

Negligência unilateral: implicações no processo de reabilitação

Unilateral neglect: implications in rehabilitation process

Cleuza Braga da Silva⁽¹⁾
Juliana Saccol Martins⁽²⁾

⁽¹⁾Fisioterapeuta graduada pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM-RS). Especialista em Fisioterapia neurológica e Supervisora da Residência pela Clínica de Trauma Crânio Encefálico e Hemiplegia na Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD-SP). Especialista em Fisiologia do Exercício pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Aperfeiçoamento no Curso Hemiplegia do Adulto Conceito Bobath e no Método Reeducação Postural Global (RPG). Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Guarulhos.

⁽²⁾Fisioterapeuta graduada pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM-RS). Especialista em Fisioterapia Neurológica e Supervisora da Residência pela Clínica de Lesões Encefálicas Infantis Adquiridas na Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD-SP). Aperfeiçoamento no Curso Neuroevolutivo conceito Bobath. Mestranda no Curso Distúrbios do Desenvolvimento pela Universidade Presbiteriana Mackenzie.

Endereço para correspondência: Cleuza Braga da Silva. Alameda dos Arapanés, 419. Apto. 175. 04524-000. São Paulo, SP.

RESUMO: A Negligência Unilateral é frequentemente observada em lesões do hemisfério cerebral não dominante, e a lesão afeta a área espacial e de esquema corporal, causando prejuízos na percepção. O paciente falha em responder a eventos que ocorrem no espaço contralateral a lesão cerebral e em reconhecer segmentos do seu hemicorpo comprometido, existindo um déficit em torno da atenção. A principal etiologia é o acidente vascular cerebral, com lesão na região temporo-parietal do hemisfério cerebral direito. Esse distúrbio pode persistir como um prejuízo crônico durante meses e anos ou não desaparecer, o que implica em um prognóstico funcional limitado, principalmente nas atividades de vida diária e marcha. Requer um diagnóstico precoce e um intensivo programa de reabilitação pela equipe interdisciplinar, visando estimular a atenção e o uso funcional do hemicorpo comprometido. Durante o estudo, observou-se que as principais implicações para o insucesso da reabilitação estão relacionadas ao prejuízo na atenção, à falha espontânea do paciente em atender estímulos do lado negligente, à falta de iniciativa, de colaboração e à necessidade de estímulos constantes da equipe. Apresenta-se um caso ilustrativo de negligência moderada em decorrência de um acidente vascular cerebral isquêmico após dois anos de lesão, acompanhado na Associação de Assistência a Criança Deficiente (AACD) a partir de janeiro de 1994.

DESCRITORES: Transtornos de percepção, reabilitação. Traumatismos cerebrais, reabilitação. Fisioterapia, métodos. Acidente Cerebrovascular, reabilitação.

ABSTRACT: The Unilateral Neglect is often observed in non dominant cerebral hemisphere lesions, where damage affects the spacial area and the body scheme, causing perception harms. The patient fails in reacting to stimulus that occur in the contralateral space to a brain damage, and to recognize segments of the committed mid-body, remaining na attention deficit. The main etiology is the cerebral vascular accident, causing injury in the temporo-parietal region of right hemisphere. This disturb, it can persist during months or years or never disappear, which can limit the functional prognosis, specially in daily living activities and walk. Thus, it requires an early diagnosis and an intensive rehabilitation programme made by na interdisciplinary team, with the goal to stimulate the attention and function of the side of body involved. During the study, it was observed that main implications goes the failure of the rehabilitation, it plows related to the attention's injury, the spontaneous fail of the patient to attempt stimulus into neglect side, a lack of initiative, collaboration and goes the need of costant stimulation of made. It showed an illustrative case of a moderate neglect owing to na eschemical cerebral vascular accident after two years damage, which has been followed in Associação de Assistência a Criança Deficiente (AACD), since january, 1994.

KEYWORDS: Perceptual disorders, rehabilitation. Brain injuries, rehabilitation. Physical therapy, methods. Cerebrovascular accident, rehabilitation.

INTRODUÇÃO

A Negligência Unilateral ou Heminatenção é um distúrbio neuropsicológico complexo e refere-se a incapacidade do indivíduo em responder a eventos ou estímulos que ocorrem no lado oposto à lesão cerebral⁽⁵⁾. As suas principais etiologias em ordem de frequência são o infarto cerebral, lesão subcortical consequente de uma hemorragia intracerebral, tumores malignos cerebrais primários e metastáticos que acometem a região têmporo-parietal do hemisfério cerebral não dominante^(4,9). A incidência é sete vezes maior para lesões do hemisfério direito em comparação com o hemisfério cerebral esquerdo e ocorre em mais de um terço dos acidentes vasculares cerebrais que acometem o hemisfério cerebral direito^{7,9,11}.

