

# Neuropsicologia nas Demências

Tiago Pina Sequeira  
Foz do Arelho, Março 2016

# Neuropsicologia

Disciplina fundamentalmente clínica que surge da convergência entre a Psicologia e a Neurologia e que estuda os efeitos que uma lesão provoca no funcionamento das estruturas do sistema nervoso central, sobre os processos cognitivos, psicológicos, emocionais e do comportamento individual.

# História da Neuropsicologia

- **Os antigos egípcios** já faziam referência à palavra cérebro, e tinham uma noção razoável sobre as relações entre cérebro e funções motoras.
- Os papiros adquiridos por Edwin Smith em Luxor, datados dos séculos 16 e 17 aC, documentam o conhecimento destes povos sobre as funções cerebrais.
- **Na Grécia Antiga, Hipócrates** já considerava o **cérebro como órgão do pensamento e das sensações**.
- No século **III AC**, **Herófilo** descreveu a anatomia do cérebro e acreditava que os ventrículos eram responsáveis pelas capacidades cognitivas

**Galeno (sec. IIAC)** pensava que a massa cerebral era responsável pelas actividades da mente.

Durante a **Idade Média**, pouco avançaram os estudos sobre as relações entre cérebro e comportamento.

No **século XVI**, **Vesalius**, estabeleceu a era moderna na observação e na pesquisa descritiva, estudando a anatomia de animais; concluiu que o cérebro humano era semelhante, apenas com diferentes proporções.

Mais tarde, **Descartes (século XVII)** postulou que a glândula pineal seria a sede da mente.

No século seguinte (séc. XVIII), **Gall**, importante pesquisador vienense, afirmou que as **faculdades mentais estavam localizadas em estruturas cerebrais e correlacionou-os** com as proeminências do crânio, pois acreditava que estas estruturas estavam no córtex.

A Neuropsicologia tem a sua origem nos trabalhos de vários psicólogos e médicos nos séculos XIX e XX:

- ❖ Meados do séc. XIX – **Broca** tornou-se famoso por localizar o **Centro da Linguagem**, conhecido hoje como **Área de Broca** – que levou à classificação de um dos Síndromes Neuropsicológicas mais importantes, **a Afasia**
- ❖ Na Afasia de Broca a fluência expressiva está alterada, permanecendo a compreensão.

❖ **Em 1874** – O Alemão Carl **Wernicke** descreve o **Síndrome Afásico**, que mais tarde terá o seu nome, Afasia de Wernicke.

Neste síndrome, oposto ao de Broca, a **compreensão surge alterada e mantém-se a fluidez da fala.**

❖ **Em 1802** - **Franz Gall**, precursor de Broca e considerava que **existiam funções mentais com uma localização diferenciada no cérebro.**

- Estas ideias foram abandonadas por não terem bases científicas mas preparou-se o caminho para as Teorias de Broca.

- ❖ Surge um fisiologista francês, **Jean-Marie Flourens** (1794-1867) que entendia ser **impossível localizar as funções cerebrais com precisão**, já que as diferentes estruturas cerebrais **interagem entre si criando, sistemas funcionais.**
- ❖ O médico inglês, **John H. Jackson** (1835-1911) contemporâneo de Wernicke, foi muito crítico em relação aos trabalhos de Broca e de Wernicke, **negando a possibilidade de se poderem encontrar localizações neurológicas específicas para a Linguagem**, por considerar esta uma **capacidade demasiado complexa.**
- ❖ O debate que Gall e Flourens iniciaram e que continuou mais tarde com Jackson, discutindo entre o **Localizacionismo e Funcionalismo**, durou até ao séc. XXI e continua a fazer parte da Neuropsicologia actual.

Mais tarde, no princípio do séc. XX, o Psicólogo e Médico Russo, **Alexander R. Luria (1902-1977)**, considerado o pai da Neuropsicologia actual, aperfeiçoou diversas técnicas para estudar o comportamento de pessoas com lesões do Sistema Nervoso, e **criou uma bateria de provas psicológicas**, criadas para **identificar as alterações nos processos psicológicos**, como:

**Atenção, Memória, Linguagem, Função Executiva, Praxias, Gnosias, Cálculo, etc.**

- ❖ Esta extensa bateria permitia informar o Neurologista sobre a **localização e extensão da lesão** e ao **Psicólogo** proporcionava um “relatório” detalhado das **dificuldades cognitivas do paciente**.



# DEMÊNCIAS

- ❖ Deterioração global do comportamento intelectual, emocional e motivacional;

Síndrome caracterizado por uma deterioração das funções cognitivas e pelo menos de três áreas de actividade mental:

- linguagem
- memória
- visuo-espaciais
- afectivo/emocional
- personalidade
- capacidade de abstracção
- juízo crítico, entre outros.

## Demências

Corticais (Alzheimer, Pick)

Sub-Corticais (Vascular)

No entanto, com a evolução da demência as áreas sub-corticais são também afectadas.

