

# HEMINEGLIGÊNCIA MOTORA E REPRESENTACIONAL PÓS-ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL, DESAFIOS E IMPLICAÇÕES NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO INTERDISCIPLINAR: UM RELATO DE CASO

*Data de aceite: 02/10/2023*

### **Nariana Mattos Figueiredo Sousa**

Psicóloga Hospitalar da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação, Unidade Salvador/BA

### **Aide Mascarenhas Ribeiro**

Fisioterapeuta da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação, Unidade Salvador/BA

### **Priscila Natasja Silveira de Almeida**

Médica da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação, Unidade Salvador/BA

**RESUMO: Introdução:** O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a segunda causa mais comum de morte e a terceira causa mais comum de incapacidades em todo o mundo. Além das deficiências físicas, os distúrbios cognitivos constituem uma parte substancial das deficiências. A heminegligência é uma alteração cognitiva definida pela inabilidade de processar, responder ou orientar-se a estímulos presentes no lado contralateral à lesão cerebral ou a falta de movimento espontâneo do lado contralateral à lesão, não atribuído a déficits sensoriais e/ou motores. Os objetivos, foram (1) descrever o caso de uma paciente com heminegligência

motora e representacional em um programa de reabilitação, (2) demonstrar o impacto funcional da heminegligência e (3) abordar a importância do envolvimento da família no seguimento das orientações. **Descrição de caso:** Foi selecionado 1 (um) paciente, com diagnóstico de heminegligência motora e representacional, proveniente de um Hospital de Reabilitação. Para avaliação motora, foram utilizados os instrumentos escala de equilíbrio de Berg, avaliação do tônus muscular segundo a escala de Ashworth e avaliação dos movimentos voluntários, através do índice de motricidade para avaliação do comprometimento motor pós-AVC, além de avaliação qualitativa/ecológica realizada durante o programa de reabilitação neurológica. Os dados foram comparados através de avaliações seriadas, durante o período de janeiro de 2021 a março de 2022. **Discussão:** Este caso ilustra os desafios do diagnóstico da heminegligência motora e representacional, nem sempre identificada por exame neuropsicológico objetivo. Ressalta-se a necessidade de avaliação do paciente em seu contexto de atividades, através de instrumentos ecológicos e equipe interdisciplinar.

**PALAVRAS-CHAVE:** Transtornos da

percepção; Testes Neuropsicológicos; Reabilitação.

**ABSTRACT: Introduction:** Cerebrovascular Accident (CVA) is the second most common cause of death and the third most common cause of disability worldwide. In addition to physical disabilities, cognitive disorders make up a substantial part of disabilities. Hemineglect is a cognitive impairment defined by the inability to process, respond, or orient oneself in the face of stimuli present on the side contralateral to the brain injury or the lack of spontaneous movement on the side contralateral to the injury, not attributed to sensory and/or motor deficits. The objectives were to (1) describe the case of a patient with motor and representational hemineglect in a rehabilitation program, (2) demonstrate the functional impact of hemineglect, and (3) address the importance of family involvement in following guidelines. **Case Description:** One (1) patient from a Rehabilitation Hospital was selected, with a diagnosis of motor and representational hemineglect. For motor assessment, instruments such as Berg's balance scale, assessment of muscle tone according to the Ashworth scale, and assessment of voluntary movements were used, through the motricity index to assess post-stroke motor impairment, in addition to a qualitative/ecological assessment carried out during the neurological rehabilitation program. Data were compared through serial evaluations, during the period from January 2021 to March 2022. **Discussion:** This case illustrates the challenges of diagnosing motor and representational hemineglect, which is not always identified by objective neuropsychological examination. The need to evaluate the patient in their context of activities is highlighted, through ecological instruments and an interdisciplinary team. **KEYWORDS:** Perception disorders; Neuropsychological Tests; Rehabilitation.

## INTRODUÇÃO

A heminegligência é uma alteração cognitiva definida pela inabilidade de processar, responder ou orientar-se a estímulos presentes no lado contralateral à lesão cerebral, o que não pode ser atribuído a déficits sensoriais e/ou motores, bem como a falta de movimento espontâneo do lado contralateral à lesão (ou qualquer parte do corpo em direção ao lado contralateral à lesão apesar da capacidade de fazê-lo<sup>1</sup>. É reconhecidamente um distúrbio dos sistemas atencionais comum em pacientes pós lesão cortical, sendo síndrome que apresenta inúmeras manifestações sensoriais (*input*) e motoras (*output*)<sup>2-4</sup>.

