



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FONOAUDIOLOGIA

**ANÁLISE DO DISCURSO NARRATIVO DE IDOSOS COM E SEM
DOENÇA DE ALZHEIMER**

JÉSSICA BATISTA

**FLORIANÓPOLIS
2013**

JÉSSICA BATISTA

**ANÁLISE DO DISCURSO NARRATIVO DE IDOSOS COM E SEM
DOENÇA DE ALZHEIMER**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado ao Curso de Fonoaudiologia como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Fonoaudiologia na Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Isabel D'Ávila Freitas

Área de concentração: Linguagem

**FLORIANÓPOLIS
2013**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Batista, Jéssica
Análise do Discurso Narrativo de idosos com e sem Doença
de Alzheimer / Jéssica Batista ; orientadora, Maria
Isabel D'Ávila Freitas - Florianópolis, SC, 2013.
65 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências
da Saúde. Graduação em Fonoaudiologia.

Inclui referências

1. Fonoaudiologia. 2. Idosos. 3. Doença de Alzheimer. 4.
Discurso. 5. Linguagem. I. D'Ávila Freitas, Maria Isabel.
II. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em
Fonoaudiologia. III. Título.

**TERMO DE APROVAÇÃO
JÉSSICA BATISTA**

**ANÁLISE DO DISCURSO NARRATIVO DE IDOSOS COM E SEM
DOENÇA DE ALZHEIMER**

Essa monografia foi julgada e aprovada para a obtenção do título de Bacharel em Fonoaudiologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 05 de novembro de 2013.

Banca Examinadora:



Prof. Dr. Maria Isabel D'Ávila Freitas
Orientadora,
Universidade Federal de Santa Catarina



Prof. Dr. Ylmar Corrêa Neto
Membro
Universidade Federal de Santa Catarina



Prof. Msc. Cláudia Maria Sedrez Gonzaga
Membro
Universidade Federal de Santa Catarina

DEDICATÓRIA

*Com enorme saudade e com todo o meu amor eu dedico esse projeto ao meu querido Vô, Manoel Batista (in memorian), que com seu jeito carinhoso, sempre se fazendo presente, me incentivou para a realização dos meus sonhos e ideais, encorajando-me a enfrentar a vida e dar o meu melhor.
Dedico a ele, que sempre será meu exemplo de vida!*

AGRADECIMENTOS

Agradeço com muito carinho aos meus pais, Luciano e Valdirene, por estarem sempre presentes na minha vida e por não medirem esforços para que eu chegasse até aqui e concluísse mais essa etapa. Obrigada pela confiança, pelo cuidado, dedicação e compreensão. Agradeço ao meu irmão, Gabriel, por trazer tanta alegria a minha vida. Eu amo vocês!

Agradeço a minha família, mas em especial a minha Vó, Adélia, por tudo que já fez e ainda faz por mim, cuidando e me acompanhando sempre com muito carinho e amor, e cada vez mais a vida tem nos aproximado, eu te amo Vó.

Ao meu namorado e amigo, Elivelton, por toda caminhada que fizemos juntos até o dia de hoje, e pelas próximas que virão, pelo carinho e companheirismo. Você é demais meu amor!

A Prof^a Dr^a Maria Isabel D'Ávila Freitas, minha orientadora, que dedicou seu tempo e compartilhou sua experiência para que minha formação fosse também um aprendizado de vida. O seu olhar crítico e construtivo me ajudou a superar os desafios deste projeto, e a sua preocupação, cuidado e incentivo com certeza fizeram a diferença. Obrigada!

A minha querida amiga, Beatriz W. Henkels, por todas as demonstrações de companheirismo e amizade durante a realização deste trabalho, pelas partilhas, as angústias, as alegrias e tantas outras coisas que só uma amizade verdadeira poderia vivenciar. Agradeço imensamente por ter a oportunidade de trabalharmos juntas e por ter conquistado uma amizade que vai muito além da vida acadêmica e profissional.

Ao Ambulatório de Neuropsiquiatria Geriátrica do HU-UFSC, em especial ao Prof^o Dr.. Ylmar Corrêa Neto, ao Prof^o Dr. Marcos Antônio Lopes e ao Dr. Alberto Stoppe, pela oportunidade de convívio e aprendizado, que foram essenciais para a concretização desse projeto.

