

Anosognosia pós Acidente Vascular Cerebral: percepção do paciente e familiar

*Anosognosia post stroke:
perception of the patient and family*

*Anosognosia después de un accidente cerebrovascular:
percepción del paciente y la familia*

Gabriela Marques Dias¹, Morgana Christmann²

1.Fisioterapeuta, Especialização pela Residência Multiprofissional em Atenção Clínica Especializada com Ênfase em Infectologia e Neurologia, Universidade Franciscana, Santa Maria-RS, Brasil. Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-0045-3731>

2.Fisioterapeuta, Professora Doutora da Residência Multiprofissional em Atenção Clínica Especializada com ênfase em Infectologia e Neurologia, Universidade Franciscana, Santa Maria-RS, Brasil. Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-5773-8933>

Resumo

Introdução. A anosognosia é a alteração da percepção da existência das dificuldades. **Objetivo.** Avaliar a anosognosia pós Acidente Vascular Cerebral (AVC) nas fases aguda e subaguda (até seis meses após a lesão). **Método.** A amostra foi constituída por pacientes atendidos em um Hospital ou na Atenção Primária à Saúde, e seus familiares. Foi um estudo quantitativo, de desenho transversal, a coleta de dados ocorreu de agosto a novembro de 2020. Foram aplicados aos pacientes e familiares os questionários Dados Sociodemográficos e *The Patient Competency Rating Scale* (PCRS), ambos em duas versões. **Resultados.** A amostra apresentou 10 pacientes e familiares, os pacientes tinham média de idade 55,4±15. Na observação da discrepância da pontuação PCRS entre pacientes e familiares, dois (20%) dos pacientes não apresentam anosognosia e três (30%) apresentam pouca discrepância, considerou-se que não apresentam anosognosia. Já cinco (50%) dos pacientes tiveram discrepância na PCRS com os familiares e considerou-se que apresentam anosognosia. Não é possível afirmar estatisticamente, sugerimos que pontuações discrepantes maior que três sugerem anosognosia. **Conclusão.** No presente estudo, 20% dos pacientes com AVC não possuem anosognosia por não apresentarem diferença na PCRS entre paciente e familiar, assim como os 30% pela mínima diferença nos resultados. Entre os fatores relacionados à autopercepção positiva do seu estado de saúde se destacou como elemento considerável para a presença de anosognosia. Em nosso estudo, a anosognosia pode estar relacionada a idade mais avançada, uso de antidepressivo ou ansiolítico, hemiparesia à direita, maior dependência para locomoção e influência do tabagismo e etilismo.

Unitermos. Acidente Vascular Cerebral; Anosognosia; Hemiplegia

Abstract

Introduction. Anosognosia is the change in the perception of the existence of difficulties. **Objective.** To assess anosognosia after stroke in the acute and subacute phases (up to six months after the injury). **Method.** The sample consisted of patients seen in a Hospital or in Primary Health Care, and their relatives. It was a quantitative, cross-sectional study, data collection took place from August to November 2020. The Sociodemographic Data and The Patient Competency Rating Scale (PCRS) questionnaires, both in two versions, were applied to patients and family members. **Results.** The sample had 10 patients and family members, the patients had an average age of 55.4±15. In observing the discrepancy in the PCRS score between patients and family members, two (20%) of the patients do not have anosognosia, and three (30%) have little discrepancy, it was considered that they do not have anosognosia. Now, five (50%) of the patients had discrepancies in the PCRS with their relatives and it was considered that they have anosognosia. We do not state statistically, we suggest that

discrepant scores greater than three suggest anosognosia. **Conclusion.** No study was present, 20% of two patients with stroke did not present anosognosia for not presenting a difference in the PCRS between patient and family, as well as 30% with minimal difference in the results. Among the factors related to the positive self-perception of their health status, it stands out as a considerable element for the presence of anosognosia. In our study, anosognosia may be related to more advanced disease, use of antidepressants or anxiolytics, direct hemiparesis, greater dependence for locomotion and the influence of smoking and alcoholism.

Keywords. Stroke; Anosognosia; Hemiplegia

Resumen

Introducción. La anosognosia es un cambio en la percepción de la existencia de dificultades.

Objetivo. Evaluar la anosognosia tras un ictus en las fases aguda y subaguda (hasta seis meses después de la lesión). **Método.** La muestra estuvo constituida por pacientes atendidos en un Hospital o en Atención Primaria de Salud y sus familiares. Fue un estudio cuantitativo, transversal, la recolección de datos se llevó a cabo de agosto a noviembre de 2020. Se aplicaron los cuestionarios Datos Sociodemográficos y Escala de Calificación de Competencia del Paciente (PCRS), ambos en dos versiones, a pacientes y familiares. **Resultados.** La muestra estuvo compuesta por 10 pacientes y familiares, los pacientes tenían una edad media de 55,4±15 años. Al observar la discrepancia en la puntuación PCRS entre pacientes y familiares, dos (20%) de los pacientes no tienen anosognosia, y tres (30%) tienen poca discrepancia, se consideró que no tienen anosognosia. Ahora, cinco (50%) de los pacientes tenían discrepancias en la PCRS con sus familiares y se consideró que tienen anosognosia. No declaramos estadísticamente, sugerimos que las puntuaciones discrepantes superiores a tres sugieren anosognosia. **Conclusiones.** En el presente estudio, el 20% de los pacientes con ictus no tienen anosognosia porque no tienen diferencia en la PCRS entre paciente y familiar, así como el 30% por la más mínima diferencia en los resultados. Entre los factores relacionados con la autopercepción positiva de su estado de salud, se destacó como un elemento considerable para la presencia de anosognosia. En nuestro estudio, la anosognosia puede estar relacionada con la edad avanzada, el uso de antidepressivos o ansiolíticos, la hemiparesia derecha, una mayor dependencia para la locomoción y la influencia del tabaquismo y el consumo de alcohol.

