

**RELATO  
DE CASO****A influência da negligência unilateral no desempenho de atividades de vida cotidiana – relato de 3 casos****The influence of unilateral neglect in the performance of activities of daily living - report of 3 cases**

Denise Rodrigues Tsukimoto<sup>1</sup>, Gabriela Antunes Valester<sup>1</sup>

**RESUMO**

A negligência unilateral é descrita como uma limitação na habilidade de direcionar, responder ou orientar-se frente a estímulos apresentados no lado oposto ao da lesão cerebral, freqüentemente se manifestando através de sistemas sensoriais variados, incluindo os sistemas visual, somatosensorial e auditivo e é diagnosticada quando esta habilidade diminuída não pode ser atribuída a déficits motores ou sensitivos. O objetivo deste estudo é analisar e discutir as implicações deste acometimento influenciando o desempenho das atividades de vida cotidiana, através da realização de três relatos de caso e análise da atividade de alimentação, resultando no desenvolvimento de uma versão inicial de um protocolo para análise de atividade específica para quadros de negligência unilateral.

**PALAVRAS CHAVE**

Terapia Ocupacional, atividades de vida diária, desempenho psicomotor, acidente vascular encefálico, negligência hemi-espacial, avaliação e desempenho de tarefas, avaliação ecológica.

**ABSTRACT**

Unilateral neglect is described as a impaired ability to attend, respond, or orient to stimuli presented to the side opposite a brain lesion, frequently occurring across various sensory systems, including the visual, somatosensory, and auditory systems and it is diagnosed when this impaired ability cannot be attributed to sensory or motor deficits. The aim of this study is to analyze and discuss the important implications of this condition affecting the performance of activities of daily living, through three case reports and analysis of the activity of feeding, resulting in the development of an initial version of a protocol for activity analysis specific for patients with unilateral neglect.

**KEYWORDS**

Occupational therapy, activities of daily living, perceptual motor performance, stroke, hemispacial neglect, task performance and evaluation, ecological evaluation

Recebido em 24 de Junho de 2005, aprovado em 21 de Novembro de 2005.

<sup>1</sup> Terapeuta Ocupacional da Divisão de Medicina de Reabilitação

Endereço para correspondência:

DMR HC FMUSP - Divisão de Medicina de Reabilitação.  
Rua Diderot, 43 Vila Mariana, São Paulo SP  
CEP: 04116-030

## Introdução

O acidente vascular encefálico (AVE) é importante causa de morte nos países em desenvolvimento e a principal causa de incapacidade física e mental<sup>1</sup>.

Uma das conseqüências bastante comuns resultantes do acidente vascular encefálico do hemisfério direito é a negligência unilateral (NU). Estudos mostram que a incidência pode ser maior que 90% em pessoas com lesões no hemisfério direito, dependendo do critério diagnóstico utilizado. Uma pequena porcentagem de pessoas com lesão no hemisfério esquerdo apresentam negligência unilateral<sup>2</sup>.

As primeiras descrições da NU datam de 1876 e 1883, e esta tem sido definida como uma limitação na habilidade de direcionar, responder ou orientar-se a estímulos apresentados no lado oposto ao da lesão cerebral, freqüentemente se manifestando através de sistemas sensoriais variados, incluindo os sistemas visual, somatossensorial e auditivo; e é diagnosticada quando esta habilidade diminuída não pode ser atribuída a déficits motores ou sensitivos<sup>3,4</sup>.

A NU, também denominada negligência espacial, negligência hemi-espacial ou hemi-inatenção, refere-se a uma assimetria espacial patológica no desempenho ou consciência em relação a si mesmo e sua interação com o espaço extrapessoal, gerando uma deficiência para a ação no lado oposto ao da lesão cerebral. Possui base atencional, e não se trata de uma alteração da visão e das aferências somestésicas<sup>5</sup>.

Apesar de ser descrita como um fenômeno homogêneo, investigadores têm afirmado que a negligência inclui uma série de distúrbios, assim como as afasias, que têm sido coletivamente referidos como “negligência unilateral” e são consideravelmente diversos e podem ter diferentes bases neurofisiológicas. Isto leva a um grande impedimento para o desenvolvimento de padrões para diagnosticar e reportar a NU<sup>6</sup>.