Aos meus colegas de turma, professores, amigos e a todos que contribuíram, e que de alguma forma, estiveram presentes durante essa caminhada, meu muito obrigada!

RESUMO

Introdução: As mudanças na pirâmide populacional mostram o aumento do número de idosos e indicam a necessidade de se diagnosticar, prevenir e tratar causas de comprometimento cognitivo prevalentes no envelhecimento. A Doença de Alzheimer (DA) é a principal causa de demência, correspondendo de 50% a 70% dos casos, e caracteriza-se por alterações progressivas da memória, do julgamento e do raciocínio intelectual. Embora a memória seja a função mais perceptivelmente comprometida, a literatura tem apresentado grande número de estudos sobre as alterações de linguagem na DA, e parece haver um consenso quanto à heterogeneidade do comprometimento de linguagem e comunicação ao longo do processo demencial. **Objetivo:** Analisar o discurso narrativo de idosos com e sem Doença de Alzheimer, verificando os aspectos lexicais, habilidades sintáticas e unidades de informação do discurso. **Método:** A amostra foi constituída por 5 idosos com DA (GDA), atendidos em um ambulatório de Neuropsiquiatria Geriátrica e 12 idosos sem comprometimento cognitivo (GC), frequentadores de três grupos de idosos do Município de Florianópolis. Foram aplicados como instrumento de coleta de dados o Mini-Exame do Estado Mental, a Escala Cornell de Depressão em Demência (somente para o GDA), a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) (somente para o CG) e a “Figura do Roubo dos Biscoitos”. O discurso narrativo produzido por cada participante, referente à narração da figura, foi gravado em áudio, transcrito e analisado de acordo com os aspectos lexicais, habilidades sintáticas e unidades de informação do discurso. **Resultados:** As médias de idade, escolaridade e MEEM do GDA e GC foram, respectivamente: 74,8 e 70 anos, 5 e 9,58 anos de escolaridade e 14,2 e 27,25 pontos. A média de palavras do discurso do GDA foi de 108 e do GC de 91,25, sendo que o GDA produziu mais verbos, advérbios e palavras de função, e o GC mais substantivos e adjetivos. Os erros lexicais de dificuldade para encontrar palavras, repetições, revisões e parafasias fonêmicas estiveram presentes no discurso de ambos os grupos, porém, em maior número no GDA. Na complexidade sintática os grupos tiveram desempenho semelhante, com um pequeno desempenho pior do GDA. Os erros gramaticais de confusão de tempo verbal e estrutura incoerente de cláusula estiveram presentes no discurso do GDA. Nas unidades de informação, o GDA teve desempenho muito inferior ao GC quanto aos itens esperados do discurso (27,82% e 61,21%), sendo o

item “objetos” o de maior discrepância entre os grupos. Detalhes inverossímeis estiveram presentes apenas no discurso do GDA e as modalizações nos discursos de ambos os grupos, em maior número no GDA. **Conclusão:** Foram encontradas alterações de linguagem no discurso narrativo de idosos com Doença de Alzheimer e idosos controles, a partir da aplicação da “Figura do Roubo dos Biscoitos”. O GDA apresentou desempenho inferior ao GC em todas as análises realizadas, principalmente, quanto aos aspectos lexicais e itens esperados do discurso.

Palavras-chave: Idosos, Doença de Alzheimer, Linguagem, Discurso.

