

Investigação da Anosognosia Pós Acidente Vascular Cerebral em Participantes de Um Grupo de Reabilitação

Investigation of Anosognosia After Stroke in Participants of a Rehabilitation Group

Gabriele Ruiz Keller, Gabriela Marques Dias, Ana Lucia Cervi Prado, Heloisa Toledo da Silva, Cibele Bessa Pacheco

RESUMO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma diminuição ou suspensão do aporte sanguíneo para o cérebro. A anosognosia representa as alterações em indivíduos quanto à percepção da existência ou extensão de suas dificuldades, interferindo negativamente na reabilitação. A anosognosia pós AVC é frequente na fase aguda e rara na fase crônica. Este estudo avaliou a anosognosia pós AVC em pacientes de um programa de reabilitação fisioterapêutica em grupo no interior do Rio Grande do Sul. Foi realizado um estudo com abordagem quantitativa, com caráter descritivo exploratório e de desenho transversal com 11 pacientes, com média de idade de $62,73 \pm 8,09$ e seus respectivos familiares, no período de junho a outubro de 2017. Foi respondida a Anamnese e o Mini exame do estado mental com os pacientes e para avaliar a anosognosia foi respondida o The Patient Competency Rating Scale Versão brasileira (PCRS) - para pacientes e PCRS para familiares. Observou-se discrepância nos resultados da autopercepção do paciente e a percepção dos respectivos familiares, sendo de $9,45 \pm 6,80$ na PCRS. Isso pode influenciar negativamente para a recuperação. Observamos correlação moderada negativa entre a idade atual e a discrepância da PCRS para familiares e pacientes. Os pacientes mais velhos tiveram melhor auto percepção das dificuldades, isso pode ser resultado da neuroplasticidade, em que se adaptaram às condições de saúde. Apesar de não abordarmos no estudo, acreditamos que a atividade física em grupo melhora os aspectos físicos e psíquicos, o que pode ajudar na prevenção da anosognosia.

PALAVRAS-CHAVE: Anosognosia; Acidente vascular cerebral; Hemiplegia; Autopercepção; Reabilitação.

ABSTRACT

Stroke is a decrease or suspension of blood supply to the brain. Anosognosia after stroke is frequent in the acute and rare chronic phase. It represents aso in way to the perception of the existence or extension of its difficulties, interfering negatively in the rehabilitation. This study evaluated anosognosia after stroke in patients of a physiotherapeutic group rehabilitation program in the interior of Rio Grande do Sul. A quantitative, descriptive exploratory and cross-sectional study was carried out with 11 patients, mean age of 62.73 ± 8.09 and their families, was not from June to October 2017. The Patient Competence Rating Scale (PCRS) - Brazilian version for patients and caregivers was answered an Anamnesis. We observed a discrepancy in the results of the self-perception of the patient and the perception of the children in the family, being 9.45 ± 6.80 in the PCRS. This can negatively influence a recovery. We observed a moderate negative correlation between a current age and a discrepancy of the PCRS for family and patients. Older patients had better self-perception of difficulties, this may be a result of neuroplasticity, in which they adapted to health conditions. Although not observed without study, we believe that group physical activity improving physical and psychic, which can help in the prevention of anosognosia.

KEYWORDS: Anosognosia; Stroke; Hemiplegia; Self perception; Rehabilitation.

Como citar este artigo:

KELLER, Gabrielle R.; DIAS, Gabriela M.; PRADO, Ana L. C.; SILVA, Heloisa T.; PACHECO, Cibele B. Investigação da Anosognosia Pós Acidente Vascular Cerebral em Participantes de Um Grupo de Reabilitação. Revista Saúde (Sta. Maria). 2019; 45 (3).

Autor correspondente:

Nome: Gabrielle Ruiz Keller
E-mail: gabrielle.r.k@hotmail.com
Telefone: (55) 99997-9578
Formação Profissional:
Fisioterapeuta, mestranda em Gerontologia, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

Filiação Institucional: Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.
Endereço para correspondência:
Rua: Maquinista Lucas Fortes dos Santos
Bairro: Tancredo Neves
Cidade: Santa Maria
Estado: Rio Grande do Sul
CEP: 97032310

Data de Submissão:

16/05/2019

Data de aceite:

07/10/2019

Conflito de Interesse: Não há conflito de interesse



INTRODUÇÃO

O acidente vascular cerebral (AVC) é definido como uma diminuição ou suspensão do aporte sanguíneo para o cérebro. Esta complicação pode ser do tipo isquêmica ou hemorrágica, sendo que ambos podem apresentar disfunções cerebrais para o indivíduo. O tipo isquêmico, que acomete 80% dos pacientes, resulta em uma diminuição da perfusão de sangue para o encéfalo. No tipo hemorrágico a lesão cerebral é ocasionada pelo contato direto das estruturas sanguíneas com as células do encéfalo. O AVC se caracteriza pelo suprimento inadequado de sangue para o cérebro, sendo umas das doenças cérebro vasculares que mais causam mortalidade e morbidade no Brasil¹.