Palabras clave. Accidente cerebrovascular; Anosognosia; Hemiplejía

Trabalho realizado no Hospital Casa de Saúde; Laboratório de Ensino Prático (LEP) em Fisioterapia da Universidade Franciscana (UFN), Santa Maria-RS, Brasil.

Conflito de interesse: não

Recebido em: 07/03/2021

Aceito em: 26/10/2021

Endereço para correspondência: Morgana Christmann. R. Silva Jardim 1175, Prédio 17, sala 612. Bairro Nossa Senhora do Rosário. CEP 97010-491. Santa Maria-RS, Brasil. E-mail: fisiomorganac@gmail.com

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é um dos problemas de saúde pública mais relevantes no mundo, sendo a segunda causa mais frequente de óbito¹. O AVC é classificado em fases de acordo com o tempo após a lesão: agudo que compreende o primeiro mês, subagudo, entre um mês e seis meses, e crônico a partir de seis meses². Essa distinção varia entre os autores³.

Após o AVC os indivíduos podem apresentar comprometimentos neurológicos importantes como, déficit cognitivo e mental, afasia, alteração na propriocepção, alterações motoras e sensitivas, déficits no equilíbrio e na marcha, redução da força muscular, entre outros⁴.

O termo anosognosia é descrito como a alteração de indivíduos quanto a percepção da existência ou extensão de suas dificuldades⁵. A anosognosia é uma alteração no processamento visuoespacial que resulta na heminegligência do lado contralateral à lesão cerebral, juntamente com a inexistência de consciência e auto-percepção desse déficit⁶.

Após um AVC como complicação neuropsicológica pode-se destacar a anosognosia, especialmente na fase aguda⁷. No que tange a epidemiologia, observa-se com mais frequência após danos no hemisfério cerebral direito, repercutindo no hemicorpo esquerdo⁸.

Na perspectiva da literatura sobre o tema, poucos estudos buscam aprofundar a temática da anosognosia em específico⁹, mencionando como um elemento parte das sequelas do AVC, sem especificidades¹⁰⁻¹², fato que justifica a importância deste estudo.

A anosognosia pode ocorrer após lesões cerebrais, podendo causar prejuízos na vida dos indivíduos, como o não engajamento na reabilitação e reduzida melhora na reabilitação. O estudo, portanto, tem como objetivo fornecer informações quanto à existência e fatores relacionados à anosognosia pós AVC nas fases aguda e subaguda (até seis meses de lesão).

MÉTODO

Amostra

Este estudo quantitativo, teve caráter descritivo exploratório e de desenho transversal, com pacientes com diagnóstico médico de AVC nas fases aguda e subaguda, ou seja, até seis meses após a lesão², uma vez que a literatura sugere que este é o período com maior incidência anosognosia após AVC¹³ e seus respectivos familiares sendo a amostra por conveniência. A coleta de dados foi realizada em um hospital municipal do interior do estado do Rio Grande do Sul, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), vinculados às práticas do Curso de Fisioterapia da Universidade Franciscana (UFN). A coleta de dados foi realizada durante os meses de agosto a novembro de 2020.

Foram incluídos na pesquisa os pacientes e familiares de ambos os sexos e diversas idades, que aceitaram participar do estudo no período da coleta de dados e que possuíam linguagem verbal preservada. Além disso, foi aplicado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), como critério de inclusão dos pacientes e familiares, tendo como limiar base a escolaridade. O MEEM utiliza como parâmetro o escore 29 para pessoas com pelo menos nove anos de escolaridade, 26 para aqueles com cinco a oito anos de escolaridade, e 22 para os com zero a quatro anos de escolaridade¹⁴. O MEEM foi utilizado como critério de inclusão do estudo por avaliar o nível cognitivo dos participantes, e

consequentemente proporcionar fidedignidade nas respostas dos pacientes e familiares nas escalas aplicadas.

Foram excluídos da pesquisa os pacientes e familiares que possuíam outras patologias neurológicas associadas (Alzheimer, Parkinson, traumatismo cranioencefálico, ou qualquer outra condição neurológica que interferia na compreensão para responder os questionários), não tivessem acompanhantes, não aceitaram participar do estudo e não possuam linguagem verbal.

A pesquisa teve início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Franciscana (UFN) sob o número do parecer de aprovação nº 4.220.818. A captação dos participantes do estudo foi feita por convite com uma linguagem simples, a cada paciente e familiar que se encaixaram nos critérios de inclusão. Previamente foram explicados os objetivos, a metodologia, os riscos e benefícios da pesquisa contidos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para após o aceite da participação ser assinado o TCLE pelos indivíduos.

