

HEMINEGLIGÊNCIA: UM ESTUDO DE CASO

Raquel Aparecida Napolitano¹
Thais Pauline Triaca²

NAPOLITANO, R. A.; TRIACA, T. P. Heminegligência: um estudo de caso. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar, Umarama*, v. 11, n. 2, p. 137-143, maio/ago. 2007.

RESUMO: Uma das conseqüências comuns resultantes do acidente vascular encefálico do hemisfério direito é a heminegligência, descrita como uma limitação na habilidade de direcionar, responder ou orientar-se frente a estímulos apresentados no lado oposto à lesão cerebral, freqüentemente manifestada através de sistemas sensoriais variados, incluindo os sistemas visual, somatosensorial e auditivo. É diagnosticada quando esta habilidade diminuída não pode ser atribuída a déficits motores ou sensitivos. Para se diagnosticar tal disfunção é necessário que se apliquem testes neuropsicológicos específicos. O estudo será o relato de caso da aplicação dos testes neuropsicológicos de heminegligência, em uma paciente hemiplégica à esquerda, após um acidente vascular encefálico há dez anos e a descrição de características clínicas da síndrome. Os dados foram coletados a partir da observação das respostas da paciente na aplicação dos testes. Foi identificada a presença de heminegligência na paciente em questão, pois esta apresentou certa incapacidade para responder a eventos ou estímulos do lado oposto à lesão cerebral. A heminegligência acarreta alterações de postura como a assimetria postural, prejudicando o processo de reabilitação.

PALAVRAS-CHAVE: Negligência hemiespacial; Acidente cerebrovascular; Testes neuropsicológicos.

HEMISPATIAL NEGLECT: A CASE REPORT

ABSTRACT: One of the most common consequences of right cerebrovascular accident is the hemispacial neglect, described as a limitation in the ability to direct, answer, or orient before stimuli presented in the opposite side of the brain injury, often revealed through varied sensorial systems such as the visual, somatosensory, and auditory. It is diagnosed when this decreased ability cannot be assigned to either sensitive or motor deficits. Diagnostic when this motor or sensitive diminished ability cannot be attributed deficit. In order to diagnose such dysfunction, it is necessary to apply specific neurophysiologic tests. This study is a report on the application of the hemispacial neglect neurophysiologic tests in a patient with left hemiplegia after a 10-yr cerebrovascular accident, and the description of the clinical characteristics of the syndrome. Data were collected by observing the patient's responses to the tests. Hemispacial neglect was identified for the patient as it presented certain incapacity to respond to either events or stimuli on the opposite side of the brain injury. Hemispacial neglect results in changes of posture such as the postural asymmetry not favoring the rehabilitation process.

KEYWORDS: Hemispacial Neglect; Perceptual Disorders; Cerebrovascular Accident; Neuropsychological Tests

Introdução

Leitão e Leitão (2006) descrevem o acidente vascular cerebral (AVC) como uma doença neurológica que mais freqüentemente acomete o sistema nervoso e principal causa de incapacidades físicas e mentais, sendo vulgarmente chamado de “derrame cerebral”. É uma doença de início súbito, caracterizada pela falta de irrigação sanguínea em um determinado território cerebral, causando morte de tecido cerebral. Pode ser secundário à oclusão de alguma artéria (isquêmico), como, a embolia cerebral, ou a um sangramento (hemorrágico), como, o aneurisma cerebral.

Davies (1996) ressalta que, quando o indivíduo é acometido por um AVC, podem ocorrer lesões em qualquer porção do cérebro, no entanto, todo o cérebro sofre perdas de comunicação com a porção lesada. Sendo assim, as porções normais passam a ser privadas dos estímulos a partir da área danificada e também ficam sujeitas a mensagens anormais e informações erradas, fazendo com que a vítima do derrame tenha dificuldades importantes em ambos os lados do corpo, que se estenderão, em certo grau, a todas as funções do cérebro.

