ISBN: 978-65-83849-11-3

Aurum EDITORA

CAPÍTULO 7

RECONSTRUINDO PONTES: ESTRATÉGIAS PARA MITIGAR O COMPROMETIMENTO COGNITIVO EM IDOSOS COM LESÕES CEREBRAIS ADQUIRIDAS

REBUILDING BRIDGES: STRATEGIES TO MITIGATE COGNITIVE IMPAIRMENT IN ELDERLY PEOPLE WITH ACQUIRED BRAIN INJURIES

https://doi.org/10.63330/aurumpub.014-007

Gregório Otto Bento de Oliveira
Faculdade Anhanguera de Brasília, DF

Diego de Carvalho Maia
Faculdade Anhanguera de Brasília, DF

Leonardo Domingues Ramos
Faculdade Anhanguera de Brasília, DF

Grazieli Aparecida Huppes
Faculdade Anhanguera de Brasília, DF

Rosimeire Faria do Carmo
UniLS – Centro Universitário
Taguatinga, Brasília, DF

Abia Matos de Lima
UniLS – Centro Universitário
Taguatinga, Brasília, DF

Maria Clara da Silva Goersch
Faculdade Anhanguera de Brasília, DF

Luciana Gobbi
Faculdade Anhanguera de Brasília, DF

Victor Martins Aguilar Escobar
Faculdade Anhanguera de Brasília, DF

Thiago Caetano Luz
Faculdade Anhanguera de Brasília, DF

RESUMO
Aborda a complexidade e a urgência de intervir no comprometimento cognitivo que afeta idosos após lesões cerebrais adquiridas, como acidentes vasculares cerebrais (AVCs) ou traumatismos cranianos, tornou-se um desafio multidisciplinar. Em vez de aceitar o declínio cognitivo como um destino inevitável, o foco está em estratégias ativas para mitigar e, em alguns casos, reverter as perdas funcionais. A intervenção se baseia no princípio da neuroplasticidade, a capacidade do cérebro de se reorganizar e formar novas conexões. As estratégias de mitigação incluem abordagens multifacetadas, como a reabilitação cognitiva, que utiliza exercícios de memória, atenção e raciocínio para fortalecer as redes neurais existentes e criar rotas. Além

disso, terapias ocupacionais e a estimulação psicomotora são cruciais, pois ajudam a integrar as funções cognitivas com as atividades da vida diária, promovendo maior autonomia e qualidade de vida. O apoio familiar e o ambiente social também são pilares importantes, oferecendo um contexto de segurança e estímulo que potencializa os ganhos terapêuticos. A intervenção precoce e continuada é fundamental para maximizar o potencial de recuperação e evitar a progressão do comprometimento. O ponto central do resumo é ressaltar que, por meio de estratégias terapêuticas e de um ambiente de suporte, é possível reconstruir as pontes neuronais e funcionais, oferecendo uma perspectiva de esperança e recuperação para os idosos afetados.

Palavras-chave: Comprometimento cognitivo; Neuroplasticidade; Reabilitação; Idosos; Lesões adquiridas.

ABSTRACT

This paper addresses the complexity and urgency of intervening in cognitive impairment affecting older adults after acquired brain injuries, such as strokes or head injuries. This has become a multidisciplinary challenge. Rather than accepting cognitive decline as an inevitable fate, the focus is on active strategies to mitigate and, in some cases, reverse functional losses. Intervention is based on the principle of neuroplasticity, the brain's ability to reorganize itself and form new connections. Mitigation strategies include multifaceted approaches, such as cognitive rehabilitation, which uses memory, attention, and reasoning exercises to strengthen existing neural networks and create pathways. Furthermore, occupational therapies and psychomotor stimulation are crucial, as they help integrate cognitive functions with activities of daily living, promoting greater autonomy and quality of life. Family support and a social environment are also important pillars, offering a context of safety and stimulation that enhances therapeutic gains. Early and continued intervention is essential to maximize recovery potential and prevent the progression of impairment. The central point of the summary is to emphasize that, through therapeutic strategies and a supportive environment, it is possible to rebuild neural and functional bridges, offering a prospect of hope and recovery for affected older adults.

Keywords: Cognitive impairment; Neuroplasticity; Rehabilitation; Elderly; Acquired injuries.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento, por vezes, traz consigo desafios invisíveis, mas de profundo impacto: os distúrbios neurocognitivos. Embora frequentemente confundidos com o diagnóstico de demência, esses quadros representam um universo complexo de prejuízos que afetam o declínio cognitivo, especialmente nos domínios da memória e da aprendizagem de novas habilidades (DALGALARRONDO, 2018). Ao longo do tempo, a ciência tem demonstrado que, embora distúrbios neurocognitivos possam ocorrer em qualquer idade, eles se manifestam com maior prevalência na terceira idade, uma fase da vida em que os idosos estão mais suscetíveis a condições de múltiplas etiologias e com vasto leque de sintomas clínicos (APA, 2014; DALGALARRONDO, 2018). Este cenário nos impõe uma questão crucial: como identificar e intervir de forma eficaz diante desses desafios?

É neste ponto que a avaliação neuropsicológica se revela não apenas como uma ferramenta, mas como um farol indispensável. Conforme apontam os especialistas Malloy-Diniz, Fuentes e Cosenza (2013), a avaliação neuropsicológica é o método mais sensível para mensurar disfunções cognitivas e mapear a conexão com lesões cerebrais ou outros comprometimentos. Ela oferece a capacidade de transcender os diagnósticos superficiais e mergulhar na essência do perfil cognitivo e funcional do paciente.

