



Avaliação Cognitiva de Pacientes Idosos Pós Acidente Vascular Encefálico Isquêmico de um Hospital do Sul de Minas Gerais

Cognitive Assessment of Elderly Patients After Ischemic Cerebrovascular Accident in a Hospital in the South of Minas Gerais

Flaviane Evelin Dias Fernandes¹,
Otávia Regina Souza Costa²,
Reginaldo Cipullo³.

1 Psicóloga. Especialista em Neuropsicologia pelo Instituto Neurológico de São Paulo Prof. Dr. Raul Marino Jr. (INESP/SP). Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Escola de Itajubá (FMI/HE) – Itajubá/MG.

2 Psicóloga. Mestre em Psicologia pela Universidade São Francisco (USF) – Itatiba/SP. Professora Adjunta de Psicologia Médica na Faculdade de Medicina de Itajubá (FMI) e Tutora da Psicologia no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Escola de Itajubá (FMI/HE) – Itajubá/MG.

3 Médico. Doutor em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Professor Titular de Semiologia Médica na Faculdade de Medicina de Itajubá (FMI).

Instituição de realização do trabalho: Hospital Escola de Itajubá - Itajubá/MG.

Recebido em novembro de 2014

Aceito em dezembro de 2014

Correspondência:

Flaviane Evelin Dias Fernandes
Rua Miguel Viana, Nº 420, Bairro Morro Chic.
CEP 37500-080, Itajubá-MG,
Tel: (35) 3629-7600
Email: flaviane.evelin@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivos: Descrever as variáveis sociodemográficas e clínicas do Acidente Vascular Encefálico (AVCi), correlacionando com déficits cognitivos: orientação, memória, percepção e pensamento abstrato, diagnosticados pelo instrumento de avaliação neuropsicológico, CAMCOG-R. **Materiais e Métodos:** Para coleta de dados, foi utilizado um questionário de caracterização sociodemográfica e clínica e uma avaliação cognitiva de idosos acometidos por infarto cerebral, decorridos 05 dias, o CAMCOG-R. **Resultados:** Entre as variáveis estudadas, o fator preditor de seqüela no desempenho cognitivo foi à hipertensão, com $p=0,032$. Apesar do escore global não apresentar diferença estatisticamente significativa, em relação ao tempo de ocorrência do AVCi, verificou-se que na pontuação da subescala orientação espacial, houve uma melhora estatisticamente significativa, com $p<0,038$. **Conclusão:** Apenas, a subescala orientação espacial foi significativa na variação de pontuação, enquanto os escores globais se encontravam dentro da normalidade. Evidenciou-se também uma associação do declínio no desempenho cognitivo dos idosos hipertensos, embora sem caracterizar um estado de comprometimento cognitivo definido como demência. Consequentemente, a escala pode ser útil para triagem breve em leito hospitalar e um recurso na exploração do funcionamento cognitivo em pacientes com AVC recente.

Palavras-chave: Idoso, Acidente Vascular Encefálico Isquêmico, CAMCOG-R.

ABSTRACT

Objectives: To describe the sociodemographic and clinical variables of the ischemic stroke, correlated to cognitive deficits: orientation, memory, perception and abstract thinking, diagnosed by a neuropsychological assessment tool, the CAMCOG-R. **Materials and Methods:** To collect data, a questionnaire of clinical and sociodemographic characterization was used and for cognitive assessment of the elderly with brain stroke, within 05 days, the CAMCOG-R was used. **Results:** Among the variables studied, the sequel predictor of cognitive performance was hypertension, with $p = 0.032$. Although the overall score did not show a statistically significant difference in relation to the time of occurrence of the ischemic stroke, it was found out that the subscale scores of spatial orientation had a statistically significant improvement, $p < 0.038$. **Conclusion:** Only the spatial orientation subscale had a significant variation in scoring, while the overall scores were within normal limits. It also showed a decline in the cognitive performance among elderly hypertensive patients, although not characterizing a cognitive impairment status defined as dementia. Consequently, the scale can be useful for brief screening at a hospital and a resource in the exploration of cognitive functioning in patients with recent stroke.