Observa-se a ocorrência da heminegligência usualmente em lesões no hemisfério não-dominante, principalmente o direito, sendo mais comumente associada às lesões em lobo parietal posterior, embora também seja observada em lesões no lobo frontal, formação reticular, sistema límbico e cíngulo anterior<sup>5</sup>. A negligência do hemiespaço à direita é raramente relatada e quando ocorre parece ser menos grave e com melhor prognóstico<sup>6</sup>.

A negligência é uma síndrome neuropsicológica incapacitante, que ocorre em cerca de 30% das pessoas com Acidente Vascular Encefálico (AVE). É um preditor bem conhecido de mau resultado funcional a longo prazo, pois pode estar associado a uma permanência hospitalar mais prolongada, limitações nas atividades da vida diária e um risco aumentado de queda<sup>7-9</sup>.

Dentre os sintomas mais comuns, pode-se destacar: o paciente negligencia o lado do corpo e ambiente físico oposto à lesão como se estes não existissem; não responde – ou o faz de forma precária – a qualquer estímulo neste lado e não pesquisa o espaço para pistas das quais dependa a orientação espacial; negligencia a região do corpo contralateral à lesão na hora de barbear-se ou vestir-se; numa sala, não se orienta para o lado ignorado, podendo mesmo ter dificuldade para encontrar a porta de saída e não atende a eventos e pessoas nessa metade do espaço; deixa comida no prato ou falha em recolher objetos dispostos no lado negligenciado. Pode apresentar também falhas na leitura de parte da sentença e palavras, omitindo-as ou lendo-as de forma incorreta (alexia espacial); na escrita (disgrafia espacial) e na realização de cálculos escritos (acalculia espacial).

A negligência está associada a piores resultados funcionais, como redução da independência nas tarefas diárias, maior risco de quedas, maior tempo de internações hospitalares e probabilidade reduzida de alta domiciliar<sup>1</sup>.

No que se refere a recuperação da negligência unilateral, a forma espontânea ocorre principalmente nos primeiros 3 meses após o AVE<sup>10,11</sup> e aproximadamente 30 a 40% desenvolvem negligência unilateral crônica em 1 ano após a lesão<sup>12,13</sup>.

Pitteri e colaboradores (2018) definem e classificam a negligência em três dimensões (1) ponto de referência (egocêntrico ou aloecêntrico); (2) estágio de processamento que inclui subtipos (visual, tátil ou auditivo), representacional e motor; e (3) setor espacial (pessoal, peripessoal e extrapessoal)<sup>14</sup>. A negligência pode ser multimodal e ocorrer em qualquer ou todas as combinações das três dimensões, o que torna a avaliação tão desafiadora.

A heminegligência sensorial ou espacial é definida pela diminuição nas respostas a um estímulo sensorial contralateral à lesão cortical e pode ser classificada de acordo com a modalidade sensorial envolvida: visual, auditiva e tátil<sup>1</sup>. Pode acometer o espaço externo, o próprio corpo ou a ambos e é dividida em pessoal (negligência do próprio espaço corporal<sup>1</sup>, peripessoal (negligência do espaço próximo contralateral à lesão)<sup>2</sup> e extrapessoal (negligência do espaço circundante, contralateral à lesão)<sup>3</sup>.

A heminegligência motora refere-se à dificuldade para gerar movimento em resposta a um determinado estímulo, não podendo ser explicada pela presença de déficit motor ou da diminuição de força. A heminegligência representacional, por sua vez, é a dificuldade para gerar a representação ou imagem mental de uma situação real, omitindo a metade da representação mental referente ao lado contralateral à lesão<sup>15</sup>.

Considerando-se que a heminegligência é multimodal e multifacetada, não se pode obter um diagnóstico preciso a partir de um único teste. As diretrizes para o diagnóstico de negligência são limitadas<sup>16,17</sup> e recomendam uma abordagem diagnóstica interdisciplinar. Para diagnosticar a negligência visuoespacial, ferramentas de diagnóstico devem ser

---

1 O paciente lava apenas um lado do corpo ou pinta metade dos lábios, p. ex.

2 O paciente come somente a metade dos alimentos que estão no prato, p. ex.

3 O paciente colide com obstáculos posicionados no espaço contralateral à lesão, p. ex.

combinadas com a observação clínica, pois os déficits individuais variam muito entre os pacientes.

A literatura preconiza a utilização de baterias que incluam testes de diferentes modalidades, envolvendo testes de lápis e papel e testes comportamentais que forneçam dados acerca da funcionalidade do paciente. Tal estratégia visa identificar alterações em diferentes domínios, auxiliando a estabelecer um programa de reabilitação apropriado, com definição de estratégias de intervenção específicas<sup>10,18</sup>.