Procedimento

Na coleta de dados dos pacientes internados no Hospital, observou-se o mural do Posto de Enfermagem, em que constava os pacientes internados e o diagnóstico médico, e também analisou o prontuário eletrônico dos pacientes, na busca pelo diagnóstico clínico de AVC nas fases aguda e subaguda. Já, para acessar os pacientes vinculados às equipes da ESF e/ou UBS, foi realizado contato com as

mesmas e a coleta de dados foi agendada no Laboratório de Ensino Prático em Fisioterapia (Lep) na UFN, no domicílio dos participantes ou na modalidade on-line, definido em comum acordo.

Na coleta de dados dos pacientes foi realizado o preenchimento do questionário com os dados Sociodemográficos e o questionário *The Competency Rating Scale* (PCRS) para Pacientes na versão traduzida e adaptada para o português¹⁵. Para a coleta de dados dos familiares foi preenchido o questionário com os Dados Sociodemográficos e PCRS na versão em português para familiares.

O questionário de Dados Sociodemográficos, desenvolvidos pelos autores compreendiam 17 perguntas fechadas sobre dados de identificação (idade, sexo, raça, estado civil e anos de estudo), comorbidades, uso de medicamentos, o AVC (tempo de internação hospitalar, tempo do AVC, tipo do AVC, AVC prévio, região cerebral acometida, localização da hemiparesia), hábitos de vida (tabagismo, etilismo), locomoção e pontuação do MEEM. No levantamento dos Dados Sociodemográficos dos Familiares desenvolvidos pelos autores, compreendiam 8 perguntas fechadas sobre dados de identificação (idade, sexo, raça, estado civil, anos de estudo), possui trabalho, parou de trabalhar para cuidar do paciente e pontuação do MEEM.

A PCRS possui como objetivo analisar a consciência de déficits dos indivíduos acometidos por patologias neurológicas. Essa é composta por 17 itens, a pontuação varia de 17 a 85, apresenta duas versões, sendo uma para

o paciente, que trata sobre suas percepções em relação ao seu corpo e estado de saúde e, outra para o familiar sobre o paciente. É avaliada a discrepância entre as respostas de familiares e pacientes, em que a resposta do familiar é a referência. A classificação é realizada da seguinte maneira: 1- não consegue, 2- muito difícil, 3- faz com alguma dificuldade, 4- razoavelmente fácil e 5- faz com facilidade ou 5- não se aplica. Essa escala não possui escore de classificação, portanto foi avaliada a diferença entre a soma total das respostas do paciente e familiar, e se o paciente se enxerga de maneira positiva ou negativa¹⁵.

Análise Estatística

Os dados foram tabulados em uma planilha do Microsoft Excel e após foi realizada a estatística descritiva das variáveis avaliadas, a fim de estruturar um perfil da amostra estudada.

RESULTADOS

Entre os pacientes internados no Hospital com diagnóstico de AVC nas fases aguda e subaguda foram excluídos 20 pacientes da coleta de dados e 19 acompanhantes/familiares. Os motivos da exclusão foram a existência de doença neurológica associada, que comprometesse a compreensão dos questionários (n=6), alteração na linguagem verbal que interferisse na resposta aos questionários (n=11), sem acompanhante (n=1), paciente não alcançou o ponto de corte do MEEM (n=1), e

acompanhante desorientada (n=1). Foi considerado perda amostral aqueles que tiveram internação de curto tempo (n=2), que não foi possível realizar a coleta. Entre os pacientes vinculados à UBS ou ESF com AVC nas fases aguda e subaguda foram excluídos cinco pacientes por não alcançarem o ponto de corte do MEEM.

Portanto, foram incluídos no estudo 10 pacientes e familiares, destes três estavam internados no Hospital e sete estavam vinculados à UBS ou ESF, que alcançaram o ponto de corte do MEEM, e conseqüentemente foi aplicada a PCRS para investigação da anosognosia.

A amostra de pacientes foi caracterizada deste modo com média de idade de 55 ± 15 anos, os quais seis (60%) são do sexo masculino, cinco (50%) são casados, cinco (50%) tem de cinco a oito anos de estudo, 10 (100%) tiveram AVC isquêmico, sete (70%) não tinham AVC prévio e tiveram pontuação média no MEEM de 25 ± 2 . Na Tabela 1 são apresentados os dados sociodemográficos dos pacientes com a porcentagem, média e desvio padrão (DP) das variáveis.

Foram avaliados 10 familiares, com média de idade de 42 ± 11 anos, os quais oito (80%) são do sexo feminino, seis (60%) são casados, seis (60%) trabalham, apenas um (10%) parou de trabalhar para tornar-se cuidador. Na Tabela 2 são apresentados os dados sociodemográficos dos familiares.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos pacientes.