Este conhecimento detalhado não é um fim em si mesmo, mas um ponto de partida. Ele nos capacita a elaborar um processo de intervenção customizado, focado nas dificuldades que realmente impactam a adaptabilidade do idoso às suas atividades de vida diária (DALGALARRONDO, 2018; MALLOY-DINIZ; FUENTES; COSENZA, 2013).

O objetivo deste capítulo é claro e direto: equipá-lo com o conhecimento necessário para identificar as mudanças comportamentais associadas aos distúrbios neurocognitivos em idosos. Mais do que isso, é mostrar como a avaliação neuropsicológica pode ser o alicerce para uma abordagem terapêutica que não apenas trata sintomas, mas transforma vidas, reorientando o cuidado para onde ele é mais necessário.

Aprofunde-se neste estudo e descubra como uma avaliação precisa e uma intervenção baseada em evidências podem ser o diferencial que assegura a dignidade, autonomia e qualidade de vida na terceira idade.

2 TRANSTORNOS NEUROCOGNITIVOS (TNCS) E LESÕES CEREBRAIS ADQUIRIDAS (LCAS)

A psiquiatria geriátrica emerge como uma área essencial, dedicada a desvendar e tratar as complexas mudanças orgânicas e cognitivas que acompanham tanto o envelhecimento saudável quanto o patológico (FROTA et al., 2016). É neste campo que nos deparamos com uma nova perspectiva sobre os distúrbios cognitivos, categorizados de forma precisa para uma compreensão mais abrangente e eficaz.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) (APA, 2014) revolucionou a

forma como compreendemos esses quadros ao organizá-los em três categorias fundamentais:

- ***Delirium*:** Um distúrbio agudo e dramático que afeta a atenção, a consciência e a cognição.
- **Transtorno Neurocognitivo (TNC) Maior:** Anteriormente conhecido como demência, esta categoria representa um declínio cognitivo significativo.
- **Transtorno Neurocognitivo (TNC) Leve:** Um prejuízo cognitivo menos severo, mas que ainda assim exige atenção.

A adoção do termo TNC foi um avanço crucial, permitindo que o diagnóstico abrangesse uma gama mais ampla de condições, não se limitando apenas aos idosos. Sendo aplicado também se aplica a pessoas mais jovens que sofrem de prejuízos cognitivos decorrentes de lesões cerebrais ou outras doenças orgânicas (APA, 2014). Quando um paciente apresenta sinais de comprometimento cognitivo, a jornada de avaliação começa com uma cuidadosa entrevista clínica psiquiátrica. O objetivo inicial é determinar a gravidade do quadro. Em seguida, exames de neuroimagem entram em cena, oferecendo uma visão detalhada da extensão e da localização de possíveis lesões cerebrais.

É a partir da combinação desses dados que os profissionais de saúde podem identificar se os déficits serão temporários ou permanentes e determinar o seu nível de gravidade (leve, moderado ou grave). Esta abordagem precisa e multifacetada, conforme destacado por autores como Frota et al. (2016) e Malloy-Diniz, Fuentes e Cosenza (2013), é vital para traçar o plano de tratamento mais adequado, abrindo caminho para uma intervenção mais eficaz e personalizada. Na **tabela 1**, é descrito as principais causas de ligadas ao comprometimentos cognitivos.

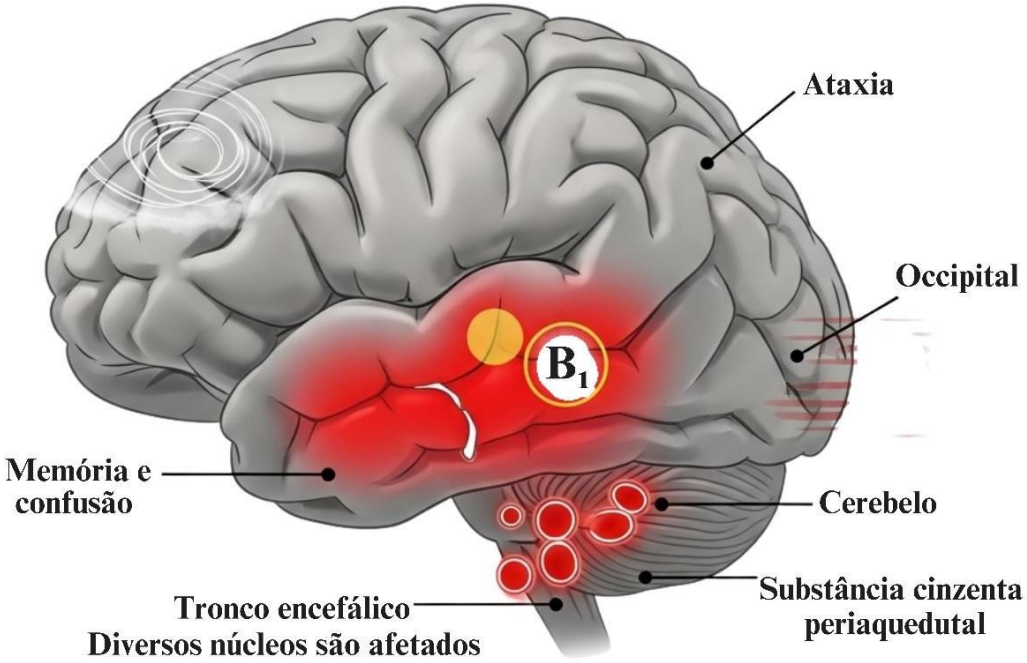
Tabela 1 – Fatores comprometedores da cognição em adultos e idosos

