos instrumentos utilizados, o perfil da amostra foi compatível com o das informações encontradas pela OMS (2014), Costa e Bacellar (2013) e Benseñor et al. (2013), quando apontam que, embora o AVC possa ocorrer em qualquer faixa etária, há um predomínio dos indivíduos acima de 65 anos e moradores urbanos.

Além disso, também houve correlação entre o presente estudo e estudos prévios de Mendes (2011), Chaves (2000), Hankey (2006), Gomes e Quadrante (2012), acerca da presença de fatores de risco como sedentarismo, tabagismo, HAS, cardiopatia, diabetes, migrânea, depressão e dislipidemia. Desse modo, os pacientes apresentavam fatores de risco que corroboram a predisposição para o AVC e a recorrência deste.

5.2. Perfil cognitivo dos pacientes

Na Tabela 2, a seguir, observa-se que o domínio mais prejudicado foi a memória, em 100% dos casos. Em seguida, foram mais afetadas a linguagem, a praxia, as funções executivas (81,25% cada) e a atenção (75%). A orientação têmporo-espacial e a percepção visual foram igualmente comprometidas (68,75%). As habilidades aritméticas apresentaram o menor prejuízo (43,75%).

Tabela 2.

Distribuição de Frequência e Percentual dos Prejuízos Cognitivos dos pacientes com AVC, identificados a partir do NEUPSILIN

DOMÍNIOS COGNITIVOS	Frequência	%
Orientação Têmporo-Espacial	11	68,75
Atenção	12	75
Percepção Visual	11	68,75
Memória	16	100
Habilidades Aritméticas	7	43,75
Linguagem	13	81,25
Praxias	13	81,25
Funções Executivas	13	81,25

Os prejuízos cognitivos observados variaram entre os 16 participantes. Foi observado um comprometimento de todas as funções cognitivas em cinco casos e em todos os casos, havia pelo menos três domínios afetados.

No tocante à avaliação do perfil cognitivo dos pacientes e os possíveis prejuízos encontrados, o estudo atual identificou perfis similares aos achados nos estudos de

Miotto (2015), Pereira e Hamdan (2014), Ramos e Hamdan (2016) e Yamauti et al. (2014), em que os pacientes avaliados após acometimento pelo AVC se encontravam comprometidos em múltiplos domínios da cognição, apresentando limitações na execução das suas atividades de vida diária, nível elevado de dependência de outrem, bem como dificuldade de engajamento nos programas de reabilitação.

Conforme sinalizado por Martins e Alchieri (2013), a ausência da aderência terapêutica repercute no curso do tratamento, na elevação do comprometimento cognitivo e, conseqüentemente, no seu desempenho frente às demandas cotidianas.

Apesar desses pacientes terem passado pela mesma experiência, nesse caso, o AVC, e os comprometimentos terem sido similares entre eles, a expressão clínica desse adoecimento é singular. Além disso, as repercussões e impacto desses prejuízos na vida cotidiana, seja na dimensão pessoal ou interpessoal, não podem ser mensurados pelo instrumento em si. A importância dessa compreensão foi apontada por Pinto (2012) e Fonseca et al. (2015), quando afirmam que a avaliação desses pacientes deve ser processual e objetivando uma investigação mais acurada, lança mão de diversas estratégias avaliativas, a fim de tentar compreender o funcionamento do paciente como um todo.

Desse modo, o contexto em que se deu o AVC é fundamental para nos aproximar das repercussões vivenciadas por cada paciente e sua família. Por isso, a partir desse momento, será pertinente adentrarmos numa análise mais qualitativa dos casos.

ETAPA 2. CONTEXTO DO AVC E REPERCUSSÕES FAMILIARES E SOCIAIS NA ÓTICA DOS PACIENTES E FAMILIARES

5.3. Contexto do AVC

Neste tópico, apresentaremos uma breve descrição do momento de ocorrência do AVC, conforme relatado pelos pacientes e familiares.

Sra. Dourada (68 anos)

No caso dessa paciente houve o relato de que ela ficou confusa e perguntava acerca do mesmo assunto ao esposo: “*Que data é hoje? Que data é hoje?* ” Segundo eles, ela estava retornando da feira quando isso aconteceu. Também ficou com a voz embargada e muito sonolenta, como se fosse desmaiar.

Sra. Cinza (70 anos)

Nessa situação, o relato foi de que, num primeiro momento, a mesma estava no carro quando teve um “apagão”. Ao retornar, não recordava acerca do que tinha ocorrido e já estava no hospital. Num segundo momento, começou a falar de forma incompreensível, com a fala embolada e apresentou dificuldades para andar.

Sr. Branco (86 anos)

Conforme relatado, nesse caso, o telefone tocou, o paciente atendeu e apenas disse alô. A pessoa que telefonou ficou aguardando no outro lado da linha, até que a esposa foi saber quem tinha ligado e quando falou com ele percebeu que ele estava monossilábico, segurando o telefone na mão. Referem que ele fornecia respostas sucintas e não conseguia expressar o que queria, embora compreendesse o que lhe era perguntado. Demorou cerca de 48 horas para retornar ao estado normal.

Sr. Preto (78 anos)

No caso desse paciente, há menção de que ele começou a sentir uma dormência no rosto, no braço e também uma sensação de queimação no lado esquerdo do corpo, bem como um tremor ocular. Conseguiu falar com a esposa e, imediatamente, foram para a emergência.

Sra. Amarela (72 anos)

Nesse caso, o relato é de que o AVC ocorreu após o cateterismo que foi feito. Quando a filha entrou no quarto após o procedimento, percebeu que a mãe estava sem conseguir mexer um dos lados do corpo.

Sra. Roxa (66 anos)

Nessa situação, a informação é de que a paciente se perdeu no trânsito em decorrência de um “apagão”. Não sabia localizar-se e apresentava desorientação além de um discurso confuso. Alguém a ajudou, ligou para o seu esposo e depois ela foi levada para o HR.