As avaliações devem constar atividades de varredura visual ou tarefa de exploração (riscando letras, linhas e estrelas); tarefas de leitura de textos padronizados, bissecção de linha horizontal e vertical para detectar mudanças na linha média visual e avaliação de anosognosia; visuo-constructivos e visuoespaciais (cópia de figuras), além da escrita e leitura e observação do desempenho do paciente durante a entrevista e testagem; ou seja, a sua postura e percepção dos estímulos em seu contexto/ambiente externo.

Os programas de reabilitação neuropsicológica para pacientes com heminegligência devem realizar não somente avaliações psicométricas, mas também avaliação funcional do comprometimento no cotidiano. A avaliação clínica fornece dados importantes sobre o deslocamento do paciente no seu ambiente, interação com as pessoas e com seu próprio corpo ou ainda como realiza atividades funcionais. Na busca por acessar o impacto funcional da desatenção unilateral a escolha tem sido, em geral, por tarefas que requerem desempenhar e não apenas simular ações da vida diária.

Quanto ao tratamento, a literatura mostra diferentes abordagens terapêuticas combinadas e adaptadas individualmente às necessidades de cada paciente. As estratégias tradicionais de tratamento têm focado no treinamento de atenção no hemiespaço esquerdo usando uma variedade de técnicas, incluindo consciência sensorial, varredura visual e organização espacial<sup>10,17,19</sup>.

Os principais objetivos das estratégias de reabilitação para pacientes com heminegligência visam aumentar a consciência sobre seu comprometimento atencional, treinar a reorientação atencional e treinar os princípios para atingir uma boa funcionalidade nas atividades de vida diária<sup>20, 21,22</sup>.

A fisioterapia apresenta papel relevante, a fim de estimular a simetria corporal e orientação visuoespacial do indivíduo, buscando o uso funcional da motricidade voluntária, em tarefas que melhorem o seu nível de atividade e participação. A reabilitação cognitiva busca estimular a reorientação atencional, através de atividades de escaneamento e varredura visual (cancelamento de figuras, letras, números, palavras), assim como (inserir informações).

Os programas de reabilitação podem estar pautados em duas estratégias de intervenção: restauração e compensação. A abordagem restauradora nos casos de heminegligência coloca a ênfase do tratamento na ativação dos mecanismos de atenção no hemisfério cerebral acometido; seu uso de forma exclusiva é principalmente indicado

em pequenas lesões e comprometimento leve. Já a abordagem compensatória, geralmente indicada nos casos de déficits graves com extensas lesões cerebrais, busca atingir nível ótimo de funcionamento apesar da persistência dos déficits, a partir do envolvimento do hemisfério preservado. Herman (1992) defende a combinação destas duas abordagens de intervenção para estruturação dos programas de treino em heminegligência, defendendo que ambos os hemisférios devem trabalhar em conjunto para realizar uma determinada tarefa<sup>20</sup>. Outros autores também preconizam a combinação de estratégias de intervenção na busca por ampliar e agilizar resultados mais estáveis a longo prazo<sup>23,24</sup>.

Como citado no estudo de Sousa *et al.*, (2021), um programa de reabilitação busca intervenções capazes de minimizar a incapacidade causada pela deficiência e melhorar o potencial funcional<sup>25</sup>. Na fase crônica da lesão, são utilizadas adaptações para compensar a incapacidade, a fim de promover ao paciente maior participação nas atividades de vida diária e reinserção social.

A eficácia das intervenções não farmacológicas para a negligência na melhoria da capacidade funcional nas AVD ainda não foi comprovada, ou seja, estratégias foram propostas para ajudar na reabilitação da negligência, mas faltam ensaios clínicos randomizados de alta qualidade para estabelecer efeitos potenciais ou adversos<sup>26</sup>, além da ausência de uma avaliação funcional e acompanhamento em longo prazo<sup>27</sup>.

Além dos aspectos supracitados, há carência na literatura de estudos evidenciando os desafios do diagnóstico da heminegligência motora e representacional e a importância da participação de uma equipe interdisciplinar.

O objetivo geral deste estudo foi descrever o caso de uma paciente com heminegligência motora e representacional pós-acidente vascular encefálico em um programa de reabilitação neurológica interdisciplinar. E, especificamente, enfatizar o impacto funcional da heminegligência em paciente com bom potencial motor/motricidade voluntária e a importância do envolvimento da família no seguimento das orientações e ganhos terapêuticos.