Lesões no sistema neuronal responsável pela atenção e exploração do espaço causam a negligência ou heminatenção, definida como uma síndrome complexa que pode variar suas características de indivíduo para indivíduo, apresentando duas características básicas: defeito na exploração externa do espaço e alteração no funcionamento da representação interna do espaço. Os déficits irão coexistir em vários padrões de gravidade como alterações comportamentais do lobo frontal, perda do controle emocional, diminuição da motivação, distúrbios de memória, principalmente retrógrada, acompanhado de confabulação^{5,10,11}.

Várias formas de Negligência são descritas:

1. **heminatenção:** indica o comportamento espontâneo geral durante o exame, quando o paciente não orienta-se nem responde corretamente a estímulos do lado contralateral à lesão cerebral^{5,6};
2. **negligência visual:** o paciente ignora estímulos visuais no hemiespaço negligente, como ler, desenhar, escrever e apontar objetos^{5,6};
3. **extinção tátil e visual:** ao ser colocado um duplo estímulo simultâneo, tátil ou visual, em cada lado do paciente, este negligencia o estímulo do lado contralateral à lesão^{5,6};
4. **hipocinesia:** diminuição da movimentação espontânea para o hemiespaço negligente^{5,6}.

Esse distúrbio caracteriza-se por uma negligência visuoespacial onde o paciente apresenta uma análise e exploração deficiente do espaço. Os sintomas mais relevantes da negligência são: negligenciar o hemicorpo contralateral a lesão cerebral; não responder a estímulos visuais, auditivos e táteis na área negligente; ignorar um lado ao vestir-se, barbear-se e alimentar-se; não direcionar o olhar para o lado da inatenção e não atender pessoas ou eventos; não ler, escrever ou desenhar no lado negligente da página. Nem todas estas manifestações estão presentes no mesmo paciente^{1,2,7,8}.

As manifestações podem estar acompanhadas de déficit sensitivo e visual (hemianopsia), isto é, o paciente apresenta um déficit na área da visão e não vê objetos localizados no campo visual lesado sem automaticamente compensar este déficit com movimentos da cabeça. Este distúrbio ocorre em torno de 76% dos pacientes com negligência. Os sintomas aumentam sob certas condições, como tarefas complexas e intensidade do estímulo^{5,9}.

A Negligência Unilateral tem sido associada com prejuízos funcionais no processo de reabilitação, principalmente nas atividades de vida diária (AVD) e deambulação, em razão da interrupção dos processos cognitivos e motores causados pelo dano cerebral^{3,7,10}.

O objetivo do nosso estudo foi descrever as características clínicas da negligência, através do relato de caso, e evidenciar a importância do tratamento de reabilitação interdisciplinar, no qual a fisioterapia apresenta papel relevante, visando estimular a simetria corporal e a orientação visuoespacial do indivíduo.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Este estudo utilizou o delineamento de sujeito único como propósito de descrever a Síndrome da Negligência. Foi realizado na Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD), mediante dados obtidos do prontuário e convocação da paciente para ser submetida a uma bateria de testes neuropsicológicos específicos, com o objetivo de avaliar a Síndrome da Negligência, os aspectos sensório-motores e sua funcionalidade.

RELATO DE CASO

Paciente N.A.W., sexo feminino, 60 anos, professora, apresentou quadro de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI) em consequência de um aumento súbito da pressão arterial sistêmica. A tomografia computadorizada do quadro ictal mostrava lesão isquêmica extensa em região fronto-têmporo-parietal direita.

No exame inicial na AACD, quatro meses após o AVCI apresentava hemiparesia espástica desproporcionada grave à esquerda e déficit moderado de sensibilidade superficial e profunda; déficit de fixação para fatos recentes; labilidade emocional; falta de iniciativa e motivação; negligência moderada à esquerda com postura corporal habitual para a direita, falta de percepção dos objetos, pessoas, sons e figuras localizadas a sua esquerda, associados ao distúrbio visual denominado hemianopsia temporal. Nas atividades motoras conseguia rolar, sentar e ficar em pé com auxílio, trocava passos com forte apoio em terceiros, e nas atividades de vida diária, encontrava-se dependente, exceto para alimentação.

A suspeita clínica de negligência foi confirmada através do histórico familiar, da observação da postura corporal, das atitudes demonstradas pela paciente frente as atividades e do resultado dos testes neuropsicológicos aplicados.

A equipe da AACD internou a paciente no Hospital dessa Instituição para tratamento de reabilitação, em virtude do quadro clínico de negligência estar associado a um déficit motor grave e necessitar de um tratamento intensivo. Permaneceu em tratamento durante dois meses, acompanhada pela equipe médica e terapêutica: fisioterapia, terapia ocupacional, hidroterapia e psicologia. Na alta hospitalar, a paciente apresentava-se independente nas atividades motoras básicas e na marcha para curtas distâncias com andador triangular; independente nas atividades de vida diária e vida prática (AVDs e AVPs), sempre com supervisão e estímulos constantes da equipe; com boa evolução emocional, colaborando com o tratamento.