Sra. Verde (34 anos)

No caso dessa paciente, ela relata que teve problemas de eclâmpsia. O AVC ocorreu após o parto. Os enfermeiros e o médico que estavam na sala perceberam que um dos lados estava paralisado.

Sra. Rosa (65 anos)

Conforme relato, a paciente estava com o esposo quando teve um “apagão” que durou das 22h às 04h. Posteriormente se perdeu ao sair da loja e ir para a sua casa. O esposo percebeu que ela estava caminhando na direção oposta, falou com ela e ela não respondia coerentemente. Imediatamente retornou para a emergência do hospital.

Sra. Lilás (65 anos)

No caso dessa paciente foi relatado que a família percebeu que ela estava com o discurso confuso, sem fluxo de ideias coerentes. Durante o atendimento médico hospitalar não soube responder acerca de dados pessoais, como, por exemplo, sua idade.

Sr. Vermelho (70 anos)

Nessa situação eles mencionam que o paciente sempre trabalhava bastante e após o expediente costumava ir para casa almoçar e descansar um pouco.

Após acordar, apresentou desorientação, desmaiou e vomitou. Ficou desacordado por um tempo até ser levado para o hospital pela esposa e filho.

Sr. Azul (74 anos)

Nesse caso, o relato é de que ele teve um derrame após uma parada cardíaca. Não recordava, ao acordar, o nome das pessoas que estavam ao seu redor, nem sabia o motivo de estar no hospital. A esposa relata que ele se estressava com facilidade.

Sr. Marrom (72 anos)

No caso desse paciente, há menção de que ele foi ao banheiro evacuar e a esposa percebeu que ele estava demorando demasiadamente. Quando o encontrou no banheiro, ele estava caído no chão, urinado. O filho o levou imediatamente para a emergência.

Sra. Púrpura (73 anos)

Conforme relato, a paciente foi submetida a uma cirurgia para troca de válvula cardíaca. Num dado momento, posterior a esse, ela estava caminhando com a cuidadora quando sentiu uma tontura muito forte e levou uma queda. Ao acordar não sabia onde estava, teve dificuldades para se expressar, embora reconhecesse algumas pessoas. Não compreendia muito bem algumas coisas que lhe eram ditas.

Sr. Bege (62 anos)

No caso desse paciente, a informação é de que ele sentiu uma forte dor de cabeça, ficou com a visão dupla, sentiu-se tonto e caiu. Os colegas de trabalho o levaram para a emergência.

Sra. Laranja, 43 anos

Nessa situação, foi relatado que o AVC ocorreu após uma cirurgia, a qual deveria ter sido realizada no bloco cirúrgico, porém foi feita no ambulatório médico. Após o procedimento, a paciente passou mal e foi encaminhada para a UTI. Após o exame de imagem, foram percebidas alterações cerebrais. Ela

menciona que teve dificuldades de localizar-se, repetia o discurso várias vezes e, atualmente, não consegue fazer o trabalho que fazia antes.

Sr. Mostarda, 56 anos

Conforme relatado, o paciente foi dormir bem, mas quando acordou percebeu-se lento e com a visão dupla. Teve uma melhora rápida, saiu de casa, mas quando estava no percurso não lembrava para onde estava indo nem como retornar para casa. Pediu ajuda a alguém e foi levado para a emergência.

Concernente ao contexto em que o AVC ocorreu, os relatos dos pacientes coincidem com a sintomatologia preconizada pela OMS (2014), a qual aponta para os seguintes sinais de alerta: dormência súbita ou fraqueza na face, braço ou perna, especialmente de um lado do corpo; súbita confusão, dificuldade para falar ou compreender a fala; dificuldade repentina de enxergar em um ou ambos os olhos; dificuldade súbita para caminhar, tontura, perda do equilíbrio ou da coordenação e dor de cabeça.

5.4. Repercussões Psicossociais do AVC

Neste tópico iremos abordar mais especificamente as repercussões do AVC nas vivências cotidianas dos pacientes e seus familiares. Para tanto, lançaremos mão de dois eixos temáticos: 1) implicações familiares e 2) implicações sociais. Para cada eixo, identificamos núcleos de sentido, conforme Tabela 3, a seguir.

Tabela 3.

Eixos Temáticos e Núcleos de Sentido

TEMAS	NÚCLEOS DE SENTIDO
1. IMPLICAÇÕES FAMILIARES	1. Prejuízo Financeiro 2. Sobrecarga de responsabilidade 3. Abuso de substância psicoativa 4. Redução de autonomia 5. Alteração de papéis
2. IMPLICAÇÕES SOCIAIS	1. Interrupção da atividade laborativa 2. Prejuízo na interação interpessoal 3. Ampliação do ciclo de amigos

Dentre as implicações familiares, o **Prejuízo Financeiro**, foi evidenciado tanto na fala de um paciente quanto na de um familiar, conforme os recortes feitos a seguir:

Tudo mudou pra pior. O dinheiro que a gente ganha gasta tudo com remédio, com fralda, não vejo um pouco na minha mão.

Sra. Roxa, 66 anos

Mudou né?! Caiu a renda em casa também. Me sinto desmotivado.

Esposo da Sra. Rosa

Em ambos os casos parece que a necessidade de redirecionamento das finanças para a finalidade do tratamento e o comprometimento da capacidade laborativa de um dos cônjuges afetou a renda familiar.

No tocante à **Sobrecarga de Responsabilidades**, este foi um dos núcleos de sentido mais evidenciado nas falas dos familiares como mostram os relatos a seguir:

A gente teve que fazer mudanças. Especialmente se tem alguém que depende de você pra ajudar. Principalmente na alimentação, no banho, pra se vestir, sair (...).

Filha da Sra. Laranja

(...) A mulher dele é quem tinha que estar aqui para ver e escutar tudo o que está sendo dito”.