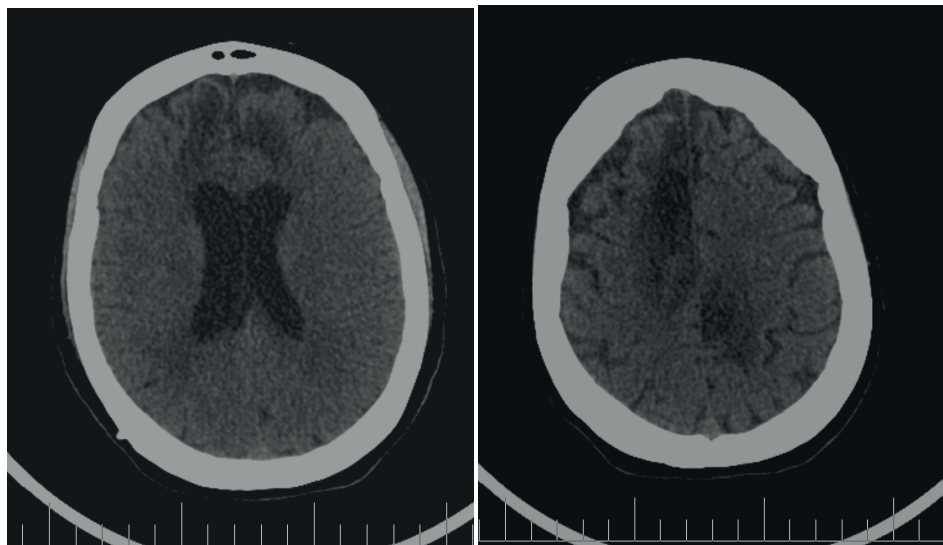
## APRESENTAÇÃO DO CASO

Foi estudado o caso de uma paciente (S.M.R.) do sexo feminino, 58 anos de idade, viúva, 3 filhos, ensino superior incompleto (Letras), natural de e procedente de Salvador/BA. Este estudo foi conduzido no Programa de Reabilitação Neurológica do Hospital SARAH de Reabilitação, Unidade Salvador-Bahia.

O projeto científico foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 69187023.6.0000.0022).

S.M.R. apresentou diagnóstico de heminegligência motora e representacional, após hemorragia subaracnóidea por rompimento de aneurisma de artéria comunicante anterior e hidrocefalia aguda em fevereiro de 2020. Realizou drenagem ventriculoperitoneal e

embolização do aneurisma. Apresentou vasoespasmos graves e isquemia no território das artérias cerebrais anteriores bilateralmente. Exame de neuroimagem demonstrou zonas hipoatenuantes córtico-subcorticais confluentes acometendo os lobos frontais em situação para-sagital bilateral, aspectos representativos de lesões sequelares por insulção isquêmica nos territórios das artérias cerebrais anteriores, além de pequena dilatação dos ventrículos laterais de caráter compensatório.



**Figura 1. Imagens de Tomografia Computadorizada de encéfalo.** Zonas hipoatenuantes córtico-subcorticais em lobos frontais em situação para-sagital são vistas na TC de crânio (axial).

A paciente foi admitida no programa de Reabilitação Neurológica/Rede SARA de Hospitais de Reabilitação – Unidade Salvador, em 19/01/2021, acompanhada por sua filha. Foi submetida à avaliação interdisciplinar, a fim de serem definidos os seus objetivos e metas, conforme seus potenciais, limitações e interesses. A principal expectativa era voltar a andar.

Paciente demonstrava aparência calma, respondendo a todas as perguntas com coerência.

Em relação ao humor, a filha relatava irritação e choro frequente quando não era atendida de imediato. Estava em uso de sertralina-25 mg, 1 vez ao dia, desde dezembro de 2020.

Queixava de dor em todo o membro superior esquerdo e demonstrava “medo excessivo” ao toque, interferindo na avaliação motora e funcional (tiraria esta parte, pois pode ser visto como algo que invalida os exames anteriores).

Encontrava-se totalmente dependente para as atividades de vida diária, sendo todos os cuidados prestados no leito. Demonstrava baixa tolerância à sedestação (posição sentada) e queixava de dor lombar quando permanecia sentada na cadeira de rodas. Não

se equilibrava sentada sem suporte nas costas e necessitava do auxílio de duas pessoas para as transferências do leito para a cadeira de rodas e vice-versa. A locomoção funcional era em cadeira de rodas.