Existem alguns fatores de risco para o AVC, como: hipertensão arterial sistêmica, diabetes e tabagismo. Outro fator de risco, não modificável, é a idade². Em um estudo constatou-se que o AVC acomete principalmente pessoas com idade superior a 50 anos, sendo que o sexo masculino é acometido 19% a mais do que no sexo feminino³. Nota-se o crescimento da população com maior idade no Brasil, pelo aumento da expectativa de vida. Acompanhado desta mudança, um maior número de doenças crônicas não transmissíveis, o que leva ao aumento dos gastos públicos, pela necessidade de maiores intervenções e procedimentos de saúde⁴.

Quando ocorre o AVC, o encéfalo, formado por inúmeras células, perdem o seu suprimento de nutrientes e de oxigênio. Desta maneira, as células do encéfalo param de realizar suas funções temporariamente, até que o problema se resolva, ou morrem, também chamado de infarto cerebral. Mas por mais que ocorram esses danos às células, existem células remanescentes nos locais e que se houver tratamentos com estímulos adequados, muitos movimentos perdidos podem ser recuperados¹.

As sequelas mais comumente encontradas são a hemiplegia, em que há perda total de movimento e a hemiparesia, caracterizada por fraqueza muscular, ambas apresentam-se no hemicorpo contralateral à lesão cerebral. Prejuízo nas funções de linguagem, mentais, sensitivas, motoras e perceptivas também são frequentemente observadas nesta população⁵.

O termo anosognosia é empregado para representar as alterações em indivíduos quanto à percepção da existência ou extensão de suas dificuldades. Com isso, não é utilizado apenas em pacientes com hemiplegia, já que foi observado que várias condições neurológicas apresentam a anosognosia⁶. A anosognosia após o AVC é a incapacidade de entender os déficits sensório-motores e a paralisia. Quando existe a não aceitação de déficits motores do lado contralateral a uma lesão no cérebro, é denominado anosognosia para hemiplegia. Esse distúrbio é mais comum quando há lesões no hemisfério direito que do hemisfério esquerdo⁷.

Atualmente, não há na literatura um consenso quanto à região cerebral específica responsável pela anosognosia⁸. Em um estudo foi encontrado que a anosognosia está relacionada a áreas corticais e subcorticais no lobo frontal, ínsula, matéria branca, córtex fusiforme, o cíngulo, núcleo caudado, tálamo, lobo temporal (hipocampo e temporal superior)⁹.

A anosognosia para hemiplegia é geralmente transitória, a reabilitação poderá estar prejudicada quando o indivíduo desconhece os déficits motores presentes, isso acontece principalmente nas fases iniciais do AVC^{10,11}. Alguns autores criaram algumas diretrizes clínicas para o tratamento da anosognosia para hemiplegia. Com isso, indicam que inicialmente deve-se determinar a gravidade e o tipo de anosognosia, e os déficits neuropsicológicos presentes. Após, criar um bom relacionamento com o paciente e a sua família, e por último, uma proposta de reabilitação individualizada e encorajando o paciente durante o tratamento⁶.

Desta forma, notamos a importância de estudos que abordam a anosognosia em pacientes pós AVC no Brasil, devido a desfechos negativos que esta causa aos pacientes e escassez de estudos abordando este tema. Desta maneira, a possibilidade de traçar um perfil desta população, como prevenir e diagnosticar precocemente a anosognosia, assim como proceder como o tratamento mais direcionado a estes aspectos do paciente.

MÉTODOS

Este estudo é do tipo observacional, de abordagem quantitativa e caráter transversal, com participantes pós AVC de ambos os sexos integrantes de um programa de reabilitação em grupo, em um hospital escola no interior do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. O programa possui fisioterapeutas, acadêmicos do curso de fisioterapia e aproximadamente 12 pacientes, são realizadas atividades com duração de duas horas, uma vez na semana. São realizadas atividades físicas e atividades para estimular a cognição, em que o familiar pode acompanhar as atividades do programa.