Filho do Sr. Mostarda

À estas falas se complementa a observação a respeito do contexto de vida do paciente, no qual, no primeiro caso, em decorrência da gravidade do AVC, a paciente apresentava um maior comprometimento da sua capacidade e, conseqüentemente, seu esposo, necessitou assumir a integralidade dos seus cuidados. No segundo caso, o relato do filho remete a uma sobrecarga implícita para os filhos em decorrência da indisponibilidade da sua segunda esposa frente ao cuidado.

No relato de uma das pacientes foi observada uma menção acerca do **Abuso de Substância Psicoativa**:

Meu maior problema foi meu esposo. Ele começou a beber muito (...).

Sra. Cinza, 70 anos

Mesmo que tenha sido evidenciado em apenas uma das falas, reflete-se que as repercussões do adoecimento podem afetar indiretamente a saúde de outro familiar e, por conseguinte, agravar as problemáticas vivenciadas no sistema familiar.

Um aspecto que foi veementemente mencionado pelos pacientes diz respeito à **Redução de Autonomia**, como explicitado a seguir:

(...) Cuido só de algumas coisinhas em casa, não posso fazer nada pesado. Meu esposo e minha irmã me ajudam”.

Sra. Lilás, 65 anos

Difícil né, minha filha?! Pra uma pessoa que era independente feito eu e agora ter todo mundo tomando conta da minha vida, não é nada fácil. Não tenho vontade de fazer as coisas como antes. Estranhei muito a mudança (...).

Sra. Púrpura, 73 anos

Através das falas é possível perceber como o comprometimento advindo do adoecimento interferiu fortemente no desempenho das atividades cotidianas, fazendo com que os pacientes sentissem a limitação imposta pelas sequelas do AVC.

O núcleo **Alteração de Papéis**, foi mais evidenciado através do relato dos familiares, como se pode acompanhar nos exemplos a seguir:

Foi triste. Era muita coisa. A minha mãe estava sempre comigo e eu fiquei muito desesperada (...).

Filha da Sra. Amarela

É um choque. Eu fico constrangido pelo meu pai. Ele sempre foi independente pra tudo e agora tem que pedir o que quer pra gente. Mas, é isso aí, a gente tá aqui pra apoiar ele no que precisar.

Filho do Sr. Bege

Em ambos os relatos as contingências do adoecimento levaram os filhos a assumirem o papel de cuidador, numa relação na qual anteriormente, esse papel era desempenhado pelos pais.

No que concerne às implicações sociais, a **Interrupção da Atividade Laborativa** foi um tópico destacado, pelos pacientes, como pode ser observado nos textos seguintes:

Aconteceu muita coisa. Mudou o meu trabalho. Eu trabalhava cozinhando pra fora, fazia bolo, salgados, outras coisas. Tive que parar de fazer o meu serviço e ficar em casa (...).

Sra. Verde, 34 anos

(...) Eu trabalhava com o público, com os pacientes, com os enfermeiros que eu gerenciava. Hoje eu não consigo nem fazer uma tabela, não consigo lembrar o número da minha identidade (...).

Sra. Laranja, 43 anos

Esses relatos refletem o quanto o AVC pode comprometer a autoestima e o sentido de eficácia dos pacientes, afetando a sua dinâmica social.

Com relação à **Interação Interpessoal**, vários pacientes apontaram ter vivenciado prejuízos, como visto nos trechos apresentados a seguir:

(...) Agora eu só gosto de ficar em casa. Não me sinto tão bem com outras pessoas....(momento de silêncio e choro) (...).

Sra. Verde, 34 anos

Não gosto mais de sair. Não consigo nem repetir o que estava vendo na TV. Não consigo me localizar direito. Hoje não falo muito, sou nervoso.

Sr. Marrom, 72 anos

Outro aspecto ressaltado através do relato dos pacientes foi a **Ampliação do Ciclo de Amizades**, o qual pode ser observado nas seguintes colocações:

O mais importante pra mim foi a atenção do povo. Muita gente me visitou. Eu recebia tanta visita que a enfermeira tinha que organizar a entrada. Eu não ficava só nunca. Vi que sou muito querido. Muita gente (...).

Sr. Azul, 74 anos

(...) Aqui é diferente porque eu fiz muita amizade, conversei muito com as pessoas (...).

Sra. Lilás, 65 anos

As falas acima revelam que a despeito de todas as adversidades decorrentes do AVC na vida dos pacientes, esse evento fortuito também pode contribuir positivamente para o estabelecimento de vínculos em novos contextos, oportunizando possibilidades de ressignificação e do sentido da vida.

No que tange às implicações familiares e sociais decorrentes do acometimento pelo AVC, os pacientes e familiares da presente pesquisa apontaram repercussões similares aos estudos da PNS (2013), Carneiro (2016), Mendes (2011) e Pereira et al.

(2009), quando afirmam que a lesão decorrente dessa patologia cerebrovascular repercute em prejuízos financeiros para o paciente e família, interrupção ou redução das atividades de trabalho, sobrecarga do cuidador, diminuição ou ausência da autonomia e mudança nos papéis familiares.

Diante dessa multiplicidade de acometimentos, faz-se necessário que o processo de reabilitação tenha como foco não apenas o paciente, mas também a sua família, tendo em vista o fato de que os transtornos neurológicos e neuropsiquiátricos impõem um fardo pesado a ambos (Camargo et al., 2014).

Através da inserção em programas reabilitativos, e com a contribuição dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado, os pacientes e suas famílias podem aprender através da observação dos comportamentos de outrem, interagir socialmente, criar redes de suporte e direcionar o foco de sua atenção para outros aspectos além do adoecimento.

Indivíduos confiantes e engajados contribuem para resultados bem-sucedidos. Pacientes confiantes na sua capacidade de superar as adversidades advindas do adoecimento, se engajam na reabilitação e prevêm boa recuperação. No decorrer do tratamento, com cada objetivo alcançado pelo paciente, é importante que o profissional possa encorajá-lo, reforçar seus avanços e atribuir cada sinal de melhora às suas habilidades. À proporção que ele se sente mais seguro e confiante, mais ele tenderá a adotar comportamentos que o ajudarão a alcançar suas metas, em vez de se afastar. (Pajares & Olaz, 2008; Oliveira, Boff & Segalla, 2017).