Para Leitão e Leitão (2006), os acidentes

vasculares cerebrais deixam seqüelas graves e incapacidades das funções motoras, da fala e linguagem, visuais e psicológicas, que podem ainda associar-se a doenças concomitantes e complicações clínicas que dificultam a reabilitação do paciente.

Dentre essas complicações, encontra-se a heminegligência ou síndrome da negligência unilateral, caracterizada, de acordo com Moura e Silva (2005), como um distúrbio neuropsicológico complexo e refere-se à inabilidade do indivíduo em registrar, integrar ou responder a eventos provenientes do hemicorpo ou hemiespaço contralateral à lesão cerebral, cuja principal etiologia é o acometimento da região têmporo-parietal, responsável pela atenção e exploração do espaço, do hemisfério cerebral não dominante, ocasionado geralmente por um AVC.

De acordo com Silva e Takeshita (2007), lesões no lobo parietal do hemisfério cerebral não dominante, geralmente o direito, na maioria dos indivíduos, acarretam alterações de percepção, relacionadas às distorções visuo-espaciais, distúrbios de imagem corporal, negligência unilateral e outros tipos de ataxia. Cerca de 40% dos pacientes acometidos por AVC apresentarão distúrbios de percepção, caracterizados por essa heminegligência, comprometendo sua capacidade

¹Docente da disciplina de fisioterapia em neurologia do curso de fisioterapia da faculdade Ingá –UNINGÁ. Endereço: Rua Coriolano Gomes Palmeira, 160 Apto 61. Jardim Paulistano. Presidente Prudente –São Paulo. Cep: 191013-790. Email: raquelnapo@hotmail.com

²Discente do curso de fisioterapia da faculdade INGÁ-UNINGÁ) - E-mail: thaistriaca@hotmail.com

de recuperação.

Silva e Martins (2000) relatam que a negligência unilateral afeta a área espacial e de esquema corporal, causando prejuízos à percepção. De acordo com Davies (1996), se algum problema com a percepção passar despercebido, ele pode levar à sobrecarga, frustração ou abandono, depressão ou neurose, podendo levar ao impedimento de muitas situações de comunicação e desenvolvimento adicionais, pois a capacidade do paciente de perceber os estímulos que chegam ao seu lado esquerdo estará reduzida em todas as modalidades perceptuais.

Segundo Moura e Silva (2005), tal disfunção irá acarretar a negligência visuo-espacial, fazendo com que o indivíduo realize uma análise e exploração deficiente do espaço, desconsiderando objetos localizados no lado oposto à lesão cerebral e negando os segmentos do hemicorpo comprometido, promovendo certas mudanças em suas atividades de vida diária, demonstrando negligência para vestir-se, barbear-se, pentear-se, maquiagem a hemiface, ignorando o alimento localizado da metade esquerda do prato e falhas ao pegar objetos do lado negligente.

O indivíduo pode também apresentar negligência para desenhar, ler e escrever da seguinte forma: ele explora mal o espaço do papel quando desenha ou escreve, desenha partes do lado direito e não as do lado esquerdo, quando lê, começa do meio e segue para o lado direito e por isso as frases lidas podem parecer sem sentido, no entanto, estas manifestações não aparecem necessariamente no mesmo paciente.

Silva e Martins (2000) complementam que, juntamente com a heminegligência, podem coexistir outros déficits, como alterações comportamentais do lobo frontal, perda do controle emocional, diminuição da motivação, distúrbios de memória, principalmente retrógrada, acompanhados de confabulação.

Os sintomas da heminegligência englobam ignorar o hemicorpo contralateral à lesão cerebral, não responder a estímulos auditivos, visuais e táteis na área negligente, não direcionar o olhar para o lado da inatenção e não atender pessoas ou eventos. Estas anormalidades podem ainda estar acompanhadas de hemianopsia ou, ainda, algum déficit sensitivo, fazendo com que o paciente não enxergue objetos localizados no campo visual lesado, sem compensar esse déficit com movimentos da cabeça.

