IMPLICAÇÕES DA NEGLIGÊNCIA UNILATERAL NO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE INDIVÍDUOS COM SEQÜELA DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Sarah Beatriz Coceiro Meirelles[1], Bianca Nadal Ribeiro Silva[2], Sandra Takeshita[3], Edson Lopes Lavado[4]

1 – Universidade Norte do Paraná – UNOPAR – Pós Graduação em Fisioterapia em Neurologia Rua 1520, n. 271 – Centro – 88330-000 - Balneário Camboriú – SC – Brasil – sarah@ccs.univali.br
4 – Universidade do Norte do Paraná – UNOPAR - Pós Graduação em Fisioterapia em Neurologia
-
Rua Marselha, n. 145 – Jardim Piza – 86041-140 – Londrina – PR – Brasil - lavado@uel.br

Palavras-chave: acidente vascular encefálico, negligência unilateral, fisioterapia, educação em saúde
Área do conhecimento: IV – Ciências da Saúde

Em qualquer programa de reabilitação direcionado para a aquisição da máxima independência pelos pacientes com acidente vascular encefálico, há uma necessidade por parte dos terapeutas de aprender a identificar os comportamentos relacionados às deficiências perceptivas. Pesquisas afirmam que cerca de 40% dos pacientes acometidos por Acidente Vascular Encefálico (AVE) exibirão distúrbios de percepção, caracterizados pela negligência unilateral, que comprometem seriamente sua capacidade de recuperação. O indivíduo afetado ignora o seu lado hemiplégico e o mundo exterior no mesmo lado, deixando de receber, orientar e responder aos estímulos neste hemicorpo (geralmente o esquerdo). No processo de reabilitação, o principal objetivo é estimular a percepção e reorientar a atenção, visando a independência funcional do hemicorpo comprometido. Para o presente estudo, foram colhidas informações sobre a definição, características e ocorrência da negligência unilateral e sua relação com a reabilitação de indivíduos com seqüela de acidente vascular encefálico provenientes de livros, revistas e artigos científicos. Posteriormente, tais dados foram agrupados e analisados em forma de revisão bibliográfica. O conhecimento do problema por parte do fisioterapeuta contribui para adequada intervenção fisioterapêutica frente a negligência unilateral, impedindo que tal distúrbio atrapalhe a recuperação do paciente.

INTRODUÇÃO: Em qualquer programa de reabilitação direcionado para a aquisição da máxima independência pelos pacientes com acidente vascular encefálico, há uma necessidade por parte dos terapeutas de aprender a identificar os comportamentos relacionados às deficiências perceptivas. A capacidade perceptiva é um pré-requisito para a aprendizagem onde a reabilitação está diretamente envolvida neste processo. Um paciente com déficit de percepção tem dificuldade na realização do treinamento das habilidades específicas, na capacidade de cuidar de si próprio e na realização das atividades de vida diária, tendo assim um prognóstico ruim de recuperação, pois seu potencial para alcançar a independência está prejudicado [3, 10] .

De acordo com André (1999), cerca de 40% dos pacientes acometidos por Acidente Vascular Encefálico (AVE) exibirão distúrbios de percepção, caracterizados pela negligência unilateral, que comprometem seriamente sua capacidade de recuperação.

O indivíduo afetado ignora o seu lado hemiplégico e o mundo exterior no mesmo lado, deixando de receber, orientar e responder aos estímulos neste hemicorpo (geralmente o esquerdo) [4, 5, 9] .

Assim sendo, é de fundamental importância que o profissional fisioterapeuta conheça e saiba diagnosticar esta alteração no paciente com seqüela de AVE, bem como entenda as implicações da negligência unilateral na reabilitação fisioterapêutica. Segundo Silva e Martins (2000), a fisioterapia tem papel relevante nesses casos, pois estimula a simetria corporal e a orientação visuoespacial do indivíduo.

OBJETIVO: Estudar as implicações da negligência unilateral no tratamento fisioterapêutico de indivíduos com seqüela de acidente vascular encefálico

METODOLOGIA: Foram colhidas informações sobre a definição, características e ocorrência negligência unilateral e sua relação com a reabilitação de indivíduos com seqüela de acidente vascular encefálico. Posteriormente tais dados foram agrupados e analisados em forma de revisão bibliográfica. Os materiais consultados incluíam estudos publicados em inglês e/ou português, que apresentaram algo sobre o assunto acima descrito, também foram pesquisados artigos de jornais e revistas científicas, livros nas áreas de medicina e fisioterapia, publicados no últimos dez anos.

Foram excluídos do estudo os artigos que apresentaram estudos com animais, trabalhos não publicados, estudos que investigaram a ocorrência de negligência unilateral após outras doenças que não o acidente vascular encefálico e publicações em outras línguas que não o português ou inglês.