Retornou para reexame médico após 52 dias da alta hospitalar, encontrava-se deprimida, não

deambuladora, dependente nas AVDs e AVPs. Foi reinternada no Hospital da AACD visando reorientação do treino de marcha, atividades motoras básicas e AVDs. Permaneceu em tratamento intensivo durante um mês e não mostrou-se colaboradora, somente realizava as terapias mediante estímulos constantes da equipe de reabilitação. Recebeu nova alta hospitalar com quadro clínico inalterado, tendo readquirido marcha, porém dependente nas AVDs e AVPs. Apesar do quadro motor favorável, o prognóstico funcional estava comprometido pela falta de iniciativa e de colaboração da paciente e pelos sinais clínicos da síndrome de negligência.

A paciente compareceu para reavaliação da Síndrome de Negligência um ano após sua última alta hospitalar.

Encontrava-se em cadeira de rodas, com postura de abandono em relação ao seu hemicorpo esquerdo, dirigia o olhar para a esquerda apenas quando solicitado; apresentava hemianopsia temporal esquerda e as vezes compensava seu déficit com movimentos da cabeça para a esquerda, membro superior esquerdo plégico, espasticidade leve com predomínio distal, membro inferior esquerdo parético grave sem deformidades estruturadas.

Quando solicitada, transferiu-se da cadeira de rodas para o tablado com auxílio de terceiro; sentada apresentava reações de retificação e proteção apenas no hemicorpo não afetado. Mostrava-se dependente nas atividades motoras, permaneceu em pé entre as barras paralelas com apoio dos membros superiores por poucos minutos, não conseguiu trocar passos e encontrava-se dependente nas AVDs e AVPs.

Estava lúcida, comunicativa, contactuando adequadamente, consciente de sua deficiência e com negligência visuoespacial à esquerda, relatando dificuldades em leitura por negligenciar a metade esquerda da página.

A paciente foi submetida a uma bateria de testes neuropsicológicos para reavaliar a Negligência Unilateral.

TESTES NEUROPSICOLÓGICOS

1. Orientação Direita-Esquerda (Benton)

Teste 1A: é solicitado ao paciente identificar

segmentos do seu corpo e posteriormente do examinador. São marcados os erros, e assim obtém-se a pontuação alcançada pela paciente (Figura 1).

TESTE 1A - ORIENTAÇÃO DIREITA-ESQUERDA

FCS - Negligência - AACD - L

(Para pacientes que não podem executar comandos com a mão esquerda)

Nome: N.A.W.

RG: 33247

Idade: 60 anos

Sexo: Fem.

Escolaridade: Superior - Professora

Examinador: Suzana (pedagoga)

Data: 15/10/95

Próprio Corpo

Resposta

Score

1. Mostre-me a sua mão direita		+ - R
2. Mostre-me o seu olho esquerdo	X	+ - R
3. Mostre-me a sua orelha direita		+ - R
4. Mostre-me a sua mão esquerda		+ - R
5. Toque sua orelha direita com sua mão direita		
6. Toque seu olho esquerdo com sua mão direita	X	
7. Toque seu joelho esquerdo com sua mão direita	X	
8. Toque seu olho direito com sua mão direita		
9. Toque sua orelha esquerda com sua mão direita		
10. Toque seu joelho direito com sua mão direita		
11. Toque seu olho esquerdo com sua mão direita	X	
12. Toque seu olho direito com sua mão direita		

Corpo do examinador

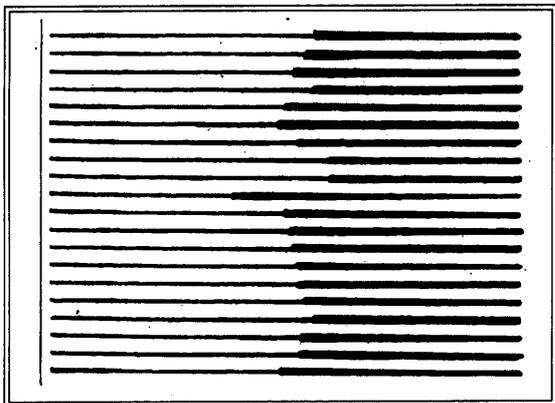
13. Aponte meu olho esquerdo		
14. Aponte minha perna direita		
15. Aponte minha orelha direita	X	
16. Aponte minha mão esquerda		
17. Aponte com sua mão direita minha orelha direita		
18. Aponte com sua mão direita meu olho direito	X	
19. Aponte com sua mão direita o meu ombro esquerdo		
20. Aponte com sua mão direita o meu olho esquerdo		