Variáveis		N	%	Média e DP
Idade				55,4±15,61
Sexo	Feminino	6	60	
	Masculino	4	40	
Raça/cor	Branca	2	20	
	Parda	2	20	
	Preta	1	10	
	Outra	5	50	
Estado civil	Solteiro	3	30	
	Casado	5	50	
	Separado	1	10	
	Outro	1	10	
Anos de estudo	0 a 4	4	40	
	5 a 8	5	50	
	Mais de 9	1	10	
Comorbidades	HAS	7	70	
	Fibrilação Atrial	2	20	
	Doença Arterial Coronariana	1	10	
	Diabetes	2	20	
	Depressão	1	10	
	Obesidade	2	20	
	Arritmia Cardíaca	1	10	
	Flutter Atrial	1	10	
Insuficiência Cardíaca Congestiva	1	10		
Medicamentos	Antidiabético	2	20	
	Antidepressivo	3	30	
	Ansiolítico	1	10	
	Diurético	3	30	
	Dislipidemia	3	30	
	Anticoagulante	4	40	
	Anti-hipertensivo	8	80	
Tabagismo	Sim	4	40	
Etilismo	Sim	3	30	
Hemiparesia	Esquerda	5	50	
	Direita	5	50	
Locomoção	Cadeira de rodas	3	30	
	Andador	1	10	
	Muletas	1	10	
	Independente	5	50	
Tipo de AVC	Isquêmico	10	100	
	Hemorragico	0	0	
Região do AVC	Coroa radiata esquerda	2	20	
	Centro sinovial esquerdo	1	10	
	Lobo occipital esquerdo	1	10	
	Hemisfério cerebelar direito	2	20	
	Ponte	1	10	
	Núcleos da base direito	1	10	
	Intraparenquimatosa em artéria cerebral média direita	1	10	
	Cápsula interna esquerda			
	Núcleo caudado	1	10	
	Tálamo	2	20	
	Frontotemporal	1	10	
		2	20	
Tempo AVC (em dias)				63,6±55,45
Tempo de internação hospitalar (em dias)				5,1±2,91
AVC prévio	Sim	3	30	
MEEM (pontuação)				25,4±2,01

DP: Desvio Padrão. n: Tamanho da amostra. %: Porcentagem. HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica. AVC: Acidente Vascular Cerebral. MEEM: Mini Exame do Estado Mental.

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica dos familiares.

Variáveis		n	%	Média e DP
Idade				42,6±11,92
Sexo	Feminino	8	80	
	Masculino	2	20	
Raça/cor	Branca	2	20	
	Parda	1	10	
	Preta	3	30	
	Outra	4	40	
Estado civil	Solteiro	2	20	
	Casado	6	60	
	Outro	2	20	
Anos de estudo	0 a 4	1	10	
	5 a 8	3	30	
	Mais de 9	6	60	
Trabalha	Sim	6	60	
Parou de trabalhar para cuidar do paciente	Sim	1	10	
MEEEM (Pontuação)				27,4±2,24

DP: Desvio Padrão. n: Tamanho da amostra. %: Porcentagem. MEEEM: Mini Exame do Estado Mental.

Na Tabela 3 é apresentada a pontuação geral da PCRS dos 10 pacientes e familiares. Observou-se que alguns pacientes obtiveram diferença na pontuação na PCRS quando comparado ao seu familiar, com variação de 0 a 9 pontos. No geral, obtiveram pouca diferença na pontuação da PCRS dos pacientes e familiares com média de $3,3\pm 2,76$.

Tabela 3. Dados gerais da PCRS dos pacientes e familiares

Variáveis	Média e DP	Mínimo	Máximo
Pontuação PCRS pacientes	75,7±6,03		
Pontuação PCRS familiares	74,2±6,82		
Diferença pontuação PCRS pacientes e familiares	3,3±2,76	0	9

DP: Desvio Padrão. PCRS: *The Patient Competency Rating Scale*.

Na Tabela 4 evidencia-se os dados sociodemográficos por caso dos pacientes e PCRS dos pacientes e respectivos familiares. Observa-se que os pacientes e seus respectivos familiares apresentaram discrepância na pontuação da PCRS que variou de 0 a 9 pontos.

Tabela 4. Dados sociodemográficos por caso dos pacientes e PCRS dos pacientes e respectivos familiares.

P	I	Sexo	AE	Tab	Etil	Hemi	L	MEEM	PCRS-P	PCRS-F	D PCRS-P e PCRS-F	Visão P
1	55	F	0 a 4	N	N	D	C	22	75	81	6	Neg
2	49	F	0 a 4	S	N	D	Ind	27	81	76	5	Pos
3	74	F	5 a 8	S	N	D	C	26	80	71	9	Pos
4	56	F	0 a 4	S	N	D	Ind	23	83	81	2	Peq D
5	60	F	0 a 4	N	N	E	C	23	68	68	0	Ig
6	29	M	5 a 8	N	N	E	Ind	26	72	71	1	Peq D
7	71	F	5 a 8	N	N	E	A	26	64	62	2	Peq D
8	78	M	5 a 8	S	S	E	Ind	26	73	68	5	Pos
9	50	M	5 a 8	N	S	D	M	26	80	83	3	Neg
10	32	M	Mais de 9	N	S	E	Ind	29	81	81	0	Ig

P: Paciente. I: idade. F: Feminino. M: Masculino. AE: Anos de Estudo. Tab.: Tabagismo. S: Sim. N: Não. Etil: Etilismo. Hemi: Hemiparesia. D: Direita. E: Esquerda. L: Locomoção. C: Cadeira de rodas. A: Andador. M: Muleta. Ind: Independente. MEEM: Mini Exame do Estado Mental. PCRS-P: The Patient Competency Rating Scale Paciente. PCRS-F: The Patient Competency Rating Scale Familiar. D PCRS-P e PCRS-F: Discrepância PCRS paciente e familiar. Visão P: Visão paciente sobre si. Ig: Igual. Pos: Positiva. Neg: Negativa. Peq D: Pequena discrepância.