Ainda no que tange ao processo de reabilitação, vale salientar que os resultados obtidos no presente trabalho, a partir dos dados do NEUPSILIN e da entrevista, possibilitaram inserir os pacientes em grupos de reabilitação cognitiva, psicoterapia, bem como encaminhamento dos familiares para o grupo de cuidadores.

As conclusões dessa pesquisa trazem implicações substanciais para o programa reabilitativo como um todo e para a necessidade de refletir acerca da inserção da ANP como uma grande aliada à programas de estimulação cognitiva mais individualizados, visando promover a autonomia do paciente e menor dependência da família ou cuidador.

No tocante às limitações do estudo, é possível citar a demora para o início da coleta de dados, em decorrência da espera da aprovação do CEP do CRIMIP. O

adiamento da coleta acabou por repercutir, inclusive, no tamanho pequeno da amostra.

Outra fragilidade diz respeito ao tempo de duração das entrevistas. Os pacientes demonstravam preocupação com o horário das terapias seguintes e, para não perdê-las, buscaram ser sucintos nas suas respostas. Contudo, outro fator que pode ter influenciado nesse tipo de resposta está relacionado ao comprometimento cognitivo encontrado nesses pacientes, principalmente o domínio da linguagem, limitando, assim, o discurso verbal.

Apesar dessas limitações este trabalho alcançou o objetivo a que se propôs, embora não tenha chegado ao fim, pois, neste, nunca se chega, especialmente no âmbito da pesquisa. Espera-se que outros estudos e reflexões possam surgir a fim de contribuir para melhores estratégias de prevenção e intervenção junto aos pacientes neurológicos, neuropsiquiátricos e suas famílias.

CAPÍTULO VI

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A contemporaneidade tem sido marcada por avanços na área científica, na área tecnológica, na área nutricional o que acaba por contribuir na disseminação do conhecimento e, no contexto da saúde, permitir também uma ampliação das estratégias de prevenção e reabilitação em pacientes acometidos por lesão cerebral. Contudo, apesar dessas mudanças, ainda há um grande número de indivíduos acometidos pelo AVC e apresentando limitações no desempenho das suas atividades cotidianas, implicando numa maior dependência dos familiares e cuidadores, bem como dos serviços oferecidos nos sistemas de saúde.

A partir disso, e do trabalho da pesquisadora com pacientes portadores de lesão cerebral, pretendeu-se avaliar as alterações cognitivas presentes nesses pacientes, identificar o perfil biosóciodemográfico e econômico dos mesmos, bem como compreender as repercussões psicossociais vivenciadas por eles e seus familiares.

Os resultados apontaram que os pacientes acometidos pelo AVC apresentaram comprometimentos cognitivos significativos em múltiplos domínios, com limitações na execução das suas atividades de vida diária, repercutindo numa maior dependência dos familiares e na mudança da dinâmica familiar.

Apesar de o estudo atual não levantar dados inovadores acerca das alterações cognitivas decorrentes do AVC, bem como acerca dos desdobramentos familiares e sociais, foi possível ratificar que as repercussões de uma lesão cerebral como esta podem ser tão devastadoras e o conhecimento acerca delas é de extrema relevância. Esse conhecimento deve estender-se não apenas aos pacientes, mas também a todos os que estão envolvidos no processo de reabilitação.

Os achados da pesquisa reforçam ainda a importância da implementação da avaliação neuropsicológica como recurso metodológico que pode contribuir para intervenções mais específicas e eficazes no programa reabilitativo.

Além disso, sugere-se a execução de mais ações voltadas à promoção da disseminação do conhecimento sobre a temática do AVC e seus desdobramentos, para que, dessa forma, a sua ocorrência possa ser minimizada. Faz-se importante também a criação de uma rede de suporte visando o processo de reabilitação do paciente e o cuidado com o cuidador.

Os resultados desse trabalho favoreceram o acesso ao cuidado, tendo em vista o fato de que os dados obtidos através da avaliação neuropsicológica, bem como das entrevistas, possibilitaram a inserção dos pacientes em grupos de estimulação do funcionamento cognitivo, psicoterapia e encaminhamento dos familiares para grupo de cuidadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrisqueta-Gomez, J. (2012). Reabilitação neuropsicológica interdisciplinar: reflexões sobre a relevância da abordagem holística. In Abrisqueta-Gomez e cols. *Reabilitação neuropsicológica: abordagem interdisciplinar e modelos conceituais na prática clínica* (pp.19-32). Porto Alegre: Artmed.

Abrisqueta-Gomez, J. (2012). Reabilitação neuropsicologia holística: quando e por que fazer? In Caixeta, L., Ferreira, S. B., *Manual de neuropsicologia: dos princípios à reabilitação* (Cap. 48, pp. 391-396). São Paulo: Atheneu.

Adda, C. C. (2012). Autoconsciência e reabilitação cognitiva. In Abrisqueta-Gomez e cols. *Reabilitação neuropsicológica: abordagem interdisciplinar e modelos conceituais na prática clínica* (Cap. 5, pp.87-91). Porto Alegre: Artmed.

Alves, A. F. R., & Monteiro, J. F. A. (2015). Repercussões psicossociais na vida de cuidadores informais de pacientes acometidos por acidente vascular cerebral. *Saúde e Transformação Social*, (6)3, 26-41.

Andrade, S. (2014). Fundamentos da reabilitação neuropsicológica. In Fuentes, D., Malloy-Diniz, L. F., Camargo, C. H. P., & Cosenza, R. M. *Neuropsicologia: teoria e prática* (Cap. 29, pp. 359-376). Porto Alegre: Artmed.

Ardila, A., & Rosselli, M. (2007). *Neuropsicologia Clínica*. México: Editorial El Manual Moderno.