A amostra foi por conveniência, com os pacientes do programa que compareceram aos atendimentos no período de coleta de dados, independentemente da idade e sexo, com linguagem verbal e que aceitaram participar do estudo. Sendo assim, a amostra foi composta por 11 pacientes e 11 familiares. Foram excluídos pacientes que não possuem familiares, pacientes e familiares que não aceitaram participar do estudo e que não possuíam boa linguagem verbal. A coleta de dados ocorreu no período de junho a outubro de 2017.

A pesquisa teve início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) institucional sob o número de parecer 2.121.599. A população alvo foi convidada, por meio de convite pessoal em uma linguagem clara nos dias em que o programa ocorria, após à explicação do que se tratava o estudo, os esclarecimentos quanto aos objetivos e a metodologia, os riscos e benefícios, a fim de que os pacientes julgassem a participação de forma voluntária. Após o convite, aqueles que aceitaram fazer parte do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Confidencialidade.

Após, os pacientes responderam ao Mini Exame do Estado Mental (MEEM) na versão brasileira, a entrevista estruturada denominada Anamnese e o The Patient Competency Rating Scale Versão brasileira (PCRS) – para Pacientes.

Após, os familiares responderam ao questionário PCRS – para Familiares. O preenchimento destes instrumentos foi no local de realização do programa de atendimento fisioterapêutico ou no domicílio dos pacientes.

O MEEM na versão brasileira objetiva o rastreio de demências o qual avalia orientação no tempo e espaço, atenção e cálculo, memória de evocação e linguagem, com uma nota de corte dada referente aos anos de estudo. A pontuação do MEEM vai de 0 a 30 pontos, quanto maior a pontuação melhor está a cognição do indivíduo¹².

A Anamnese foi montada e estruturada pelos pesquisadores a partir dos dados mais relevantes para a pesquisa e foi composta por perguntas abertas e fechadas abordando os dados de identificação, seu estado de saúde, dados do AVC e hábitos de vida.

A The Patient Competency Rating Scale – Versão Brasileira para Pacientes (PCRS-P) e a The Patient Competency Rating Scale – Versão Brasileira para Familiares (PCRS-F) trata-se de um instrumento que avalia a presença de anosognosia com abordagem das funções executivas, mnemônicas e atencionais. São dois questionários de 17 perguntas, em duas versões, sendo uma para o paciente sobre ele mesmo e outra para o familiar sobre o paciente. A partir da discrepância de respostas obtidas na versão para o paciente e familiar, em que a resposta do familiar serve de referência para o estado de saúde do paciente. É composto por seis opções de resposta, sendo que em cada pergunta pode haver apenas uma resposta preenchida, sendo pontuadas de 1 a 5. A classificação é feita em uma escala de 5 pontos: 1 = “não consegue”, 2 = “muito difícil”, 3 = “faz com alguma dificuldade”, 4 = “razoavelmente fácil” e 5 = “faz com facilidade” ou “não se aplica”. A pontuação da PCRS vai de 17 a 85 pontos¹³.

Para a análise estatística do estudo, inicialmente foi realizada a estatística descritiva das variáveis coletadas. A normalidade dos dados foi verificada através do teste de normalidade de Shapiro-Wilk. Para a análise de correlação entre as variáveis paramétricas foi utilizado teste de correlação de Pearson, e para análise de correlação entre as variáveis ordinais foi utilizado o teste de correlação de Spearman. O nível de significância foi de $<0,1$ para todos os testes, pelo fato que a amostra do nosso estudo era pequena e por não existirem estudos brasileiros sobre a anosognosia após AVC.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 11 pacientes e 11 familiares, totalizando 22 questionários PCRS respondidos, 11 fichas de anamnese e 11 de MEEM, sendo que apenas um paciente não foi selecionado para compor a amostra, porque não possuía linguagem verbal adequada para sua inclusão. Os pacientes foram 64% do sexo masculino e 36% do sexo feminino, com média de idade de $63 \pm 8,09$ anos.

Na tabela 1 mostramos as características do grupo de pacientes em estudo com seu respectivo número (N), porcentagem (%), média e desvio padrão (DP).

Tabela 1: Apresentação da caracterização do grupo de pacientes.