Entretanto a falta de definições padronizadas para NU não diminui a importância clínica que ela tem em relação ao desempenho nas atividades cotidianas e sua retomada. Embora a NU possa ocorrer com quase todas as doenças que envolvem lesão cerebral estrutural, ela tem sido mais freqüentemente avaliada e estudada após AVE, e tem sido associada com prejuízos na recuperação funcional após lesão cerebral com mais freqüência do que outras alterações cognitivas<sup>5</sup>.

Testes padronizados de negligência durante exploração visual se correlacionam com prejuízo na recuperação de habilidades funcionais em fase aguda, após lesão cerebral. Embora a NU tenha resolução na maioria dos indivíduos, muitos permanecem com limitação crônica durante a realização das atividades de vida cotidiana, sendo que outras alterações associadas com a NU podem contribuir para a dificuldade em readquirir independência funcional. A contribuição da NU para a capacidade funcional e sua relação com outras alterações cognitivas após AVE ainda permanece indefinida<sup>5</sup>.

Tem-se ainda que os pacientes com NU geralmente não se encontram conscientes de suas dificuldades e não iniciam espontaneamente o emprego de estratégias compensatórias, limitando as possibilidades de recuperação<sup>5</sup>. A medida em que o paciente se torna incapaz de orientar a atenção para um dos seus hemi-espacos

ou hemisfério, apresentará dificuldades quanto à alimentação, vestuário, higiene, leitura, enfim, se estabelece uma distorção na ação e na forma como percebe a si mesmo e seu ambiente extrapessoal, o que contribuirá para uma dificuldade em realizar as tarefas cotidianas de modo geral, influenciando todo o seu contexto de vida.

## Objetivos

Este estudo tem como objetivo principal apresentar três relatos de caso, visando verificar as implicações práticas decorrentes da negligência unilateral na realização das atividades de vida cotidiana e a repercussão destas na autonomia e independência dos sujeitos acompanhados.

## Métodos

Relato de caso de 3 pacientes portadores de negligência unilateral após acidente vascular encefálico identificados com idade a partir de 50 anos, em tratamento interdisciplinar de reabilitação, indicados pelo terapeuta ocupacional que acompanha cada caso, considerando-se a faixa etária de maior incidência de AVE.

Não foi aplicado nenhum método diagnóstico específico para NU nesta pesquisa, visto que os sujeitos selecionados já possuíam histórico do quadro de negligência, com base na avaliação clínica realizada por médico fisiatra e avaliação clínica realizada pelo terapeuta ocupacional responsável pelo paciente. Além disso, de modo complementar, foi possível comparar as descrições da literatura sobre as manifestações da NU com os resultados da análise da atividade de alimentação e informações obtidas nas entrevistas com paciente, cuidador e terapeuta.

Considerou-se ainda que as variáveis referentes a sexo, condição sócio-econômica e escolaridade não têm influência direta na pesquisa a ser realizada.

### Descrição dos procedimentos:

- Contato inicial, por intermédio de terapeutas ocupacionais que acompanhavam os sujeitos no processo de reabilitação e coleta da história recente após AVE, através de entrevistas semi-estruturadas com os sujeitos acompanhados, visando obter dados relativos à sua experiência de conviver com a negligência unilateral e a influência da mesma no desempenho nas atividades de vida cotidiana.

- Análise de atividade e observação da pessoa que apresenta negligência unilateral durante a realização da atividade de vida diária de ALIMENTAÇÃO, podendo observar como a negligência unilateral se manifesta na prática desta atividade.

- Entrevistas semi-estruturadas com terapeutas ocupacionais envolvidos nos casos em questão e cuidador, para obter maiores informações que puderam ajudar a compor os relatos de caso, sendo que as informações coletadas serviram de base para traçar a evolução do caso ao longo do tempo, sendo possível observar mudanças referentes ao desempenho nas atividades e a forma como o sujeito foi capaz lidar com as manifestações da NU e suas implicações.

As entrevistas semi-estruturadas, neste caso, referem-se a três diferentes questionários com perguntas definidas, sendo cada um

voltado respectivamente para o sujeito, o cuidador e o terapeuta ocupacional responsável, que puderam respondê-las de acordo com sua vivência pessoal e experiência profissional, sem a necessidade de respostas predefinidas ou padronizadas.