Na Tabela 5 são apresentados os dados sociodemográficos dos cinco pacientes do Grupo Possível Anosognosia (GPA) e cinco pacientes do Grupo Não Possível Anosognosia (GNPA), ao assumir que pontuações discrepantes de igual ou maior a 3 pontos entre os pacientes e familiares, podem ser sugestivos de anosognosia. Visto que não é possível comprovar estatisticamente por não existir escore de classificação na PCRS.

DISCUSSÃO

Em um estudo de coorte prospectivo com 58 pacientes, no qual foi avaliada a anosognosia pós AVC no hemisfério direito, foi observado que a anosognosia foi mais frequente na fase hiperaguda aos três dias com 32%, na fase subaguda aos sete dias com 18% e na fase crônica aos seis meses com 5%¹³. Portanto, optou-se por realizar o estudo na fase aguda e subaguda do AVC devido a maior ocorrência de anosognosia, de acordo com a literatura.

Um estudo com 302 pacientes analisou as sequelas psicológicas, principalmente qualidade de vida e o humor após um AVC e observou que 22% dos pacientes apresentaram sintomas depressivos e aproximadamente 32% relataram ansiedade moderada¹⁰. Alguns pacientes deste estudo apresentaram doenças psicológicas após o AVC, pelo fato de que 30% faziam o uso de medicação antidepressiva e 10% faziam uso de medicação ansiolítica.

Tabela 5. Caracterização sociodemográfica dos pacientes no Grupo Possível Anosognosia (GPA) e Grupo Não Possível Anosognosia (GNPA).

Variáveis		GPA (n=5)	GNPA (n=5)	Total (n=10)
Idade (média e DP)		61,2±12,31	49,6±16,38	
Sexo	Feminino	3 (60%)	3 (60%)	
	Masculino	2 (40%)	2 (40%)	
Raça/cor	Branca	1 (20%)	1 (20%)	
	Parda	1 (20%)	1 (20%)	
	Preta	1 (20%)	0 (0%)	
	Outra	2 (40%)	3 (60%)	
Estado civil	Solteiro	1 (20%)	2 (40%)	
	Casado	2 (40%)	3 (60%)	
	Separado	1 (20%)	0 (0%)	
	Outro	1 (20%)	0 (0%)	
Anos de estudo	0 a 4	2 (40%)	2 (40%)	
	5 a 8	3 (60%)	2 (40%)	
	Mais de 9	0 (0%)	1 (20%)	
Comorbidades	HAS	5 (100%)	2 (40%)	
	Fibrilação Atrial	1 (20%)	2 (40%)	
	Doença Arterial Coronariana	0 (0%)	1 (20%)	
	Diabetes	0 (0%)	2 (20%)	
	Depressão	1 (20%)	0 (0%)	
	Obesidade	0 (0%)	1 (20%)	
	Arritmia Cardíaca	1 (20%)	0 (0%)	
	Flutter Atrial	0 (0%)	1 (20%)	
ICC	0 (0%)	1 (20%)		
Medicamentos	Antidiabético	0 (0%)	2 (40%)	
	Antidepressivo	2 (40%)	1 (20%)	
	Ansiolítico	1 (20%)	0 (0%)	
	Diurético	1 (20%)	2 (40%)	
	Dislipidemia	2 (40%)	1 (20%)	
	Anticoagulante	2 (40%)	2 (40%)	
	Anti-hipertensivo	5 (100%)	3 (60%)	
Tabagismo	Não	2 (40%)	4 (80%)	
	Sim	3 (60%)	1 (20%)	
Etilismo	Não	3 (60%)	4 (80%)	
	Sim	2 (40%)	1 (20%)	
Hemiparesia	Esquerda	1 (20%)	4 (80%)	
	Direita	4 (80%)	1 (20%)	
Locomoção	Cadeira de rodas	2 (40%)	1 (20%)	
	Andador	0 (0%)	1 (20%)	
	Muletas	1 (20%)	0 (0%)	
	Independente	2 (40%)	3 (60%)	
Tempo AVC (em dias)(média e DP)		79,2±52,9	25,8±53,43	
Dias de internação hospitalar (média e DP)		5,8±3,54	4,4±1,85	
AVC prévio	Não	3 (60%)	4 (80%)	
	Sim	2 (40%)	1 (20%)	
MEEM (pontuação) (média e DP)		25,4±1,74	25,4±2,24	

DP: Desvio Padrão. n: Tamanho da amostra. %: Porcentagem. HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica. AVC: Acidente Vascular Cerebral. ICC: Insuficiência Cardíaca Congestiva. MEEM: Mini Exame do Estado Mental. GPA: Grupo Possível Anosognosia. GNPA: Grupo Não Possível Anosognosia.

A autoconsciência pode ser definida como um processo constante de monitoramento interno e externo dos eventos. Quanto maior o nível de autoconsciência do indivíduo, maior a possibilidade de apresentar relação com o bem-estar psicológico. Contrariamente, na redução da autoconsciência pode existir o sofrimento psicológico¹¹.

