

Comprometimento cognitivo e presença de dor em idosos acometidos por acidente vascular encefálico

RESUMO | Objetivo: Avaliar a cognição e presença de dor em idosos após AVE que residem no interior de Coari, Amazonas. Método: Trata-se de um estudo transversal e observacional realizado com 50 idosos pós-AVE no município de Coari, Amazonas. A coleta de dados foi realizada no período de outubro e dezembro de 2019 até janeiro de 2020. Resultados: No MEEM, 78,0% (39) apresentam grave déficit cognitivo demonstrando estarem abaixo da nota de corte para analfabetos (≥ 20). Sobre o teste de fluência verbal, a maioria dos idosos apresentaram dificuldades de linguagem e memória e não conseguiram no tempo estipulado falar e/ou lembrar de nomes de frutas e animais. 72% (36) dos idosos relataram sentir dor, maioria apresentou dor de intensidade moderada a forte 68,0% (34). Os locais mais referidos de dor foram os membros inferiores 26,0% (13). Conclusão: Após o AVE os idosos deste estudo apresentaram consideráveis alterações cognitivas e piora da dor.

Descritores: Idoso; Acidente Vascular Encefálico; Cognição; Dor

ABSTRACT | Objective: To evaluate cognition and presence of pain in elderly people after CVA living in the countryside of Coari, Amazonas. Method: This is a cross-sectional and observational study conducted with 50 post-CVA elderly in the municipality of Coari, Amazonas. Data collection was performed in the period from October and December 2019 to January 2020. Results: In the MMSE, 78.0% (39) present severe cognitive deficit demonstrating to be below the cutoff score for illiterate (≥ 20). On the verbal fluency test, most of the elderly presented language and memory difficulties and were unable in the stipulated time to speak and/or remember names of fruits and animals. 72% (36) of the elderly reported feeling pain, majority presented pain of moderate to strong intensity 68.0% (34). The most referred sites of pain were the lower limbs 26.0% (13). Conclusion: After the CVA, the elderly in this study presented considerable cognitive changes and worsening of pain.

Keywords: Aged; Stroke; Cognition; Pain.

RESUMEN | Objetivo: Evaluar la cognición y la presencia de dolor en ancianos después del ACV que viven en el campo de Coari, Amazonas. Método: Se trata de un estudio transversal y observacional realizado con 50 ancianos post-CVA en el municipio de Coari, Amazonas. La recogida de datos se realizó en el periodo comprendido entre octubre y diciembre de 2019 y enero de 2020. Resultados: En el MMSE, el 78,0% (39) presentan un déficit cognitivo severo demostrando estar por debajo de la puntuación de corte para analfabetos (≥ 20). En la prueba de fluidez verbal, la mayoría de los niños presentaban dificultades de lenguaje y memoria y no conseguían, en el tiempo estipulado, decir y/o memorizar nombres de frutas y animales. El 72% (36) de los ancianos dijeron sentir dolor, la mayoría presentó dolor de intensidad moderada a fuerte 68,0% (34). Los lugares de dolor más referidos fueron las extremidades inferiores 26,0% (13). Conclusión: Tras el ACV, los ancianos de este estudio presentaron considerables cambios cognitivos y empeoramiento del dolor.

Palabras claves: Envejecimiento; Accidente cerebrovascular; Cognición; Dolor

Rebeca Evangelista Folhadela

Estudante. Graduada em Enfermagem, Discente da Universidade Federal do Amazonas. Coari, Amazonas, Brasil.
ORCID: 0000-0002-6039-9047

Ana Maria Souza da Costa

Estudante. Graduada em Enfermagem, Discente da Universidade Federal do Amazonas. Coari, Amazonas, Brasil.
ORCID: 0000-0002-1878-4814

Camila Antunes Savi

Enfermeira. Professora do curso de Enfermagem do Instituto de Saúde e Biotecnologia (ISB) da Universidade Federal do Amazonas. Especialização em Saúde Coletiva. Especiali-

zação em Auditoria em Saúde.
ORCID: 0000-0001-6650-3290

Alessandra Araújo da Silva

Fisioterapeuta. Professora do curso de Fisioterapia do Instituto de Saúde e Biotecnologia (ISB) da Universidade Federal do Amazonas. Mestranda em saúde coletiva/FIOCRUZ Amazônia. Coari, Amazonas, Brasil.
ORCID: 0000-0003-3729-341X