Tanto as entrevistas como as observações foram realizadas em sessões de 30 minutos a uma hora de duração. As entrevistas foram gravadas e armazenadas para posterior análise dos dados. A atividade de alimentação foi dividida em três momentos principais: as ações preliminares, o ato de comer e a finalização da atividade.

As ações preliminares se referem à preparação para o ato de comer, e englobam desde o posicionamento no local onde ocorrerá a refeição, a organização dos utensílios necessários, descrição do tipo de alimentos, e o ato de servir-se, considerando a forma como esta atividade seria realizada previamente à lesão, de acordo com os hábitos dos sujeitos.

O ato de comer em si envolve de modo geral, a manipulação dos utensílios, aspectos motores e percepto-cognitivos, organização e planejamento da ação e o modo de agir frente a esta atividade e sua execução. Em relação à finalização da atividade, observa-se como o sujeito conclui a ação e em que momento isto acontece.

## Resultados

Através dos relatos de caso e observação e análise da atividade de alimentação, foi possível um maior entendimento das implicações que a NU traz para as atividades de vida cotidiana dos sujeitos de um modo geral. Ou seja, a análise desta atividade possibilitou a observação de elementos importantes da NU que influenciam o fazer do sujeito como um todo. Entre eles, a forte influência da NU na performance motora e na postura e posicionamento do indivíduo; a dificuldade de planejamento, organização e execução da ação; o déficit de atenção voluntária e a necessidade de constante estimulação e direcionamento por parte do cuidador ou terapeuta durante a realização das tarefas.

Durante toda a atividade, foram observados aspectos relacionados a NU, como: envolvimento do hemicorpo afetado na atividade, exploração do hemi-espaço do lado afetado, direcionamento da atenção para este lado, e a necessidade ou não de estímulos (verbais, táteis, visuais). Além disso, foi possível desenvolver um Roteiro de Análise de Atividades específico para os quadros de Negligência Unilateral relatados, que permitiu uma avaliação mais específica das atividades cotidianas de modo geral, e que poderá ser aprimorado e aplicado em estudos futuros. (O roteiro de análise da atividade de alimentação e o roteiro de análise de atividades encontram-se em anexo)

Notou-se que de maneira geral, a presença da NU se manifesta de modo semelhante nos diferentes sujeitos, influenciando de modo significativo o desempenho dos mesmos nas atividades de vida cotidiana, que englobam as atividades de vida diária, prática, de trabalho e lazer; repercutindo diretamente no grau de autonomia e independência desses sujeitos.

Pode-se também constatar a importância da qualidade dos cuidados direcionados a esses sujeitos por familiares, cuidadores e profissionais de reabilitação, que desempenham um papel essencial

no processo de conscientização a respeito deste comprometimento e a utilização de estratégias compensatórias ou outras ações que visam minimizar essas dificuldades por parte do paciente.

As principais diferenças entre os pacientes estudados se referem a forma como estes, seus familiares e cuidadores compreendem e atribuem as manifestações da NU e o grau de conscientização em que se encontram, que interfere diretamente na realização das atividades cotidianas de diferentes formas.

### Caso 1

Dados pessoais: 60 anos, sexo masculino, casado, 4 filhos, reside com esposa. Hemiparesia: esquerda

Situação trabalhista: aposentado

Patologias associadas: HAS

Tempo de lesão: 3 anos e 5 meses

Etiologia do AVE: HAS

Localização da lesão: hemisfério direito

Cuidador principal: esposa

Períodos considerados para descrição do caso: avaliação de terapia ocupacional (TO) inicial - 9 meses; 24 meses; e 41 meses após AVE

Inicial: O paciente necessitava de auxílio durante toda a atividade de alimentação, com dificuldade em responder a estímulos fornecidos pelo cuidador, apresentando um elevado grau de dependência para a realização da mesma. Apresentava também alterações posturais mantendo inclinação do corpo para o lado não hemiplégico, sem distribuição adequada do peso corporal com posicionamento inadequado para a realização desta atividade. Não demonstrava percepção a respeito de suas dificuldades, com baixo grau de conscientização, prejudicando o estabelecimento de ações visando a superação das dificuldades.

24 meses pós-AVE: O paciente conseguia realizar parte da atividade, porém apenas com auxílio de estimulação por parte do cuidador e terapeuta. Comia o alimento localizado do lado direito do prato, sem consciência de que poderia haver alimento restante do lado oposto. Incapaz de finalizar a atividade sem direcionamento do cuidador. Ao temperar os alimentos, o fazia apenas do lado direito. Melhora no posicionamento/postura durante a realização da atividade, aumento do grau de conscientização a respeito de suas dificuldades iniciando o emprego de estratégias compensatórias.