Ao exame físico, a motricidade e a força muscular estavam preservadas no dimídio direito, porém não era capaz de utilizar de forma funcional. O membro superior esquerdo mantinha em posição antálgica (adução e rotação interna do ombro associada a flexão de 90° do cotovelo) e tinha dificuldade de realizar o movimento voluntário por receio da dor. O membro inferior esquerdo apresentava paresia.

Os dados da avaliação motora e funcional foram obtidos através da escala de equilíbrio de Berg, escala de Ashworth para avaliação do tônus muscular e índice de motricidade para avaliação do comprometimento motor após acidente vascular cerebral (Tabela 1).

| ESCALAS MOTORAS                         | Basal  | Após a reabilitação  |
|---|--|--|
| <b>Berg Balance Sitting balance</b>     | 0 (incapaz de manter-se sentado sem suporte por 10 segundos)             | 3 (capaz de manter-se sentado sem apoio por 2 minutos com supervisão)    |
| Mudança de postura – De pé para sentado | 0 (muda de sentado para de pé com assistência moderada para se levantar) | 0 (muda de sentado para de pé com assistência moderada para se levantar) |
| Mudança de postura – De pé para sentado | 0 (mudar de pé para sentado com a ajuda de outras pessoas)               | 0 (mudar de pé para sentado com a ajuda de outras pessoas)               |
| Orthostatic balance                     | 0 (incapaz de ficar de pé por 30 segundos sem ajuda)                     | 0 (incapaz de ficar de pé por 30 segundos sem ajuda)                     |
| Transfers                               | 0 (requer assistência de 2 pessoas para fazer transferências)            | 1 (requer assistência de q pessoa para fazer transferências)             |
| <b>Total</b>                            | <b>0</b>   | <b>4</b>   |
| <b>Ashworth Modificada</b>              |  |  |
| Adutores do ombro esquerdo              | Hipertonia elástica grau 3   | Hipertonia elástica grau 2   |
| Flexores do cotovelo esquerdo           | Hipertonia elástica grau 3   | Hipertonia elástica grau 2   |
| Extensores do cotovelo esquerdo         | Hipertonia elástica grau 3   | Hipertonia elástica grau 2   |
| Flexores do punho esquerdo              | Hipertonia elástica grau 2   | Hipertonia elástica grau 1   |
| Extensores do joelho esquerdo           | Hipertonia elástica grau 1   | Hipertonia elástica grau 1   |
| Flexores plantares do tornozelo         | Hipertonia elástica grau 1   | Hipertonia elástica grau 1   |

**Tabela 1.** Avaliação motora basal e após a reabilitação (19/01/2021 à 18/03/2022).

Em avaliação cognitiva/neuropsicológica foi identificada dificuldade em aspectos da atenção, principalmente, controle mental, concentração e evocação de informações. Porém o quadro de ansiedade pode ter interferido neste padrão de resultado, pois a paciente mostrou-se incomodada, agitada e um tanto impulsiva para realizar os testes; apresentando erros por não conseguir monitorar adequadamente as suas ações. Com

mediação e fragmentação, o seu desempenho apresentou melhora. A avaliação foi realizada através da aplicação de bateria flexível, composta pelos seguintes instrumentos: Montreal Cognitive Assessment-MoCA, fluência verbal, desenho do relógio, teste de trilhas-partes A e B, bissecção de linhas, controle mental, memória lógica; além da avaliação da leitura e escrita). Estes dados também foram obtidos através de avaliação qualitativa (observação durante as atividades do programa de reabilitação).

Uma equipe multidisciplinar, incluindo neurologista, fisioterapeuta, psicólogo, pedagogo, professor de dança e enfermeiro estavam envolvidos. Foram realizadas reuniões semanais conjuntas para discutir o progresso e revisar as estratégias/metade de seu programa. A sua filha, principal agente de cuidados, estava ativamente envolvida no processo de definição de metas.

S.M.R. foi encaminhada para atividades físicas, cognitivas, oficinas de trabalhos manuais, jardinagem, artesanato, culinária e grupo de percepção corporal.

A paciente participou de reabilitação hospitalar interdisciplinar com equipe que incluía: neurologista, fisioterapeuta, psicólogo, pedagogo, professor de dança e enfermeiro. Foram realizadas reuniões semanais conjuntas para discutir o progresso e revisar as estratégias/metade de seu programa, com envolvimento de sua filha e principal agente de cuidados. S.M.R. participou de atividades físicas, cognitivas, oficinas de trabalhos manuais, jardinagem, artesanato, culinária e grupo de percepção corporal.