Hércules Lázaro Morais Campos

Fisioterapeuta. Professor do curso de Fisioterapia do Instituto de Saúde e Biotecnologia (ISB) da Universidade Federal do Amazonas. Aperfeiçoamento em Saúde e Educação pela Universidade Federal de Minas Gerais. Especialização em Fisioterapia Geriátrica

pela Universidade Federal de São Carlos. Mestre em Fisioterapia. Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo. Coari, Amazonas, Brasil.
ORCID: 0000-0002-6919-8161

Recebido em: 21/12/2021

Aprovado em: 21/02/2022

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é uma realidade de da população brasileira e até o ano de 2025 ocupará o sexto lugar composto por uma população na faixa etária de idade dos 60 anos ou mais.¹ O envelhecimento é caracterizado

como um acontecimento natural e irreversível capaz de modificar os aspectos físicos, fisiológicos e psicossociais do indivíduo. Concomitante ao processo de senescência surgem as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) que são responsáveis pelo aparecimento de incapacidades no idoso, em virtude de sua característica progressiva, de comprometido funcional e cognitivo.²

Dentre as DCNTs que mais ocasionam condições limitantes a saúde do idoso destaca-se o Acidente Vascular Encefálico (AVE). O AVE é definido como uma doença altamente incapacitante, devido seu processo fisiopatológico que englobam danos permanentes ou transitórios em determinada região cerebral, caracterizado pela interrupção da irrigação sanguínea.³ O AVE causa alterações neurológicas com destaque para os distúrbios motores, a exemplo da perda de movimentos e complicações neurocognitivas dependendo da região do cérebro atingida.⁴

Além das disfunções da capacidade funcional o AVE provoca prejuízos cognitivos no idoso, tais como, perda de memória, alteração da linguagem e dificuldade de comunicação.⁵ O comprometimento cognitivo influencia intrinsecamente na qualidade de vida do idoso, ao surgimento de perda da autonomia e conseqüente dependência, uma vez que o idoso pode ser incapaz de realizar seu autocuidado e tomar decisões por si só.⁶⁻⁷

O AVE é responsável por causar múltiplas mudanças na saúde do idoso além de déficits da funcionalidade e da cognição, a dor encontra-se associada entre as principais conseqüências do AVE e pode estar relacionada a processos de ordem central e/ou periférica.⁸

Os fatores neuropáticos e nociceptivos são mecanismos atrelados ao surgimento dos tipos de dores pós-AVE com destaque para a dor no ombro, cefaleia, e dores causadas pela espasticidade e contraturas musculares.⁹ Os sintomas dolorosos podem variar de in-

tensidade leve, moderada e intensa dependendo da sua localização e de fatores secundários.¹⁰ Cabe mencionar que a dor pós-AVE contribui para limitações de movimento corporal, diminuição da qualidade de vida do idoso e o aparecimento de sintomas depressivos.⁹

Diante do exposto, o profissional enfermeiro possui um papel imprescindível perante a prestação de cuidados aos idosos com declínio cognitivo e dor, assim estes profissionais são habilitados para promover ações que vislumbrem atender as necessidades dos idosos sequelados de AVE.¹¹

Com base nisto, o estudo possui a seguinte questão norteadora: Quais os níveis de comprometimento cognitivo e presença de dor em idosos acometidos por acidente vascular encefálico no interior do Amazonas?

Avaliou-se a cognição e a presença de dor em um grupo de idosos após AVE residentes no interior do Amazonas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal e observacional realizado no município de Coari no interior do Amazonas. A população do estudo foi composta por idosos de ambos os sexos acometidos por acidente vascular encefálico (AVE) e cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde do município de Coari, Amazonas.

A amostra do estudo foi composta por 50 idosos pós-AVE. Os critérios de inclusão definidos foram: idosos com idade igual ou superior a 60 anos de ambos os sexos que foram acometidos por AVE; último episódio de AVE superior a 60 dias; capacidade de manter comunicação ou que tivesse um cuidador para auxiliar nas respostas. Foram excluídos do estudo, idosos que tenham dificuldade de comunicação, idosos que tenham outra patologia de característica neurológica e idosos que tenham se recusado a participar da pes-

quisa.

A coleta de dados foi realizada no período de outubro e dezembro de 2019 até janeiro de 2020. Para coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado para dados sociodemográficos e clínicos. A avaliação cognitiva se deu através do Mini exame de Estado Mental¹² do Teste de Fluência Verbal¹³ e o Teste de Trilhas (TT) (Trail Making Test)¹⁴.

