

DEMENCIA DE WERNICKE KORSAKOFF, USO E ABUSO DE SUBSTANCIAS: REPERCUSSÕES NEUROPSICOLÓGICAS E PSICOMOTORAS.

SCHLINDWEIN-ZANINI, Rachel¹
ALMEIDA, Geciely Munaretto Fogaça²
HELEGDA, Lara Colognese³
FERNANDES, Keila Córdova⁴

Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Florianópolis/SC/Brasil
rachelsz@floripa.com.br

¹ Neuropsicóloga. Psicóloga especialista em Neuropsicologia pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP). Doutora em Ciências da Saúde/Medicina - área: Neurociências, pela Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Pós-Doutorado em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Representante regional de Santa Catarina na Sociedade Brasileira de Neuropsicologia (SBNp), Docente credenciado do Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial – CCS/UFSC. Hospital Universitário – UFSC.

² Fisioterapeuta. Especialista em Fisioterapia Neurofuncional pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Mestre em Ciências do Movimento Humano (UDESC). Doutoranda em Pediatria e Saúde da Criança (PUCRS). Docente do Centro Universitário FACVEST (Lages/SC).

³ Educadora Física e Fisioterapeuta. Especialista em Ciências da Atividade Física - Aspectos da Medicina Desportiva pela UNOPAR-PR e em Exercício Físico Aplicado a Reabilitação Cardíaca e Grupos Especiais pela UGF-RJ. Mestre em Engenharia Elétrica ênfase em Engenharia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica (PUCRS). Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica/ Ciência da Saúde pela PUCRS.

⁴ Fisioterapeuta (Centro Universitário FACVEST). Fisioterapeuta da APAE (Lages/SC).

INTRODUÇÃO

As substâncias químicas se incorporam ao organismo humano, sendo capazes de modificar diversas funções (como percepção, conduta e motricidade), tendo conseqüências condicionadas, principalmente, pelas definições sociais, econômicas e culturais geradas pelos grupos sociais, segundo Romani (1999). O grupo de drogas psicoativas, psicotrópicas e de abuso, inclui medicações (que alteram humor, percepção, comportamento, cognição, o funcionamento do Sistema Nervoso Central), o álcool, a cocaína, o crack, solvente, maconha, heroína, ácido lisérgico (LSD), anfetaminas, tabaco e ecstasy, por exemplo.

Os transtornos relacionados ao consumo de substâncias psicoativas estão entre as patologias psiquiátricas mais comuns, sendo que em um estudo realizado em três capitais brasileiras (Brasília, São Paulo e Porto Alegre), o uso indevido de álcool foi detectado em quase 10% da população, e mais da metade desta estava desprovida de tratamento (Almeida-Filho *et al.*, 1992). O uso indevido de álcool é a comorbidade mais associada ao transtorno bipolar do humor (VIETA *et al.*, 2001). No caso da cocaína, estima-se que 14 milhões de pessoas no mundo façam uso abusivo (UNODC, 2003).

A dependência química, segundo a Organização Mundial da Saúde (2001), deve ser tratada simultaneamente como uma doença médica crônica e como um problema social, caracterizando-se como um estado mental e, frequentemente, físico gerando a interação entre um organismo vivo e uma droga, criando uma compulsão por tomar a substância e experimentar seu efeito psíquico, evitando o desconforto provocado por sua ausência.

A principal característica da dependência de substâncias, segundo a Associação Psiquiátrica Americana (2000), refere-se à presença de um conjunto de sintomas cognitivos,

comportamentais e fisiológicos, que evidencia que o indivíduo continua a utilizar uma determinada substância, apesar dos problemas significativos no âmbito da saúde, pessoais e sociais. Assim, há um padrão de auto-administração repetida, o qual geralmente resulta em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo de consumo da droga.

A dependência química causa necessidade de buscar constantemente a droga e também mudanças acentuadas na relação entre o usuário e sua família, prejudicando sua socialização e sua vida profissional, necessitando de intervenção terapêutica em equipe multiprofissional. Para Blefari (2002), os fatores que influenciam na instalação da dependência química são os biológicos, sociais e os psicológicos. Sendo que os fatores biológicos, estão relacionados ao organismo de cada indivíduo, enquanto que os psicológicos referem-se à personalidade de cada sujeito, aos seus medos, ansiedades e a insegurança para enfrentar as diversas situações na vida cotidiana. Os fatores sociais estão relacionados com o grupo familiar e a cultura em que está inserido.