Comprometimento – tipos mais prováveis	Agente etiológico e/ou causa
Traumas – lesões	• Hemorragia intracerebral (dentro do cérebro). • Hemorragia subaracnoide (ao redor do cérebro). • Hematoma subdural ou epidural (coágulo sanguíneo dentro do crânio, causando pressão no cérebro). • Concussão cerebral.
Comprometimentos respiratórios	• Hipóxia (baixo oxigênio no cérebro). • Hipercapnia (elevado nível de dióxido de carbono no cérebro).
Cardiovasculares	• Demência vascular (decorrente de um infarto). • Infecções cardíacas (endocardite, miocardite). • Ataque isquêmico transitório (TIA).
Transtornos degenerativos	• Doença de Alzheimer. • Doença de Creutzfeldt-Jakob. • Doença difusa de corpos de Lewy. • Doença de Huntington. • Esclerose múltipla. • Hidrocefalia de pressão normal. • Doença de Parkinson.
Doenças metabólicas – demências	• Doença renal. • Doença hepática. • Doença da tireoide (hipertireoidismo ou hipotireoidismo).
	• Deficiência de vitamina (B1, B12 ou folato).
Abuso de drogas e álcool	• Estado de abstinência alcoólica. • Intoxicação pelo uso de drogas ou álcool. • Síndrome de Wernicke-Korsakoff (um efeito de longo prazo da deficiência de vitamina B1).
Agentes infecciosos	• Qualquer infecção aguda ou crônica. • Septicemia (envenenamento do sangue). • Encefalite (infecção cerebral). • Meningite (infecção do revestimento do cérebro e da medula espinhal). • Infecções por príons (por exemplo, doença da vaca louca). • Sífilis em estágio avançado. • SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida).

Fonte**:** Autor, 2025

Na **figura 1**, é demonstrado as regiões e estruturas neurológicas que são afetadas pela deficiência grave de vitamina B12.

Figura 1 - Síndrome de Wernicke-Korsakoff (um efeito de longo prazo da deficiência de vitamina B1).



Fonte: (Adaptada). Autor, 2025

Nota (Figura 1): Síndrome de Wernicke-Korsakoff.

A **Síndrome de Wernicke-Korsakoff** é um distúrbio neuropsiquiátrico grave, causado principalmente pela deficiência de vitamina B1 (tiamina). Embora seja mais conhecida por sua forte associação com o alcoolismo crônico, ela pode ser desencadeada por qualquer condição que leve à má nutrição e à absorção deficiente de tiamina. A síndrome, na verdade, é a combinação de duas condições distintas: a **encefalopatia de Wernicke** e a **psicose de Korsakoff**.

1. **Causas e Fisiopatologia:** A causa primária é a deficiência de tiamina, essencial para o metabolismo da glicose no cérebro. Sem tiamina, as células cerebrais não conseguem produzir energia suficiente para funcionar corretamente. O alcoolismo crônico é a causa mais comum devido à má nutrição e à inflamação do trato gastrointestinal, que prejudicam a absorção da vitamina. Outras causas incluem cirurgias bariátricas, câncer, AIDS e desnutrição severa.
2. **Encefalopatia de Wernicke: A Fase Aguda:** É a fase inicial e aguda da síndrome, caracterizada por uma tríade clássica de sintomas: **confusão mental, ataxia (perda de coordenação motora) e oftalmoplegia (paralisia dos músculos oculares)**. Se não tratada imediatamente com reposição de tiamina, pode ser fatal ou progredir para a fase crônica.
3. **Psicose de Korsakoff: A Fase Crônica:** Esta é a manifestação crônica e mais grave da síndrome. A característica principal é a **amnésia anterógrada (incapacidade de formar novas memórias)**, além de **amnésia retrógrada (perda de memórias passadas)**. Pacientes com psicose de Korsakoff frequentemente preenchem as lacunas de memória com confabulações, ou seja, histórias falsas, que não são mentiras deliberadas, mas sim uma tentativa inconsciente de dar sentido à realidade.
4. **Diagnóstico e Tratamento:** O diagnóstico é principalmente clínico, baseado nos sintomas e no histórico do paciente. O tratamento imediato é crucial e consiste na **administração intravenosa ou intramuscular de tiamina em altas doses**. A urgência do tratamento visa reverter a encefalopatia de Wernicke e prevenir a progressão para a psicose de Korsakoff.
5. **Prognóstico e Prevenção:** O prognóstico da encefalopatia de Wernicke é bom se o tratamento for rápido, com os sintomas oculares melhorando rapidamente. No entanto, a psicose de Korsakoff tem um prognóstico reservado, e a recuperação da memória e da função cognitiva é geralmente limitada. A **prevenção é a medida mais eficaz** e envolve o tratamento do alcoolismo e a garantia de nutrição adequada, especialmente em populações de risco.

A jornada do funcionamento cerebral, longe de ser linear, pode apresentar um ponto de inflexão crucial, classificado como Transtorno Neurocognitivo Leve (TNC Leve). Este estágio, um limiar entre a cognição normal e a disfunção manifesta, representa um campo de estudo e intervenção de alta relevância clínica e científica.