As oficinas tiveram como objetivo, envolver a paciente em atividades ocupacionais de interesse, para favorecer a realização dos movimentos esperados dos membros superiores e estimular a percepção corporal à esquerda, movimentos de difícil realização durante a fisioterapia convencional.

Em relação aos aspectos motores, treinava mobilidade no leito, equilíbrio sentada com estímulo à percepção do corpo no espaço, correções posturais e simetria corporal, treino de habilidades manuais à esquerda, treino do ortostatismo e técnicas de dessensibilização do membro superior esquerdo.

Durante o programa, houve melhora do equilíbrio de tronco sentada e da simetria corporal. A paciente já conseguia permanecer sentada, sem suporte nas costas. Também houve melhora do uso funcional do membro superior esquerdo, com maior envolvimento em tarefas bimanuais. Aumentou o tempo de sedestação na cadeira de rodas, melhorando o nível de interação social e participação nas atividades de vida diária e ocupacionais.

S.M.R. já saía do leito com maior frequência, devido a melhora do ortostatismo e maior participação nas transferências. Adquiriu melhor controle postural de pé com apoio, melhorou o suporte de peso nos membros inferiores e facilitou as transferências, necessitando apenas do auxílio moderado de uma pessoa.

S.M.R. recebeu alta do programa com notável ganho funcional e comportamental, além de melhora do nível de participação nas atividades básicas da vida diária.

No seguimento de 5 meses pós-programa, de reabilitação, houve perda funcional,



devido a falta de organização familiar e a dificuldade de implementar as atividades de estimulação no domicílio, embora mantivesse a realização de fisioterapia domiciliar duas vezes por semana.

Cabe referir que a paciente foi submetida a 4 (quatro) momentos de programa de reabilitação interdisciplinar (internada), sendo o primeiro com a filha e os três últimos com uma cuidadora.

Os dados deste estudo foram analisados através de estatística descritiva e narrativa das avaliações seriadas.

## DISCUSSÃO

O AVC é a segunda causa mais comum de morte e a terceira causa mais comum de incapacidades em todo o mundo, com os distúrbios cognitivos constituindo uma parte substancial das deficiências<sup>28</sup>.

Estima-se que, em 2016, houve cerca de 260.000 casos, aproximadamente 107.000 mortes e mais de 2,2 milhões de anos de vida ajustados perdidos devido à incapacidade após um AVC no Brasil<sup>29,30</sup>.

Ainda existem poucas publicações com foco na apresentação, diagnóstico e tratamento da heminegligência motora e representacional, porém, observou-se que, um programa de reabilitação interdisciplinar com participação ativa da família e do paciente pode trazer resultados benéficos.

A paciente recebeu todas as orientações em regime hospitalar, em teoria, a reabilitação do paciente internado tem como vantagens: melhorar a comunicação entre os membros da equipe, garantir adesão do paciente às atividades programadas e ser praticada diariamente.

Em relação aos aspectos motores, houve ganhos do equilíbrio sentado, aumento do tempo de permanência sentada na cadeira de rodas, melhora do suporte de peso em membros inferiores quando de pé com assistência de terceiros e melhora na participação das transferências e atividades de vida diária. Com os estímulos, houve melhora da percepção do corpo no espaço com melhora da simetria corporal e maior envolvimento do membro superior esquerdo em tarefas bimanuais.

S.M.R. apresentou melhora após estratégias sustentadas e específicas, como treinamento de varredura visual, realidade virtual, bem como práticas específicas de tarefas, melhoram as habilidades de compreensão cognitiva. As técnicas compensatórias incluíram práticas visando o senso de posição e representações espaciais<sup>3</sup>.

O manejo medicamentoso com o ajuste da dose da medicação antidepressiva foi importante na melhora do comportamento, queixas algícas e nível de participação da paciente, associado a um ambiente rico em estimulação.

No processo de reabilitação, conforme desempenho da paciente, faz-se necessária

a participação de um familiar ou pessoa próxima que auxilie na generalização e, conseqüentemente, na persistência destes ganhos terapêuticos. No caso citado, os dados do follow-up demonstraram perdas motoras e funcionais, devido à dinâmica e organização familiar, trazendo impacto na continuidade das orientações de estimulação no domicílio.

## COMENTÁRIOS FINAIS

Há pouca descrição na literatura de casos de negligência unilateral motora e representacional, estando os estudos mais voltados para o subtipo unilateral espacial ou sensorial. O caso clínico a ser descrito e sua definição diagnóstica demonstrou a importância da equipe interdisciplinar, os desafios do diagnóstico clínico e necessidade de avaliações seriadas/ contextualizadas.