Keywords: Elderly, Ischemic Stroke, CAMCOG-R.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial que tem consequências diretas nos sistemas de saúde pública, que acarreta elevado custo de assistência à saúde. Os idosos utilizam os serviços hospitalares de maneira mais intensiva que os demais grupos etários, implicando em tratamento de duração mais prolongada e de recuperação mais lenta e complicada.¹

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é considerada idosa, a pessoa com 60 anos ou mais que reside em países em desenvolvimento, e com 65 anos ou mais se reside em países desenvolvidos. Pessoas nesta fase, às vezes deixam de ser produtivas para a sociedade, com perda da autonomia, capacidade funcional, necessitando de ajuda para desempenhar suas atividades básicas de vida diária, em decorrência de perdas próprias desta fase evolutiva.²

Como a população idosa vem crescendo, o risco do aparecimento de déficits cognitivos e a ocorrência de Acidentes Vasculares Cerebrais (AVCs) também aumentam, podendo ser este considerado a principal causa de comprometimento cognitivo no idoso, afetando cerca de 50% dos pacientes, tanto na fase aguda, como na crônica. Os comprometimentos cognitivos são muito comuns após um trauma cerebral, podendo afetar a atenção, a memória e a associação dessas habilidades, em que muitos estudos vêm sugerindo que o estado cognitivo pode influenciar os resultados do tratamento de reabilitação.³

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) constitui-se numa enfermidade de elevada incidência e alta taxa de mortalidade no Brasil, sendo uma das doenças que mais ameaça a

qualidade de vida. No Brasil, foram registradas 166.203 internações por doenças cerebrovasculares no período de janeiro de 2012 a junho de 2013, segundo os dados de domínio público do Sistema Único de Saúde (DATASUS). A taxa de mortalidade relacionada aos anos de 2011 a julho de 2013 mostram que o Acidente Vascular Encefálico Isquêmico (AVEi) corresponde a 13,67% no grupo de idosos entre 60 e 80 anos.⁴

O AVE, também denominado infarto cerebral, é um evento patológico agudo, desencadeado pela obstrução ou hemorragia de vasos no encéfalo.⁵ Foi definido pela *World Health Organization* (WHO) como sendo uma disfunção neurológica aguda, de origem vascular, seguida da ocorrência súbita ou rápida de sinais e sintomas relacionados ao comprometimento de áreas focais no cérebro, facilitando o aparecimento de déficits neurológicos, como alterações do campo espacial e visual, fala, sensibilidade, marcha, dificuldades de execução das atividades de vida diária (AVD), alterações do humor entre outras, cuja identidade e intensidade refletem a localização e o tamanho da área acometida.^{4,5}

A complexa interação entre fatores genéticos e ambientais, como cigarro, sedentarismo, obesidade, hábitos alimentares, hipertensão e diabetes, entre outros, pode resultar em risco de AVE.⁶ Há dois tipos de AVE: isquêmico e hemorrágico, sendo a isquemia decorrente da obstrução de vasos cerebrais, responsável por cerca de 80% dos AVEs, enquanto que a hemorragia intracerebral responde pelos outros 20%.^{7,8}

Frente à investigação do Sistema Nervoso Central (SNC), estudos científicos vêm considerando, além de seus substratos neuroanatômicos, os aspectos cognitivos e

comportamentais, cujas sequelas cognitivas e afetivas frequentes em pacientes com AVE tem possibilitado o estudo da aplicação das técnicas neuropsicológicas, como mais um elemento relevante para a avaliação e posterior auxílio no tratamento da doença.⁶ No exame neuropsicológico, por serem avaliadas de forma minuciosa as funções nervosas ditas *superiores*, é possível obter um "perfil" cognitivo do paciente, que poderá auxiliar no diagnóstico e acompanhamento de diferentes afecções do Sistema Nervoso Central.⁹

A escala cognitiva CAMCOG-R¹⁰ apresenta-se como uma ferramenta importante à investigação do funcionamento cognitivo de idosos, por se tratar de uma entrevista estruturada baseada na seção cognitiva do *Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly*, adaptada à população brasileira por Bottino em 2001, que permite a verificação de déficits cognitivos em diferentes domínios (orientação, linguagem, memória, atenção, concentração, praxia, percepção e pensamento abstrato).¹¹

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo descrever as variáveis sociodemográficas e clínicas de pacientes idosos acometidos por AVEi de um hospital do Sul de Minas Gerais e correlacionar com déficits cognitivos, tais como, orientação, memória (recente, remota e aprendizagem), percepção e pensamento abstrato, diagnosticados pelo instrumento de avaliação neuropsicológico, o CAMCOG-R.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Itajubá/ FMIIt, sob nº 523.936.