Por exemplo, inicialmente a doença de Alzheimer é cortical não se verificando alterações sub-corticais mas com a sua evolução surge por exemplo a rigidez, uma vez que as zonas sub-corticais acabam por ser afectadas.

# Observações importantes numa primeira consulta

- ❖ Se vem sozinho/acompanhado
- ❖ Alterações motoras
- ❖ História clínica/história da pessoa
- ❖ Pesquisa sobre alterações graduais ou súbitas
- ❖ Importância do cuidador
- ❖ No caso de alterações mnésicas, observar se o doente as aceita ou nega
- ❖ Observar se existem alterações nas AVD's  
(inicialmente podem não existir e normalmente não existem)
- ❖ Grau de escolaridade/nível cultural
- ❖ Perceber se existem alterações focais ou difusas

- **Mini Mental State Examination**

ORIENTAÇÃO 10

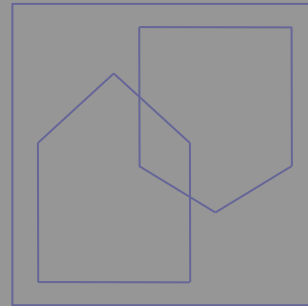
FIXAÇÃO – APRENDIZAGEM 3

CONCENTRAÇÃO E CÁLCULO 5

MEMÓRIA 3

LINGUAGEM E CONSTRUÇÃO 8

APTIDÃO VISUOESPACIAL 1

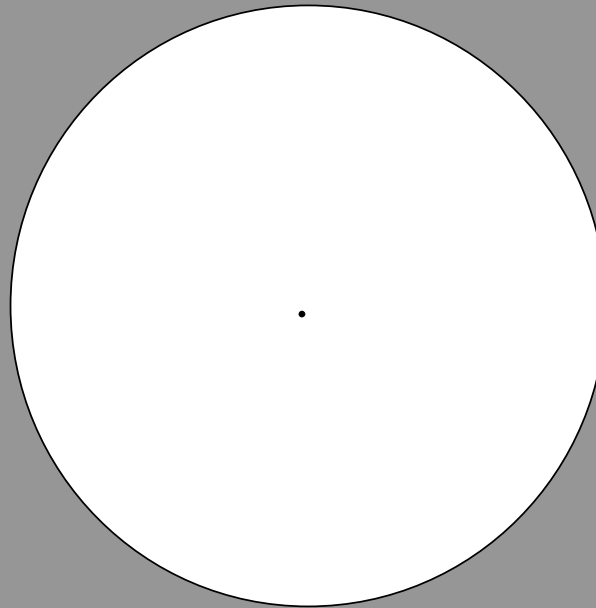


**Pontuação Total 30**

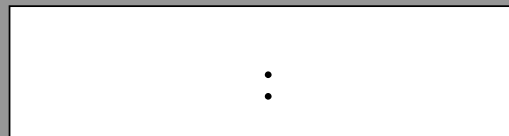
# Clock Drawing Test

## DESENHE UM RELÓGIO

Coloque dentro do círculo os ponteiros das horas e dos minutos. Escreva os números na posição correcta



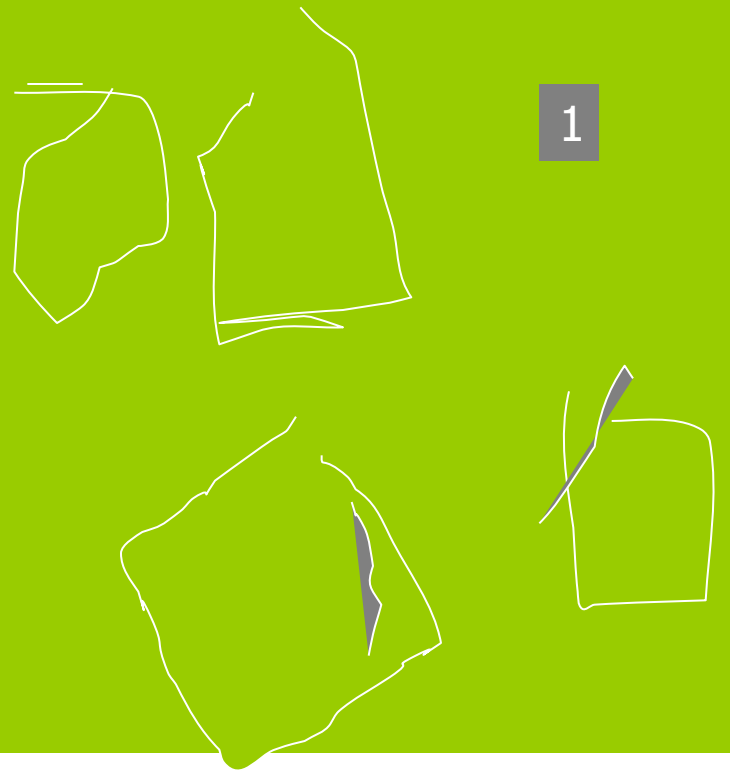
Dentro de rectângulo escreva as horas e os minutos que os ponteiros do relógio indicam