41 meses pós-AVE: Durante a atividade de alimentação ainda come principalmente o alimento localizado no lado direito do prato, deixando um pouco de sobra, mas tem a consciência de que ainda pode haver alimento do lado esquerdo. Muitas vezes ainda é necessário o comando verbal, mas gradativamente vem utilizando uma estratégia trabalhada nos atendimentos de TO, que consiste em desconfiar de que pode estar faltando algo do lado esquerdo para que a atividade seja completada. Ao temperar o alimento continua colocando menos tempero do lado esquerdo, precisando ser orientado verbalmente. Foi possível observar que uma das

estratégias utilizadas para auxiliar em suas atividades diárias é a de sempre começar a atividade pelo lado esquerdo. Também se percebe uma importante mudança em relação a sua autonomia e independência nesta atividade, sendo que a necessidade de ajuda está restrita a alguns comandos verbais para orientar a atenção para o lado negligenciado. O paciente realiza a atividade de modo independente, inclusive para cortar os alimentos, utilizando uma faca adaptada, o que não acontecia há 3 anos atrás. A postura também apresenta grandes mudanças, mantendo-se ereto com maior controle do equilíbrio do tronco e distribuição do peso corporal. Conforme avaliado através da análise das atividades, análise clínica do terapeuta e opiniões do paciente e do cuidador, possui um bom grau de conscientização a respeito de suas dificuldades e mostra-se bastante ativo no processo de reabilitação.

## Caso 2

Dados pessoais: 74 anos, sexo feminino, viúva, 3 filhos, reside com irmãos. Hemiparesia: esquerda + afasia  
 Situação trabalhista: aposentada  
 Patologias associadas: HAS  
 Tempo de lesão: 1 ano e 5 meses  
 Etiologia do AVE: AVE múltiplo após cirurgia cardíaca  
 Localização da lesão: hemisfério direito e esquerdo  
 Cuidador principal: auxiliar de enfermagem  
 Períodos considerados para descrição do caso: avaliação de TO inicial -14 meses e 17 meses após AVE

Inicial: O paciente encontrava-se dependente para realização das atividades cotidianas e inclusive deixou de realizar algumas delas, como atividade de lazer, por exemplo. Negligenciava totalmente o hemicorpo e hemi-espaco esquerdos, não voltando a atenção para este lado. Muitas vezes não conseguia proteger os membros durante a locomoção e freqüentemente ocorriam colisões com mobiliário ou portas. Apesar de possuir condições motoras para utilizar os membros superiores e inferiores em determinadas atividades, não possuía a iniciativa de fazê-lo em nenhuma delas, com prejuízo na realização de atividades bimanuais e atividades mais amplas, que envolviam a exploração do campo visual e hemi-espaco esquerdo, repercutindo no grau de independência nas atividades em geral. Atribuía suas dificuldades a uma suposta perda de memória e o cuidador relatava a percepção de que a paciente parecia ser distraída e muito confusa ao realizar determinadas atividades, como comer ou se vestir.

17 meses pós-AVE: O paciente encontra-se em fase inicial de conscientização a respeito da NU, visto que ainda não tem a percepção total de suas dificuldades. Reconhece que necessita de auxílio para realizar as atividades cotidianas e que utiliza menos o hemicorpo esquerdo durante as mesmas, porém ainda não consegue identificar suas dificuldades de forma clara e também não atribui as mesmas a uma alteração específica, queixando-se ainda da suposta perda de memória. As características referentes às manifestações da NU ainda se encontram presentes, porém de forma

menos acentuada. Em alguns momentos necessita de estímulos para direcionar-se para o lado hemiplégico, em outros consegue ter a iniciativa de fazer isto sozinha. Permanece dependente para as atividades cotidianas, porém consegue auxiliar em parte das mesmas. O cuidador demonstra maior entendimento a respeito das dificuldades apresentadas pela paciente e consegue colaborar de modo mais eficaz no processo de reabilitação.