Pontuação Total: 20

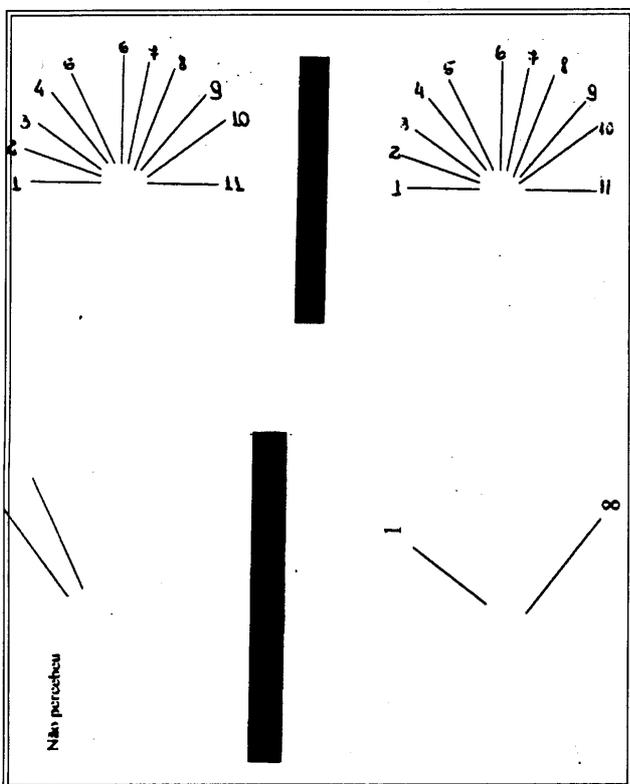
Pontuação Obtida: 14

2. Orientação de Linhas (Minnesota)

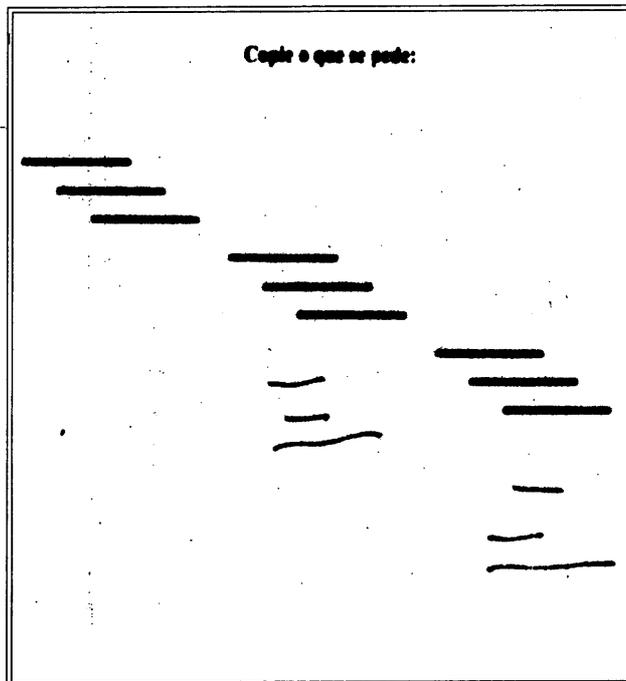
Teste 2A: é solicitado ao paciente pintar as linhas dispostas horizontalmente na folha (Figura 2).



Teste 2B: é solicitado ao paciente identificar qual a posição das linhas não numeradas no desenho (Figura 3)