Há estudos na literatura sobre heminegligência e estratégias de avaliação e intervenção, porém este caso sinalizou os desafios para avaliação e intervenção, uma vez que caracteriza um quadro de negligência unilateral motora e representacional; com interferência significativa no prognóstico motor. Este estudo trouxe informações sobre abordagem de paciente com negligência unilateral motora e representacional, ressaltando a necessidade da avaliação em seu contexto de atividades, de forma mais contextualizada e ecológica, além da importância das avaliações seriadas e envolvimento da família durante o processo da reabilitação neurológica. As orientações oferecidas por diferentes profissionais de saúde em uma equipe de atendimento interdisciplinar com decisões compartilhadas e harmonizadas de maneira simultânea, também foram relevantes neste caso.

Estudos futuros, através de série de casos, são necessários para maior evidência dos resultados.

## FUNDING

None.

## CONFLICT OF INTEREST

The authors declare that the research was conducted without any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest.

This study was conducted by the Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação, Salvador, BA, Brazil.

## REFERENCIAS

1. Williams LJ, Kernot J, Hillier SL, Loetscher T. Spatial Neglect Subtypes, Definitions and Assessment Tools: A Scoping Review. *Front Neurol.* 2021 Nov 24;12. Available from: <https://doi.org/10.3389/fneur.2021.742365>

2. Rode G, Fournassi M, Pagliari C, Pisella L, Rossetti Y. Complexity vs. unity in unilateral spatial neglect. *Rev Neurol (Paris)*. 2017 Jul 1;173(7–8):440–50. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2017.07.010>
3. Rode G, Pagliari C, Huchon L, Rossetti Y, Pisella L. Semiology of neglect: An update. *Ann Phys Rehabil Med*. 2017 Jun 1;60(3):177–85. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2016.03.003>
4. Knoppe K, Schlichting N, Schmidt-Wilcke T, Zimmermann E. Increased scene complexity during free visual exploration reveals residual unilateral neglect in recovered stroke patients. *Neuropsychologia*. 2022 Dec 15;177:108400. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2022.108400>
5. Schubert F, Spatt J. Double dissociations between neglect tests: possible relation to lesion site. *Eur Neurol*. 2001;45(3):160–4. Available from: <https://doi.org/10.1159/000052115>
6. Osawa A, Maeshima S. Unilateral Spatial Neglect Due to Stroke. In: S D, editor. *Stroke*. Brisbane, Australia: Exon Publications; 2021. p. 121–32. Available from: <https://doi.org/10.36255/EXONPUBLICATIONS.STROKE.SPATIALNEGLECT.2021>
7. Gammeri R, Iacono C, Ricci R, Salatino A. Unilateral Spatial Neglect After Stroke: Current Insights. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2020 Jan 1;16:131–52. Available from: <https://doi.org/10.2147/NDT.S171461>
8. Di Monaco M, Schintu S, Dotta M, Barba S, Tappero R, Gindri P. Severity of unilateral spatial neglect is an independent predictor of functional outcome after acute inpatient rehabilitation in individuals with right hemispheric stroke. *Arch Phys Med Rehabil*. 2011 Aug;92(8):1250–6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.03.018>
9. Corbetta M, Kincade MJ, Lewis C, Snyder AZ, Sapir A. Neural basis and recovery of spatial attention deficits in spatial neglect. *Nat Neurosci*. 2005 Nov 23;8(11):1603–10. Available from: <https://doi.org/10.1038/nn1574>
10. Kerkhoff G, Rode G, Clarke S. Treating Neurovisual Deficits and Spatial Neglect. In: *Clinical Pathways in Stroke Rehabilitation*. Cham: Springer International Publishing; 2021. p. 191–217. Available from: [https://doi.org/10.1007/978-3-030-58505-1\\_11](https://doi.org/10.1007/978-3-030-58505-1_11)
11. Nijboer TCW, Kollen BJ, Kwakkel G. Time course of visuospatial neglect early after stroke: A longitudinal cohort study. *Cortex*. 2013 Sep;49(8):2021–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2012.11.006>
12. Rengachary J, He BJ, Shulman GL, Corbetta M. A Behavioral Analysis of Spatial Neglect and its Recovery After Stroke. *Front Hum Neurosci*. 2011;5(APRIL). Available from: <https://doi.org/10.3389/FNHUM.2011.00029>
13. Karnath HO, Mandler A, Clavagnier S. Object-based neglect varies with egocentric position. *J Cogn Neurosci*. 2011 Oct;23(10):2983–93. Available from: [https://doi.org/10.1162/jocn\\_a\\_00005](https://doi.org/10.1162/jocn_a_00005)
14. Pitteri M, Chen P, Passarini L, Albanese S, Meneghello F, Barrett AM. Conventional and functional assessment of spatial neglect: Clinical practice suggestions. *Neuropsychologia*. 2018 Oct;32(7):835–42. Available from: <https://doi.org/10.1037/neu0000469>
15. Lopes ML, De Sant Anna Jr M, Ferreira HP, et al. As diferentes manifestações da hêminegligência e sua avaliação clínica. *Fisioter Bras*. 2018 May 11;19(2):241–8. Available from: <https://doi.org/10.33233/FB.V19I2.2314>