É importante avaliar a autoconsciência, porque ela afeta a capacidade do paciente abordar os processos emocionais, cognitivos, motores e a funcionalidade. Quando a autoconsciência está prejudicada existem dificuldades no cumprimento da reabilitação neuropsicológica e conseqüentemente na integração com a comunidade¹⁶. Acredita-se que os pacientes que se enxergam com mais facilidade para realizar as atividades como realmente são, por acreditarem que não apresentem muita dificuldade, podem não aderir a reabilitação ou tratamento clínico, e com isso, não apresentarem bons resultados na restauração da funcionalidade. No entanto, os pacientes que não possuem anosognosia têm mais chances de aderir à reabilitação e apresentam consciência da importância e conseqüentemente melhores resultados na recuperação.

Um estudo avaliou a autoconsciência que os indivíduos hospitalizados após o AVC possuem sobre seus déficits e sua relação com a ansiedade e depressão, por meio de escalas e uma entrevista e, foi observada correlação entre a autoconsciência e sintomas depressivos⁹.

Ao analisar a discrepância da pontuação PCRS entre paciente e familiar, observou-se que dois (20%) não

apresentam diferença (0 pontos), ou seja, paciente e familiar têm a mesma noção das dificuldades que o paciente apresenta, e o paciente não apresenta anosognosia. Já, três (30%) dos pacientes apresentaram pequena variação na pontuação da PCRS comparada aos familiares, as pontuações variaram de 1, 2, 2 respectivamente, e considerando não haver um escore que permita a comparação, considerou-se que estes pacientes não apresentam anosognosia, pela baixa variação nas respostas entre familiar e paciente.

Contudo, dois (20%) dos pacientes tiveram pontuação mais baixa na PCRS que os familiares variando de 3 a 6, e pela variação entre as respostas possuem anosognosia, e acreditam ter mais dificuldade em realizar as atividades questionadas pela PCRS. No entanto, três (30%) dos pacientes obtiveram pontuação mais alta na PCRS que os familiares, as pontuações variaram 5, 5 e 9, e por isso considerou-se que essa discrepância indica a anosognosia, e acreditam ter mais facilidade em realizar as atividades questionadas pela PCRS. Portanto, considerou-se que cinco (50%) dos pacientes apresentam anosognosia. Não é possível comprovar estatisticamente por não existir escore de classificação na PCRS, contudo sugere-se que pontuações discrepantes de igual ou maior a 3 pontos entre os pacientes e familiares, podem ser sugestivos de anosognosia.

Ao analisar a discrepância da pontuação dos pacientes e familiares na PCRS por item, o item com menor variação dos resultados foi o item de número 13, com zero pontos. O

item 13 aborda “Quanta dificuldade você tem em perceber que algo que disse ou fez chateou outra pessoa?”. Portanto, observou-se que os pacientes possuem mais consciência nas atividades de automonitoramento. Já que o item 13 da PCRS aborda o componente cognitivo auto-monitoramento¹⁵.

Os itens com maior variação dos resultados da pontuação da PCRS dos pacientes e familiares foram os de números 16 e 17, ambos com nove pontos. O item 16 aborda “Quanta dificuldade você tem em cumprir de maneira efetiva as suas responsabilidades diárias?”. O item 17 aborda “Quanta dificuldade você tem em se manter concentrado em uma atividade ou tarefa? Por exemplo, quando quer ver um capítulo de novela até o final ou assistir um programa de televisão até o final. Portanto, observou-se que os pacientes possuem menos consciência nas atividades de planejamento e atenção sustentada. Visto que o item 16 da PCRS aborda o componente cognitivo planejamento e o item 17 aborda a atenção sustentada¹⁵.

As duas pacientes (1 e 3) com maior diferença na PCRS eram do sexo feminino, tinham média de idade $64,5 \pm 9,5$, tinham baixa escolaridade (0 a 8 anos de estudo), HAS, não tinham AVC prévio, hemiparesia à direita, utilizavam cadeira de rodas para locomoção e a discrepância na PCRS foi de 6 e 9 pontos, respectivamente. Com isso, apresentam média de idade mais elevada. As pacientes apresentam HAS, o que pode ter favorecido a ocorrência do AVC pela baixa escolaridade (0 a 8 anos de estudo), que compromete o conhecimento sobre medidas de prevenção de doenças, bem

como reconhecimento de sinais e sintomas¹⁷. E apresentam comprometimento no nível motor pela hemiparesia à direita e uso de cadeira de rodas para locomoção.

Entre os cinco pacientes do GPA, possuem média de $61,2 \pm 12,31$ anos, três (60%) fazem uso de ansiolítico ou antidepressivo, quatro (80%) apresentam hemiparesia à direita e dois (40%) possuem locomoção independente. Em relação aos cinco pacientes do GNPA, possuem média de $49,6 \pm 16,38$ anos, um (20%) faz uso de antidepressivo, quatro (80%) apresentam hemiparesia à esquerda e três (60%) possuem locomoção independente.

Quanto ao tabagismo, no GPA três (60%) dos pacientes são tabagistas e no GNPA um (20%) é tabagista. Em relação ao etilismo, dois (40%) do GPA são etilistas e um (20%) do GNPA é etilista.