Sendo assim, Silva e Martins (2000) e Moura e Silva (2005) classificam a negligência da seguinte forma:

- Heminatenção - o indivíduo não responde a estímulos do lado contralateral a lesão.
- Negligência visual - o paciente ignora estímulos visuais no hemiespaço negligente.
- Extinção tátil e visual - quando estimulado bilateralmente, reconhece apenas o hemicorpo não afetado.
- Hipocinesia ou extinção motora: ocorre

uma diminuição da movimentação do hemicorpo acometido.

Silva e Martins (2000) e Moura e Silva (2005) relatam que a síndrome da heminegligência está associada a prejuízos funcionais que influenciam o processo de reabilitação do paciente, principalmente nas atividades de vida diária e na deambulação.

Silva e Takeshita (2007) ressaltam que a dificuldade da recuperação em pacientes com heminegligência ocorre, porque, estes indivíduos desconhecem as suas dificuldades e não iniciam espontaneamente o emprego de estratégias compensatórias.

De acordo com Anastasi e Urbina (2000), é necessária a combinação de testes neuropsicológicos para se avaliar diferentes habilidades e déficits. Estes testes podem diferenciar síndromes específicas associadas à patologia cerebral, podendo ajudar a planejar treinamentos de reabilitação, ao revelar o tipo e a extensão específica de déficits comportamentais.

Através de testes padronizados é possível observar, após uma lesão cerebral, em uma fase aguda, que as habilidades funcionais se correlacionam com negligência durante exploração visual. Apesar de a heminegligência ter resolução na maioria dos indivíduos, muitos apresentam certa limitação na realização das atividades de vida diária (TSUKIMOTO; VALESTER, 2007).

Vários testes de avaliação de heminegligência têm sido desenvolvidos durante as últimas décadas. Muitos desses testes são de papel e caneta e avaliam a relação espacial (APPELLERONS et al., 2003).

O objetivo deste estudo foi o diagnóstico de heminegligência, além de apresentar a descrição de características clínicas a partir de um relato de caso.

Relato de caso

Este estudo tem como objetivo avaliar a presença da síndrome da heminegligência, através da aplicação dos testes neuropsicológicos de heminegligência em uma paciente hemiplégica há 10 anos, decorrente de um acidente vascular cerebral.

Paciente do gênero feminino, com 56 anos, ex-professora, ex-tabagista e hipertensa. Apresenta um quadro motor de hemiplegia completa, desproporcionada com predomínio braquial à esquerda, necessitando de bengala como apoio auxiliar na marcha, que executa anteriorizando o hemicorpo direito e inclinando o pescoço à esquerda e rodando a cabeça à direita.

A sensibilidade superficial e profunda em hemicorpo esquerdo demonstrou algumas alterações quanto à dor, leve toque (hipoestesia) e esteriognosia. Os demais testes de sensibilidade não demonstraram nenhuma alteração.

Nas aquisições motoras, a paciente não é capaz de rolar para a esquerda e necessita de auxílio para rolar

à direita, esquecendo-se sempre do membro superior esquerdo ao rolar. Em ortostatismo ou em decúbito dorsal, permanece com inclinação de tronco à direita, ou seja, não possui percepção corporal para se manter em simetria.

Foi realizada a avaliação com testes neuropsicológicos específicos de Minnessota, para avaliar heminegligência, propostos por Silva e Martins (2004). Esse teste consiste em dez atividades em folhas de papel sulfite propostas a paciente.

A paciente foi posicionada sentada em uma cadeira de frente para uma mesa. As folhas de papel eram posicionadas à frente da paciente, que recebia os comandos verbais do avaliador.

Inicialmente foi entregue à paciente uma folha de papel sulfite com linhas horizontais previamente desenhadas. A paciente foi orientada a sublinhar as linhas horizontais que encontrasse.

Na segunda atividade, a folha sulfite continha três conjuntos de três linhas horizontais, de aproximadamente 5 cm cada, dispostas uma embaixo da outra. O primeiro conjunto se localizava na margem superior direita da folha, o segundo no meio da folha e o terceiro na margem inferior da folha. A paciente foi orientada a fazer cópia das linhas horizontais que visualizava na folha sulfite.