Para a avaliação da presença de dor nos participantes foram utilizadas a Escala Numérica de Dor¹⁵ e a Escala de Face.¹⁶

Os idosos foram identificados por meio do apoio dos Enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde que forneceram o endereço dos participantes. A coleta ocorreu no domicílio do próprio idoso e durante a entrevista foi esclarecido o motivo da pesquisa e a obtenção da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido dos idosos que aceitaram participar.

Os dados obtidos foram tabulados em planilha do Microsoft Excel (versão 2016) e submetidos à análise estatística pelo programa SPSS versão 20.0.

Este estudo faz parte de um projeto maior intitulado "Efeitos cognitivos e funcionais de um programa de dupla tarefa com idosos atendidos em domicílio na cidade de Coari-AM. Em relação aos aspectos éticos, o estudo foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amazonas CAAE: 08021219.1.0000.5020.

RESULTADOS

Fazem parte do estudo 50 idosos com diagnóstico de AVE avaliados em seus domicílios, a maioria dos idosos eram do sexo masculino 72,0%⁽³⁶⁾, com faixa etária de idade entre 70-79 anos 36,0%⁽¹⁸⁾. Quanto a escolaridade a maioria eram analfabetos 50,0%⁽²⁵⁾. A grande maioria dos idosos moravam com seu conjugue (46,0%⁽²³⁾). Quanto a ocupação 82,0%⁽⁴¹⁾ eram aposentados.

Quando questionados sobre a recorrência do AVE 66,0%⁽³³⁾ dos idosos tiveram um episódio de AVE e 34,0%⁽¹⁷⁾, tiveram ≥ 2 episódios de AVE, Tabela 1.

O fator de risco mais apontado para recorrência do AVE nos idosos foi a hipertensão arterial sistêmica (HAS) presente em 80,0%⁽⁴⁰⁾ dos idosos, seguida da obesidade 52,0%⁽²⁶⁾ e do diabetes 32,0%⁽¹⁶⁾.

Com relação à bateria de avaliação cognitiva realizada os principais achados foram:

No MEEM 78,0%⁽³⁹⁾ apresentam grave déficit cognitivo demonstrando estarem abaixo da nota de corte para analfabetos (≥20). A estratificação por escolaridade mostrou que apenas 22,0%⁽¹¹⁾ dos idosos tem escolaridade acima de 1 ano. A nota de corte que melhor discriminou os distúrbios cognitivos entre os analfabetos foi 18/19 e os idosos com um histórico escolar prévio a melhor nota de corte foi 25/26.

No teste de fluência verbal, 46,0%⁽²³⁾ dos idosos tiveram pontuação abaixo de 9 que é a nota esperada para analfabetos. Apenas 26,0%⁽¹³⁾ dos idosos tinham escolaridade maior que 8 anos. A maioria dos idosos apresentaram dificuldades de linguagem e memória e não conseguiram no tempo estipulado falar e/ou lembrar de nomes de frutas e animais.

Nenhum dos idosos conseguiram realizar o Teste de Trilha 100%⁽⁵⁰⁾. As principais dificuldades observadas durante a tentativa da realização do teste de trilhas foram: a falta de coordenação motora, paresia de membros superiores, acuidade visual diminuída, além de idosos analfabetos e com poucos anos de escolaridades que apresentaram dificuldades nas interligações do teste.

Sobre a variável dor, 72%⁽³⁶⁾ dos idosos relataram sentir dor, a maioria apresentou dor de intensidade moderada a forte 68,0%⁽³⁴⁾. Os locais mais referidos de dor foram os membros inferiores 26,0%⁽¹³⁾, seguido de dor na

coluna (lombar, cervical e dorsal) com 22,0%⁽¹¹⁾ Tabela 2.

O fator de risco mais apontado para recorrência do AVE nos idosos foi a hipertensão arterial sistêmica (HAS) presente em 80,0%⁽⁴⁰⁾ dos idosos, seguida da obesidade 52,0%⁽²⁶⁾ e do diabetes 32,0%⁽¹⁶⁾.

Com relação à bateria de avaliação cognitiva realizada os principais achados foram:

No MEEM 78,0%⁽³⁹⁾ apresentam grave déficit cognitivo demonstrando estarem abaixo da nota de corte para analfabetos (≥20). A estratificação por escolaridade mostrou que apenas 22,0%⁽¹¹⁾ dos idosos tem escolaridade acima de 1 ano. A nota de corte que melhor discriminou os distúrbios cognitivos entre os analfabetos foi 18/19 e os idosos com um histórico escolar prévio a melhor nota de corte foi 25/26.