Foi realizado um estudo observacional, quantitativo, descritivo e transversal, no Hospital Escola de Itajubá, Sul de Minas Gerais. A população investigada foi constituída de pacientes idosos, a partir de 60 anos, acometidos pelo infarto cerebral isquêmico (AVEi), definido com déficit neurológico focal de instalação súbita, num intervalo decorrido de pelo menos 05 dias, internados nas Clínicas Cirúrgica e Médica e/ou acompanhados no ambulatório de Fisioterapia. A coleta de dados foi realizada com cada participante de forma individual, em conformidade com a disponibilidade dos sujeitos participantes desta pesquisa.

Foram excluídos deste estudo os pacientes comatosos, diagnosticados com uma hemorragia intracerebral, com afasia e deficiências sensoriais graves (deficiência auditiva ou visual), rebaixamento do nível de consciência, presença de sintomas psiquiátricos graves, desordem cerebral primária concomitante (parkinsonismo) ou comorbidade grave, com expectativa de vida curta.

A amostra foi calculada baseada no fato de, aproximadamente 88% de pacientes com Acidente Vascular Encefálico Isquêmico serem capazes de completar o CAMCOG-R, com erro amostral de 10% e nível de significância de 95%.¹² Desta forma, a amostra mínima significativa encontrada foi de 41 sujeitos.

Instrumentos de Pesquisa

A coleta de dados foi realizada por meio de dois instrumentos, sendo ambos aplicados uma única vez em cada participante, o Questionário Sociodemográfico e Clínico do AVEi, com base no *Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly* (CAMDEX),

sendo adaptado para esta pesquisa, e a Escala de Funções Cognitivas, o CAMCOG-R.

O Questionário Sócio Demográfico e Clínico do AVEi (Anexo 1) é um questionário que permite recolher dados relativos sobre a vida pessoal e dados clínicos dos idosos, englobando as seguintes variáveis deste estudo: sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, procedência, ocupação profissional, tempo do AVEi e localização anatômica.

O CAMCOG-R, é uma escala de avaliação cognitiva que contém 25 itens, divididos em 06 sub-escalas: orientação, memória (recente, remota e aprendizagem), percepção e pensamento abstrato. O primeiro subteste é composto de 06 itens relacionados à orientação temporal e espacial. O segundo, composto de 13 perguntas relacionadas à memória: recuperação de informação sobre o passado (08 itens), recuperação de informação recente (04 itens) e fixação (01 item). O quadro Percepção, composto de 02 itens, refere-se a reconhecimento tátil e visual dos objetos. O quadro Abstração é composto de 04 perguntas sobre a semelhança entre dois objetos e animais. O tempo de aplicação é de aproximadamente 10 minutos, podendo ser realizado na avaliação de pacientes hospitalizados de forma individual, e por pessoas que sejam treinadas e supervisionadas por um neuropsicólogo. No presente trabalho, a aplicação e a análise foram realizadas pela própria pesquisadora que possui técnica nestes instrumentos. Conforme validação encontrada na literatura, foi considerado o ponto de corte 33 para déficit cognitivo na análise do CAMCOG-R.¹⁰

Os dados obtidos foram tabulados e submetidos à análise estatística, utilizando-se os softwares Minitab 16 e Bioestat versão 5.0. Os resultados foram apresentados na forma de mediana e respectivos valores mínimo, máximo e intervalo interquartil. Foi utilizado o Teste *U de Mann-Whitney* para variáveis discretas, com distribuição presumivelmente não normal para os domínios cognitivos e verificada a normalidade no escore global para $p < 0,05$ pelo Teste *t Student*. Inicialmente, foi aplicado o teste *t de Student* para comparar as médias do escore global, de forma independente, por se tratar de grupos não relacionados, e de forma unilateral, com a justificativa de que acima de 03 meses espera-se uma melhora nos domínios cognitivos devido ao tempo transcorrido do episódio de AVCi. A regressão linear multivariada foi utilizada para verificar se os fatores idade, sexo, escolaridade, hipertensão, problemas cardíacos, cefaleia e tonturas apresentam influência na presença de perdas cognitivas pós AVCi.

RESULTADOS

A amostra investigada foi caracterizada quanto aos aspectos pessoais (sexo, idade e escolaridade) e aspectos clínicos (tempo de ocorrência do AVCi, doenças de base, sinais e sintomas e atividades diárias). Em uma amostra total de 41 pacientes, 22 participantes (53,7%) eram do sexo masculino, com idade entre 60 a 69 anos (53,7%). Na tabela 1, estão demonstradas as principais características sociodemográficas.