ABSTRACT

Introduction: Changes in the population pyramid shows the increasing number of elderly and indicate the need to diagnose, prevent and treat prevalent causes of cognitive impairment in aging. Alzheimer's disease (AD) is the leading cause of dementia, accounting for 50% to 70 % of cases and is characterized by progressive changes of memory, intellectual judgment and reasoning. While memory is most noticeably compromised function, the literature contains many studies of language changes in AD, and there seems to be a consensus as to the heterogeneity of language impairment and communication along the dementia process. **Objective:** To analyze the narrative discourse of elderly with and without Alzheimer's disease, investigating aspects lexical, syntactic skills and units of speech information. **Method:** The sample consisted of 5 AD patients (GDA), outpatients of Geriatric Neuropsychiatry and 12 older adults without cognitive impairment (GC), participant's three groups of elderly in the city of Florianopolis. We used the instrument to collect the Mini - Mental State Examination data, Cornell Scale for Depression in Dementia (only for the GDA), the Geriatric Depression Scale (GDS - 15) (for CG only) and "Figure of theft of Biscuits". The narrative discourse produced by each participant, referring to the telling of the figure was recorded in audio, transcribed and analyzed according to the lexical features, syntactic skills and units of speech information. **Results:** The mean age, education and MMSE in the AD group and GC were, respectively, 74.8 and 70, 5 and 9.58 years of schooling and 14.2 and 27.25 points. The average number of words in the speech of the GDA was 108 and GC 91.25, and the GDA produced more verbs, adverbs and function words, and GC more nouns and adjectives. Lexical errors difficulty finding words, repetitions, revisions and phonemic paraphasias were present in the discourse of both groups, however, in greater numbers in GDA. In syntactic complexity groups had similar performance, with a little worse performance GDA. Grammatical errors of tense confusion and inconsistent clause structure were present in the discourse of GDA. Units of information, the GDA had much lowered than GC on expected discourse items (27.82% and 61.21%) performance, with the item "objects" the largest discrepancy between the groups. Implausible details were present only in the speech of the GDA and modalizations the discourse of both groups in greater numbers in the GDA. **Conclusion:** language changes were found in the narrative discourse of elderly

patients with Alzheimer's disease and elderly controls from the application of the "Figure of theft of Biscuits". GDA presented below the GC performance in all analyzes, especially regarding the lexical aspects of speech and expected items.

Keywords: Elderly, Alzheimer's Disease, Language, Speech

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características demográficas, cognitivas e comportamentais do GDA e do GC.....	35
Tabela 2 – Desempenho do GDA e GC quanto à extensão global do texto	36
Tabela 3 – Desempenho do GDA e GC quanto aos erros lexicais.....	37

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Complexidade Sintática GDA (n=5)	38
Figura 2 – Complexidade Sintática GC (n=12).....	38
Figura 3 – Unidades de Informação	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CCL – Comprometimento Cognitivo Leve

CCLa – Comprometimento Cognitivo Leve Amnésico

CCLamd – Comprometimento Cognitivo Leve Amnésico Múltiplos Domínios

CCLmd – Comprometimento Cognitivo Leve Múltiplos Domínios Não Amnésico

DA – Doença de Alzheimer

ECDD – Escala Cornell de Depressão em Demência

GC – Grupo Controle

GDA – Grupo com Doença de Alzheimer

GDS – Escala de Depressão em Geriatria

MEEM – Mini Exame do Estado Mental

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL	16
2.2 COMPROMETIMENTO COGNITIVO LEVE	18
2.3 DOENÇA DE ALZHEIMER	19
2.4 AVALIAÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DE IDOSOS.....	24
2.5 DISCURSO NARRATIVO NA DA	26
3. MÉTODO	31
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	31
3.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	31
3.3 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	33
3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	34
4. RESULTADOS	35
4.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DA AMOSTRA	35
4.2 ASPECTOS LEXICAIS	36
4.2.1 Extensão Global do Texto	36
4.2.2 Erros Lexicais	37
4.3 HABILIDADES SINTÁTICAS	37
4.3.1 Complexidade Sintática	37
4.3.2 Erros Gramaticais	39
4.4 UNIDADES DE INFORMAÇÃO	39
4.4.1 Itens esperados do Discurso	39
4.4.2 Detalhes Inverossímeis	40
4.4.3 Modalizações	41
5. DISCUSSÃO	42
6. CONCLUSÃO	48
REFERÊNCIAS	50
APÊNDICE A – TABELA DE ANÁLISE DO DISCURSO	56
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) GDA	57
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) GC	59
ANEXO 1 – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)	61
ANEXO 2 – FIGURA DO “ROUBO DOS BISCOITOS”	62
ANEXO 3 – ESCALA CORNELL DE DEPRESSÃO EM DEMÊNCIA (ECDD)	63
ANEXO 4 – ESCALA DE DEPRESSÃO EM GERIATRIA (GDS-15)	64

1. INTRODUÇÃO

As mudanças na pirâmide populacional mostram o aumento do número de idosos e indicam a necessidade de se diagnosticar, prevenir e tratar causas de comprometimento cognitivo prevalentes no envelhecimento que comprometem a independência e inserção social desses indivíduos (MANSUR et al, 2005).