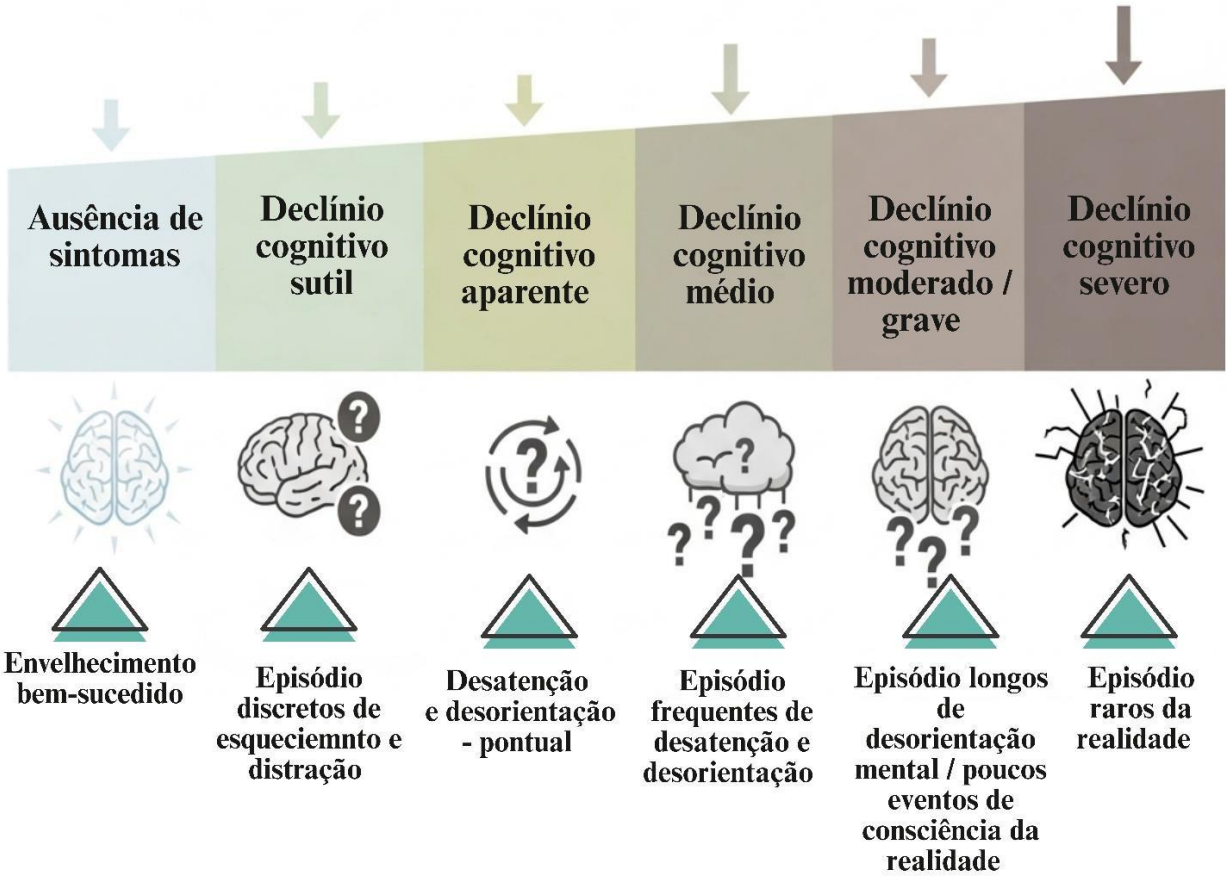
Conforme indicado por Malloy-Diniz, Fuentes e Cosenza (2013), o TNC Leve se caracteriza por disfunções neuropsiquiátricas sutis, cujos sintomas, ainda que perceptíveis, não chegam a comprometer a

independência do indivíduo. Essa condição atua como um preditor substancial, um "estágio pré-demencial" que, com o tempo, pode evoluir para um cenário mais grave.

A progressão do TNC Leve para o Transtorno Neurocognitivo Maior (TNC Maior) não é apenas uma mudança de grau, mas uma transformação qualitativa e quantitativa da disfunção cerebral. Neste estágio avançado, a disfunção cognitiva transcende as barreiras da sutileza e impõe um ônus significativo na vida do indivíduo. Conforme apontado por Santos, Andrade e Bueno (2015) e Frota et al. (2016), os déficits se tornam substanciais e multifacetados, englobando não apenas falhas de atenção e memória, mas também severas alterações na linguagem, na função perceptomotora e em outras esferas cognitivas essenciais.

A gravidade do TNC Maior reside na sua capacidade de remodelar a essência da pessoa. A desestruturação da personalidade torna-se evidente, frequentemente acompanhada por uma acentuada prevalência de sintomas como ansiedade, depressão e impulsividade. Essa interseção de déficits cognitivos e alterações neuropsiquiátricas cria um quadro clínico complexo e desafiador, com profundas implicações para a qualidade de vida do paciente e de seus cuidadores. A urgência na compreensão e no manejo do TNC Maior, portanto, é inquestionável.