Bacellar, A., & Costa, V. M. (2013). Acidente vascular cerebral no jovem. In Melo-Souza (Ed.), S. E., Neto, E. P. & Cendes, F. (CoEds.), *Tratamento das doenças neurológicas* (3a ed., Cap.58, pp. 235-237). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Baddeley, A., Anderson, M. C., & Eysenck, M. W. (2011). *Memória*. Porto Alegre: Artmed.
- Bandura, A., Azzi, R. G., & Polydoro, S. (2008). *Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos*. Porto Alegre: Artmed.
- Barbosa, D. M., & Nery, M. (2012). Reabilitação neuropsicológica e tecnologia assistiva para cognição. In Caixeta, L., & Ferreira, S. B., *Manual de neuropsicologia: dos princípios à reabilitação* (Cap. 49, pp. 397-406). São Paulo: Atheneu.
- Barbosa, L. N. F., Costa, J. M., & Melo, M. C. B. Neuropsicologia e perspectivas para o cuidado integral de idosos. In Jr., & Barbosa, L. N. F. *Saúde do idoso: uma abordagem multidisciplinar* (Cap. 11, pp. 215-234).
- Barbosa, M. N. M., Ferreira, R. J., & Barbosa, D. M. (2012). Neuropsicologia no traumatismo cranioencefálico e no acidente vascular encefálico. In Caixeta, L., & Ferreira, S. B., *Manual de neuropsicologia: dos princípios à reabilitação* (Cap. 24, pp. 205-214). São Paulo: Atheneu.
- Benseñor, I. M., Goulart, A. C., Szwarcwald, C. L., Vieira, M. L. F. P., Malta, D. C., & Lotufo, P. A. (2015). Prevalence of stroke and associated disability in Brasil: national health survey. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, 73(9), 746-750.
- Bobath, B. (1990). *Hemiplegia no adulto: avaliação e tratamento*. São Paulo: Manole.
- Bushnell, et al. (2014). Guidelines for the prevention of stroke in women. *Journal of the American Heart Association*, 9(1), p. 55-69.
- Bushnell et al. (2014). Guidelines for the prevention of stroke in women. *American Heart Association & American Stroke Association*.

Caixeta, L., Nóbrega, M., Caixeta, M., & Reimer, C. H. R. (2012). História do método neuropsicológico. In Caixeta, L., & Ferreira, S. B., *Manual de neuropsicologia: dos princípios à reabilitação* (Cap. 1, pp. 1-13). São Paulo: Atheneu.

Camargo, C. H., Bolognani, S. A. P., & Zuccolo, P. F. (2014). O exame neuropsicológico e os diferentes contextos de aplicação. In Fuentes, D., Malloy-Diniz, L. F., Camargo, C. H. P., & Cosenza, R. M. *Neuropsicologia: teoria e prática* (Cap. 6, pp. 77-91). Porto Alegre: Artmed.

Cancela, D. M. G. (2008). O acidente vascular cerebral: classificação principais consequências e reabilitação. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28(4), 1-18.

Cardoso, C. O. C., Kristensen, C. H., Carvalho, J. C. N., Gindri, G., & Fonseca, R. P. (2012). Tomada de decisão no IGT: estudo de caso pós-AVC de hemisfério direito versus esquerdo. *Psico-USF*, 17(1), 11-20.

Carneiro, S. S. (2016). Estimulação cognitiva em idosos institucionalizados após acidente vascular cerebral. *Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e as Saúde*. Universidade Fernando Pessoa, Porto (PT).

Carvalho, V. A., Machado, T. H., & Caramelli, P. (2014). Reabilitação da memória no idoso. In Caixeta, L., & Teixeira, A. L. (Orgs.). *Neuropsicologia geriátrica: neuropsiquiatria cognitiva em idosos* (pp. 301-310).

Cavalcante, T. F., Araújo, T. L., Moreira, R. P., & Santiago, J. M. V. (2010). Perfil socioeconômico de pacientes internados por acidente vascular encefálico. *Rev. Rene. Fortaleza*, 11(4), 154-162.

Conselho Federal de Psicologia (2007). *Resoluções*. Disponível em: <<http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/legislacao/>>.

Diniz, B. S., & Forlenza, O. V. (2009). Diagnóstico diferencial das demências. *Rev Med*, 94(3), 162-168.

Diniz, B. S., & Teixeira, A. L. (2014). Neuropsicologia da depressão e dos transtornos de ansiedade no idoso. In Caixeta, L., & Teixeira, A. L. (Orgs). *Neuropsicologia geriátrica: neuropsiquiatria cognitiva em idosos* (Cap. 22, pp. 257-263). Porto Alegre: Artmed.

Fernandes, J. G. (2015). Stroke prevention and control in Brazil. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, 73(9), 733-735.

Filippin, N. T., Rocha, L. G., Dias, L. R., & Fleck, C. S. (2013). Relação da qualidade de vida com fatores clínicos, sociodemográficos e familiares de sujeitos pós-acidente vascular encefálico. *Fisioterapia Brasil*, 14(2), 106-111.

Fonseca, R. P., Salles, G. F., & Parente, M. A. M. P. (2009). *Instrumento de Avaliação Neuropsicológica Breve NEUPSILIN*. 1ª ed. São Paulo: Vetor Editora.

Fonseca, R. P., Zimmermann, N., & Kochhann (2015). Avaliação neuropsicológica: bases para a interpretação quantitativa e qualitativa de desempenho. In Santos, F. H., Andrade, V. M., & Bueno, O. F. A. (Orgs.), *Neuropsicologia hoje* (pp. 106-113). Porto Alegre: Artmed, 2015.

Gagliardi, R. J. (2010). Acidente vascular cerebral ou acidente vascular encefálico? Qual a melhor nomenclatura? *Rev Neuroc*, 18(2), 131-132.