A terceira atividade chama-se intersecção de linhas. A folha do teste continha do lado direito e do lado esquerdo, quatro linhas horizontais separadas por cinco centímetros uma da outra. A paciente foi orientada a fazer riscos horizontais sobre as linhas que visualizava na folha.

A quarta atividade é conhecida como Labirinto de Minnessota: a paciente foi orientada a ligar com um traço uma personagem desenhada no canto superior direito da folha, pelo labirinto, até a casa desenhada no canto inferior esquerdo.

Na quinta atividade a paciente recebeu uma folha com várias consoantes e vogais distribuídas aleatoriamente, em colunas horizontais, escritas em toda a folha. A paciente foi instruída a localizar e circular as vogais "A" que estavam escritas no papel sulfite em meio as outras letras escritas na folha. Esse teste avalia a orientação espacial.

Na sexta atividade a paciente foi orientada a ler e executar as ações das frases contidas na folha sulfite. A primeira frase era: Levante o braço e estava escrita no centro da folha sulfite. A segunda frase estava abaixo da primeira e dizia: Aponte o queixo e feche os olhos. A terceira frase estava abaixo da segunda e dizia: Aponte o peito, levante a mão e dê adeus.

Na sétima atividade, a paciente deveria ler, em voz alta, as palavras compostas que ela fosse capaz de visualizar escritas na folha. As palavras foram dispostas aleatoriamente na folha sulfite.

Na oitava atividade a paciente recebeu uma folha sulfite em branco. Foi solicitado que ela escrevesse algo na folha, ocupando-a de maneira uniforme.

Na nona atividade, foi entregue à paciente uma folha sulfite, solicitando-lhe que desenhasse um relógio no terço superior da folha, uma flor no terço médio da folha e uma pessoa no terço inferior da folha, sempre explorando o espaço da folha sulfite por inteiro.

A última atividade foi de orientação direita-esquerda. Essa atividade era composta de duas etapas. Na primeira o examinador lia as seguintes frases: mostre-me a sua mão direita; mostre-me o seu olho esquerdo; mostre-me sua orelha direita; mostre-me sua mão esquerda; toque sua orelha direita com sua mão direita; toque seu olho esquerdo com sua mão direita; toque seu olho direito com sua mão direita; toque sua orelha esquerda com a sua mão direita; toque seu joelho direito com sua mão direita; toque seu olho esquerdo com sua mão direita e toque seu olho direito com a sua mão direita. A paciente deveria seguir essas ordens identificando as partes do seu corpo. A cada acerto na identificação a paciente recebia um ponto.

Na segunda etapa a paciente deveria identificar os segmentos corporais do examinador que se posicionava à sua frente, dizendo as seguintes ordens: aponte meu olho esquerdo; aponte minha perna direita; aponte minha orelha direita; aponte minha mão direita; aponte com sua mão direita minha orelha direita; aponte com sua mão direita meu olho direito; aponte com sua mão direita meu ombro esquerdo e aponte com sua mão direita meu olho esquerdo. A cada acerto na identificação a paciente recebia um ponto.

Resultado e Discussão

Segundo Pérennou (2006), pacientes com heminegligência mostram uma postura dramaticamente incapacitante, devido a problemas na orientação com relação à gravidade e estabilização do corpo. Isso pode ser causado parcialmente por fenômenos da gravidade e das informações visuais que servem para o controle postural. Existência dessas desordens no esquema corporal estão provavelmente envolvidas, especialmente na explicação da assimetria na descarga de peso em ortostatismo e na dificuldade de coordenação postural dos outros segmentos corpóreos durante a estabilização em ortostatismo. Essas alterações posturais são características da paciente do estudo, visto que apesar de deambular, a paciente não é capaz de rolar para a esquerda e necessita de auxílio para rolar à direita, esquecendo-se sempre do membro superior esquerdo ao rolar. Em ortostatismo ou em decúbito dorsal, permanece com inclinação de tronco à direita, ou seja, não possui percepção corporal para se manter em simetria.