Quando prejuízos neurocognitivos em dependentes de cocaína/crack são comparados a indivíduos normais, percebe-se alterações em testes de atenção, fluência verbal, memória visual, memória verbal, capacidade de aprendizagem e funções executivas, evidenciando que o abuso de cocaína está associado a déficits neuropsicológicos significativos, semelhantes aos que ocorrem em transtornos cognitivos, possivelmente relacionados a problemas em regiões cerebrais pré-frontais e temporais (CUNHA et al, 2004). Também há forte associação entre o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) e o transtorno por uso de substâncias psicoativas (TUSP) em estudos clínicos e comunitários. Estima-se que aproximadamente 30% dos sujeitos com TUSP apresentem comorbidade com o TDAH, taxa significativamente maior do que a vista na população geral (SZOBOT e ROMANO, 2007).

Neste sentido diagnóstico, também é considerada a avaliação neuropsicológica, que consiste no exame das funções cognitivas do indivíduo, como orientação, memória, linguagem, atenção, raciocínio, através de procedimentos e testes padronizados (SCHLINDWEIN-ZANINI, 2010). As indicações do exame neuropsicológico incluem a avaliação e o acompanhamento de pacientes que apresentam demências (Alzheimer, Vascular); déficit mnêmico associado à idade; avaliação do déficit cognitivo pós-Acidente Vascular Cerebral (AVC), Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE), meningoencefalites, intoxicações; déficit cognitivo associado ao consumo abusivo de álcool (demência Wernicke Korsakoff), associado ao uso de drogas (por exemplo, a cocaína), na epilepsia; deficiência mental; déficit atencional no transtorno do déficit de atenção persistente; na esquizofrenia; na avaliação de formas residuais de transtornos do aprendizado; e no diagnóstico diferencial (por exemplo, depressão *versus* demência) (SCHLINDWEIN-ZANINI, 2009).

A Demência de Wernicke- Korsakoff, postulada por Murawieff em 1897 como tendo uma única causa responsável pela doença de Wernicke e a psicose de Korsakoff (ADAMS e VICTOR, 1989), consiste em uma enfermidade geralmente presente em etilistas crônicos, afetando o Sistema Nervoso Central e periférico, além de áreas responsáveis pela memória (DALGALARRONDO, 2008). Um dos sinais refere-se a falha da suplementação de vitamina B12 ser encontrada em casos de encefalopatia de Wernicke - Korsakoff (Fragoso et al, 2012). Nos etilistas crônicos, onde os níveis de tiamina encontram-se baixos, alguns sintomas são frequentes, como confusão mental, amnésia parcial anterógrada e retrograda, ataxia (perda da coordenação e equilíbrio dos movimentos musculares voluntários), oftalmoplegia (paralisia ou fraqueza em um ou mais músculos oculares) (NETO et al., 2005), além de lesões em estruturas cerebrais como o hipotálamo e hipocampo (OLIVEIRA, 2005). A encefalopatia de Wernicke refere-se a diminuição de tiamina, sendo um dos mais típicos antecedentes da dependência crônica de álcool. Regiões cerebrais afetadas observadas *in vivo* (MRI) incluem corpos mamilares, substância cinzenta periaquedutal e periventricular, corpos colliculares e tálamo, que geralmente estão edemaciadas, especialmente em fase aguda, anunciando sinais da síndrome, como amnésia global, incapacidade de perpetuar novas informações (episódica) na memória de longo prazo e/ou de reconhecimento (SULLIVAN e PFEFFERBAUM, 2009).