Neste estudo, ao analisar a região do cérebro acometida pelo AVC, elas só foram iguais em duas pessoas que, no entanto, na pontuação final do PCRS se apresentaram em grupos diferentes (GPA e GNPA). Portanto, neste estudo não se pode afirmar que exista relação com a presença no GPA ou GNPA e a região acometida.

Um estudo investigou se os pacientes pós AVC estavam conscientes das suas habilidades para o ato de dirigir. Contou com 30 pacientes pós AVC com três meses de lesão e um grupo controle saudável. Os pacientes foram avaliados num simulador de direção e foram questionados sobre como se percebiam como motoristas quando comparado a outra pessoa de mesma idade, sem AVC, a pergunta foi realizada

antes e após o teste no simulador. Antes e depois de passar pelo teste do simulador, 53% dos pacientes com AVC acreditavam ser melhores motoristas que o controle, houve uma superestimação dos resultados pelos pacientes em pelo menos 10 pontos, quando comparado com controle. No grupo controle apenas 16% acreditavam que eram melhores que a população em geral após o teste. Conclui-se que a maioria das pessoas com AVC tem reduzida consciência dos seus déficits de condução, o que pode causar riscos à saúde, sendo mais comum reconhecer os déficits físicos do que os cognitivos¹². Esses achados estão de acordo com este estudo, em que se considerou que 30% dos pacientes apresentam anosognosia após AVC, uma vez que acreditam apresentar mais facilidade em realizar algumas atividades de vida diária.

Um estudo investigou a anosognosia pós AVC em 11 pacientes de um grupo de reabilitação, com média de idade de $62,73 \pm 8$. Foi aplicada a PCRS na versão brasileira, houve discrepância da PCRS entre pacientes e familiares de $9,45 \pm 6$ pontos. Os pacientes apresentam indicativos de alteração de percepção em relação às dificuldades. Os pacientes apresentam uma visão positiva em 73%, e negativa em 27% em relação à sua saúde. Contudo, não afirmam estatisticamente, devido a PCRS não apresentar escore de classificação¹⁸. Esses dados se assemelham ao presente estudo, em que se considerou que alguns pacientes apresentam anosognosia e tendem a se enxergar de maneira mais positiva.

A anosognosia e a heminegligência estão associadas a disfunção do hemisfério direito e geralmente ao lobo parietal. A anosognosia é uma síndrome comportamental bastante frequente após o AVC no hemisfério direito¹⁹. Neste estudo, o paciente com maior diferença na PCRS com o familiar, que foi de 9 pontos, apresentava lesão no hemisfério esquerdo, e conseqüentemente hemiparesia à direita, contraditoriamente ao apontado na literatura. No GPA, quatro (80%) dos pacientes possuíam hemiparesia à direita e lesão no hemisfério esquerdo, o que não apresenta relação com a literatura. Entretanto, neste estudo não foi possível investigar a relação da anosognosia com o hemisfério cerebral acometido, tanto pela amostra ser reduzida, quanto e principalmente devido a PCRS não existir escore de classificação, fato que impede a comprovação da anosognosia, mas sugere que ela esteja presente pela discrepância paciente/familiar. Neste sentido, sugere-se que estudos mais amplos sejam realizados para relacionar a presença da anosognosia com os hemisférios cerebrais.

Além disso, um estudo mostrou que em indivíduos com anosognosia é observada a dificuldade no engajamento no processo da reabilitação e no resultado obtido²⁰. É importante existir a autoconsciência dos déficits após o AVC, porque permite a segurança física do indivíduo, evita a exposição de riscos, estimulando a adesão ao tratamento clínico e à reabilitação²¹.

Sugere-se que estudos com amostra mais abrangente sejam realizados para que assim possam ser estabelecidas

relações estatísticas. Essa, portanto, é apontada como a maior fragilidade deste estudo. Da mesma maneira, sugere-se que estudos sobre anosognosia em pacientes com AVC, adotem como critério de inclusão dos participantes, a avaliação da cognição por meio do MEEM, como um instrumento amplamente utilizado e de alta confiabilidade, garantindo que os participantes estejam ofertando respostas concretas e conscientes sobre a sua saúde e dos seus familiares.

CONCLUSÕES

O estudo pode concluir que 20% dos pacientes com AVC na fase aguda e subaguda não possuem anosognosia por não apresentarem diferença na PCRS entre paciente e familiar, assim como os outros 30% pela mínima diferença nos resultados. Entre os fatores relacionados a autopercepção positiva do seu estado geral de saúde se destacou como elemento considerável para a presença de anosognosia.

De acordo com o presente estudo, a anosognosia pode apresentar relação com a idade mais avançada, uso de antidepressivo ou ansiolítico, hemiparesia à direita, maior dependência para locomoção e influência do tabagismo e etilismo.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Hospital Casa de Saúde de Santa Maria, e à Prefeitura Municipal de Santa Maria em que a UBS

Floriano da Rocha e ESF da Vila Kennedy estão vinculadas, pela colaboração com o estudo.