Figura 2 – Evolução das desordens neurocognitivas



Fonte: (Adaptada). Autor, 2025

3 IMPACTO COGNITIVO: COMPREENDENDO OS PREJUÍZOS EM DISTÚRBIOS NEUROCOGNITIVOS E LESÕES CEREBRAIS ADQUIRIDAS

De acordo com o DSM-5, os transtornos neurocognitivos são uma categoria diagnóstica cuja etiologia pode ser investigada por meio de exames clínicos de neuroimagem, como tomografia computadorizada, ressonância magnética, PET e EEG (FROTA et al., 2016; MALLOY-DINIZ; FUENTES; COSENZA, 2013). Tais exames são

cruciais na avaliação clínica em saúde mental, pois permitem identificar alterações anatômicas ou lesões cerebrais significativas que podem ser a base de um distúrbio neurocognitivo específico (FROTA et al., 2016). No entanto, na prática clínica, a neuroimagem raramente é o ponto de partida.

Frequentemente, os resultados desses exames confirmam hipóteses levantadas por neurologistas, psiquiatras ou clínicos gerais, uma vez que as disfunções cognitivas só se tornam evidentes quando já impactam a autonomia e independência do paciente, geralmente um idoso (FUENTES et al., 2014).

Após a confirmação diagnóstica, a avaliação neuropsicológica se torna uma ferramenta indispensável. Essa avaliação detalhada permite mapear a severidade e a amplitude das disfunções cognitivas, fornecendo dados precisos para o desenvolvimento de um plano de reabilitação cognitiva personalizado (FROTA et al., 2016; FUENTES et al., 2014; MALLOY-DINIZ; FUENTES; COSENZA, 2013). Além de guiar intervenções, a avaliação neuropsicológica desempenha um papel fundamental na diferenciação dos sintomas de um distúrbio neurocognitivo e de um Transtorno Mental do Eixo I, como esquizofrenia, transtornos bipolares ou depressivos (APA, 2014).

A coexistência de sintomas de um Transtorno Mental do Eixo I complica significativamente a avaliação, pois o profissional precisa discernir a origem de cada sintoma. Sintomas de depressão maior, por exemplo, podem mimetizar um quadro de comprometimento cognitivo leve (SANTOS; ANDRADE; BUENO, 2015; MALLOY- DINIZ; FUENTES; COSENZA, 2013). A avolia, uma redução da capacidade de manter- se focado em objetivos, é um sintoma comum na depressão maior, mas sua causa pode ser uma redução das interconexões neuronais e não uma disfunção executiva. Por isso, a avaliação neuropsicológica é vital para esclarecer o quadro clínico completo, especialmente considerando que idosos frequentemente apresentam transtornos mentais do Eixo I concomitantes aos distúrbios neurocognitivos (APA, 2014; SANTOS; ANDRADE; BUENO, 2015).

Apesar de sua origem orgânica, os transtornos neurocognitivos são objeto de estudo da psiquiatria, que se debruça sobre as manifestações psíquicas e comportamentais decorrentes dessas alterações (DALGALARRONDO, 2018). As disfunções cognitivas e comportamentais, sejam elas temporárias ou permanentes (em casos de lesões adquiridas), resultam em déficits em diversos domínios cognitivos, o que requer uma abordagem abrangente para sua mensuração.

A avaliação neuropsicológica, nesse contexto, fornece uma estimativa precisa do perfil cognitivo do

paciente, mensurando habilidades em domínios como: Atenção, Funções Executivas, Memória e Aprendizagem, Linguagem, Função Perceptomotora e Cognição Social (APA, 2014). A mensuração detalhada de cada uma dessas funções é a chave para uma avaliação abrangente, que, por sua vez, permite um diagnóstico diferencial mais preciso e um plano de tratamento mais eficaz.

Tabela 2 – Funções cognitivas e seus domínios

Domínio cognitivo	Descrição e exemplos de componentes
Funções Executivas	Incluem controle inibitório, planejamento, organização e tomada de decisão.
Atenção	Engloba a atenção sustentada, dividida, alternada e concentrada.
Linguagem	Relacionada à nomeação de objetos, fluência verbal e recuperação de palavras.
Memória e Aprendizagem	Abrange a memória de reconhecimento, e a memória imediata, de curto e de longo prazo.
Função Perceptomotora	Relacionada à percepção visual, visuoconstrução e coordenação motora perceptual.
Cognição Social	Envolve o reconhecimento de emoções, a teoria da mente, empatia e outras habilidades interpessoais.

Fonte: (Adaptada). Autor, 2025

4 DOMÍNIOS COGNITIVOS - FUNÇÕES EXECUTIVAS

As funções executivas, destacam-se como os pilares do comportamento humano intencional. O lobo frontal, com ênfase no córtex pré-frontal, é o centro de controle que orquestra a complexa rede de processos cognitivos, **figura 3**. É nessa região que residem habilidades cruciais como controle inibitório, resolução de problemas, raciocínio, definição de metas, tomada de decisão, planejamento, flexibilidade cognitiva, autorregulação e a capacidade de usar *feedbacks* para aprimorar ações e o pensamento abstrato (DALGALARRONDO, 2018; FROTA et al., 2016).

A influência das Funções Executivas é tão abrangente que todas as condições de saúde mental exibem, em maior ou menor grau, alguma disfunção nesse campo. Nos distúrbios neuropsiquiátricos, as alterações nessas funções são um marcador clínico fundamental em quadros demenciais ou em casos de lesões cerebrais adquiridas. Nesses cenários, as disfunções executivas podem variar de alterações sutis a prejuízos acentuados, resultando em dificuldades significativas que comprometem a adaptação pessoal, acadêmica, profissional e social do indivíduo (MALLOY-DINIZ; FUENTES; COSENZA, 2013). O entendimento profundo do papel das Funções Executivas é, portanto, indispensável para a avaliação e o manejo clínico de uma vasta gama de transtornos.