Análise dos Dados

Tabela 1 – Dados sociodemográficos dos pacientes idosos acometidos pelo AVCi, no Hospital Escola de Itajubá, 2014.

Variáveis	N=41	%
<i>Sexo</i>		
Feminino	19	46,3
Masculino	22	53,7
<i>Idade</i>		
60 a 69	22	53,7
70 a 79	11	26,8
Acima de 80 anos	08	19,5
<i>Escolaridade</i>		
Sem estudo	04	9,8
Ensino Fundamental até 5º ano	22	53,7
Ensino Fundamental até 9º ano	09	22,0
Ensino Médio	04	9,8
Ensino Superior	02	4,9

Quanto às características clínicas, não houve prevalência em relação ao tempo de ocorrência do AVCi, pois 22 idosos (53,7%) foram avaliados após 05 dias, e 19 (46,3%), decorridos 03 meses do AVCi.

Como doença de base, a Hipertensão Arterial Sistêmica foi observada em 40 (97,6%) pacientes idosos investigados, dificuldades de memória e problemas cardíacos 21(51,2%) idosos. Sinais, como cefaleia e tonturas não foram observados. (Tabela 2)

Tabela 2 – Características Clínicas dos pacientes idosos acometidos pelo AVCi.

Variáveis	N=41	%
<i>Tempo de ocorrência de AVCi</i>		
Após 05 dias	22	53,7
03 meses	0	0,0
Acima de 03 meses	19	46,3
<i>Dificuldade de Memória</i>		
Sim	21	51,2
Não	19	46,3
Raramente	01	2,4
<i>Problemas Cardíacos</i>		
Sim	21	51,2
Não	20	48,8
<i>Hipertensão Arterial</i>		
Sim	40	97,6
Não	01	2,4
<i>Cefaléia</i>		
Sim (Mais de 01 vez na semana)	14	34,1
Não	27	65,9
<i>Tonturas</i>		
Sim (Mais de 01 vez na semana)	17	41,5
Não	24	58,5

Em relação às atividades diárias, verificou-se que a maioria não possui qualquer tipo de lazer (75,6%) e não realiza atividades físicas (70,7%). Em entrevista junto aos familiares, foram evidenciadas mudanças de comportamento em 29 (70,7%), dos 41 participantes idosos, sendo as seguintes alterações: memória (22%); na linguagem/fala e no reconhecimento de rostos familiares (19,5%); labilidade afetiva (17%); desorientação têmporo-espaical (7,31%) e déficits atencionais (4,87%). Entre os pacientes investigados, segundo relato dos familiares, 58,5% negaram

ter dificuldades nas tarefas domésticas, ou apresentarem maior dificuldade com pequena quantia de dinheiro e 48,8% não apresentaram dificuldades para alimentar-se ou vestir-se. Aproximadamente 29% dos idosos afirmaram possuir uma leve dificuldade e 22% se sentem totalmente incapaz de se alimentar ou vestir. Outro fato observado e relatado pelas famílias, foi relacionado às mudanças de comportamento, onde 70,7% afirmaram apresentar, porém nas atividades de vida diária tal mudança não foi evidenciada. (Tabela 3)

Tabela 3 – Levantamento de dados quanto ao desempenho nas atividades diárias, segundo o relato dos familiares, antes do AVCi

Variáveis	N=41	%
<i>Atividades Diárias</i>		
<i>Lazer</i>		
Sim	10	24,4
Não	31	75,6
<i>Físicas</i>		
Sim	12	29,3
Não	29	70,7
<i>Mudança de Comportamento</i>		
Sim	29	70,7
Não	12	29,3
<i>Dificuldade nas Tarefas Domésticas</i>		
Nenhuma	24	58,5
Leve	10	24,4
Intensa	07	17,1
<i>Dificuldade com pequena quantia de dinheiro</i>		
Nenhuma	24	58,5
Leve	11	26,8
Intensa	06	14,6
<i>Dificuldade para Alimentar ou Vestir-se</i>		
Nenhuma	20	48,8
Ocasionalmente	12	29,3
Incapaz de realizar sozinho	09	22,0

Ao correlacionar as médias do escore global pelo teste *t de Student* de forma independente por se tratar de grupos não relacionados, e unilateralmente foi evidenciado

que o desempenho cognitivo global dos sujeitos na escala CAMCOG-R não se diferenciou de modo significativo (p-valor=0,209) em relação ao tempo de acometimento do AVCi. (Tabela 4)

Quanto ao desempenho nos demais domínios cognitivos pelo teste *U de Mann-Whitney*, somente a orientação espacial obteve melhora na pontuação, apresentando uma correlação significativa ($p=0,038$) para o tempo

de ocorrência do AVCi. Os comparativos “memória”, “pensamento abstrato” e “percepção” não apresentaram diferença significativa na melhoria da pontuação, conforme o tempo decorrido deste episódio.