Variáveis como idade, nível socioeconômico, hereditariedade e gênero constituem importantes fatores de risco para o desenvolvimento da demência, cuja prevalência na população geral é de cerca de 1%, chegando a 20% na população idosa. Estima-se que a incidência da demência dobre a cada cinco anos de vida a partir dos 60 anos de idade (PITELLA, 2005).

A Doença de Alzheimer (DA) é a principal causa de demência, correspondendo a 50% a 70% dos casos, sendo caracterizada por alterações progressivas da memória, do julgamento e do raciocínio intelectual (PINTO; BEILKE, 2008).

Além das alterações de memória, que são as mais aparentes, o paciente com DA apresenta, necessariamente, alterações em pelo menos uma das seguintes funções cognitivas: orientação, atenção, linguagem, praxia, percepção visual e funções executivas (MCKHANN et al, 1984).

Embora a memória seja a função mais perceptivelmente comprometida, a literatura tem apresentado grande número de estudos sobre comprometimento de outras funções cognitivas na Doença de Alzheimer. A deterioração progressiva é iniciada por alterações de memória (episódica e semântica) e, posteriormente, culmina na inabilidade de realizar tarefas de autocuidado de forma independente (higiene pessoal, alimentação, etc.). As alterações de linguagem são precoces, paralelas ao acometimento da memória, causando, assim, grande impacto na comunicação desses indivíduos. As mudanças são sutis, inter-relacionadas e complicadas pelas condições físicas de saúde, depressão e mudanças no funcionamento cognitivo que, muitas vezes, ocorrem também no processo de envelhecimento natural (MANSUR; RADANOVIC, 2004).

Quanto à heterogeneidade do comprometimento de linguagem e comunicação ao longo do envelhecimento e do processo demencial parece já haver um consenso (CARVALHO, 2011). A idade traz alterações no plano físico, cognitivo,

emocional e social que afetam diretamente ou indiretamente o desempenho e a competência para o uso da linguagem (MANSUR; RADANOVIC, 2004), e esta pode estar comprometida em todos os seus níveis: fonológico, lexical, sintático, semântico e discurso (ORTIZ; BERTOLUCCI, 2005).

O discurso é uma forma natural de comunicação que pode fornecer muitas informações sobre a integração dos níveis linguísticos, bem como de habilidades linguístico-cognitivas e de funções cognitivas não linguísticas, como seleção, organização e planejamento (DUONG et al, 2005). A construção de um discurso narrativo demanda uma (re)organização tanto das estruturas linguísticas (escolha lexical, encadeamento, etc.), quanto dos fatos a serem narrados (reais ou fictícios). A análise dos episódios dialógicos contribui para a teorização sobre os processos cognitivos complexos, ao revelar aspectos do funcionamento da linguagem e da sua relação com a memória, além de permitir compreender variações individuais (BEILKE; PINTO, 2010).

Os estudos sobre a linguagem de pessoas com DA demonstram que uma das principais dificuldades desses indivíduos concentra-se na produção do discurso. Os idosos com declínio cognitivo leve a moderado podem utilizar-se de estratégias metadiscursivas para obter informações e confirmações do interlocutor, bem como acessar o conhecimento do interlocutor sobre determinado assunto (BRANDÃO et al, 2010).

A utilização de imagens para o desencadeamento do discurso é uma atividade complexa, já que fazer referências sobre ações de personagens exige maior capacidade cognitiva do que apenas nomear personagens a partir de figuras (BRANDÃO et al, 2010). O discurso eliciado a partir de uma figura fornece, pelo menos, quatro benefícios: reduz a demanda da memória, uma vez que o paciente permanece com o estímulo visual durante a avaliação, facilita a análise linguística pelo delineamento do estímulo (DUONG; SKA, 2001), não fornece pista linguística que poderia mascarar alguma dificuldade (MARINI et al, 2005), e gera uma amostra de fala encadeada que se aproxima da conversação natural (LIRA, 2008).