A pesquisa foi realizada no material disponível em bibliotecas universitárias e em bases de dados eletrônicos como The Cochrane Library, Freemedicaljournals, Medline, LILACS, Ovid. As palavras inicialmente usadas para as consultas foram “hemineglect”, “inattention”, “neglect”, “physical therapy”, “rehabilitation”, “stroke” e “unilateral”; pesquisadas em separado ou agrupadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: A população idosa no Brasil tem aumentado consideravelmente nos últimos quarenta anos. O envelhecimento populacional destacou-se primeiro nos países desenvolvidos, e, há pouco tempo, tem sido observado nos países em desenvolvimento como o nosso, onde o aumento da população idosa tem se dado de forma muito rápida [6].

Muitos são os problemas que acompanham o envelhecimento das pessoas, incluindo as doenças cerebrovasculares, que são apontadas como a terceira causa de morte no mundo e um dos principais causadores de óbito no Brasil no ano de 1996. Dentre estas doenças podemos citar os Acidentes Vasculares Encefálicos (AVEs) [6].

O tratamento e a reintegração dos adultos com lesão cerebral sofrida como resultado de um acidente vascular encefálico (AVE) constitui uma das tarefas mais importantes e desafiadoras no campo da reabilitação. Não apenas devido à complexidade das funções perdidas, mas também porque o AVE constitui a causa mais freqüente de incapacidade grave na sociedade [12].

O Acidente Vascular Encefálico, antes conhecido como acidente vascular cerebral (AVC), é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “um sinal clínico de rápido desenvolvimento, de perturbação focal da função cerebral, de suposta origem vascular e com mais de 24 horas de duração”. Esta definição não abrange as crises isquêmicas transitórias, na qual os sinais da lesão cerebral duram até 24 horas [8].

A incidência de AVE cresce à medida que avança a idade e dobra a cada década de vida. O indivíduo acometido apresenta um conjunto de problemas físicos, psicológicos e sociais. Os sinais clínicos do AVE são os danos às funções motoras, sensitivas, mentais, perceptivas e de linguagem. As deficiências motoras aparecem como paralisia (hemiplegia) ou fraqueza (hemiparesia) no lado do corpo oposto ao local da lesão cerebral [1, 12, 8].

As lesões no lobo parietal do hemisfério não dominante (tipicamente o hemisfério direito para a maioria dos indivíduos) produzem distúrbios da

percepção. Tais distúrbios podem ser: distorções visuoespaciais, distúrbios da imagem corporal, negligência unilateral e outros tipos de apraxia [1, 12].

A imagem corporal (memória visual mental das partes do corpo) e o esquema corporal (percepção da localização precisa e relacionamento das partes corporais) podem estar distorcidos. A Síndrome da Negligência Unilateral ou síndrome da inatenção é mais comum, severa e de maior duração nas lesões parietais à direita, ou seja, do hemisfério mais relacionado com os processos visuoespaciais e a atenção, geralmente em acidentes vasculares no território da artéria cerebral média. Porém, também ocorre nas lesões parietais à esquerda, frontais à direita e subcorticais em ambos os hemisférios. A negligência às vezes está relacionada ao seu próprio corpo ou ao espaço exterior, no modo sensório e motor [5, 7, 11, 12].

Pacientes com negligência unilateral geralmente não estão cientes do que acontece no lado hemiplégico, em casos extremos há a franca negativa de que seus membros hemiplégicos pertençam a ele. Freqüentemente as perdas sensoriais e a hemianopsia contribuem para este problema de percepção. O paciente deixa de se lavar, fazer a barba ou calçar os sapatos do lado esquerdo, não porque não é capaz de fazê-lo, mas para ele, aquele lado não lhe pertence [7, 9, 12].

No caso da síndrome ser extrapessoal, o paciente age como se o mundo do lado esquerdo deixasse de existir, assim, os pacientes só escrevem na metade direita do papel, só lêem a metade direita das frases, podem desenhar uma flor com pétalas apenas do lado direito da planta, quando se pede para que copie um relógio, ignoram números à esquerda e tentam colocar todos os 12 números do lado direito, só comem a comida do lado direito do prato, dentre outros exemplos [5, 9, 11].

Déficits de atenção tem grande implicação para a fisioterapia, estudos tem demonstrado que pacientes com déficits atencional (em particular negligência unilateral), mostram maior dificuldade na recuperação as atividades de vida diária do que os pacientes sem déficit de atenção, e a presença de negligência parece mais problemática que a severidade da lesão, afasia e a incapacidade intelectual [2, 3].