De acordo com os testes neuropsicológicos aplicados, foi possível perceber diversas situações que evidenciam a heminegligência.

Na primeira atividade, a paciente foi capaz de pintar todas as linhas dispostas horizontalmente na

folha, pois sua cabeça encontrava-se com inclinação à esquerda e rotação à direita, facilitando assim a percepção de um maior campo visual. Nos outros testes a cabeça da paciente foi posicionada de maneira simétrica, na linha média. Observamos que a paciente não conseguiu perceber as linhas à esquerda da segunda atividade, indicando a não visualização ou a negligência das informações contidas à esquerda do papel.

Observou-se, na terceira atividade, que a paciente visualizou as linhas presentes à direita, confirmando os resultados obtidos na atividade de intersecção de linhas.

Na quarta atividade a paciente foi orientada a ligar com o traço o personagem até a casa desenhados na folha sulfite, mas a paciente não foi capaz de identificar o início do labirinto ou de encontrar a personagem que se encontravam à esquerda da folha referindo não haver caminho a ser realizado até a casa.

Na quinta e na sexta atividade, que avaliavam a orientação espacial em relação à leitura, a paciente não identificou as vogais no lado esquerdo do papel e também não foi capaz de ler o início das frases escritas no papel sulfite, lendo apenas as palavras braço, olhos e dê adeus das frases escritas na folha do lado direito, demonstrando uma importante negligência visuoespacial do lado esquerdo.

Na sétima atividade a paciente confirmou os resultados da atividade anterior, lendo apenas as palavras escritas no lado direito da folha.

Na oitava atividade, ao ser solicitada para escrever algo de sua escolha em uma folha em branco e que ocupasse todo o espaço da folha de sulfite, a escrita ficou totalmente lateralizada à direita.

Negligenciou também o espaço esquerdo da folha durante a nona atividade, desenhando uma flor, um relógio e uma pessoa somente na margem direita da folha sulfite. A flor apresentava menos pétalas no lado esquerdo, comprovando a negligência pela deficiência de detalhes desse lado da flor. O desenho da pessoa tinha um braço direito muito maior do que o esquerdo, possivelmente demonstrando a sensação da paciente de assimetria, em que visualiza o membro superior direito maior e mais funcional que o membro superior plégico.

Os resultados dos testes descritos anteriormente estão de acordo com a afirmação feita por Kartz et al. Em 1999. Afirmaram que a heminegligência é uma síndrome multifatorial que inclui diversos prejuízos como nos mecanismos repensáveis em manter a atenção em alvos, distorção na representação espacial e dificuldade de localizar estímulos e alvos.

Na décima atividade que propunha que a paciente identificasse segmentos do seu corpo e posteriormente do examinador, se não errasse nenhum comando solicitado receberia 20 pontos, no entanto obteve 17, pois apresentou discreta dificuldade em apontar segmentos no corpo do examinador, demonstrando o déficit discreto de discriminação

direita-esquerda.

A paciente apresentou outros fatores que indicaram a heminegligência como a heminatenção, a negligência visual a hipoestesia tátil e a extinção motora, conforme os dados descritos por Silva e Martins (2000) e Moura e Silva (2005).

Azouvi et al., em 2006, afirmaram que a avaliação da heminegligência é feita através de uma bateria de testes padronizados quantitativos. Alguns pacientes podem apresentar significância clínica de heminegligência no dia-a-dia e obter performance normal nos testes de papel e caneta. Isso realça a necessidade de se usar o comportamento na avaliação da heminegligência. Observa-se que a paciente em questão apresenta significância clínica de heminegligência no dia-a-dia e uma performance alterada nos testes. A partir de todos esses resultados foi possível identificar a presença de heminegligência na paciente.

Conclusão

Conclui-se, a partir deste estudo, que o indivíduo avaliado apresenta a síndrome da negligência, podendo estar associada a um déficit visual, acarretando alterações de postura e dificuldades em suas atividades funcionais de vida diária, sendo importante visar simetria corporal e a facilitação dos movimentos do hemicorpo afetado na reabilitação.