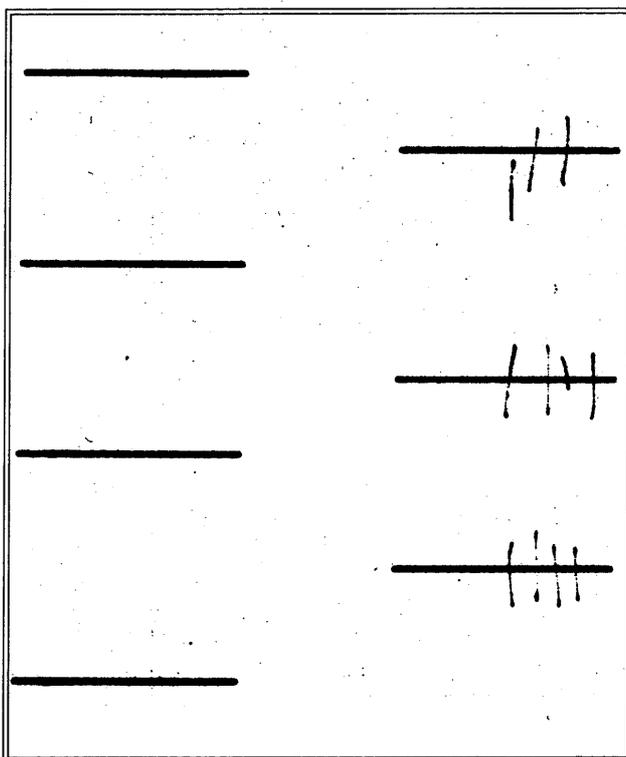


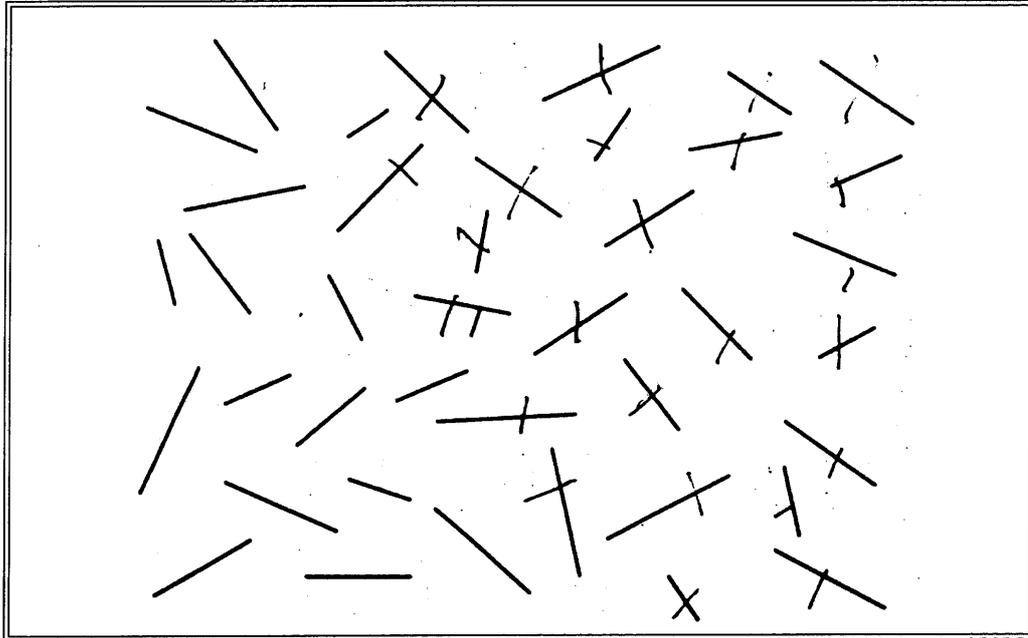
Teste 2C: é solicitado ao paciente copiar as linhas e a disposição das mesmas conforme a representação inicial (Figura 4)



3. Intersecção de Linhas (Minnesota)

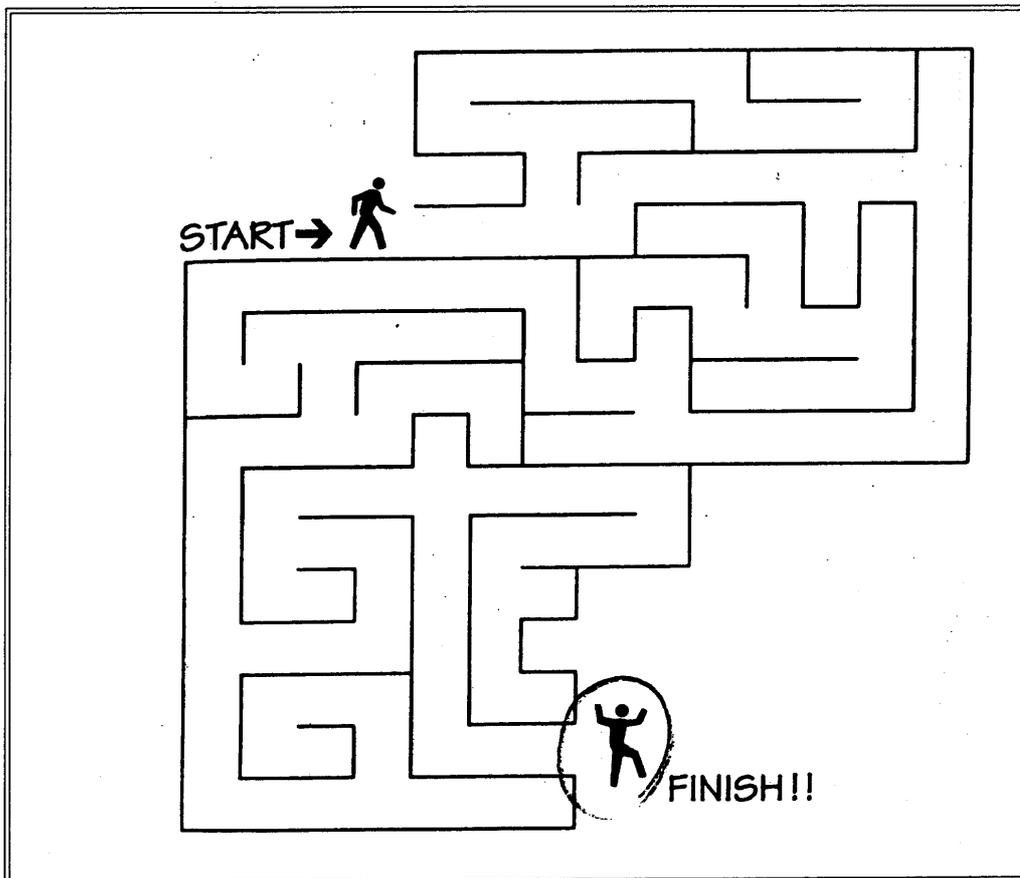
Teste 3A e 3B: é solicitado ao paciente intersecionar as linhas representadas na folha (Figuras 5 e 6)