Caracterização		N	%	Média e DP
Idade		11		63±8,09
Sexo	Masculino	7	63,64	
	Feminino	4	36,36	
Etnia	Branco	9	82	
	Negro	1	9	
	Outro	1	9	
Anos de estudo	1 a 3	4	36,5	27
	4 a 8	3		
	Mais de 8	4	36,5	
Ocupação Pré-AVC	Não	3	27	
	Sim	8	73	
Ocupação Pós-AVC	Não	6	55	
	Sim	5	45	
Hemiparesia	Direita	3	27	
	Esquerda	8	73	
Locomoção Independente	Não	4	36	
	Sim	7	64	
Muleta/Andador	Não	8	73	
	Sim	3	27	
Cadeira de rodas	Não	8	73	
	Sim	3	27	
Hipertensão Arterial Sistêmica	Não	1	9	
	Sim	10	91	
Medicamentos em uso				
Anti-hipertensivo	Não	1	9	
	Sim	10	91	
Antidepressivo	Não	7	64	
	Sim	4	36	
Ansiolítico	Não	8	73	
	Sim	3	27	
Há quantos anos teve o AVC		11		9±6,16
Idade que teve o AVC (anos)		11		54±9,42
Déficit de memória	Não	7	64	
	Sim	4	36	
Tempo de reabilitação em grupo (meses)		11		72±59,26

MEEM			11	25±3,24
		1	7	64
Número de AVC		2	2	18
		3	1	9
		4	1	9
AVC isquêmico	Não	1	9	
	Sim	10	91	
AVC hemorrágico	Não	7	64	
	Sim	4	36	
Anosognosia (delta)		22		9±6,80

Na tabela 2 mostramos as características do grupo de familiares em estudo com seu respectivo número (N), porcentagem (%), média e desvio padrão (DP).

Tabela 2: Apresentação da caracterização do grupo de familiares.

Caracterização		N	%	Média e DP
Idade		11		58,77±14,78
Sexo	Masculino	3	27	
	Feminino	8	73	

Na análise dos resultados obtidos a partir do PCRS-P e o PCRS -C, pelo cálculo da discrepância entre os valores, podemos observar que houve diferenças nas respostas do paciente com o respectivo familiar. Na tabela 3 expomos estes resultados.

Tabela 3: Representação da caracterização de pacientes com a discrepância da PCRS.

Participantes	Idade	Sexo	Isquêmico	Hemorrágico	Hemi- 'paresia	PCRS -P	PC RSC	Discrepân- cia PCRS	Tempo AVC (anos)	Tempo reabilitação (meses)
1	66	M	S	S	E	81	78	3	15	132
2	56	M	S	N	E	72	62	10	14	132
3	53	F	S	N	D	58	80	22	1	9
4	68	M	S	N	D	50	57	7	8	84
5	72	M	S	N	E	62	60	2	5	18
6	53	M	S	S	E	65	84	19	13	156

7	73	M	S	N	E	79	66	13	2	3
8	57	F	S	N	E	78	65	13	1,7	2
9	70	M	S	N	E	78	77	1	17	132
10	68	F	S	S	E	78	70	8	15	72
11	74	F	N	S	D	63	57	6	4,5	48

M: Masculino; F: Feminino; S: Sim; N: Não; E: Esquerda; D: Direita.

O escore dos pacientes e dos respectivos familiares diferiram, variaram de 1 ponto, com a menor variação, até 22 pontos, sendo a maior variação encontrada. Isso nos sugere que existe uma alteração de percepção, seja ela positiva ou negativa, entre os pacientes que tiveram o AVC e o seus familiares.

A correlação entre a caracterização do paciente e o escore obtido da diferença das respostas do PCRS-P e o PCRS-F está representada na tabela a seguir.

Tabela 4: Correlações da discrepância da PCRS com a caracterização dos pacientes.

Caracterização dos pacientes	Discrepância da PCRS	
	P	r
Idade do paciente	0,086	-0,540
Idade que teve o AVC	0,195	-0,423
Tempo de internação hospitalar	0,722	-0,121
Tempo de reabilitação em grupo	0,516	-0,220
MEEM	0,900	-0,043
TPCRS-P	0,519	-0,219
TPCRS-F	0,222	0,401

Observamos uma correlação moderada negativa entre a discrepância da PCRS e a idade do paciente (-0,540), sugerindo que quanto maior a idade do paciente mais ele percebe suas dificuldades. Com as outras variáveis, não houve correlação com o escore obtido da diferença das respostas da PCRS-P e PCRS-F.