Como a heminegligência é uma alteração comum em hemiplégicos, seria fundamental uma forma de se evitar que essas características se agravem, dificultando a reabilitação. É necessária a realização de mais pesquisas sobre o assunto, a fim de facilitar e informar melhor os profissionais envolvidos na reabilitação destes pacientes sobre as implicações clínicas da heminegligência.

Referências

- ANASTASI, A.; URBINA, S. **Testagem psicológica**. 7. ed. São Paulo: Artmed, 1997.
- APELRONS, P. et al. Assessing unilateral neglect: short comings of standart test methods. **Disability e Rehabilitation**, v. 9 p. 473-479, 2003.
- AZOUVI P. et al. A battery of tests for the quantitative assessment of unilateral neglect. **Restor. Neurol. Neurosc.** v. 24 n. 4-6, p. 273-285, 2006.
- DAVIES, P. **Passos a seguir: um manual para o tratamento da hemiplegia no adulto**. São Paulo: Manole, 1996.
- KARTZ N. et al. Funcional disability and rehabilitation outcome in righthemisphere damage patients with and without unilateral saptial neglect. **Arch. Phys. Med. Rehabil.** v. 80, p. 379-384, 1999.
- LEITÃO, R.; LEITÃO, A. **Medicina de reabilitação manual prático**. Rio de Janeiro: Revinter, 2006.

MOURA, E.; SILVA, P. **Fisioterapia: aspectos clínicos e práticos da reabilitação**. Rio de Janeiro: Artes Médicas, 2005.

PÉRENNOU D. Postural disorders and spatial neglect in stroke patients: A strong association. **Restor. Neurol. Neurosc.** v. 24, n. 4-6, p. 319-34, 2006.

SILVA, B.; TAKESHITA, S. **Implicações da negligência unilateral no tratamento fisioterapêutico de indivíduos com seqüela de acidente vascular encefálico**. Disponível em: <<http://www4.univali.br/uploads/g4a16fmd300z3ql.doc>>. Acesso em: 05 mar. 2007.

SILVA, C.; MARTINS, J. Negligência unilateral: implicações no processo de reabilitação. **Revista de Fisioterapia da Universidade de São Paulo**, v.7, n.1/2, p.16-24, jan. 2000.

TSUKIMOTO, D.; VALESTER, G. **A influência da negligência unilateral no desempenho de atividades de vida cotidiana – relato de 3 casos**. Disponível em: <<http://www.actafisiatrica.org.br/Actafisiatrica1>>. Acesso em: 02 mar. 2007.

Recebido em: 17/05/2007

Aceito em: 17/10/2007

Received on: 17/05/2007

Accepted on: 17/10/2007

U N I V E R S I D A D E P A R A N A E N S E

PÓS-GRADUAÇÃO
S T R I C T O S E N S U

MESTRADO EM BIOTECNOLOGIA APLICADA À AGRICULTURA

RECOMENDADO PELA CAPES

PÚBLICO ALVO:

Graduados em Farmácia, Biologia, Agronomia, Medicina Veterinária, Química, Engenharia de Alimentos, Tecnologia de Alimentos e áreas afins reconhecidas pelo MEC.

LINHAS DE PESQUISA:

1. Biotecnologia Aplicada à Microbiologia Agrícola;
2. Biotecnologia Aplicada ao Melhoramento Vegetal;
3. Coleta, Caracterização e Conservação de Germoplasma.

INSCRIÇÕES ABERTAS

AULAS:

- **Sextas-feiras**, das 19h às 23h, e **sábados**, das 8h às 18h.
- Local: Unipar – Campus de Umuarama (Sede)*.

INFORMAÇÕES:

Secretaria de Pós-Graduação *Stricto Sensu*
da UNIPAR-Umuarama (Sede)

Horário: das 9 às 18 horas, de segunda à sábado
(44) 3621.2885

e-mail: mtdbiotecnologia@unipar.br

www.unipar.br

*Algumas aulas serão na Unipar - Campus Cascavel e Toledo.