Tabela 4 – Escore global e escores por domínio cognitivo avaliados pelo CAMCOG-R pós tempo de ocorrência do Acidente Vascular Encefálico Isquêmico.

Escores	Após 05 dias (N=22)	Acima de 03 meses (N=19)	p-valor
Escore Global	24,3	26,5	0,209*
Orientação Temporal	2 (1-4/2,25)	4 (0-4/3)	0,0955
Orientação Espacial	2 (1-4/1)	3 (1-4/2)	0,0388
Memória Recente	2,5 (0-4/2,25)	3 (0-4/1)	0,4948
Memória Remota	2 (0-6/3,25)	2 (0-6/2)	0,3051
Memória de Evocação	3 (0-5/1,25)	4 (0-5/2)	0,2695
Memória de Reconhecimento	5 (2-6/2)	5 (1-6/2)	0,1224
Memória de Fixação	1 (0-5/3)	1 (0-5/2)	0,3769
Pensamento Abstrato	3 (0-8/2)	3 (0-7/2)	0,4948
Percepção Tato	1 (0-2/2)	2 (0-2/2)	0,1121
Percepção Visual/Constância do Objeto	2 (0-4/2)	2 (1-5/2)	0,4740

*Resultados do escore global do CAMCOG-R expressões em média; demais escores expressos em mediana (valor mínimo – valor máximo/ intervalo interquartil); * P-valor associado ao teste t de Student; demais P-valores associados ao teste U de Mann-Whitney.*

DISCUSSÃO

Estudos realizados com o instrumento CAMCOG-R mostram os resultados em grupos de idosos portadores de hipertensão arterial sistêmica com desempenho cognitivo menor, quando comparados aos idosos normotensos (Pressão sistólica <140mmHg e/ou pressão diastólica <90mmHg) pelo escore global do CAMCOG-R.¹³ Em concordância com os resultados encontrados ao correlacionar a idade, sexo, escolaridade, hipertensão, problemas cardíacos, cefaleia e tonturas, foi possível verificar que entre as variáveis estudadas, a hipertensão arterial ($p = 0,032$) pode influenciar no baixo desempenho cognitivo observado pela

avaliação das subescalas do CAMCOG-R (Tabela 4). Em outros achados da literatura foi observado que o CAMCOG-R sofre influência dos níveis de escolaridade, no entanto, na amostra investigada não houve a comprovação dessa interferência.¹⁴

Em pesquisa realizada por Ribeiro, através do instrumento de rastreio cognitivo o *Mini Mental State Examination (MEEM)* para avaliar a orientação espacial e temporal de idosos institucionalizados, foi verificado nível de significância de 0,035 entre aqueles que praticavam atividade física, apresentando melhor desempenho nos resultados de orientação espacial.¹⁵ Em comparação com o estudo descrito anteriormente, evidenciou-se

que na amostra investigada, segundo o relato dos familiares, não foi comprovada a influência das atividades físicas ao melhor desempenho na resposta da subescala orientação espacial ($p=0,038$), avaliados pelo CAMCOG-R. Entretanto, é necessário ressaltar que os responsáveis, ou familiares negaram a prática de atividades físicas (70,7%) nestes indivíduos.

Em estudo semelhante com o MEEM, houve uma melhora cognitiva mais marcante a partir do 3º mês pós AVC, sendo observado que, de acordo com a progressão dos estágios do AVC, a orientação temporal e a linguagem foram os marcadores da evolução dos pacientes avaliados.¹⁷ Apesar de uma possível melhora de pontuação no domínio orientação temporal, não foi observada diferença significativa (p -valor=0,095), provavelmente devido ao tamanho da amostra e a alta variação da mesma.