REFERÊNCIAS

- 1.Santos LB, Waters C. Perfil epidemiológico dos pacientes acometidos por acidente vascular cerebral: revisão integrativa. *Braz J Develop* 2020;6:2749-75. <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv6n1-198>
- 2.Pang MY, Eng JJ, Dawson AS, Gylfadóttir S. The use of aerobic exercise training in improving aerobic capacity in individuals with stroke: a meta-analysis. *Clin Rehabil* 2006;20:97-111. <http://dx.doi.org/10.1191/0269215506cr926oa>
- 3.Damata SRR, Formiga LMF, Araújo AKS, Oliveira EAR, Oliveira AKS, Formiga RCF. Perfil epidemiológico dos idosos acometidos por acidente vascular cerebral. *Rev Interd* 2016;9:107-7. https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/751/pdf_283
- 4.Lima SM, Maldonade I. Avaliação da linguagem de pacientes no leito hospitalar depois do acidente vascular cerebral. *Distúrb Comun* 2016;28:673-85. <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/27555/21991>
- 5.Prigatano GP. *The Study of Anosognosia*. New York: Oxford University Press, 2010. https://books.google.com.br/books?id=d4S-T0NboMQC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- 6.Vossel S, Weiss PH, Eschenbeck P, Fink GR. Anosognosia, neglect, extinction and lesion site predict impairment of daily living after right hemispheric stroke. *Cortex* 2013;49:1782-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cortex.2012.12.011>
- 7.Starkstein SE, Jorge RE, Robinson R. The Frequencies, Clinical Correlates, and Mechanism of Anosognosia After Stroke. *Can J Psychiatric* 2010;55:355-61. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cortex.2014.10.017>
- 8.Cocchini G, Beschin N, Cameron A, Fotopoulou A, Sala SD. Anosognosia for motor impairment following left brain damage. *Neuropsychology* 2009;23:223-30. <http://dx.doi.org/10.1037/a0014266>
- 9.Vieira AA, Pereira APA. Anosognosia e sintomas de ansiedade e depressão em pessoas após Acidente Vascular Cerebral. (Dissertação). Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2018. <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/58649/R%20-%20D%20-%20ANDRESSA%20ALINE%20VIEIRA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 10.Mellon L, Willians D, Brewer P, Hall P, Horgan F, Dolan E, *et al*. Psychological symptoms and quality of life post-stroke. A profile of Irish stroke survivors from the ASPIRE-S cohort. *J Psychosom Res* 2016;85:74-84. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.03.182>

11. DaSilveira A, DeSouza ML, Gomes WB. Self-consciousness concept and assessment in self-report measures. *Front Psychol* 2015;6:1-11. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00930>
12. McKay C, Rapport LJ, Bryer RC, Casey J. Self-evaluation of driving simulator performance after stroke. *Top Stroke Rehabil* 2011;18:549-61. <http://dx.doi.org/10.1310/tsr1805-549>
13. Vocat R, Staub F, Stroppini T, Vuilleumier P. Anosognosia for hemiplegia: a clinical-anatomical prospective study. *Brain* 2010;133:3578-97. <http://dx.doi.org/10.1093/brain/awq297>
14. Crum RM, Anthony JC, Bassett SS, Folstein MF. Population-Based Norms for the Mini-Mental State Examination by Age and Educational Level. *Jama* 1993;269:2386-91. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1993.03500180078038>
15. Zimmermann N, Pereira APA, Fonseca RP. Brazilian Portuguese version of the Patient Competency Rating Scale (PCRS-R-BR): semantic adaptation and validity. *Trends Psychiatr Psychother.* 2014;36:40-51. <http://dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2013-0021>
16. Bivona U, Ciurli P, Barba C, Onder G, Azicnuda E, Silvestro D, *et al.* Executive function and metacognitive self-awareness after severe traumatic brain injury. *J Int Neuropsychol Soc* 2008;14:862-8. <http://dx.doi.org/10.1017/S1355617708081125>
17. Silva IFG, Neves CFS, Vilela ACG, Bastos LMD, Henriques MILS. Viver cuidar após o acidente vascular cerebral. *Rev Enf Ref* 2016;4:103-11. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15047>
18. Keller GR, Dias GM, Prado ALC, Silva HT, Pacheco CB. Investigação da Anosognosia Pós Acidente Vascular Cerebral em Participantes de Um Grupo de Reabilitação. *Rev Saúde (Sta. Maria)* 2019;45:1-13. <http://dx.doi.org/10.5902/2236583438177>
19. Palmerini F, Bogousslavsky J. Right hemisphere syndromes. *In: Paciaroni M, Agnelli G, Caso V, Bogousslavsky J (eds). Manifestations of stroke. Front Neurol Neurosci* 2012;30:61-4. <http://dx.doi.org/10.1159/000333411>
20. Bevilacqua F, Bisello A, Chinellato A, Pulosio C, Meneghello F. Lack of awareness in brain injured patients: the importance of a multidisciplinary assessment in the functional autonomy recovery. *Brain Injury* 2008;44:1-3. https://www.researchgate.net/publication/237334723_Lack_of_awareness_in_brain_injured_patients_the_importance_of_a_multidisciplinary_assessment_in_the_functional_autonomy_recovery
21. Barrett AM, Galletta EE, Zhang J, Masmela JR, Adler US. Stroke Survivors Over-estimate Their Medication Self-Administration (MSA) Ability, Predicting Memory Loss. *Brain Injury* 2014;28:1328-33. <http://dx.doi.org/10.3109/02699052.2014.915984>