DISCUSSÃO

Este estudo investigou a presença de alteração de auto percepção das dificuldades em 11 indivíduos após o AVC, sendo foi o primeiro estudo brasileiro que abordou o tema.

O AVC leva a algumas alterações de vida para as pessoas que o tiveram e para os familiares e amigos que os acompanham no dia-dia¹⁴. Segundo o Ministério da Saúde há uma incidência de 16 milhões de novos casos de AVC

ao ano no mundo, sendo que 37,5% não resistem e vão a óbito e 25% ficam incapacitados permanentemente¹⁵. Em uma pesquisa realizada no Brasil, foi observado que 30% a 48% dos pacientes estudados apresentavam algum tipo de incapacidade que os impediam de retornar ao trabalho⁵. Estes dados diferem um pouco com os dados encontrados na nossa pesquisa, pois mostrou que 63% dos pacientes não retornaram ao trabalho após o AVC. Dos 11 pacientes estudados, do total de 8 que trabalhavam, 5 não retornaram ao trabalho após o AVC, sendo que todos são do sexo masculino e estão na idade de 53 anos a 73 anos. O não retorno ao trabalho pode ter relação com a alteração de percepção, pois os pacientes que não retornaram ao trabalho tiveram discrepância de respostas com a do familiar na PCRS, que variaram de 3 a 19 pontos.

Em relação às sequelas do AVC, podem ser alterações motoras, cognitivas, comportamentais e emocionais. Por haver, na maioria dos casos, esses tipos de mudanças na saúde dos indivíduos acometidos pelo AVC, há repercussão na vida e na autonomia destes, nas atividades profissionais, com a família e na própria identidade da pessoa¹⁶. O nosso estudo evidencia que as alterações a nível motor estão presentes em 100%, pois os pacientes apresentam hemiparesia. Os pacientes do estudo apresentam alteração a nível emocional, pois 36,36% fazem uso de medicamento antidepressivo e 27,27% de ansiolítico. As alterações no nível cognitivo estão presentes em 36% e possivelmente todos os pacientes apresentaram alteração de percepção em relação as suas dificuldades, que é um tipo de alteração cognitiva. Sendo que essas alterações variaram de 1%, a menor discrepância com apenas 1 ponto de diferença da resposta do paciente para o familiar, e 32% para a maior discrepância, com 22 pontos de diferença da resposta do paciente para o familiar.

Em um estudo observou-se que a anosognosia é mais frequente em pacientes que tinham lesão no hemisfério direito devido ao AVC¹⁷. Como a anosognosia é descrita na literatura pela maior ocorrência em pacientes com lesão no hemisfério cerebral direito, não vão de acordo com nossos achados, pois não houve uma relação entre a hemiparesia com o aumento da discrepância da PCRS. Isso pode ser devido aos pacientes não se encontrarem na fase aguda do AVC. Em um estudo com 58 pacientes pós AVC do hemisfério direito e hemiplegia a esquerda, a anosognosia foi frequente na fase hiperaguda, aos 3 dias (32%), na fase subaguda, aos 7 dias (18%) e raramente observada na fase crônica aos 6 meses (5%)¹⁸. Além disso, o limitado número de participantes pode ter inviabilizado a observação de particularidades quanto ao lado da lesão e a presença da anosognosia.

A capacidade funcional é definida como um conjunto de habilidades físicas e mentais necessárias para que possamos efetivar de maneira independente as atividades da vida diária¹⁹. Considerando que o AVC é uma das causas mais presentes da incapacidade funcional de longa duração na vida dos adultos, se nota a importância de saber a real necessidade dos pacientes, e procurar entender a causa de suas limitações, se são motoras, psíquicas ou ambas. Geralmente essas alterações levam os indivíduos que tiveram o AVC a um padrão de vida sedentário que pode limitá-lo a participação social²⁰.

Na literatura é consenso que a capacidade funcional permeia por diferentes estágios ao longo da vida. Durante a infância, a capacidade funcional começa a aumentar atingindo seu topo na idade adulta e entra em declínio logo em seguida. Assim que os anos passam, após a idade adulta, a capacidade funcional diminui. Mas essas fases não são iguais para todos, pois dependerá dos fatores relacionados ao estilo de vida que levamos, aos fatores externos e fatores ambientais²⁰. Nosso grupo em estudo foi composto por 11 pacientes, sendo que 55% possuíam idade maior que 60 anos, fase que a capacidade funcional, como mostra a literatura, está em declínio, mostrando que mais da metade da população em estudo são indivíduos idosos e que 45% são adultos com idade superior de 50 anos.