No teste de fluência verbal, 46,0%⁽²³⁾ dos idosos tiveram pontuação abaixo de 9 que é a nota esperada para anal-

fabetos. Apenas 26,0%⁽¹³⁾ dos idosos tinham escolaridade maior que 8 anos. A maioria dos idosos apresentaram dificuldades de linguagem e memória e não conseguiram no tempo estipulado falar e/ou lembrar de nomes de frutas e animais.

Nenhum dos idosos conseguiram realizar o Teste de Trilha 100%⁽⁵⁰⁾. As principais dificuldades observadas durante a tentativa da realização do teste de trilhas foram: a falta de coordenação motora, paresia de membros superiores, acuidade visual diminuída, além de idosos analfabetos e com poucos anos de escolaridades que apresentaram dificuldades nas interligações do teste.

Sobre a variável dor, 72%⁽³⁶⁾ dos idosos relataram sentir dor, a maioria apresentou dor de intensidade moderada a forte 68,0%⁽³⁴⁾. Os locais mais referidos de dor foram os membros inferiores 26,0%⁽¹³⁾, seguido de dor na coluna (lombar, cervical e dorsal) com

Tabela 1 – Dados Sociodemográficos dos idosos após Acidente Vascular Encefálico no município de Coarí, Amazonas, Brasil, 2022.

Características Sociodemográficas	N	%
Sexo		
Feminino	14	28,0
Masculino	36	72,0
Faixa Etária (anos)		
60 a 69	17	34,0
70 a 79	18	36,0
80 a 89	15	30,0
Escolaridade		
Analfabeto	25	50,0
Ocupação Atual		
Aposentado	41	82,0
Renda Mensal		
1 salário-mínimo	44	88,0
Episódios de AVE		
1 Episódio	33	66,0
≥ 2 Episódios	17	34,0

Fonte: Próprio autor, 2022.

22,0%⁽¹¹⁾ Tabela 2.

Referente a Escala de Face de dor a maior escolha foi pela face de número 5 que retrata “Dor Máxima 28,0%⁽¹⁴⁾. As faces entre 2 a 4 foram indicadas por 44,0%⁽²²⁾ dos idosos. Em relação ao tempo de dor 58,0%⁽²⁹⁾ dos idosos relataram sentir dor há mais de 6 meses sendo caracterizada como dor crônica. Figura 1.

Apesar destes idosos apresentarem dor, 56,0%⁽²⁸⁾ deles não fazem uso de medicação para tratar o quadro algíco.

DISCUSSÃO

A maioria dos idosos do estudo são do sexo masculino o que se assemelha aos resultados encontrados em estudos nacionais.¹⁷⁻¹⁸

Sujeitos idosos, casados, aposentados e com baixo nível de instrução também são observados em outro estudo nacional.³ Idosos com baixo nível de instrução obtiveram nota de corte baixa na avaliação cognitiva e os que obtinham um nível de instrução maior demonstraram uma nota de corte acima da média, levando em consideração a variável escolaridade.¹⁹

Idosos acometidos por AVE podem ser mais fragilizados nas suas funções cognitivas principalmente para executar atividades que exigiam raciocínio, pensamento rápido, respostas imediatas ou para acessar a memória de longo e curto prazo.²⁰ Um estudo internacional revela que indivíduos com comprometimento cognitivo são mais suscetíveis a desenvolver inabilidades para realizar atividades simples ou usar habilidades linguísticas, de atenção, concentração e agilidade na função cognitiva.²¹

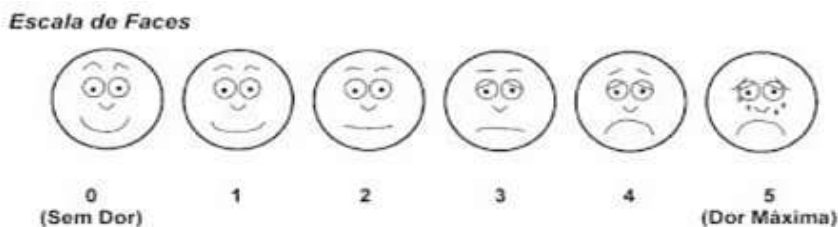
Idosos sobreviventes de AVE possuem uma chance muito maior de comprometimento cognitivo grave, em comparação a outros indivíduos. Somado a isto, ressalta-se a presença de disfunções executivas, visuoespaciais, com desordens que se tornam muitas

Tabela 2- Distribuição de dados referente a local e intensidade da dor, segundo a Escala numérica de dor. Coari, Amazonas, Brasil, 2022.