16. Duncan PW, Zorowitz R, Bates B, et al. Management of Adult Stroke Rehabilitation Care. *Stroke*. 2005 Sep;36(9). Available from: <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000180861.54180.FF>
17. Intercollegiate Stroke Working Party. National Clinical Guideline for Stroke. 3rd Editio. London: Royal College of Physicians; 2008.
18. Toraldo A, Romaniello C, Sommaruga P. Measuring and diagnosing unilateral neglect: a standardized statistical procedure. *Clin Neuropsychol*. 2017 Oct 3;31(6–7):1248–67. Available from: <https://doi.org/10.1080/13854046.2017.1349181>
19. Umeonwuka C, Roos R, Ntsiea V. Current trends in the treatment of patients with post-stroke unilateral spatial neglect: a scoping review. *Disabil Rehabil*. 2022;44(11):2158–85. Available from: <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1824026>
20. Herman EW. Spatial neglect: new issues and their implications for occupational therapy practice. *Am J Occup Ther*. 1992;46(3):207–16. Available from: <https://doi.org/10.5014/AJOT.46.3.207>
21. Muhammad Tawab Khalil, Umer Younas, Imran Irshad, Farooq Azam Rathore. Rehabilitation of hemispatial neglect in stroke. *J Pak Med Assoc*. 2022 Apr 5 [cited 2023 Apr 5];72(4):782–3. Available from: <https://doi.org/10.47391/JPMA.22-32>
22. Long J, Zhang Y, Liu X, Gao Q, Pan M. Music-based interventions for unilateral spatial neglect: A systematic review. *Neuropsychol Rehabil*. 2022 Aug 18;1–26. Available from: <https://doi.org/10.1080/09602011.2022.2111314>
23. Kerkhoff G, Rossetti Y. Plasticity in Spatial Neglect – Recovery and rehabilitation. *Restor Neurol Neurosci*. 2006 Jan 1;24(4–6):201–6.
24. Piccardi L, Nico D, Bureca I, Matano A, Guariglia C. Efficacy of visuo-spatial training in right-brain damaged patients with spatial hemineglect and attention disorders. *Cortex*. 2006;42(7):973–82. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0010-9452\(08\)70203-X](https://doi.org/10.1016/S0010-9452(08)70203-X)
25. Sousa NMF, Ribeiro AM, Nunes DL de M. Neurological rehabilitation for a patient with chronic rasmussen encephalitis: A case report. *Dement e Neuropsychol*. 2021 Sep 1;15(3):413–8. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-57642021dn15-030015>
26. Longley V, Hazelton C, Heal C, et al. Non-pharmacological interventions for spatial neglect or inattention following stroke and other non-progressive brain injury. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 Jul 1;2021(7). Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003586.pub4>
27. Di Gregorio F, La Porta F, Casanova E, et al. Efficacy of repetitive transcranial magnetic stimulation combined with visual scanning treatment on cognitive and behavioral symptoms of left hemispatial neglect in right hemispheric stroke patients: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2021 Dec 6;22(1):24. Available from: <https://doi.org/10.1186/S13063-020-04943-6>
28. Vallar G, Calzolari E. Unilateral spatial neglect after posterior parietal damage. *Handb Clin Neurol*. 2018 Jan 1;151:287–312. Available from: <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-63622-5.00014-0>
29. Minelli C, Bazan R, Pedatella MTA, et al. Brazilian Academy of Neurology practice guidelines for stroke rehabilitation: part I. *Arq Neuropsiquiatr*. 2022 Jun 1;80(6):634–52. Available from: <https://doi.org/10.1590/0004-282X-ANP-2021-0354>

30. Minelli C, Luvizutto GJ, Cacho R de O, et al. Brazilian practice guidelines for stroke rehabilitation: Part II. *Arq Neuropsiquiatr*. 2022 Jul 29;80(07):741–58. Available from: <https://doi.org/10.1055/s-0042-1757692>