Figura 3 – Funções executivas



Fonte: (Adaptada). Autor, 2025

4.1 VULNERABILIDADE ATENCIONAL NA TERCEIRA IDADE: UM OLHAR SOBRE A NEUROBIOLOGIA DA ATENÇÃO

A diminuição da capacidade atencional em idosos os torna extremamente suscetíveis a estímulos ambientais, comprometendo sua habilidade de filtrar informações irrelevantes para se concentrar no que realmente importa (SANTOS; ANDRADE; BUENO, 2015; FROTA et al., 2016). Essa vulnerabilidade, por exemplo, manifesta-se na dificuldade de "bloquear ruídos" em um ambiente social, **figura 4**, o que pode tornar até mesmo uma conversa simples em uma tarefa exaustiva. Nos distúrbios neuropsiquiátricos, como Delirium, Doença de Alzheimer, Demência com Corpos de Lewy e Demência Vascular, o déficit de atenção é um sintoma proeminente. Ele está intrinsecamente ligado a disfunções em estruturas cerebrais críticas, incluindo os lobos frontais, os gânglios da base e a formação reticular ascendente. A disfunção nessas áreas neuroanatômicas é a base biológica para a perda de foco, destacando a complexa relação entre a neurobiologia e os prejuízos cognitivos observados nessas condições (FROTA et al., 2016).

Figura 4 – “Ruídos cognitivos”



Fonte: (Adaptada). Autor, 2025

4.2 LINGUAGEM NA AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA: UM MAPEAMENTO ESSENCIAL

A avaliação neuropsicológica da linguagem começa, de forma crucial, com uma entrevista clínica aprofundada. Este contato inicial não só permite a coleta da história de vida do paciente, mas também uma observação qualitativa de componentes linguísticos essenciais. É neste momento que o profissional avalia a fluência verbal, a ocorrência de erros parafásicos e a capacidade de encontrar palavras, obtendo *insights* valiosos sobre o uso coloquial da linguagem. A avaliação da linguagem escrita em pacientes alfabetizados é igualmente vital, uma vez que a produção textual é um reflexo direto das habilidades linguísticas e frequentemente negligenciada nas avaliações (SANTOS; ANDRADE; BUENO, 2015; FROTA et al., 2016).

A compreensão é um dos primeiros aspectos a serem investigados. Em casos de suspeita de distúrbios neuropsiquiátricos com déficits de linguagem, o teste de compreensão deve seguir uma progressão lógica e gradativa. Inicia-se com comandos simples, como apontar para objetos, e avança para instruções mais complexas, garantindo uma análise meticulosa da capacidade do paciente de processar e responder a estímulos verbais (FROTA et al., 2016).

A nomeação é uma das tarefas mais importantes na avaliação neuropsicológica, pois integra três processos fundamentais que costumam ser comprometidos em muitos distúrbios neuropsiquiátricos: a

análise visuoperceptual do estímulo, o acesso ao conhecimento semântico e a recuperação da palavra. Lesões em áreas visuoperceptivas podem gerar erros de nomeação por falha na percepção visual. No entanto, se o acesso for por outra via sensorial, a resposta semântica pode ser correta. Em contraste, prejuízos fonológicos produzem erros consistentes, independentemente da via de acesso à informação (FROTA et al., 2016; MALLOY-DINIZ; FUENTES; COSENZA, 2013).

A avaliação da leitura é indispensável para determinar a capacidade de decodificar estímulos escritos e convertê-los em significado e sons, acessando a memória fonêmica para a produção da fala. As dificuldades apresentadas variam desde a incapacidade de compreender o significado de palavras até a leitura fluente de um texto. Por fim, a escrita é uma habilidade que exige a coordenação de múltiplos processos linguísticos e de controle motor, sendo, portanto, uma das primeiras a serem comprometidas em diversos distúrbios neuropsiquiátricos (FROTA et al., 2016; MALLOY-DINIZ; FUENTES; COSENZA, 2013). Na **tabela 3**, é resumido os pontos de avaliação para o mapeamento neurocognitivo.

Tabela 3 - Mapeamento da linguagem na avaliação neuropsicológica

Aspecto da Linguagem Avaliado	Características e Avaliação	Bases Neuroanatômicas Relevantes
Entrevista Clínica e Fluência Verbal	Início da avaliação. O profissional observa a fluência, a prosódia (entonação), a coerência, a sintaxe, a ocorrência de erros (parafasias) e a capacidade de encontrar palavras. Fornece insights sobre o uso coloquial da linguagem.	**Área de Broca** (produção da fala), **córtex motor** e áreas adjacentes. Vias de conexão entre as áreas de produção e compreensão.
Compreensão	Avalia a capacidade de processar e entender estímulos verbais. Progride de comandos simples (ex.: "aponte para o lápis") para instruções complexas, incluindo frases com diferentes estruturas gramaticais.	**Área de Wernicke** (compreensão da linguagem), **lobo temporal** e **córtex auditivo** primário.
Nomeação	Tarefa fundamental que integra percepção visual, acesso semântico e recuperação da palavra. Avalia a capacidade de nomear objetos, imagens ou conceitos. Erros de nomeação podem ser visuais (por falha na percepção), fonológicos (dificuldade em produzir os sons da palavra) ou semânticos (troca de palavras por outras de mesmo campo semântico).	**Lobos occipitais** (análise visual do estímulo), **lobo temporal** (acesso ao conhecimento semântico) e **lobo frontal** (recuperação da palavra e planejamento motor da fala).