Durante a atividade de alimentação foi possível observar que a paciente não tem a percepção voluntária de que não está direcionando a atenção para o hemicorpo e hemi-espaco esquerdos, e isto somente ocorre se o cuidador apresenta comandos verbais ou estímulos táteis ou visuais. Somente utiliza estratégias compensatórias se lembrada e orientada pelo cuidador. Não consegue finalizar a atividade sem auxílio do cuidador.

## Caso 3

Dados pessoais: 74 anos, sexo masculino, casado, 2 filhos, reside com esposa. Hemiparesia: esquerda  
 Situação trabalhista: aposentado  
 Patologias associadas: HAS e diabetes  
 Tempo de lesão: 2 anos e 3 meses  
 Etiologia do AVE: HAS  
 Localização da lesão: hemisfério direito  
 Cuidador principal: esposa  
 Períodos considerados para descrição do caso: avaliação de TO inicial - 15 meses, 20 meses e 27 meses após AVE

Inicial: O paciente apresentava características bastante visíveis da presença da NU, como lateralização da cabeça para o lado não hemiplégico, dificuldade em responder ou orientar-se para o hemicorpo ou hemi-espaco esquerdos, dificuldade de exploração do campo visual; respondendo de modo negativo ao forma como as outras pessoas identificavam o seu modo de agir e perceber seu espaco extra-pessoal, demonstrando impaciência e até mesmo raiva quando questionado ou orientado sobre este aspecto. Demonstrava falta de percepção do hemicorpo esquerdo, principalmente o membro superior esquerdo, chegando a negar que a mão esquerda era parte de seu corpo. Ao utilizar o computador, por exemplo, que se tratava de uma atividade de seu interesse, referia que algumas teclas (que se encontravam do lado esquerdo) não existiam e que o teclado possuía algum defeito, não sendo possível escrever o que pretendia. Encontrava-se dependente para as atividades cotidianas necessitando de orientação constante, com prejuízo no desempenho das mesmas e na capacidade de autonomia.

20 meses pós-AVE: O paciente permanecia dependente para atividades cotidianas com necessidade de orientação constante, porém passou a responder de modo mais compreensivo ao lidar com suas dificuldades, seja durante a realização da atividade em si quando se deparava com impedimentos para a realização da mesma ou quando era alertado pelo cuidador ou terapeuta. Ou seja, passou a compreender melhor e aceitar o fato de que possuía dificuldades e que estas prejudicavam seu desempenho funcional, mostrando-se

mais receptivo para seguir as orientações dadas e com melhor participação durante os atendimentos no programa de reabilitação.

Vinte e sete meses pós-AVE: O paciente não possui consciência total de sua negligência, mas tem como referência a resposta que outras pessoas fornecem a ele sobre seu modo de agir e perceber a si e ao seu espaço extra-pessoal. Em alguns momentos consegue perceber dificuldades de modo voluntário, ao lidar com situações que já se repetiram e para as quais já vem utilizando estratégias compensatórias. Na atividade de uso do computador houve conscientização sobre o fato de que não se tratava de um teclado com defeito, mas sim de uma dificuldade resultante da NU. Assim, quando não encontra determinada letra, consegue perceber que não significa que aquela tecla não exista, mas sim que não está conseguindo percebê-la no teclado e realiza uma busca através de estímulo tátil e visual (varredura) até encontrá-la, dando assim continuidade à atividade.

Na atividade de alimentação não direciona a atenção para o lado esquerdo, quando não há a presença de estímulo constante e conhecido. Realiza o ato de comer de modo independente, porém não consegue finalizar a atividade sem auxílio do cuidador. Finaliza o ato de comer deixando a metade esquerda do prato com comida e somente através de estímulo verbal volta novamente a atenção para o prato e constata que ainda há alimento, deixando mais uma vez a metade esquerda da porção restante intocada, cessando novamente até novo estímulo. Neste caso é possível observar uma manifestação clássica da NU em que o sujeito age com se uma das metades do corpo ou do espaço extra-pessoal de fato não existisse, necessitando de orientação constante e redirecionamento da atenção para que consiga desempenhar a tarefa de modo satisfatório.

## Discussão

Existem muitas maneiras pelas quais a NU pode influenciar as atividades de vida cotidiana, mas ainda não há um entendimento preciso a respeito da consistência da NU durante estas atividades. Existe a necessidade de uma observação mais detalhada para o entendimento exato de como a NU afeta a funcionalidade do indivíduo, visto que existe uma grande variação nos resultados de instrumentos de avaliação funcional como a Medida de Independência Funcional e o Índice de Barthel, com relação a NU, sendo possível que outras alterações cognitivas se correlacionem melhor com estes instrumentos<sup>5</sup>.