No processo de reabilitação, o principal objetivo é estimular a percepção e reorientar a atenção, visando a independência funcional do hemicorpo comprometido. O fisioterapeuta deve ajudar o paciente a reconhecer seus déficits e os aspectos do lado afetado, solicitando que o mesmo olha os movimentos realizados. O uso de estímulos verbais não é recomendado, pois a linguagem estimula as atividades do hemisfério cerebral não afetado agravando o déficit de orientação para a esquerda, e, quando necessário o uso verbal, solicitar ao paciente que rode a cabeça para o lado afetado. A negligência tende a diminuir sempre que o paciente for induzido a direcionar o olhar para o lado negligente [3,11,13].

É fundamental orientar a família para estimular o lado comprometido precocemente e organizar o quarto do paciente de modo que os estímulos visuais, proprioceptivos e auditivos sejam recebidos pelo lado afetado. A localização da cama, objetos de interesse, alimentos, procedimentos de higiene, televisão e os visitantes devem ficar posicionados para o lado negligente [2, 3, 11, 13].

CONCLUSÃO: O tratamento adequado de um paciente com lesão cerebral depende da compreensão do processo motor-perceptivo, ou seja, a maneira pelo qual o indivíduo seleciona, interpreta e integra toda a informação que chega ao sistema nervoso central proveniente do corpo e do ambiente, e também o modo como se vê e aprende o mundo à sua volta. Um sistema de percepção íntegro é a chave necessária para a interação bem-sucedida com o ambiente, e a adequada intervenção fisioterapêutica frente a negligência unilateral impede que tal distúrbio atrapalhe a recuperação do paciente [1, 10].

A modificação da conduta terapêutica, após a detecção de tal deficiência de percepção, irá assegurar ao indivíduo os máximos benefícios, tanto na avaliação quanto na elaboração de um adequado tratamento para este problema. A reabilitação bem-sucedida dos pacientes com problemas de percepção pode ser longa e árdua, mas a independência e qualidade de

vida melhoradas, justificam o tempo e o esforço [10].

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. ANDRÉ, C. Manual de AVC. Rio de Janeiro: Revinter, 1999. 159p.

2. BAILEY, M.J.; RIDDOCH, M.J.; CROME, P. Treatment of Visual Neglect in Elderly Patients With Stroke: A Single-Subject Series Using Either a Scanning and Cueing Strategy or a Left-Limb Activation Strategy. Physical Therapy, Philadelphia , v.82, p.782-797, 2002.

3. BATEMAN, A.; HUMPHREYS, G.; RIDDOCH, M.J. Cognitive Deficits Following Stroke. Physiotherapy, Philadelphia, v.81, p.465-472, 1995.

4. BOWEN, A.; McKENNA, K.; TALLIS, R.C. Reasons for Variability in the Reported Rate of Occurrence of Unilateral Spatial Neglect After Stroke. Stroke, v.30, p. 1196-1202, 1999.

5. CHOW, T.W.; CUMMINGS, J.L. In: Neuropsychiatry and Behavorial Neurology. SADOCK, B.; SADOCK, V. KAPLAN - SADOCK´S. Compreensive Textbook of Psychiatry. chap. 2. vol 1. 7th.ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000. p.238.

6. COSTA, M.F.F.L.; GUERRA, H.L.; BARRETO, S.M.; GUIMARÃES, R.M. Diagnóstico da Situação de Saúde da População Idosa Brasileira: Um Estudo da Mortalidade e das Internações Hospitalares Públicas. Informe Epidemiológico do SUS,, Brasília, v.9, n.1, p. 23-41, jan/mar. 2000.

7. DEVINSKY, O; FELDMANN, E.; WEINREB, H.J; WILTERDINK, J.L. Manual do Residente em Neurologia. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p.99.

8. DURWARD, B.; BAER, G.; WADE, J. Acidente Vascular Cerebral. In: STOKES, M. CASH – Neurologia para Fisioterapeutas. São Paulo: Premier, 2000.

9. KANDEL, E.R.; SCHWARTZ, J.H.; JESSEL, T.M. Fundamentos da Neurociência e do Comportamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. p.274-276.

10. LAMM-WARBURG, C. In: Estratégias para a avaliação e planejamento do tratamento das deficiências da percepção. apud O´SULLIVAN, S.B.; SCHMITZ, T.J. Fisioterapia: Avaliação e Tratamento. 2.ed. São Paulo: Manole, 1993. p.107-138.

11. MACHADO, Â.B.M. Neuroanatomia Funcional. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2000. 363p.

12. O´SULLIVAN, S.B. In: Acidente Vascular Cerebral. Apud O´SULLIVAN, S.B.; SCHMITZ, T.J. Fisioterapia: Avaliação e Tratamento. 2.ed. São Paulo: Manole, 1993. p.385-426.

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