Gagliardi, R. J. (2013). Prevenção das doenças cerebrovasculares. In Melo-Souza, S. E. (Ed.), Neto, E. P. & Cendes, F. (CoEds.), *Tratamento das doenças neurológicas* (3a ed., Cap. 36, pp. 134-137). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Galvin, R., Stokes, E., & Cusack, T. Family-mediated exercises (FAME): na exploration of participant's involvement in a novel form of exercise delivery after stroke. *Topics in stroke: rehabilitation*, 21(1), 63-74.

Garritano, C. R., Luz, P. M., Pires, M. L. E., Barbosa, M. T. S., & Batista, K. M. (2011). Análise da tendência da mortalidade por acidente vascular cerebral no Brasil no século XXI. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, 98(6), 519-527.

Godwin, K. M., Swank, P. R., Vaeth, P., & Ostwald, S. K. (2013). The longitudinal and dyadic effects of mutuality on perceived stress stroke survivors and their spousal caregivers. *Aging Ment Health*, 17(4), 423-431.

Gomes, M. J. A. R. (2012). Vidas após um Acidente Vascular Cerebral: efeitos individuais, familiares e sociais. *Tese de Doutorado*. Universidade do Minho, Instituto de Ciências Sociais, Braga (PT).

Jr., Silva, W. H. S., & Costa, F. A. (2012). O impacto do acidente vascular cerebral no cotidiano de cuidadores familiares. *Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento*, 17(2), 251-264.

Karahan, A. Y., Kucuksen, S., Yilmaz, H., Salli, A., Gungor, T., & Sahin, M. Effects of rehabilitation services on anxiety, depression, care-giving burden and perceived social support of stroke caregivers. *Acta Medica*, 57(2), 68-72.

Lange, M. C., Cabral, N. L., Moro, C. H. C., Longo, A. L., Gonçalves, A. R., Zétola, V. F., & Rundek, T. (2015). Incidência e mortalidade dos subtipos de AVCi em Joinville, Brasil: Um estudo de base populacional. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, 73(8), 648-654.

Lefèvre, B. H. W. F., Caixeta, L. (2012). Sistemática do exame neuropsicológico. In Caixeta, L., & Ferreira, S. B., *Manual de neuropsicologia: dos princípios à reabilitação* (pp. 45-54). São Paulo: Atheneu.

Lotufo, P. A. (2008). O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares. *Rev Med*, 87(4), 232-237.

Makyiama, T. Y., Battistella, L. R., Litvoc, J., & Martins, L. C. (2004). Estudo sobre a qualidade de vida de pacientes hemiplégicos por acidente vascular cerebral e de seus cuidadores. *Acta Fisiatrica*, 11(3), 106-109.

Manuel, A. J., & Inmaculada, S. C. (2014). Análise da percepção do cuidador informal do doente dependente por acidente vascular cerebral. *Revista de Psicologia*, (1)5, 45-56.

Martins, R. R., & Alchieri, J. C. (2013). Avaliação psicológica na aderência terapêutica de tratamento hemodialítico. *Psicologia Argumento* 31(72), 127-136.

Melo-Souza, S. E., Costa, V. M., & Borges, M. A. F. (2013). Ataque Isquêmico Transitório. In Melo-Souza, S. E. (Ed.), Neto, E. P. & Cendes, F. (CoEds.), *Tratamento das doenças neurológicas* (3a ed., Cap. 37, pp. 138-143). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Mendes, E. V. (2011). *As redes de atenção à saúde* (2ª ed.). Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde.

Mendonça, L. B. A., Lima, F. E. T., & Oliveira, S. K. P. (2012). Acidente vascular encefálico como complicação da hipertensão arterial: quais são os fatores intervenientes? *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 16(2), 340-346.

Minayo, M. C. S. (2004). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª edição. São Paulo: Hucitec.

Minayo, M. C. S. (2008). Conceitos básicos sobre metodologia e sobre abordagens qualitativas. In Minayo, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (pp. 35-42). 11ª edição. São Paulo: Hucitec.

Ministério da Saúde (2008). Prevenção, fatores de risco e controle das doenças não transmissíveis no Brasil. *Ministério da Saúde*: Brasília.

Miotto, E. C. (2015). Lesões adquiridas. In Santos, F. H., Andrade, V. M., & Bueno, O. F. A. (Orgs.), *Neuropsicologia hoje* (pp. 180-183). Porto Alegre: Artmed, 2015.

Mograbi, D. C., Mograbi, G. J. C., & Landeira-Fernandez, J. (2014). Aspectos históricos da neuropsicologia e o problema mente-cérebro. In Fuentes, D., Malloy-Diniz, L. F., Camargo, C. H. P., & Cosenza, R. M. *Neuropsicologia: teoria e prática* (Cap. 1, pp. 19-29). Porto Alegre: Artmed.

Morais, H. C. C., Soares, A. M., G., Oliveira, A. R. S., Carvalho, C., M. L., Silva, M., J., & Araújo, T., L. (2012). Sobrecarga e modificações de vida na perspectiva dos cuidadores de pacientes com acidente vascular cerebral. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 20(5), 1-11.

Moreira, R. P., Araújo, T. L., Cavalcante, T. F., Guedes, N. G., Lopes, M. V. O., Costa, A. G. S., & Chaves, D. B. R. (2010). Acidente vascular encefálico: perfil de indicadores de risco. *Rev. Rene. Fortaleza*, 11(2), 121-128.

Muszkat, M., & Mello, C. B. (2012). Neuroplasticidade e reabilitação neuropsicológica. In Abrisqueta-Gomez e cols. *Reabilitação neuropsicológica: abordagem interdisciplinar e modelos conceituais na prática clínica* (Cap. 2, pp.56-57). Porto Alegre: Artmed.

Neves, C. S. R. Intervenções de enfermagem na promoção da autonomia / independência face ao autocuidado após acidente vascular cerebral: uma revisão sistemática da literatura. *Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação*. Escolar Superior de Enfermagem do Porto, Porto (PT).

Oliveira, M. S., Boff, R. M, & Segalla, C. D. (2017). O papel da autoeficácia na condução do tratamento da obesidade. In Santana, S., & Dias, C., *Teoria social cognitiva no contexto da saúde, escola e trabalho*. (Cap. 2, pp. 39-63). Novo Hamburgo: Sinopsys.