Finalmente, para Silva Júnior, uma avaliação adequada é fundamental para prever sequelas funcionais, planejar os recursos a serem utilizados, calcular as exigências de cuidados (dependência) e identificar as mudanças no estado funcional ao longo do tempo. Atualmente, os testes neuropsicológicos estão sendo utilizados na pesquisa experimental e na prática clínica ambulatorial, com estudos mais direcionados para identificação precoce dos sinais e sintomas das alterações cognitivas.¹⁷ Por meio do instrumento usado nesta pesquisa foi possível identificar indícios de falhas cognitivas nas subescalas avaliadas, o que não seria possível somente com o relato dos familiares, que apesar de observarem mudanças

significativas no comportamento (70,7%), não observaram dificuldades na execução das outras atividades diárias destes idosos.

CONCLUSÕES

Problemas cognitivos são muito comuns em pacientes acometidos por AVC, sendo a escala CAMCOG-R útil para triagem breve em leito hospitalar, como mais um recurso validado na exploração do funcionamento cognitivo em pacientes com AVC recente. Foi evidenciado neste estudo que o Escore global é importante, mas é necessário considerar os escores das subescalas para uma avaliação fidedigna. Neste estudo, apenas a subescala orientação espacial foi significativa na variação de pontuação, enquanto os escores globais se encontravam dentro da normalidade. Evidenciou-se também uma associação do declínio no desempenho cognitivo aos idosos hipertensos, embora sem caracterizar um estado de comprometimento cognitivo definido como demência.

Algumas limitações importantes do estudo devem ser discutidas no que dizem respeito ao reduzido tamanho da amostra e a impossibilidade quanto ao acesso dos exames neurológicos para determinar a extensão e a topografia da lesão, principalmente nos pacientes em que os episódios de AVCs tiveram ocorrência superior a 03 meses. Foi observado que a ênfase na dimensão cognitiva coexiste, com a necessidade de comprovação de outros domínios de avaliação essenciais: a atenção e o estado de humor.

REFERÊNCIAS

1. Siqueira AB, Cordeiro RC, Perracini MR, Ramos LR. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(5):687-94.

2. Cramês MLR. Envelhecimento activo no idoso institucionalizado [Tese]. Bragança (SP): Programa de Pós-Graduação em Educação Social, Instituto Politécnico de Bragança - IPB; 2012.

3. Costa FA, Silva DLA, Rocha VM. Estado neurológico e cognição de pacientes pós-acidente vascular cerebral. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(5):1083-8.
4. Ministério da Saúde. Datasus Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. Sistema de Informações Hospitalares do SUS [Internet]. [Acesso em: 2013 set 14]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?s ih/cnv/niuf.def>
5. Lo EH, Dalkara T, Moskowitz MA. Mechanisms, challenges and opportunities in stroke. *Nature Rev Neurosci*. 2003;4(5):399-414.
6. Paula MP, Pinto KO, Lúcia MCS. Relação entre depressão e disfunção cognitiva em Pacientes após acidente vascular cerebral: um estudo teórico. *Psicol Hosp*. 2008;6(1):21-38.
7. Dirnagl U, Iadecola C, Moskowitz MA. Pathobiology of ischemic stroke: an integrated view. *Trends Neurosci*. 1999;22(9):391-7.
8. Mergenthaler P, Dirnagl U, Meisel A. Pathophysiology of stroke. *Metab Brain Dis*. 2004; 19(3/4):151-67.
9. Mattos P, Araújo APQC. Procedimentos neurocirúrgicos e avaliação neuropsicológica: relato de caso. *Arq Neuropsiquiatria*. 1997;55(3-A):499-504.
10. Koning I, Dippel DWJ, Kooten FV, Koudstaal PJ. A short screening instrument for poststroke dementia: the R-CAMCOG. *Stroke*. 2000; 31(7):1502-8.
11. Bottino CMC, Almeida OP, Tamai S, Forlenza OV, Scalco MZ, Carvalho IAM. CAMDEX: entrevista estruturada para diagnóstico de transtornos mentais em idosos. Edição brasileira. Programa Terceira Idade (PROTER). São Paulo: Instituto e Departamento de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP; 2013. p.17-29.
12. Kwa Vicent IH. Feasibility of cognitive screening of patients with ischemic stroke using the CAMCOG. A hospital-based study. *J Neurol*. 1996;243:405-9.
13. Matoso JMD, Santos WB, Moreira IFH, Lourenço RA, Correia MLG. Idosos hipertensos apresentam menor desempenho cognitivo do que idosos normotensos. *Arq Bras Cardiol*. 2013;100(5):444-51.
14. Moreira IFH, Bezerra AB, Sudo FK, Alve GS, Ericeira-Valente L, Tiel C. CAMCOG - Valores das subescalas em idosos normais com níveis diferentes de escolaridade: aspectos preliminares. *Rev Bras Neurol*. 2013;49(1):32-6.
15. Ribeiro S. Diferenças do tipo de institucionalização na orientação espacial e temporal e nas atividades básicas da vida diária dos idosos [Dissertação]. Porto: Faculdade de Desporto da Universidade do Porto; 2013.
16. Begalli AP. Tratamento do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Campinas: Sociedade Universitária Redentor; 2012.
17. Silva Júnior RA. Avaliação das alterações de sono, cognitivas e funcionais nos estágios agudo, subagudo e crônico do acidente vascular cerebral [Dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2009.