4. Labirinto (Minnesota)

Teste 4A: é solicitado ao paciente encontrar a saída (Figura 7)



5. Orientação Espacial

Através da Leitura: Teste 5A: é solicitado ao paciente ler em voz alta as palavras dispostas na folha (Figura 8)

Pé-de-moleque	<u>Gato Cinza</u>	<u>Céu Azul</u>
<u>Pé de Vento</u>		
Casa de boneca	<u>Guarda-Chuva</u>	
Beija-Flor	<u>Carro Azul</u>	
Bebê bonito	<u>Cartão-postal</u>	Bem-Te-Vi
Macaco feio	<u>Bola bonita</u>	Café com leite
Camã pequena	<u>Boneca rosa</u>	
Menina Morena	Barco <u>Amarelo</u>	<u>Caneca verde</u>

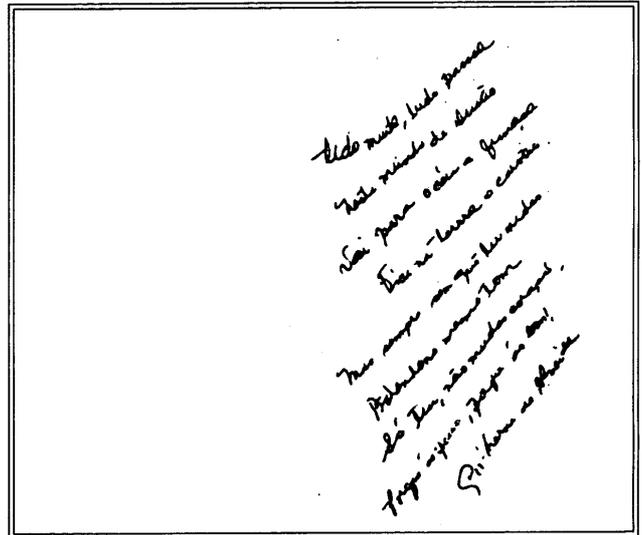
Através da leitura: Teste 5B: é solicitado ao paciente ler cada frase e executar a ordem contida nas mesmas (Figura 9)

<p>Levante seu braço</p> <p>.....</p> <p>Aponte o queixo e <u>feche os olhos</u></p> <p>.....</p> <p>Aponte o peito, <u>levante a mão e dê adeus.</u></p>

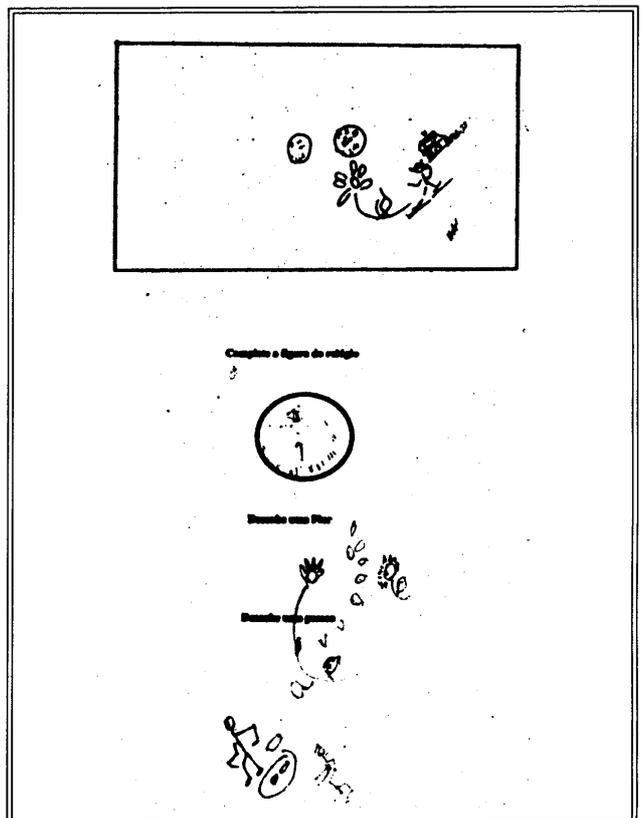
Através da leitura: Teste 5C: é solicitado ao paciente localizar e circular cada letra A (Figura 10)

A	G	E	S	T
T	R	A	D	C
U	E	P	H	O
B	A	F	A	T
J	I	L	R	D
L	Z	T	A	P

Através da escrita: Teste 5D: é solicitado ao paciente escrever na folha em branco, palavras ou frases a sua escolha (Figura 11).