A melhora dos pacientes com AVC ocorre pela plasticidade neural, onde antigamente havia um equívoco de que a plasticidade cerebral seria algo exclusivo dos cérebros jovens²¹. Em um estudo realizado foi observado que a reorganização neural é uma propriedade do sistema nervoso central que está presente ao longo de toda a vida²¹. Em nosso estudo os pacientes mais velhos tiveram um melhor auto percepção das suas dificuldades, isso pode ser devido a neuroplasticidade, que permite que o indivíduo se adapte à sua condição de saúde atual. A neuroplasticidade pode ter sido estimulada pelo programa de reabilitação em grupo adotado com estes pacientes.

Em outro estudo realizado com 6 indivíduos de 62 a 71 anos de idade, foi pesquisado sobre a percepção dos pacientes com AVC em relação ao seu estado de saúde. Os resultados mostraram que os pacientes se percebem com muita dificuldade, seja ela psíquica ou motora, nas atividades de vida diária e atividades laborais, sendo que a incapacidade os deixa mais depressivos e com sentimentos de tristeza permanente. Uma forma de evitar essa situação seria o apoio da família e de amigos e sentirem-se mais participativos no dia-dia. Isso pode ser realizado em trabalhos em grupo que atende pacientes com o mesmo diagnóstico, mas com diferentes sentimentos vivenciados por cada um. Ao transformá-los em um grupo com dificuldades semelhantes e mostrar como eles podem ser importantes para a sociedade, a criação de laços de amizade para enfrentarem a doença e também para educação em saúde tornam-se extremamente importantes para uma melhor recuperação destes pacientes e uma melhor qualidade de vida¹⁶.

Nosso estudo mostrou que houve alteração de percepção que os pacientes tinham em relação a seu estado de saúde e a que seus familiares tinham dos pacientes. Foi observado que os pacientes se enxergaram de maneira positiva em 73%, e negativa em 27% em relação ao seu verdadeiro estado de saúde. Essa alteração de auto percepção mostrou correlação apenas com a idade do paciente, mas não mostrou correlação com nenhuma outra variável. Assim, sabemos que essa alteração de percepção não teve relação com o tempo que ocorreu o AVC, o número de AVC, o tempo de hospitalização, o tipo de AVC, o tempo de participação da terapia em grupo, o hemisfério cerebral que ocorreu o AVC e resultado do MEEM.

Em nosso estudo não podemos afirmar se os pacientes apresentam anosognosia, devido ao fato que a PCRS na Versão Brasileira para Pacientes e Familiares não possui ponto de corte para a classificação. Somente a versão

em inglês possui o ponto de corte de classificação da anosognosia. Os autores referem que se houver alteração nas respostas entre paciente e familiar, é provável que tenha anosognosia e o profissional deve diagnosticá-lo e propor o tratamento. Pois, essa alteração contribui negativamente para a recuperação do paciente, visto que ele não percebe suas próprias dificuldades tornando mais difícil reabilitá-lo.

Com isso, sugerimos que sejam realizados estudos avaliando a anosognosia em indivíduos que sofreram AVC, estudando uma população maior de pacientes e com grupo controle utilizando a PCRS, para assim poder criar um escore para esta escala na versão brasileira. A PCRS se mostra promissora para a avaliação e diagnóstico dos pacientes que possam ter alteração de percepção, sendo uma aliada para os profissionais da saúde na recuperação dos pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos concluir que os pacientes analisados apresentam indicativos de alteração de percepção em relação as suas dificuldades. Na maioria dos casos, se auto referem estar melhores do que realmente estão. Isso pode influenciar negativamente para a recuperação dos pacientes, uma vez que não compreendem a real situação de saúde, e podem menosprezar a reabilitação. Os pacientes com mais idade tiveram melhor auto percepção das dificuldades, o que pode ser resultado da neuroplasticidade, em que o indivíduo se adaptou à sua condição de saúde.

Apesar de não ser observado no estudo, acreditamos que a atividade física em grupo é um adequado meio de promover a saúde e prevenir agravos, melhorando os aspectos físicos e psíquicos dos pacientes, o que pode ajudar na prevenção da anosognosia. Desta maneira, com a investigação desta desordem será possível propor uma terapêutica mais adequada aos pacientes, visto que essa alteração de percepção torna-se um ponto desfavorável na recuperação.