Não existe função cognitiva que se realize de forma independente de outras funções cerebrais. No caso específico da linguagem, duas outras funções cognitivas realizam, particularmente, o papel de suporte: a atenção e a memória. Alterações de atenção podem afetar o desempenho do indivíduo em tarefas que dependam da

linguagem e isso acontece com pacientes com DA, podendo levar a alterações de compreensão e erros de produção. A memória está envolvida em, praticamente, todas as etapas do processamento linguístico, por isso, déficits na memória operacional podem se refletir em alterações de compreensão, na aquisição de vocabulário, na manutenção do tópico do discurso e mesmo na produção da fala. Portanto, a Doença de Alzheimer constitui um exemplo de acometimento que se presta ao estudo da influência das desordens de memória na linguagem (MANSUR; RADANOVIC, 2004).

Uma das queixas mais importantes de familiares e/ou cuidadores de pacientes com demência é a dificuldade em manter a comunicação eficiente e independente, o que acarreta problemas nos relacionamentos com familiares e outros interlocutores (CALVALHO, 2006).

Dessa forma, a análise do discurso narrativo dos idosos com demência pode fornecer dados que possibilitem identificar as manifestações linguísticas destes durante a elaboração do discurso e, assim, produzir conhecimento sobre as reais dificuldades presentes na comunicação desta população. Com essas informações, será possível que o fonoaudiólogo auxilie os familiares e pacientes a desenvolverem estratégias para uma melhor comunicação na vida diária desses idosos.

Sendo assim, este trabalho tem como objetivo analisar o discurso narrativo de idosos com Doença de Alzheimer, comparando com o desempenho de idosos cognitivamente normais, verificando aspectos lexicais, habilidades sintáticas e unidades de informação do discurso.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

O envelhecimento populacional refere-se à mudança na estrutura etária da população, que produz um aumento do valor relativo das pessoas acima de determinada idade, considerado como definidor do início da velhice. Esta definição varia de sociedade para sociedade e depende não somente de fatores biológicos, mas, também, econômicos, ambientais, científicos e culturais. (CARVALHO; GARCIA, 2003). No Brasil convencionou-se que o início da velhice é aos 60 anos (GAMBURGO, 2006).

Embora o crescimento do número de idosos na população total e o aumento da expectativa de vida sejam indícios de progresso social, sua ocorrência provoca o aparecimento de novas demandas e de novos problemas de saúde pública. Em países onde existe forte desigualdade social e onde não há políticas de atendimento às necessidades que surgem decorrentes do envelhecimento individual e social, costumam ocorrer ônus econômicos, conflitos de interesses e carências de todo o tipo entre os cidadãos e as instituições. Com o envelhecimento populacional, em todas as camadas sociais deverá aumentar a necessidade de oferta de serviços de reabilitação cognitiva e de apoio psicológico a idosos, já que o avanço da velhice, mesmo saudável, está associado a um risco aumentado de vulnerabilidade e disfuncionalidade (NERI, 2012).

As alterações condicionadas à idade podem sofrer vieses das modificações individuais e as generalizações entre os idosos devem ser cuidadosas. É sempre um desafio discernir quais são os efeitos próprios do processo natural de envelhecimento daqueles secundários a condições patológicas e que resultam nas alterações observadas (MORILLO, 2011).

Com o envelhecimento, muitos idosos apresentam um declínio nas suas funções cognitivas, em particular na memória, sendo essa uma das queixas mais comuns nessa faixa etária. Ao longo das últimas décadas, muitas hipóteses foram elaboradas na tentativa de explicar o pior desempenho dos idosos em tarefas de memória. Essas hipóteses versam sobre as alterações neurológicas que ocorrem no envelhecimento e estão relacionadas à diminuição na velocidade do processamento

das informações, alterações cognitivas, como o menor uso de estratégias durante a memorização, e mudanças no estilo de vida do idoso, como a redução nas oportunidades de estimulação cognitiva em virtude da aposentadoria ou do isolamento social (YASSUDA, 2012).

O padrão de deterioração da memória no envelhecimento normal assemelha-se ao encontrado nas fases iniciais da Doença de Alzheimer: declínio da memória operacional e da memória recente maior que o da memória imediata e da memória remota. O aprendizado de situações ou informações novas, a evocação retardada e repetição de números em ordem inversa são as funções mnésicas mais alteradas, enquanto o vocabulário, a repetição de números em ordem direta e a realização de tarefas rotineiras e automatizadas mantêm-se relativamente intactas (DAMASCENO, 1999).