Presença de dor após AVE	N	%
Local da Dor		
Perna	8	16,0
Coluna lombar	7	14,0
Joelho	5	10,0
Ombro	4	8,0
Braço	4	8,0
Coluna cervical	2	4,0
Coluna dorsal	2	4,0
Pé	2	4,0
Cabeça	1	2,0
Quadril	1	2,0
Intensidade da Dor		
10 intensidade insuportável	4	8,0
7-9 intensidade forte	15	30,0
4-6 intensidade moderada	15	30,0
1-3 intensidade fraca	2	4,0

Fonte: Próprio autor, 2022.

Figura 1- Escala de Face de dor. Coari, Amazonas, Brasil, 2022.



Fonte: Direção geral da saúde, 2011.

vezes irreversíveis atingindo a independência e autonomia do idoso.²²

Idosos após AVE apresentam déficits cognitivos relacionados a linguagem, memória, apresentam dificuldades de concentração, de recordar situações passadas ou de lições aprendidas, além do comprometimento em realizar simples tarefas que envolvam as funções mentais.²³

A dificuldade encontrada no teste de fluência verbal pode ser justificada pela perda cognitiva parcial ou total em idosos sequelados por AVE, uma

vez que possuem comprometimento nas redes neurais responsáveis pela elucidação de palavras.²⁴

Os achados do estudo²⁵ corroboram como os resultados desta pesquisa, durante a utilização do teste de trilhas em pacientes com sequelas de AVE a maioria dos entrevistados apresentou um baixo desempenho na resolução do teste.

As alterações cognitivas no idoso pós-AVE contribuem para o surgimento de limitações de cunho funcional, social e mental, haja vista que os idosos

passam a vivenciar uma nova realidade impostas pela doença. Os agravos após o AVE impõem a necessidade de adaptação do idoso e da dinâmica familiar.

Verificou-se, neste estudo uma alta prevalência de dor nos idosos. A dor após o AVE tem uma alta incidência e trata-se de uma situação complexa.²⁶ A importância de compreender, identificar, avaliar e tratar a dor nos pacientes pós-AVE é decorrente do princípio de que os sintomas algícos nessa população são caracterizados por um caráter crônico e podem levar a fadiga e depressão.²⁷

Os dados deste estudo corroboram com o estudo²⁶ dos quais, 50 indivíduos avaliados, 64,0%⁽³²⁾ relataram dor pós-AVE, tal estudo comprovou que os idosos apresentaram de acordo com a escala visual numérica de dor, intensidade mínima de 5 e máxima de 10. A dor influencia negativamente o programa de reabilitação, atrasando o processo de recuperação e aumentando seu custo.²⁸

Os resultados do estudo de²⁹ evidenciou que a cefaleia estava presente na maioria dos idosos vítimas de AVE, o que difere dos resultados desta pesquisa na qual a dor mais relatada pelos entrevistados foi a dor nos membros inferiores. Já o estudo¹⁰ apresentou prevalência de dor em membros inferiores em 39% dos indivíduos.

O estudo realizado por⁹ revelou que a maioria dos indivíduos pós-AVE desenvolveram sintomas de dor crônica e as causas foram dor atribuídas à espasticidade e dor central.

Dores crônicas são referidas como uma complicação recorrente do AVE isquêmico.⁹ As síndromes de dor crônica podem ser decorrentes de mecanismos centrais e periféricos sendo mediados por processos nociceptivos e neuropáticos.⁹

Este estudo aponta que a dor possui relação direta com a piora e declínio da cognição em idosos pós-AVE e aponta

“

Idosos sobreviventes de AVE possuem uma chance muito maior de comprometimento cognitivo grave, em comparação a outros indivíduos. Somado a isto, ressalta-se a presença de disfunções executivas, visuoespaciais, com desordens que se tornam muitas vezes irreversíveis atingindo a independência e autonomia do idoso.

”

que o tratamento dos quadros dolorosos implica em melhoria do bem-estar e estado cognitivo dos idosos.⁸ Idosos com presença de dor apresentam um maior declínio cognitivo e funcional.⁹ A gravidade da dor correlaciona-se com a gravidade do comprometimento cognitivo e da depressão.¹⁰

Apesar da relação entre a dor e essas variáveis serem complexas, estudos da literatura não relacionados ao AVE sugerem que o tratamento da dor está associado à melhora da cognição e da qualidade de vida.⁸

A assistência de enfermagem busca identificar as incapacidades funcionais e cognitivas associadas ao AVE, com o intuito de planejar e implementar condutas de enfermagem que auxiliem o idoso no processo de recuperação e reabilitação, principalmente relacionadas as alterações cognitivas.³⁰

Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER) são responsáveis por avaliar e reabilitar a função neurocognitiva dos idosos após-AVE, por meio de intervenções planejadas e sistematizadas. O processo de enfermagem ocorre através de um levantamento prévio do nível de comprometimento cognitivo no idoso conduzido por escalas e instrumentos específicos e validados. As implementações são também realizadas mediante os diagnósticos de enfermagem que norteiam a atuação do enfermeiro frente às condições de saúde identificadas nos idosos sequelados.³¹

Ademais, a assistência dos enfermeiros também deve estar voltada para identificar a presença de dor nos idosos acometidos por AVE. Portanto, o enfermeiro deve realizar uma escuta ativa, questionando o idoso sobre a presença, local e intensidade de dor, afim de diagnosticar e planejar medidas terapêuticas para amenizar o quadro algíco. Dentro dos cuidados de enfermagem, destacam-se as intervenções farmacológicas, a exemplo da administração de analgésicos e não farmacoló-

gicas, tais como o uso de compressas, massagens relaxantes, e outras estratégias que proporcionem conforto e bem estar ao idoso.¹¹

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Dentre as limitações deste estudo encontra-se a escassez na literatura nacional e internacional sobre artigos que abordem os aspectos cognitivos e de dor em idosos acometidos por AVE, limitando a comparação dos resultados. O tamanho da amostra dificulta a generalização dos resultados, em decorrência da pandemia pelo COVID-19 que assolou o mundo e o interior do Amazonas.

CONCLUSÃO

Conclui-se que após o AVE, os idosos deste estudo apresentaram consideráveis alterações cognitivas e piora no quadro algíco. A maior parte dos idosos não fazem uso de medicação para tratamento da dor, deste modo os sinto-

mas algícos tendem a aumentar com o passar do tempo. Ademais, diversos aspectos relacionados às funções cognitivas estão prejudicados nestes idosos.

A dor e a cognição afetam diretamente na capacidade funcional desses idosos que foram encontrados em sua maioria acamados com graves déficits de mobilidade e funcionalidade, alterando diretamente sua autonomia, com desfecho em sentimentos de desânimo e impotência. A falta de medicação para dor disponível na rede pública e a baixa renda dos idosos são agravantes importantes a serem observados. A dificuldade de acesso aos serviços de saúde, além da falta de uma rede de apoio consolidada para a busca dos serviços de saúde contribuem para permanência e agravamento da dor.

Medidas de prevenção quanto aos fatores de risco para o AVE podem ser executadas e realizadas pelo profissional enfermeiro que atua diretamente com esses idosos na comunidade, suas famílias e coletividade. É imprescindível que esses profissionais estejam ca-

pacitados para detectar indivíduos que estejam vulneráveis a condições predisponentes para a ocorrência do AVE. Através de dados pregressos referentes ao processo saúde-doença desses indivíduos e da avaliação das manifestações clínicas o enfermeiro tem atuação fundamental nas condutas seguintes para assistir este idoso. Outrossim, o enfermeiro tem papel de destaque na educação em saúde, visto que, está apto para o ensino do autocuidado de forma a orientar o indivíduo acometido pelo AVE, bem como, orientar seus familiares e cuidadores promovendo assim informações necessárias a nova rotina de cuidados específicas para cada idoso conforme seus respectivos quadros clínicos.

AGRADECIMENTO/AGÊNCIA FINANCIADORA

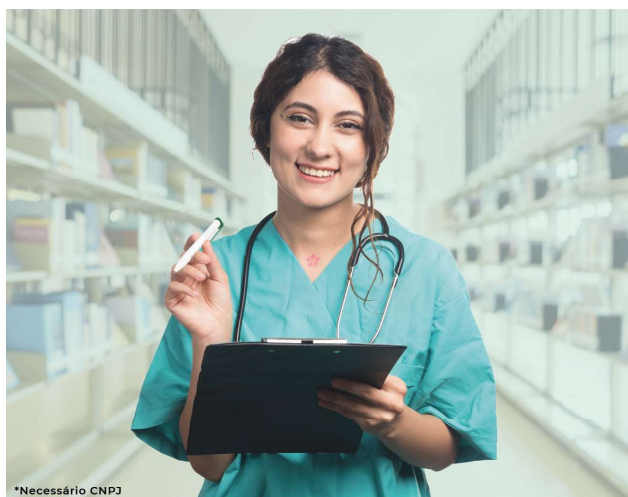
Programa Institucional de Bolsa de Iniciação Científica (PIBIC) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Bolsa Fundação de Amparo à Pesquisa do Amazonas (FAPEAM). PIB:S/0238/2019.