Oliveira, C. R., Gindri, G., Ferreira, G. D., Liedtke, F. V., Müller, J. L., Sarmento, T. F., Zimmermann, N., Parente, M. A. M. P., & Fonseca, R. P. (2010). *Interação Psicol.*, 15(2), 229-237.

Organização Mundial de Saúde (2008). Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões. *Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde*.

Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2009). *Desenvolvimento Humano*. São Paulo: McGraw-Hill.

Pawlowski, J., Rodrigues, J. C., Martins, S. C. O., Brondani, R., Chaves, M. L. F., Fonseca, R. P., & Bandeira, D. R. (2013). Avaliação neuropsicológica breve de adultos pós-acidente vascular cerebral em hemisfério esquerdo. *Avances em Psicologia Latinoamericana*, 31(1), pp. 33-45.

Pereira, A. P. A., & Hamdan, A. C. (2014). Neuropsicologia do traumatismo craniocéfálico e do acidente vascular cerebral. In Fuentes, D., Malloy-Diniz, L. F., Camargo, C. H. P., & Cosenza, R. M. *Neuropsicologia: teoria e prática* (Cap. 17, pp. 223-229). Porto Alegre: Artmed.

Pereira, R. A. P., Santos, E. B., Fhon, J., R. S., Marques, S., & Rodrigues, R. A. P. (2012). Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, (47)1, 185-192.

Persky, R. W., Turtzo, L. C., & McCullough, L. D. (2010). Stroke in women: disparities and outcomes. *Current Cardiology Reports*, 12(1), 6-13.

Pinto, K. O. (2012). Introdução à avaliação neuropsicológica. In Caixeta, L., & Ferreira, S. B., *Manual de neuropsicologia: dos princípios à reabilitação* (Cap. 6, pp. 55-59). São Paulo: Atheneu.

Radanovic, M. (2014). In Caixeta, L., & Teixeira, A. L. (Orgs). *Neuropsicologia Geriátrica: neuropsiquiatria cognitiva em idosos* (Cap. 16, pp. 198-216). Porto Alegre: Artmed.

- Ramos, A. A., & Hamdan, A. C. (2016). O crescimento da avaliação neuropsicológica no Brasil: uma revisão sistemática. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(2), 471-485.
- Rangel, E. S. S., Belasco, A. G. S., & Diccini, S. (2013). Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. *Acta Paul Enferm.*, 26(2), 205-212.
- Rodrigues, J. C., Fontoura, D. R., & Salles, J. F. (2014). Acquired dysgraphia in adults following right or left-hemisphere stroke. *Dement Neuropsychol*, 8(3), 236-242.
- Rodrigues, P. A., Schewinsky, S. R., & Alves, V. L. R. (2011). Estudo sobre depressão reativa e depressão secundária em pacientes pós acidente vascular encefálico. *Acta Fisiátrica*, 18(2), 60-65.
- Rolindo, S. J. S., & Oliveira, L. T. (2016). Acidente vascular cerebral isquêmico: Revisão sistemática dos aspectos atuais do tratamento na fase aguda. *Revista de Patologia do Tocantins*, 3(8), 18-26.
- Rotta, N., T., & Ranzan, J. (2013). Acidente vascular cerebral isquêmico em crianças. In Melo-Souza, S. E. (Ed.), Neto, E. P. & Cendes, F. (CoEds.), *Tratamento das doenças neurológicas* (3a ed., Cap. 55, pp. 227-228). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Rotta, N., T., & Ranzan, J. (2013). Acidente vascular cerebral hemorrágico na criança. In Melo-Souza, S. E. (Ed.), Neto, E. P. & Cendes, F. (CoEds.), *Tratamento das doenças neurológicas* (3a ed., Cap. 56, pp. 224-226). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Ropper, A., Adams, R., Victor, M., & Samuels, M. (2009). *Adams and Victor's Principles of Neurology, Ninth Edition*: McGraw-Hill Education.

Salles, J. F., & Rodrigues, J. C. (2014). Neuropsicologia da linguagem. In Fuentes, D., Malloy-Diniz, L. F., Camargo, C. H. P., & Cosenza, R. M. *Neuropsicologia: teoria e prática* (Cap. 07, pp. 93-102). Porto Alegre: Artmed.

Santalucia, P. et al. (2014). Call for research on women on behalf of WSA. *European Journal of Internal Medicine*, 4(4), 66-74.

Santos, C. V. S., Passos, D. P., Torres, G. V., Reis, L. A., & Mascarenhas, C. H. M.. (2011). Fatores de risco para o acidente vascular encefálico em usuários do hospital geral Prado Valadares. *Rev. Saúde. Com.* 7(1), 3-13.

Santos, N. M. F., & Tavares, D., M., S. (2012). Correlação entre qualidade de vida e morbidade do cuidador de idoso com acidente vascular encefálico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(4), 960-966.

Scheffer, M., Klein, L. A., & Almeida, R. M. (2013). Reabilitação neuropsicológica em pacientes com lesão vascular cerebral: uma revisão sistemática da literatura. *Avances em Psicologia Latinoamericana*, 31(1), 46-61.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. Prevenção de doenças cerebrovasculares. São Paulo: *Imprensa Oficial*, 2015.

Sohlberg, M. M., & Mateer, C. A. (2011). *Reabilitação cognitiva: uma abordagem neuropsicológica integrada*. São Paulo: Santos.

Silva, C. F. S., Santana, S. M., & Jr., J. A. S. (2017). Violência familiar contra o idoso: um olhar a partir da teoria social cognitiva. In Santana, S. M., Dias, C., & Oliveira, M. S. (Orgs). *Teoria social cognitiva no contexto da saúde, escola e trabalho* (Cap. 91-108). Novo Hamburgo: Sinopsys.