Tradicionalmente, a avaliação da NU na prática clínica envolve a utilização de testes com “papel e caneta”, como bissecção de linhas, tarefas de cancelamento, desenhos e cópias. Existe também um tipo de avaliação qualitativa, em que durante a realização desses testes com papel e caneta é realizada observação do paciente e seu comportamento<sup>7</sup>.

O instrumento denominado Catherine Bergego Scale (CBS) consiste em um checklist para avaliar a presença e gravidade da NU em uma série de 10 atividades de vida cotidiana, considerando se o paciente é capaz de realizar a atividade do lado esquerdo do corpo ou do espaço. A manifestação da NU é, então, avaliada em uma escala de 4 pontos: ausente (0), média (1), moderada (2) e grave (3). Inclui ainda um questionário paralelo preenchido pelo

paciente, que permite comparação entre as observações do terapeuta e a auto-avaliação do paciente, fornecendo indicação a respeito da conscientização por parte do paciente a respeito de suas dificuldades nas tarefas do dia-a-dia<sup>8</sup>.

Sendo assim, no presente estudo, percebeu-se a necessidade de um protocolo de avaliação mais específico que permitisse observar as manifestações da NU em relação a todos os aspectos e elementos envolvidos em determinada atividade, visando analisar a qualidade do desempenho e identificar, de acordo com as etapas da atividade, como a NU a influência e os aspectos que poderão ser trabalhados durante os atendimentos e o programa de reabilitação; sendo possível também observar o grau de autonomia e independência por parte do paciente e o papel do cuidador durante a atividade.

Foi então desenvolvido um roteiro específico para análise de atividade para casos onde há NU, com base na revisão de literatura e experiência clínica de TO com esses pacientes, que possivelmente poderá constituir um estudo piloto para uma posterior padronização e validação.

Assim sendo, foi possível constatar que a negligência unilateral influencia diretamente aspectos relacionados à realização das atividades cotidianas, como aspectos motores, cognitivos, motivacionais; envolvendo a questão da independência e autonomia.

Na negligência unilateral, os pacientes geralmente colidem com objetos, ignoram a comida em um lado do prato, voltam-se apenas para um lado do corpo, tem dificuldades ao ler, escrever e desenhar. A negligência unilateral tem sido considerada um dos principais fatores de desordem, dificultando a recuperação funcional e o sucesso da reabilitação<sup>9</sup>.

Os pacientes que apresentam negligência unilateral podem até mesmo não perceber um lado do corpo, como se este não existisse, e isto repercute no seu desempenho funcional e ocupacional, visto que, de forma geral, pode-se afirmar que uma das metades nas atividades, materiais e espaço é sempre negligenciada<sup>10</sup>.

Nos sujeitos observados, se consideradas apenas as dificuldades do AVE de forma geral, é possível afirmar que a pessoa teria condições (motoras, cognitivas, emocionais) para realizar determinadas atividades, porém devido à presença da negligência unilateral apresenta dificuldades em realizá-las ou não as realiza.

Tanto os comprometimentos decorrentes da NU especificamente, e aqueles decorrentes do próprio AVE, implicam em mudanças globais na forma de realizar as atividades cotidianas. Desse modo, a análise de atividades permite avaliar se a dificuldade apresentada no desempenho de uma determinada atividade é consequência da alteração de percepção espaço-corporal do sujeito ou do quadro hemiplegia resultante do AVE, fornecendo dados que possibilitam intervir de modo mais preciso de acordo com as necessidades de cada paciente.

Em pacientes com limitações mais graves, se torna difícil determinar quais dificuldades se devem à hemiplegia, perda sensorial ou apraxia, ou à NU<sup>8</sup>. Deve-se lembrar, que o quadro resultante da NU em si apresenta características específicas que devem ser consideradas como próprias a este comprometimento e que têm importantes consequências para o indivíduo e todo o contexto do processo de reabilitação e seu contexto de vida.