Leitura	A avaliação diferencia dificuldades na rota lexical (leitura global) e na rota fonológica (leitura por decodificação de sons). As dificuldades podem variar de uma simples lentidão a incapacidade de compreender o texto.	**Giro angular** (integração da informação visual e fonológica), **córtex visual** e vias de associação entre as áreas linguísticas.
Escrita	Exige a coordenação de múltiplos processos, incluindo habilidades linguísticas, memória de trabalho e controle motor. É frequentemente uma das primeiras habilidades a serem afetadas em distúrbios neurológicos. A avaliação inclui a escrita espontânea, ditado de palavras e cópia.	**Área de Exner** (centro da escrita, no lobo frontal), **córtex motor**, **cerebelo** e vias de associação entre as áreas linguísticas e motoras.

Fonte: Autor, 2025

4.3 MEMÓRIA E ENVELHECIMENTO: DISTINGUINDO LAPSOS NORMAIS DE SINTOMAS DE DEMÊNCIA

A memória é o domínio cognitivo que mais gera queixas em avaliações clínicas, tanto por parte dos pacientes quanto de seus familiares. É comum que se relate dificuldades com a memória de modo geral ou com algum de seus componentes específicos, como a memória operacional ou a memória episódica. Contudo, há um equívoco difundido: muitas pessoas, especialmente no contexto do envelhecimento, interpretam lapsos de memória, sobretudo na memória operacional, como sinais precoces de uma demência (SANTOS; ANDRADE; BUENO, 2015; FROTA et al., 2016).

É imperativo diferenciar lapsos de memória de falhas atencionais. O esquecimento de porque se entrou em um cômodo ou o nome de alguém, por exemplo, não é, necessariamente, uma falha disfuncional da memória. Esses lapsos diários e corriqueiros podem ser explicados por outros fenômenos psicológicos, como estresse, ansiedade ou sintomas depressivos. Embora tais ocorrências sejam comuns no envelhecimento, é crucial avaliar o nível de prejuízo e o impacto na funcionalidade para determinar sua relevância clínica (SANTOS; ANDRADE; BUENO, 2015; FROTA et al., 2016).

No mundo atual, somos bombardeados por um vasto fluxo de informações, exigindo um rápido processo de filtragem e seleção para direcionar a atenção. Com o apoio de técnicas de aprendizagem, a nova informação é adquirida, consolidada e armazenada em diferentes componentes da memória (MALLOY-DINIZ; FUENTES; COSENZA, 2013). Este processo de consolidação é o que permite a retenção de novos conhecimentos.

No idoso, a capacidade de manter e manipular informações pela memória operacional (como guardar um número de telefone) é frequentemente reduzida, muitas vezes associada à desatenção. A memória episódica, que retém novos eventos de vida, também sofre um declínio, sendo a dificuldade em lembrar conversas ou eventos recentes um sintoma central de doenças demenciais, como a Doença de

Alzheimer. A perda da memória semântica, que envolve a recuperação de significados de palavras e objetos, é frequentemente o marcador mais associado ao quadro demencial, dada a perda de fatos históricos e conhecimentos gerais (MALLOY-DINIZ; FUENTES; COSENZA, 2013).

O funcionamento desses componentes da memória depende de uma rede complexa de estruturas cerebrais. A memória operacional está ligada aos lobos frontais e aos gânglios da base; a memória episódica, ao sistema límbico; e a memória semântica, às regiões laterais-inferiores dos lobos temporais (MALLOY-DINIZ; FUENTES; COSENZA, 2013; SANTOS; ANDRADE; BUENO, 2015). O declínio dessas funções reflete um processo de degeneração neural e anatômica que compromete a integração de diversas funções cognitivas.

4.4 A INTRINCADA REDE DA FUNÇÃO PERCEPTOMOTORA: DO RECONHECIMENTO VISUAL À AÇÃO COORDENADA

A função perceptomotora representa a intrincada conexão entre a percepção visual e a ação motora, integrando processos cognitivos essenciais como a visuoconstrução, a práxis e a gnosia (APA, 2014). Avaliar essa função é crucial para entender como um indivíduo interpreta informações visuais e as traduz em comandos manuais precisos para alcançar um objetivo específico. Conforme destacam Santos, Andrade e Bueno (2015), essa avaliação investiga a capacidade de dar sentido ao ambiente visual e de interagir com ele de forma coordenada.

Distúrbios perceptomotores podem manifestar-se de formas peculiares. Na simultanagnosia, o paciente não consegue integrar elementos individuais em uma cena coerente, perdendo a compreensão geral do contexto visual, mesmo identificando os detalhes isoladamente. A apraxia ocular impede a fixação do olhar em novos estímulos, enquanto a ataxia óptica afeta a capacidade de alcançar objetos com precisão sob guia visual. Adicionalmente, a prosopagnosia compromete o reconhecimento de rostos familiares, embora a pessoa possa identificar o indivíduo pela voz ou nome, demonstrando um déficit de reconhecimento facial altamente específico (Frota et al., 2016; Malloy-Diniz, Fuentes, & Cosenza, 2013).