Através do desenho: Teste 5E: é solicitado ao paciente desenhar um relógio, uma flor e uma pessoa de forma livre (Figura 12)



RESULTADOS

Análise dos Testes Neuropsicológicos

De acordo com o resultado do teste de orientação direita-esquerda (lateralidade), a paciente apresentou dificuldade em localizar segmentos do seu corpo à esquerda e no examinador (imagem do espelho), acertando 14 itens dos 20 solicitados.

Nos testes de orientação e intersecção de linhas demonstrou negligência visuoespacial significativa não percebendo o que estava do lado esquerdo da página.

O teste do labirinto (orientação visuo-espacial), não foi concluído pois a paciente não encontrou o início do labirinto localizado à esquerda do papel, fazendo o seguinte questionamento para o examinador: "Onde está o início?".

Não conseguiu perceber o lado esquerdo do papel para completar as tarefas propostas nos testes de leitura e escrita. Os mesmos demonstram importante negligência visuoespacial. Quando precisou ler e imitar gestualmente uma ordem, só executou a que estava escrita no lado direito do papel. Na tarefa de escrever sobre a folha em branco, escreveu um poema ocupando somente o lado direito da folha. Negligenciou também o espaço esquerdo da folha no teste do desenho livre.

DISCUSSÃO

O resultado da bateria dos testes aplicados confirma o diagnóstico clínico de negligência unilateral esquerda moderada, com incapacidade do indivíduo em responder a eventos ou a estímulos do lado oposto à lesão cerebral⁵. Percebe-se através dos testes e pelas atitudes da paciente um comprometimento na área visuoespacial, com prejuízo funcional na leitura.

Durante o tratamento de reabilitação intensiva, a paciente N. A. W. conseguiu uma boa performance e sua evolução ocorreu mediante estímulos constantes. Quando o tratamento é interrompido e, em casa, o paciente não é estimulado, ocorre uma regressão total dos ganhos funcionais obtidos e os sintomas da negligência tornam-se novamente evidentes^{2,8}.

No processo de reabilitação, o principal objetivo é estimular a percepção, reorientar a atenção visando a independência funcional do hemicorpo comprometido^{7,8}. Na negligência unilateral existe a

possibilidade do paciente orientar sua atenção conscientemente para estímulos ipsilaterais facilitados pelo uso da indução⁸.

A reabilitação do paciente negligente necessita de uma equipe interdisciplinar atuando de forma coordenada e integrada, em que os princípios básicos de tratamento são válidos para todos os profissionais. O uso de estímulos verbais não é recomendado, pois a linguagem estimula atividades do hemisfério cerebral não afetado agravando o déficit de orientação para a esquerda; a atenção para este lado deve ser estimulada pela instrução de rodar a cabeça⁷. A negligência tende a diminuir sempre que o paciente for induzido a direcionar o olhar para o lado negligente^{2,8}.

É fundamental orientar a família para estimular o lado comprometido precocemente e organizar o quarto do paciente de modo que os estímulos visuais e auditivos sejam recebidos pelo lado afetado. A localização da cama, objetos de interesse, alimentos, televisão e os visitantes devem ficar posicionados para o lado negligente. A utilização da comadre e outros procedimentos de enfermagem devem ser realizados através do mesmo lado, para reforçar os objetivos do tratamento.

O espaço não negligente deve ser mantido com menos estímulos para não distrair o paciente e manter sua atenção para o lado negligente o maior tempo possível^{2,7,8,9}. Deve ser realizado treinamento de atividades de vida diária, e através de tarefas, estimular o olhar para o lado negligente. Deve-se utilizar materiais especializados, para estimular o hemisfério cerebral lesado, como figuras e blocos luminosos⁷.

O terapeuta deve ajudar o paciente a reconhecer seus déficits e os aspectos do hemicorpo comprometido. Quando o paciente apresenta déficit na leitura, a colocação de marcadores coloridos na extremidade da página que o paciente negligencia, facilita reorientar sua atenção, compensando seu déficit. Podem ser introduzidas, na sala onde o paciente é tratado, placas coloridas chamando a atenção para o lado negligente^{2,7,9}.