Conforme os resultados da avaliação neuropsicológica, uma reabilitação/estimulação cognitiva pode ser melhor planejada. Esta, por sua vez, foca-se nas funções cognitivas deficitárias e visa à melhora da condição do paciente, tanto no âmbito neuropsicológico como da qualidade de vida (SCHLINDWEIN-ZANINI, 2010). Neste sentido, Cunha et al. (2004) comentam que o conhecimento de danos neuropsicológicos específicos pode ser útil no planejamento de programas de prevenção e tratamento mais efetivos para abuso de cocaína/crack, contribuindo para o desenvolvimento de programas de tratamentos mais adequados para dependentes de cocaína/crack, uma vez que estes envolvem abordagens cognitivo-comportamentais (GOTTSCHALK et al, 2001).

O tratamento inclui Psicoterapia Cognitivo-Comportamental (enfocando, também, intervenções motivacionais, recuperação de habilidades sociais e visando à abstinência), uso de psicotrópicos e reposição vitamínica (quando necessário), seja em nível ambulatorial, internação e comunidades terapêuticas. O tratamento dos usuários de substâncias é, em geral, longo e com abordagem multidisciplinar em que sejam trabalhados os aspectos clínicos, familiares, sociais e legais. Sendo que uma rede social de apoio bem organizada é fundamental na manutenção da abstinência do paciente.

A dependência química é problema grave de saúde pública, necessitando de atenção especial. Portanto, a área de saúde tem muito a realizar no que diz respeito ao uso de drogas e à promoção de saúde (GELBCKE e PADILHA, 2004). Infelizmente, conforme o Ministério da Saúde (2002) as taxas de recaídas ao uso de drogas são elevadas, mostrando assim, que os tratamentos atuais estão longe ainda da eficácia desejável.

METODOLOGIA

Pesquisa descritiva, do tipo estudo de caso clínico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Paciente do sexo feminino, 42 anos, 1º grau incompleto, do lar, divorciada, hospitalizada, encaminhada com quadro de confusão mental, rebaixamento do nível de consciência, síndrome do neurônio motor e história prévia de etilismo. A Ressonância Magnética - RM realizada na ocasião citou “achados compatíveis com mielinólise pontina e extra-pontina, pequena a moderada redução volumétrica encefálica” (SIC). A paciente informou ter história de uso e abuso de álcool, cocaína e crack. Também apresentou sintomas de ansiedade, de depressão, alteração de sono, dificuldade de concentração e memória. E obteve melhora progressiva com uso de tiamina. Nenhum familiar disponibilizou-se a acompanhar a paciente na ocasião. O distanciamento entre usuário e familiares é, frequentemente, reflexo do desgaste psicológico nas relações promovido pela dependência química/psicológica e suas repercussões cognitivas e sociais.

Acerca da Mielinólise Pontina, é válido lembrar que ela consiste em uma enfermidade desmielinizante do encéfalo que atinge especialmente a região da ponte, podendo também acometer regiões extra-pontinas. Ashrafian e Davey (2001) explicam que um dos principais estímulos para a ocorrência de mielinólise pontina é a rápida correção de sódio em pacientes hiponatrêmicos, e condições como alcoolismo crônico e desnutrição são fortes indicadores independentes da ocorrência da doença, cujo quadro clínico inclui mutismo, tremor, incontinência, convulsões, anormalidades pupilares e oculomotoras, síndrome “locked-in”, anormalidades de reflexos córtico-espinais e fadiga.

Na Avaliação Neuropsicológica (que utilizou entrevistas e instrumentos neuropsicológicos como a Escala Wechsler de Inteligência para Adultos - WAIS), destacaram-se prejuízos relevantes em orientação temporal-espacial, raciocínio, julgamento, fluência verbal, planificação, flexibilidade mental e motricidade. Sintomas depressivos e de ansiedade, rebaixamento do nível de consciência, confusão mental, prejuízo de raciocínio e julgamento

relacionados, especialmente, a lobo frontal estavam presentes. Vale lembrar que o nível de escolaridade do paciente, quando baixo, também contribui para o desempenho insatisfatório neste exame. A paciente apresentou, principalmente, sintomas encontrados na Síndrome de Wernicke - Korsakoff como alteração em funções executivas, absorção de tiamina prejudicada e uso de substância psicoativa. Este quadro pode ser visto também no caso de atrofia cortical difusa.

Na Avaliação Psicomotora, por meio da Escala de Avaliação Motora (ROSA NETO, 2002), apresentou déficits na motricidade global e no equilíbrio postural, incoordenação motora, conhecida como ataxia.