Tarefas clínicas de avaliação da função perceptomotora frequentemente incluem a cópia de desenhos, a montagem de modelos 3D a partir de planos 2D ou a imitação de sequências de movimentos. Dificuldades significativas em tais atividades, especialmente em pacientes com lesões nos lobos parietais (uni ou bilaterais), podem ser indicativas de quadros neurodegenerativos complexos, como a Demência com corpos de Lewy (Frota et al., 2016). A prosopagnosia, por sua vez, está associada a lesões no lobo occipito- temporal inferior, sublinhando a natureza localizada desses déficits.

A perda da orientação visuoespacial compromete a capacidade de navegação segura no ambiente, resultando em incidentes cotidianos como tropeços em degraus, esbarrões em móveis e, em cenários mais graves, colisões no trânsito. Tais manifestações, comuns em idosos com comprometimento perceptomotor,

não apenas revelam a extensão do déficit cognitivo, mas também destacam o impacto direto na autonomia e segurança do indivíduo (Malloy-Diniz, Fuentes, & Cosenza, 2013).

4.5 COGNIÇÃO SOCIAL: A ARQUITETURA DO COMPORTAMENTO HUMANO

A cognição social emerge como um campo de estudo fundamental, dedicando-se à análise do processamento cognitivo das emoções e ao desempenho das habilidades socioemocionais que moldam as interações interpessoais. Integrada à psicopatologia, ela postula que o comportamento social humano é intrinsecamente ancorado em funções cognitivas. Assim, domínios cognitivos mensuram a complexidade da interação social, a capacidade de reconhecer emoções em si e nos outros, e a habilidade de antecipar estados emocionais e respostas de terceiros (APA, 2014; Dalgalarrondo, 2018).

A relevância da cognição social torna-se especialmente evidente na compreensão de distúrbios neuropsiquiátricos, particularmente em populações idosas. Nesses casos, a funcionalidade da personalidade e o comportamento social podem ser profundamente afetados, comprometendo a expressão emocional e a leitura acurada do ambiente social.

Essa disfunção impede o indivíduo de se engajar de maneira eficaz em interações, limitando sua capacidade de adaptação e resposta a cenários complexos (APA, 2014; Dalgalarrondo, 2018).

As alterações na cognição social podem levar a uma desconexão sutil, mas impactante, do mundo ao redor. O idoso pode, por exemplo, falhar em expressar adequadamente seu próprio estado emocional, resultando em uma comunicação deficiente e incompreensão mútua. Paralelamente, a incapacidade de captar pistas ambientais sutis pode agravar o isolamento e a dificuldade em navegar por situações sociais que exigem empatia e adaptação.

Este cenário destaca o quão crucial é a integridade da cognição social para a manutenção de uma vida social rica e funcional. O comprometimento dessas habilidades não é apenas um sintoma secundário, mas uma barreira direta para o bem-estar e a qualidade de vida. Compreender esses mecanismos é o primeiro passo para desenvolver intervenções que possam mitigar os efeitos de tais déficits, permitindo que os indivíduos mantenham conexões sociais significativas.

5 CONCLUSÃO

O conhecimento sobre o funcionamento cognitivo reduzido é crucial para identificar situações em que uma doença ou lesão pode impactar adversamente a vida do indivíduo. É fundamental compreender que a avaliação neuropsicológica não visa apenas a um diagnóstico definitivo, mas sim à elaboração de um plano de manejo prático. Esse plano deve ser flexível, um processo contínuo de avaliações por uma equipe multidisciplinar, sempre que a complexidade do caso o exigir.

É importante salientar que nem todas as disfunções cognitivas têm origem em transtornos

neuropsiquiátricos. Um profissional de saúde deve investigar se os sintomas apresentados se alinham melhor com um transtorno mental do Eixo I ou se são resultado de outras condições, como complicações de tratamentos como quimioterapia e radioterapia, que podem induzir sintomas neurocognitivos. Em casos mais sutis, as disfunções podem estar associadas ao envelhecimento natural e até mesmo à personalidade, influenciando o nível funcional do idoso. Outras causas incluem doenças neurodegenerativas, lesões cerebrais traumáticas e o reajuste funcional exigido por doenças crônicas não transmissíveis.

Nessa perspectiva, transtornos neuropsiquiátricos são condições complexas que podem causar mudanças no humor e, secundariamente, impactar o funcionamento cognitivo global e adaptativo. Portanto, a avaliação neuropsicológica deve ir além da mensuração de déficits, incorporando a análise dos traços de personalidade e dos recursos de enfrentamento do paciente. Essa abordagem holística permite a criação de estratégias de manejo mais alinhadas com a realidade individual, otimizando o tratamento e promovendo a adaptação do paciente ao longo do tempo.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5:** Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre, RS: Artmed, 2014.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2018.

FROTA, N. A. F. *et al*. **Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento:** do conhecimento básico à abordagem clínica. São Paulo, SP: OMNFARMA, 2016. FUENTES, D. *et al*. **Neuropsicologia:** teoria e prática. Porto Alegre, RS: Artmed, 2014.

MALLOY-DINIZ, L. F.; FUENTES, D.; COSENZA, R. M. **Neuropsicologia do envelhecimento:** uma abordagem multidimensional. Porto Alegre, RS: Artmed, 2013.

SANTOS, F. H.; ANDRADE, V. M.; BUENO, O. F. A. **Neuropsicologia hoje**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2015.