REFERÊNCIAS

1. Lotufo PA. Stroke in Brazil: a neglected disease. São Paulo Med J. 2005; 123(1). doi:10.1590/S1516-31802005000100001 .
2. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth. Tratado de enfermagem médico cirúrgica. 8. ed. Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara; 1991.

-
3. Polese J C, Tonial A, Jung FK, Mazuco R, Oliveira SG, Schuster RC. Avaliação da funcionalidade de indivíduos acometidos por Acidente Vascular Encefálico. *Rev Neurocienc.* 2008;16(3):175-78.
 4. Black JM, Matassarini-Jacobs E, Luckmann & Sorensen. *Enfermagem médico-cirúrgica: uma abordagem psicofisiológica.* 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996.
 5. Falcão IV, Carvalho EMF, Barreto KML, Lessa FJD, Leite VMM. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2004;4(1):95-102. doi:10.1590/s1519-38292004000100009.
 6. Prigatano GP. *The Study of Anosognosia.* 1. ed. New York: Oxford University Press; 2010.
 7. Cocchini G, Beschini N, Cameron A, Fotopoulou A, Sala SD. Anosognosia for motor impairment following brain damage. *Neuropsychologia.* 2009;23(2):223–230. doi: 10.1037 / a0014266.
 8. Prigatano GP. Anosognosia: clinical and ethical considerations. *Curr Opin Neurol.* 2009;22(6):606–611. doi: 10.1097/ WCO.0b013e328332a1e7.
 9. Fotopoulou A, Pernigo S, Maeda R, Rudd A, Kopelman MA. Implicit awareness in anosognosia for hemiplegia: Unconscious interference without conscious re-representations. *Brain.* 2010;133(12):3564-3577. doi:10.1093.
 10. Gialanella B, Monguzzi V, Santoro R, Rocchi S. Functional recovery after hemiplegia in patients with neglect: The rehabilitation role of anosognosia. *Stroke.* 2005;36(12):2687-90. doi: 10.1161/01.STR.0000189627.27562.c0.
 11. Jehkonen M, Laihosalo M, Kettunen J. Anosognosia after stroke: Assessment, occurrence, subtypes and impact on functional outcome reviewed. *Acta Neurol Scand.* 2006;114(5):293-306. doi: 10.1111/j.1600-0404.2006.00723.x.
 12. Lourenço RA, Veras RP. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Rev Saúde Pública.* 2006;40(4):712-719.

13. Zimmermann N, Pereira APA, Fonseca RP. Brazilian Portuguese version of the Patient Competency Rating Scale (PCRS-R-BR): semantic adaptation and validity. *Trends Psychiatry Psychother.* 2014;36(1):40-51. doi: 10.1590/2237-6089-2013-0021.
14. Souza LR, Hanus JS, Libera D, Bolzan L, Silva VM, Mangilli EM, et al. Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. *Cad. Saúde Colet.* 2015;23(2):140-149. doi:10.1590/1414-462X201500020063.
15. Portal Brasil. Acidente vascular cerebral (AVC). 2012. [acesso em 2017 out 8]; Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/04/acidente-vascular-cerebral-avc>.
16. Girardon-Perlini NMO, Hoffmann JM, Piccoli DG, Bertoldo C. Lidando com perdas: percepção de pessoas incapacitadas por avc. *REME Rev. Min. Enf.* 2007; 11(2):149-154. doi: S1415-27622007000200007.
17. Babinski J. Contribution à l'étude des troubles mentaux dans l'hémiplégie organique cérébrale (anosognosie). *Revue Neurologique.* 1914;27:845-848.
18. Vocat R, Staub F, Stroppini T, Vuilleumier P. Anosognosia for hemiplegia: a clinical-anatomical prospective study. *Brain.* 2010;133(12): 3578-3597. doi: 10.1093/brain/awq297.
19. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008;13(4):1199-1207. doi: 10.1590/s1413-81232008000400016.
20. Organização Pan-Americana da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Distrito Federal, 2005.
21. Pascual-Leone A, Amedi A, Fregni F, Merabet LB. The Plastic Human Brain Cortex. *Annu Rev Neurosci.* 2005; 28:377-401. doi: 10.1146/annurev.neuro.27.070203.144216.