A incoordenação motora pode ser diagnosticada, por alguns sinais específicos como, a dismetria (que consiste em executar um determinado movimento visando atingir um alvo, no entanto, o indivíduo não consegue dosar exatamente a quantidade de movimentos necessária para isso). A decomposição, também é encontrada nesses pacientes, sendo percebida quando o movimento se torna decomposto, realizado em etapas sucessivas por cada articulação e não simultaneamente, como nos movimentos complexos de um indivíduo saudável (MACHADO, 2000). Ainda, segundo Machado (2000), está presente nesses pacientes, a disdiadococinesia, dificultando os movimentos rápidos e alternados. O rechaço que é percebido quando o paciente busca executar um movimento específico se torna violento devido a falta de coordenação motora e, ainda, o tremor que é característico, se acentua ao final da intenção do movimento, conhecido como tremor intencional. Dessa forma, podemos concluir que, geralmente nesses pacientes, inicialmente, ocorre ataxia postural e de marcha, e nos estágios mais avançados da doença essa síndrome cerebelar pode inviabilizar a deambulação, a manutenção do equilíbrio e da postura, o controle do tônus muscular, o controle dos movimentos voluntários e a aprendizagem motora, prejudicando inclusive a qualidade de vida (ZUBARAN et al, 1996).

Na ocasião, a paciente recebeu tratamento integral por equipe multiprofissional, apresentando melhora do quadro e reaproximação dos familiares.

CONCLUSÕES

- A dependência de substâncias relaciona-se a fatores biológicos, sociais e psicológicos e consiste, basicamente, na presença de alterações comportamentais, fisiológicas e cognitivas, cujas repercussões negativas na saúde e na família do usuário não o impedem de continuar o uso, gerando auto-administração repetida e conseqüente tolerância, abstinência e comportamento compulsivo de consumo da droga.
- A Demência de Wernicke-Korsakoff afeta o Sistema Nervoso Central e periférico, apresentando sintomas como prejuízo em memória e aprendizagem, confusão mental, oftalmoplegia, ataxia e distúrbios mentais, além de lesões em estruturas cerebrais.
- Os déficits na motricidade global e no equilíbrio postural estão associados à ataxia, dismetria e disdiadococinesia, prejudicando a marcha e a qualidade de vida do paciente.
- O tratamento da dependência química e reabilitação neuropsicológica, seja em nível ambulatorial, hospitalização ou em comunidades terapêuticas) inclui, especialmente, psicoterapia, uso de psicotrópicos, estimulação cognitiva, orientação nutricional e reposição vitamínica (quando necessário), atividades lúdicas e atividade física, requerendo abordagem multidisciplinar (médico, psicólogo / neuropsicólogo, enfermeira, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social), além da orientação e apoio a família do paciente.

REFERÊNCIAS

ADAMS, R.D.; VICTOR, M. In: **Principles of neurology**. New York, McGraw-Hill, 1989. p.821-4

ALMEIDA FILHO, N.; MARI, J.J.; COUTINHO, E. et al. - Estudo Multicêntrico de Morbidade Psiquiátrica em Áreas Urbanas Brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). **Rev ABP-APAL** 14: 93-104, 1992.

ASHRAFIAN H.; DAVEY P. A review of the causes of central pontine myelinosis: yet another apoptotic illness ? **Eur J Neurol** 2001;8:103-109.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA (2000). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** — DSM-IV (4ª ed.) (D. Batista, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. 2000.

BLEFARI, A. L. **A Família e a Drogadição**. [monografia de especialização] São Paulo (SP): Faculdade de Medicina/USP; 2002.

CUNHA, P. J. et al . Alterações neuropsicológicas em dependentes de cocaína/crack internados: dados preliminares. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.26, n.2, jun. 2004.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2ed. Porto Alegre: ARTMED, 2008.