Os mecanismos neurofisiológicos que envolvem a NU não são ainda totalmente compreendidos. Teorias atuais referem-se ao papel desempenhado pelos mecanismos atencionais. Teorias de atenção na negligência unilateral postulam uma assimetria na extensão em que cada hemisfério controla a orientação em direção ao estímulo no espaço extra-pessoal<sup>11</sup>.

Alguns pesquisadores afirmam que pensar a negligência unilateral somente a partir dos aspectos perceptivos e atencionais não captura todas as suas manifestações e nem a base real do problema. A negligência unilateral pode dar-se independentemente de eventos sensoriais reais, pois também afeta a retomada ou recuperação de imagens da memória. Questiona-se então o fato de a negligência unilateral ser um distúrbio referente apenas à atenção, ou a uma desordem nos processos perceptivos superiores<sup>12</sup>.

Um aspecto da NU comumente encontrado se refere à conscientização a respeito da incapacidade, que faz com que os pacientes sejam capazes de admitir sua dificuldade em responder e direcionar-se para o lado oposto ao da lesão cerebral, porém permanecem incapazes de lidar com a mesma durante a realização das atividades, de modo espontâneo. Esta dificuldade parece refletir uma falta de percepção para suas limitações durante o desempenho de tarefas, ou seja, alguns pacientes não permanecem continuamente conscientes de suas limitações e capazes de realizar os ajustes necessários, e como resultado disto, encontram dificuldades durante as atividades cotidianas de modo recorrente<sup>5</sup>.

Isto sugere que exista um déficit também no campo da memória que se refere à manutenção ativa de um fato em mente para uso imediato quando necessário. Porém, possivelmente existam outros elementos que contribuem para esta dificuldade, o que indica que a NU é uma desordem que resiste a iniciativa do paciente para resolução de problemas, mesmo quando estes entendem que tem uma dificuldade e que podem ser capazes de superar o problema com que se defrontam<sup>13</sup>.

Sendo assim, a conscientização do paciente quanto à presença da negligência deve ser considerada como a base para um tratamento bem sucedido. Porém, o fato desta pessoa entender que existe uma “outra metade do mundo e de si próprio” que não consegue perceber é algo bastante complexo e de difícil aceitação. Portanto, este trabalho de conscientização não ocorre facilmente, e deve ser lento e gradual, respeitando-se o tempo do indivíduo e seus familiares, visto que em cada caso, as informações recebidas e observações feitas são compreendidas de modo diferente e atribuídas a diferentes aspectos.

Pacientes com NU freqüentemente não tem a percepção de sua deficiência e não iniciam comportamentos compensatórios espontaneamente, o que provavelmente impede a recuperação<sup>5</sup>. É extremamente importante que a família, os cuidadores, e os profissionais estejam atentos para isso, procurando “alertar” o paciente sobre a presença da negligência, seja através de estímulos (verbais, táteis, visuais) ou através da percepção por parte do sujeito sobre suas próprias “falhas” ao realizar determinadas ações.

Foi observado também que quando a conscientização a respeito da presença da NU, ou parte dela, é alcançada, ocorrem importantes modificações no processo terapêutico e na obtenção das melhoras.

Um dos principais motivos para isso, é que passa a haver uma maior colaboração por parte do paciente em seu tratamento, a medida em que este passa a atribuir sentido às ações propostas e realizadas, tornando-se parceiro do terapeuta nestas ações.

## Conclusões

O desempenho nas atividades cotidianas de modo geral sofre influência direta da negligência unilateral, que resulta em dificuldades ou não realização das mesmas, devido à alterações referentes ao direcionamento da atenção para os hemi-espacos direito e esquerdo, a exploração de ambos campos visuais, a percepção dos acontecimentos, o envolvimento dos hemisferos esquerdo e direito durante esta realização.

As dificuldades resultantes da negligência unilateral aumentam o grau de dependência, visto que a pessoa necessita de auxílio para realizar parte da atividade, ou a atividade por inteiro ou ainda necessita de estímulos (verbais, táteis, visuais). A autonomia também pode estar comprometida em alguns casos, visto que há prejuízo também na capacidade de escolha e decisão, a medida em que apresenta dificuldades relacionadas ao planejamento, organização e execução de tarefas.

A TO, por lidar diretamente com as alterações funcionais do indivíduo, tem fundamental importância na intervenção nos distúrbios da percepção viso-espacial e nas adaptações necessárias para que o paciente tenha uma vida o mais saudável e independente dentro de suas possíveis capacidades. Fornece ainda, uma análise profunda das atividades em todos os contextos e está apta a realizar a reabilitação destes distúrbios de forma generalizada, o que viabiliza sobremaneira os resultados do tratamento<sup>14</sup>.