Correspondência: Flaviane Evelin Dias Fernandes Rua Miguel Viana, 420, Bairro Morro Chic. CEP 37500-080, Itajubá-MG, Tel: (35) 3629-7600/Fax: (35) 3623-5020 Email: flaviane.evelin@yahoo.com.br

Anexo 1- Questionário Sócio demográfico e Clínico do AVEi

(Baseado no CAMDEX e adaptado pelo autor).

QUESTIONÁRIO SOCIO DEMOGRÁFICO E CLÍNICO

Nº: _____

Entrevista com o familiar, amigo ou cuidador.

“Eu vou lhe fazer algumas perguntas a respeito de mudanças no comportamento de seu familiar e que podem ser úteis para entender dificuldades com atividades do dia a dia.”

A) Identificação do Paciente

Idade: () 60 a 69 anos () 70 a 79 anos () acima de 80 anos.

Gênero: () Fem. () Masc.

Origem do paciente: () C. Médica () C. Cirúrgica () Ambulatório

Estado Civil: () Solteiro () Casado () Viúvo () Divorciado () outros _____

Procedência: _____ Ocupação profissional: _____

Escolaridade: () Sem Estudo () Ensino Fundamental 1 - até 5º ano () Fundamental 2 - Até 9º ano () Ensino Médio () Ensino Superior Repetência Escolar: _____

B) Caracterização da Doença

1. Alguma vez teve uma breve fraqueza, ou dificuldade com a fala, memória ou visão?

() SIM () NÃO Há quanto tempo ocorreu (meses)? _____

2. Surdez: () Sem dificuldades () Ouve com dificuldades () Incapaz de Ouvir

3. Problemas com Visão: () Sem dificuldades () Vê com dificuldade () Não enxerga

4. Apresenta qualquer dificuldade com a memória, esquece o nome de amigos próximos ou parentes, ou esquece frequentemente onde deixa os objetos? () SIM () NÃO

5. Relata ter dor de cabeça constantemente? () Não ou raramente () Mais de uma vez por semana.

6. Sente tonturas com frequência () Não ou raramente () Mais de uma vez por semana.

7. Algum médico diagnosticou problemas de coração? () SIM () NÃO

8. Algum médico diagnosticou pressão alta (hipertensão)? () SIM () NÃO

9. Algum médico diagnosticou AVE (derrame)? () SIM () NÃO Dias e/ou meses decorrido do 1º episódio _____

10. Tem conhecimento da região que foi o AVE (derrame)? () SIM () NÃO

() Lado Direito () Lado Esquerdo () Ambos

Possui algum exame? () Radiografia de crânio () Tomografia Cerebral () Ressonância Magnética. Caso tenha especificar exame e anotar região afetada: _____

11. Início do AVCi: () após 05 dias () 03 meses () acima de 3 meses.

Atividades Diárias:

12. Realiza atividades de lazer com frequência: () SIM () NÃO

13. Realiza atividades físicas com frequência: () SIM () NÃO

14. Tem notado alguma mudança no comportamento do paciente? () SIM () NÃO

Qual? _____

15. Apresenta alguma dificuldade para realizar tarefas domésticas usuais, por ex., preparar uma xícara de chá ou um cafezinho? () Nenhuma () Leve () Intensa

16. Apresenta maior dificuldade para lidar com uma quantidade pequena de dinheiro?

() Nenhuma () Leve () Intensa

17. Observa dificuldade para alimentar-se ou vestir-se por conta própria?

() Nenhuma () Ocasionalmente () Incapaz de realizar sozinho.