FRAGOSO, Y.D.; ALVES-LEON, S.V.; ANACLETO, A.C.; BROOKS, J.B.B.; GAMA, P.D.; GOMES, S.; GONÇALVES, M.V.M.; LIN, K.; LOPES, J.; KAIMEN-MACIEL, D.R.; Malfetano, F.H.; MARTINS, G.L.; OLIVEIRA, F.T.M.; OLIVEIRA, L.D.; SCHLINDWEIN-ZANINI, R. Neurological complications following bariatric surgery. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, 70(9), 700-703. 2013. Acesso em 20/10/2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2012000900010&lng=en&tlng=en>.

MACHADO, A. B. M. **Neuroanatomia Funcional**. 2º ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

NETO, J. G.; TAMELINI, M. G.; FORLENZA, O. V. Diagnóstico Diferencial das Demências. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 32, n. 3, p.119-130, 2005.

GOTTSCHALK C, BEAUVAIS J, HART R, KOSTEN T. Cognitive Function and Cerebral Perfusion During Cocaine Abstinence. **Am J Psychiatry**. 2001; 158(4):540-5.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Transtornos devido ao uso de substâncias. Em Organização Pan-Americana da Saúde & Organização Mundial da Saúde (Orgs.). **Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança** (pp. 58-61). Brasília: Gráfica Brasil. 2011.

GELBCKE, F. L.; PADILHA, M. I. C. S. O fenômeno das drogas no contexto da promoção da saúde. **Texto e Contexto de Enfermagem**, 13, 272-279. 2004.

ROMANÍ, O. **Las drogas – sueños e razones**, Barcelona, Ariel. 1999.

ROSA NETO F. **Manual de avaliação motora**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

SCHLINDWEIN-ZANINI, R. Avaliação Neuropsicológica de adultos. In: Malloy-Diniz, L.; Fuentes, D.; Mattos, P.; Abreu, N. **Avaliação Neuropsicológica**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p.234-246.

SCHLINDWEIN-ZANINI, R. Aspectos psicológicos e neuropsicológicos do idoso. In: ROSA NETO, Francisco (Org.). **Manual de atividade motora para terceira idade**. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 62-73.

SCHLINDWEIN-ZANINI, R. Neuropsicologia e Saúde Mental. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 1, jan-abr. 2009. CD-ROM.

SCHLINDWEIN-ZANINI R. Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos. **Rev Neurocienc** 2010; 18(2):220-226. Disponível em < <http://revistaneurociencias.com.br/edicoes>> Acesso em 03/10/2013.

SCHLINDWEIN-ZANINI, R.; SCHLEMPER JUNIOR, B. Neuroethics and Neuroscience. **Contextos Clínicos**, 6(1):58-61, janeiro-junho. 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos>> Acesso em 03/10/2013.

SCHLINDWEIN-ZANINI, R. et al. Avaliação neuropsicológica e deficiências físicas: revisão de instrumentos viáveis no Brasil. **Contextos Clínicos**, 6(1):33-40, janeiro-junho 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos>> Acesso em 03/10/2013.

Sullivan, E.V.; Pfefferbaum, A. Neuroimaging of the Wernicke-Korsakoff Syndrome. **Alcohol & Alcoholism**. vol. 44, No. 2, pp. 155–165, 2009

SZOBOT, C. M.; ROMANO, M. Co-ocorrência entre transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e uso de substâncias psicoativas. **J Bras psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 56, supl. 1, 2007 . Disponível em <<http://www.scielo.br> Acesso em 02 out. 2013.

WECHSLER, D. **WAIS-III: Escala de inteligência Wechsler para adultos**: Adaptação e padronização de uma amostra brasileira. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.

VIETA, E.; COLOM, F.; CORBELLA, B. et al. Clinical Correlates of Psychiatric Comorbidity in Bipolar I Patients. **Bipolar Disord** 3: 253-258, 2001.

UNODC - United Nations Office on Drugs and Crime. Global illicit drug trends 2003 [online]. New York: UNODC; 2003. Disponível em <<http://www.unodc.org>>.

ZUBARAN, C. et al. Aspectos clínicos e neuropatológicos da síndrome de Wernicke-Korsakoff. **Rev. Saúde Pública.** v.30 n.6 São Paulo dez. 1996.

Contato:

Dra. Rachel Schlindwein-Zanini

Rua Lauro Linhares, 2123, torre 1, sala 612. CEP. 88036-002.
Florianópolis / Santa Catarina. Brasil.