É importante que o tratamento seja realizado, sempre que possível, em um contexto rotineiro e habitual do paciente, trabalhando com situações da sua vida real, para assim, assegurar a real aplicação das aquisições alcançadas. O terapeuta deve sempre buscar o máximo do potencial cognitivo para que o paciente realize suas ações, ou seja, buscar o entendimento e a conscientização da pessoa assistida acerca de seus comprometimentos e da própria negligência, e das habilidades que possui para lidar com os mesmos<sup>14,15</sup>.

A negligência unilateral permanece, então, como uma deficiência fascinante e singular, e um melhor entendimento a respeito de sua importância em relação à recuperação funcional após lesão cerebral poderá levar a uma melhor compreensão a respeito dos mecanismos de resposta a lesão cerebral e adaptação. Apesar da existência de algumas linhas promissoras de investigação a respeito da reabilitação de pacientes com NU, há necessidade de maiores estudos para entender a posição da NU em relação a outras alterações cognitivas resultantes de AVE, a respeito de significância funcional e recuperação, permitindo maior definição sobre quais alterações devem ser enfocadas no processo de reabilitação<sup>5</sup>.

Assim, tem-se a importância da continuidade do desenvolvimento de ações eficazes no tratamento deste acometimento, resultando em melhores resultados funcionais e mudanças positivas na qualidade de vida do paciente, seus familiares e cuidadores de modo geral.

## Referências bibliográficas

1. Brenha Sobrinho J, Battistella LR. Hemiplegia e Reabilitação. São Paulo: Atheneu; 1992.
2. Freeman E. Unilateral Spatial neglect: new treatment approaches with potencial application to occupational therapy. *Am J Occup Ther.* 2001; 55(4):401-08.
3. Halligan PW, Marshall JC. The art of visual neglect. *Lancet.* 1997 Jul 12;350(9071):139-40.
4. Ollari JA. Sistemas atencionales y negligencia unilateral. *Rev Neurol.* 2001 Mar 15;32(5):478-83.
5. Mark VW. Acute versus chronic functional aspects of unilateral spatial neglect. *Front Biosci.* 2003 Jan 1;8:e172-89.
6. Cubelli R, Nichelli P, Bonito V, De Tanti A, Inzaghi MG. Different patterns of dissociation in unilateral spatial neglect. *Brain Cogn.* 1991 Mar;15(2):139-59.
7. Plummer P, Morris ME, Dunai J. Assessment of unilateral neglect. *Phys Ther.* 2003 Aug;83(8):732-40.
8. Azouvi P, Marchal F, Samuel C. et al. Functional consequences and awareness of unilateral neglect: study of evaluation scale. *Neuropsychol Rehabil.* 1996; 6:133-50.
9. Tham K, Borell L, Gustavsson A. The discovery of a disability: a phenomenological study of unilateral neglect. *Am J Occup Ther.* 2000 Jul-Aug;54(4):398-406.
10. Stone SP, Halligan PW, Marshall JC, Greenwood RJ. Unilateral neglect: a common but heterogeneous syndrome. *Neurology.* 1998 Jun;50(6):1902-5.
11. Sohlbery M, Matier C. Introduction to cognitive rehabilitation. Guilford Press; 1989.
12. Springer S, Deutsch G. Left brain, right brain: perspectives from cognitive neuroscience. 5a ed. Freeman; 1998.
13. Hjaltason H, Tegner R, Tham K, Levander M, Ericson K. Sustained attention and awareness of disability in chronic neglect. *Neuropsychologia.* 1996 Dec;34(12):1229-33.
14. Anavate MC. Intervenção em agnosias visuais e distúrbios viso-espaciais: uma abordagem de terapia ocupacional. In: Capovilla F, Gonçalves M, Macedo E, editor. Tecnologia em (re)habilitação cognitiva: uma perspectiva multidisciplinar. São Paulo: EDUNISC; 1998.
15. Chang LH, Hasselkus BR. Occupational therapist's expectations in rehabilitation following stroke: sources of satisfaction and dissatisfaction. *Am J Occup Ther.* 1998 Sep;52(8):629-37.