# CDT



# MMSE



# Demência de Alzheimer

- ❖ Observam-se múltiplos défices neuropsicológicos incluindo
  - Afasia anómica ou mista
  - Apraxia
  - Défices de raciocínio
  - Alteração proeminente da aprendizagem e da memória.
- ❖ Os doentes com doenças de Alzheimer apresentam um rápido esquecimento de novas informações e não beneficiam com deixas ou apoios à recordação, o que sugere **defícies de codificação ou de aprendizagem** bem como **problemas de recuperação**.
- ❖ Na maior parte dos casos, no início da doença **as funções mais afectadas são a aprendizagem e a memória**.

# Demência Fronto-Temporal

❖ Caracteriza-se por **ausência de sentido crítico e deterioração da capacidade de julgamento** e à medida que a doença progride emergem **défices cognitivos** em múltiplas esferas nomeadamente:

- Anomalias da linguagem (diminuição da geração de listas de palavras)
- Anomia Semântica (as palavras perdem o seu significado)
- Estereotipia Verbal
- Disfunção Executiva (semelhante à que se observa nas fases tardias da doença de Alzheimer)



- ❖ Assim a demência fronto-temporal pode distinguir-se da demência de Alzheimer pela relativa saliência dos défices do funcionamento executivo pela oposição à perturbação da memória ou pela emergência de alterações progressivas do discurso antes de surgirem défices de memória notáveis.
- ❖ Os testes incluem as medidas das funções do lobo frontal tais como:
  - Tarefas de programação motora
  - Velocidade
  - Flexibilidade Cognitiva
  - Tarefas de Raciocínio
  - Testes de Nomeação e Fluência Verbal

# Demência Corpus de Lewy

- ❖ Os perfis cognitivos dos doentes com demência Corpus de Lewy sobrepõe-se à dos doentes com doença de Alzheimer. No entanto os doentes CDL podem ter problemas desproporcionados de:
  - Atenção
  - Memória do trabalho
  - Processamento visuoperceptual
  - Funcionamento executivo
- ❖ Observam-se **baixos valores em quase todos os tipos de tarefas de atenção**, ao passo que a atenção simples (repetição de dígitos) se mantém preservada na demência de Alzheimer.
- ❖ Os doentes CDL têm **mais dificuldade** que os doentes de Alzheimer **em tarefas visuoperceptuais** simples, como o **reconhecimento de letras fragmentadas** ou em retirar significado de fotografias,

- ❖ Na demência CDL a atenção retardada está mais mantida do que na demência de Alzheimer, em especial se a informação recentemente aprendida estiver organizada de forma natural, p.e. histórias.
- ❖ No início da demência CDL existe uma maior lentidão psicomotora e uma maior dificuldade com funções executivas (como mudar de um pensamento ou acção para outro) e com a programação motora.

# Demência Vascular

- ❖ Os resultados variam conforme a gravidade e a natureza da doença cerebrovascular
- ❖ Quando a lesão se limita a enfartes lacunares ou na doença extensa da substância branca profunda, são **previsíveis alterações em testes:**
  - **Rapidez e destreza psicomotoras**
  - **Funções frontais executivas**
    - insuficiências da atenção dividida,
    - transferência da atenção,
    - insuficiência da memória de trabalho, etc
  - **Aspectos motores da fala (disartria ou débito verbal reduzido)**

# INVESTIGAÇÃO DA DEMÊNCIA

- ❖ História clínica
- ❖ Avaliação Neuropsicológica
- ❖ Técnicas-TAC/RM

## Macroscopicamente

- Atrofia cortical
- Diminuição da área da substância branca
- Aumento ventricular
- Calcificações: Típicas das demências sub-corticais

## ❖ Microscopicamente

- Diminuição neuronal (p.e. Hipocampo)
- Diminuição da arborização dendrítica

# DEMÊNCIA VS. DEPRESSÃO

A apatia, irritabilidade e desorientação são sintomas frequentes da depressão, mas também de uma fase inicial da demência

Muitas vezes o doente é tratado para a depressão mas com a evolução verifica-se a instalação de um quadro demencial.

Por exemplo na demência fronto-temporal podem surgir transtornos da personalidade e conduta.

## **Demência**

Respostas aproximadas

Menos queixas

Perca em lugares conhecidos

Homogeneidade de valores

Pelo menos uma destas:

Afasia, apraxia ou agnosia

## **Depressão**

Não sei, não me lembro

Mais queixas

Não se perdem em lugares conhecidos

Rendimento variável

Ausência de afasia, apraxia ou agnosia

Transtorno cognitivo

Pioram o quadro