Tavares, A., Vargas, A. P., & Amaral, M. S. (2014). Neuropsicologia do traumatismo craniencefálico no idoso. In Caixeta, L., & Teixeira, A. L. (Orgs). *Neuropsicologia Geriátrica: neuropsiquiatria cognitiva em idosos* (Cap. 19, pp. 221-231). Porto Alegre: Artmed.

Terroni, L. M. N., Mattos, P. F., Sobreiro, M. F. M., Guajardo, V. D., & Fráguas, R. (2009). Depressão pós-AVC: aspectos psicológicos, neuropsicológicos, eixo HHA, correlato neuroanatômico e tratamento. *Rev Psiq Clín*, 2009, 36(3), 100-108.

World Stroke Organization (2014). Campanha mundial de AVC.

Yamauti, V. L. R., Neme, C. M. B., Lima, M. F. C. F., & Belancieri, M. F. (2014). Testes de avaliação neuropsicológica utilizados em pacientes vítimas de acidente vascular cerebral. *Avaliação Psicológica*, 13(2), 277-285.

ANEXOS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ALTERAÇÕES COGNITIVAS E REPERCUSSÕES FAMILIARES E SOCIAIS DO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Pesquisador: SUELY DE MELO SANTANA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 24271113.7.0000.5206

Instituição Proponente: Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP/PE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 537.222

Data da Relatoria: 21/02/2014

Apresentação do Projeto:

Adequado

Objetivo da Pesquisa:

Adequado

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequado

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Adequado

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi atendida a recomendação feita ao TCLE e retirada a questão do ressarcimento.

Recomendações:

Não há recomendação a fazer.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não tem pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Almeida Cunha, 245 - BlocoG4 - 8ºAndar

Bairro: Santo Amaro

CEP: 50.050-480

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2119-4375

Fax: (81)2119-4004

E-mail: pesquisa_prac@unicap.br

Continuação do Parecer: 537.222

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP acompanha o parecer do relator.

RECIFE, 21 de Fevereiro de 2014



Assinado por:

EDILENE FREIRE DE QUEIROZ
(Coordenador)

Endereço: Rua Almeida Cunha, 245 - BlocoG4 - 8ºAndar

Bairro: Santo Amaro

CEP: 50.050-480

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2119-4375

Fax: (81)2119-4004

E-mail: pesquisa_prac@unicap.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Iniciais do Paciente: _____

Convidamos você a participar da pesquisa: “**Alterações Cognitivas e Repercussões Psicossociais do Acidente Vascular Cerebral**”. As pessoas responsáveis por este estudo são a professora Suely de Melo Santana (CRP 02/8340) e a mestranda Ana Flávia da Cunha Santos Rêgo (CRP 02/16229).

O objetivo dessa pesquisa é avaliar o perfil neuropsicológico de pacientes pós Acidente Vascular Cerebral (AVC) com indicação para reabilitação. Se o (a) senhor (a) concordar em participar, terá, inicialmente, que responder um questionário e, posteriormente, será submetido a uma avaliação neuropsicológica com o profissional de Psicologia. Sua participação não acarretará nenhuma alteração ao seu tratamento no IMIP, nem qualquer tipo de custo financeiro ou prejuízos de qualquer espécie a você ou seus familiares pela sua participação nesta pesquisa. Não haverá quaisquer riscos e/ou desconfortos, mesmo que sejam mínimos.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO.

Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, antes da publicação dos resultados. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios decorrentes da pesquisa.

O(s) pesquisador(es) garante(m) total sigilo e confidencialidade sobre as informações que você conceder na sua entrevista. Uma cópia deste consentimento será arquivada pelo pesquisador principal e a outra será entregue para você.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE.

Eu, _____, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara, detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento, antes da publicação dos resultados, poderei retirar-me da pesquisa se assim o desejar. Sei que poderei entrar em contato com as pesquisadoras através dos telefones (81) 21194096 e 99229739.

Declaro que concordo em participar desse estudo.

Recife, ____ de _____ de 20____.

(Nome do participante ou responsável legal)

(Assinatura do participante ou responsável legal)

(Assinatura do auxiliar de pesquisa)

(Pesquisador principal)

QUESTIONÁRIO BIOSOCIODEMOGRÁFICO E ECONÔMICO

QUESTIONÁRIO Nº

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Iniciais: _____ Idade:

DN: ____/____/____

Sexo: M F

Estado civil: Solteiro Casado Divorciado Separado Viúvo Outros:

Número de filhos: Nenhum 1 2 3 ou mais

Raça: Branco Negro Amarelo Pardo

Endereço: _____

1. Recife 2. RMR 3. Interior do Estado 4. Outro Estado

Se Interior de PE: _____ Se outro Estado: _____

Renda Individual: _____ Renda Familiar: _____

Moradia: Própria Alugada Mora só Mora com familiares (mãe, pai, irmãos, primos)

Contato: _____

Escolaridade:

- Ensino Fundamental. Completo
- Ensino Fundamental Incompleto
- Ensino Médio Completo
- Ensino Médio Incompleto
- Ensino Superior Completo
- Ensino Superior Incompleto
- Pós Graduação
- Curso Profissionalizante

Empregado: Sim Não

Local: _____ Função: _____

Recebe benefício pelo INSS: Sim Não

Uso de bebida alcólica: Sim Não

Se sim, há quanto tempo? _____

Tabagista: Sim Não

Se sim, há quanto tempo? _____

Possui alguma doença crônica: Sim Não

Se sim, qual? _____

Possui algum tipo de deficiência: Sim Não

Qual? Auditiva Visual Mental Outra: _____

Faz atividade física: Sim Não

Faz uso de medicação: Sim Não

Se sim, qual? _____

TIPO DE AVE:

Hemorrágico

Isquêmico

Recorrente: Sim Não

Ocorreu há quanto tempo? _____

ENTREVISTA

PERGUNTA DISPARADORA:

Como foi a experiência de ter passado por um Acidente Vascular Encefálico?

Como foi a experiência de ter um familiar acometido pelo AVE?