O fisioterapeuta deve trabalhar visando a simetria corporal e a facilitação dos movimentos no hemicorpo afetado, solicitando ao paciente olhar os movimentos realizados, sendo também fundamental um trabalho de estimulação sensorial. Durante a terapia é melhor

estimular cada membro individualmente, não realizar movimentos simultâneos para não distrair a atenção e estimular o uso do hemisfério afetado nas atividades funcionais, usando vários recursos para chamar a atenção (faixas coloridas, guizos, material luminoso, pintura e outros). O apoio e a transferência de peso para o hemisfério comprometido são importantes em todas as posturas, estimulando também a propriocepção^{2,7}. Durante a facilitação da marcha e nas transferências posturais, o fisioterapeuta deve posicionar-se do lado negligente, assim como em todas as atividades, também orientar a família para que realize o mesmo procedimento.

CONCLUSÃO

O prognóstico da negligência depende da região cerebral afetada e da extensão da lesão, o distúrbio tende a diminuir com o passar do tempo e com maior regressão após seis meses de lesão cerebral. A heminatenção pode ser observada em diferentes intensidades: leve, moderada e grave. A forma leve apresenta um bom prognóstico, os sintomas são discretos e regredem em poucos meses; quando é moderada, o prognóstico é reservado e o paciente apresenta progressos enquanto está recebendo estímulos constantes dos terapeutas e familiares; o

distúrbio é grave quando o paciente não apresenta nenhum sinal clínico de melhora, não evolui durante o processo de reabilitação, portanto seu prognóstico é ruim e os sintomas são intensos, podendo permanecer por vários anos ou não desaparecer^{4,5,8}.

Essa síndrome tem sido identificada como prognóstico funcional limitado, principalmente dois a três meses após o acidente vascular cerebral. O prejuízo na atenção, a falha espontânea em atender estímulos visuais, auditivos e táteis do lado negligente, a falta de iniciativa e de colaboração do paciente e a necessidade de estímulos constantes pela equipe interdisciplinar são implicações importantes para o processo de reabilitação^{4,6,8}.

Constatamos que nos quadros de negligência moderada, como o caso da paciente em estudo, somente haverá ganhos funcionais e independência mediante estímulos constantes dos membros da equipe interdisciplinar. Uma vez cessados os estímulos e com a interrupção dos exercícios após a alta, a regressão motora e os sinais clínicos da negligência tornam-se evidentes; fato este constatado em todas as reavaliações da paciente, com maior prejuízo funcional na área de leitura, pois esta faz parte do cotidiano da paciente.

Por este motivo, a reabilitação desses pacientes é um desafio para a equipe, necessitando de uma estimulação específica e intensiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barbanti, P., Calisse, P., Catarci, T. Prolonged muscular flaccidity: frequency and association with unilateral spatial neglect after stroke. *Acta Neurol. Scand.*, v.88, p.313-5, 1993.
2. Bateman, A., Humphreys, G., Riddoch, M. J. Cognitive deficits following stroke. *Physiotherapy*, v.81, p.465-72, 1995.
3. Bolton, A.K., Liu, G.T., Price, B.H. Dissociated perceptual-sensory and exploratory-motor neglect. *J. Neurol. Neurosurg. Psyc.*, v.55, p.701-6, 1992.
4. Dohi, N., Kajiwara, T., Kowai, N. A study of right unilateral spatial neglect in left hemispheric lesions: the difference between right-handed and non-right-handed post-stroke patients. *Acta Neurol. Scand.*, v.85, p.418-24, 1992.
5. Donoso, A.S. Negligência Unilateral revisão de la literatura y experiencia personal. *Rev. Neurol.*, v.14, p.10-5, 1988.
6. Greenwood, R.J., Halligan, W., Stone, S.P. The incidence of neglect phenomenon and related disorders in patients with and acute right or left hemisphere stroke. *Age Ageing*, v.22, p.46-52, 1993.
7. Herman, E.W. M. Spatial neglect: new issues and their implications for occupational therapy practice. *Am. J. Occup. Ther.*, v.46, p.207-16, 1992.
8. Humphreys, W.G., Riddoch, M.J. Unilateral neglect. *Physiotherapy*, v.72, p.425-8, 1986.
9. Kalbach, L.R. Unilateral neglect: mechanisms and nursing care. *J. Neurosci. Nurs.*, v.23, p.125-9, 1991.
10. Kinsella, G., Olver, J., Kim, N.G. Analysis of the syndrome of unilateral neglect. *Cortex*, v.29, p.135-40, 1993.
11. Ricaurte, G.A., Tucker, S.B., Waxman, S.G. Thalamic hemorrhage with neglect and memory disorder. *J. Neurol. Sci.*, v.75, p.105-12, 1986.

Recebido para publicação: 05/02/2000

Aceito para publicação: 17/10/2000