Referências

1. Escorsim SM. O envelhecimento no Brasil: aspectos sociais, políticos e demográficos em análise. *Serv. Soc. Soc.* 2021 [Cited 2022 Feb 24]; set./dez;142:427-446. Available from: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/KwjLV5fq-vw6tWsfWVvczMn/>.
2. Figueiredo AEB, Ceccon RF, Figueiredo JHC. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. *Ciênc. Saúde Colet.* 2021; 26(01). doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.33882020>.
3. Sommerfeld-Ostetto CEA, Blazius AFM, Gugelmin MR, Silva MR. Acidente Vascular Cerebral: um olhar sobre a reorganização no contexto familiar. *Monumenta- Revista de estudos interdisciplinares.* Joinville. 2020 [Cited 2022 Feb 24]; 1(1):99-123. Available from: <https://monumenta.emnuvens.com.br/monumenta/article/view/19>.
4. Leser FS, et al. Perfil epidemiológico e tratamento de acidente vascular encefálico em hospital da cidade do Rio de Janeiro, 2018. *REVA Acad. Rev. Cient. da Saúde Rio de Janeiro, RJ.* 2020; 5(2):18-29. doi: <http://dx.doi.org/10.24118/reva1806.9495.5.2.2020.753>.
5. Schewinsky SR, Alves VLR. A reabilitação das alterações cognitivas após o acidente vascular encefálico. *Acta Fisiatr.* 2017; 24(4):216-221. doi: [10.5935/0104-7795.20170040](https://doi.org/10.5935/0104-7795.20170040).
6. Valente LV. Comprometimento Cognitivo Leve no pós-acidente vascular encefálico e conversão para demência em idosos: revisão sistemática. *Ciências & Cognição.* 2017 [Cited 2022 Feb 24]; 22 (1):114-140. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/318419016>.
7. Leão KF, Zanini DS. Desempenho cognitivo de indivíduos que sofreram acidente vascular encefálico. *Revista Psicologia para América Latina.* 2019 [Cited 2022 Feb 24]; 32:119-131. Available from <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psilat/n32/a04n32.pdf>.
8. Harrison RA, Field TS. Post Stroke Pain: Identification, Assessment, and Therapy. *Cerebrovasc Dis.* 2015; 39:190-201. doi: [10.1159/000375397](https://doi.org/10.1159/000375397).
9. O'Donnell MJ, Diener HC, Sacco RL, Panju AA, Vinisko R, Yusuf S: Chronic pain syndromes after ischemic stroke: PROFESS trial. *Stroke.* 2013; 44:1238-1243. doi: [10.1161/STROKEAHA.111.671008](https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.111.671008).
10. Jonsson AC, Lindgren I, Hallstrom B, Norrving B, Lindgren A. Prevalence and intensity of pain after stroke: a population based study focusing on patients' perspectives. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2006; 77:590-595. doi: [10.1136/jnnp.2005.079145](https://doi.org/10.1136/jnnp.2005.079145).
11. Pereira I, Galvão J, Rodrigues M. Papel do enfermeiro de reabilitação na promoção da independência dos doentes com AVC. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação- REASE.* 2022; 8(2):109-127. doi: [10.51891/rease.v8i2.4140](https://doi.org/10.51891/rease.v8i2.4140).

12. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994; 52(1):1-7. doi: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>.
13. Brucki SM, Malheiros SM, Okamoto IH, Bertolucci PH. Normative data on the verbal fluency test in the animal category in our milieu. *Arq neuropsiquiatr* 1997; 55(1):56-61. doi:10.1590/s0004-282x1997000100009.
14. Rabin LA, Barr WB, Burton LA. Assessment practices of clinical neuropsychologists in the United States and Canada: A survey of INS, NAN, and APA Division 40 members. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 2005; 20(1):33-65. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.acn.2004.02.005>.
15. Andrade FA, Pereira LV, Sousa FAEF. Mensuração da dor no idoso uma revisão. *Revista latino-am de Enfermagem*. 2006; 14(2):271-276. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000200018>.
16. Ciena AP, Gatto R, Pacini VC, Picanço VV, Magno IMN, Loth EA. Influência da Intensidade da dor sobre as respostas nas escalas unidimensionais de mensuração da dor em uma população de idosos e de adultos jovens. *Ciências biológicas e da saúde*. 2008 [Cited 2022 Feb 24]; 29(2):201-212. Available from: <https://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/download/3467/2822>.
17. Silva CRR, Pimenta CJL, Viana LRC, Ferreira GRS, Bezerra TA, Costa TF, et al. Qualidade de vida relacionada à saúde específica de sobreviventes de acidente vascular encefálico: fatores associados. *Rev Bras Enferm*. 2022; 75(3):e20210407. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0407>.
18. Vasconcelos ACS, Marques APO, Leite VMM, Carvalho JC, Costa MLG. Prevalência de fragilidade e fatores associados em idosos pós-acidente vascular cerebral. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2020; 23(5):e200322. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562020023.200322>.
19. Caro CC, Cruz DMC. Correlação entre independência funcional e cognição em homens com AVC. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2017; maio/ago;28(2):173. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v28i2p173-180>.
20. Einstad MS, Saltvedt I, Lydersen S, Ursin MH, Munthe-Kaas R, Ihle-Hansen H. et al. Associations between post-stroke motor and cognitive function: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics* 2021; 21:103. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02055-7>.
21. Buvarp D, Rafsten L, Abzhandadze T, Sunnerhagen KS. A prospective

- cohort study on longitudinal trajectories of cognitive function after stroke. *Scientific Reports*.2021; 11:17271. doi: <https://doi.org/10.1038/s41598-021-96347-y>.
22. Delavaran H, Jönsson AC, Lökvist H, Iwarsson S, Elmståhl S, Norrving B, Lindgren A. Cognitive function in stroke survivors: A 10-year follow-up study. *Acta Neurol Scand*. 2017; sep;136(3):187-194. doi: 10.1111/ane.12709.
23. Santana MTM, Chun RYS. Linguagem e funcionalidade de adultos pós Acidente Vascular Encefálico (AVE): avaliação baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *CoDAS*. 2017; 29(1):e20150284. doi: 10.1590/2317-1782/20172015284.
24. Teldeschi ALG, Perez M, Sanchez MA, Lourenço RA. O uso de testes de fluência verbal como ferramenta de rastreio cognitivo em idosos. *Revista HUPE, Rio de Janeiro*. 2017; 16(1):56-60. doi: 10.12957/rhupe.2017.33289.
25. Bonini MV, Radanovic M. Cognitive deficits in post-stroke afasia. *Arq Neuropsiquiatr* 2015; 73(10):840-847. doi: 10.1590/0004-282X20150133.
26. Yamane FO, Silva GT, Santos AP. Presença de dor após o acidente vascular cerebral e sua relação com a função e a qualidade de vida. *Revista Ciência em Saúde*. 2020; 10(3):39-45. doi: <https://doi.org/10.21876/rcshci.v10i3.941>.
27. Naess H, Lunde L, Brogger J, Waje-Andreassen U. Fatigue among stroke patients on long-term follow-up. *The Bergen Stroke Study*. *J Neurol Sci*. 2012; 312(1-2):138-41. doi: 10.1016/j.jns.2011.08.002.
28. Aprile I, Briani C, Pazzaglia C, et al. Pain in stroke patients: characteristics and impact on the rehabilitation treatment. *Amulticenter cross-sectional study*. *Eur J Phys RehabilMed*. 2015 [Cited 2022 Feb 24]; 51(6):725-36. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25739508/>.
29. Lebeveda ER, Usheni AV, Gurary NM, Giley DV, Olesen J. Diagnostic criteria for acute headache attributed to ischemic stroke and for sentinel headache before ischemic stroke. *The Journal of Headache and Pain*. 2022; 23(11):2-8. doi: <https://doi.org/10.1186/s10194-021-01372-x>.
30. Carvalho WN, Bomfim MSS, Domiciano CS. A sistematização da assistência de enfermagem ao paciente vítima de acidente vascular cerebral. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR*. 2017 [Cited 2022 Feb 24]; 19(2):45-50. Available from: <http://www.mastereditora.com.br/bjscr>.
31. Biartmarz I, Jónsdóttir H, Hafsteinsdóttir TB. Implementation and feasibility of the stroke nursing guideline in the care of patients with stroke: a mixed methods study. *BMC Nursing*. 2017; 16(72):2-17. doi:10.1186/s12912-017-0262-y.



*Necessário CNPJ

ASSINE JÁ PARA SUA BIBLIOTECA O:

PLANO UNIVERSITÁRIO

Receba mensalmente a revista digital via email

FORMAS DE PAGAMENTO:

Transferência bancária
Boleto

PROMOÇÃO ATUAL: Na assinatura de 2 anos das 3 revistas será bonificado a Revista Nursing impressa (1 unidade mensal)

(11) 3654-3193

artigo1@mpmcomunicacao.com.br