À medida que se fica mais velho, acentuam-se perdas biológicas (capacidades sensoriais, como visão e audição) e alteram-se padrões metabólicos. É fato que os idosos têm consciência dessas mudanças, e, muitas vezes, internalizam uma série de expectativas de incapacidade, o que provoca perdas no seu senso de autoeficácia (JUNIOR; RESENDE, 2012).

A depressão é uma das doenças psiquiátricas mais comuns nos idosos. No Brasil, estudos apontam taxas de prevalência que podem chegar até 14,3% (REYS et al, 2006). A depressão geriátrica pode cursar com declínio cognitivo, nesses casos, também chamada de pseudodemência depressiva, e que gera maior confusão diagnóstica com a demência (GARCIA; APARÍCIO, 2011). É muito comum que a depressão e o declínio cognitivo apareçam juntos e acarretem consequências graves ao idoso, como piora da qualidade de vida, prejuízo funcional e aumento no uso de serviços de saúde, além de causar interferência direta na estimulação e produção da linguagem, decorrentes, muitas vezes, do isolamento social (ÁVILA; BOTTINO, 2006).

As alterações linguísticas apresentadas pelos idosos na habilidade discursiva são frequentemente associadas à dificuldade para ser objetivo, sem desvios e sem derivações do tópico (MANSUR; RADANOVIC, 2004). Uma alteração linguística bastante recorrente no processo de envelhecimento normal é o chamado “Fenômeno da Ponta de Língua”, que é caracterizado pela dificuldade de recordar palavras conhecidas, sendo descrito pelos idosos como uma sensação iminente da

perda de memória momentânea. Essa alteração linguística se faz presente, em média, a partir dos 50 ou 60 anos, porém, intensifica-se a partir dos 70 anos de idade (JUNCOS-RABADAN et al, 2006).

Quanto as áreas do cérebro, para a expressão verbal oral, a ideia conceitual se traduz semanticamente em estruturas parietotemporais, e o lobo frontal escolhe como o tópico será focado. O passo seguinte é o acesso lexical, a escolha das palavras, também dependente de áreas anteriores e posteriores. O conjunto léxico-semântico é transposto em forma de palavra oral pela área de Wernicke, que passa a informação para a área de Broca. Em seguida, as palavras são arranjadas em uma estrutura sintática com grande atuação do lobo frontal e inicia-se a codificação fonológica, da qual participam áreas anteriores e posteriores. A mensagem verbal entra então no sistema motor e articulatório (MENDONÇA, 2005).

2.2 COMPROMETIMENTO COGNITIVO LEVE

Os problemas de memória na população idosa são frequentemente associados ao envelhecimento normal. O referido comprometimento da memória no envelhecimento cria uma pronta explicação para lapsos cognitivos, além disso, os idosos têm maior probabilidade de ter doenças paralelas que podem afetar adversamente a cognição. Em estudos longitudinais, o único achado consistente que relacionou o fator idade a falha cognitiva foi a diminuição da velocidade no desempenho de provas cognitivas, ou seja, a diminuição na velocidade do processamento das informações. Sendo assim, não é válido atribuir queixas de memória ou comprometimento cognitivo apenas ao envelhecimento (CHAVES; PÁDUA, 2012).

Com o início dos sintomas de falta de memória deve ser investigada a possibilidade da ocorrência de Comprometimento Cognitivo Leve (CCL), que é definido como uma entidade clínica em que há declínio cognitivo, porém de intensidade insuficiente para a caracterização de um quadro demencial. Portanto, trata-se de um estágio intermediário entre o estado cognitivo normal e a demência, principalmente, a Doença de Alzheimer (SMID, 2011).

O CCL pode ser classificado em amnésico (CCLa), amnésico múltiplos domínios (CCLamd), múltiplos domínios não amnésico (CCLmd) e não amnésico

único domínio. O CCLmd tem como critério o comprometimento de mais de um domínio cognitivo, além do comprometimento de memória. O CCLmd tem o comprometimento de pelo menos dois domínios cognitivos, não sendo um deles a memória. O CCL não amnésico único domínio apresenta comprometimento em um único domínio cognitivo, não sendo a memória (PETERSEN, 2001).

O CCLa é o mais comum e seus critérios diagnósticos são: a) comprometimento subjetivo de memória, preferencialmente, corroborada por um informante; b) comprometimento objetivo de memória comparado com um grupo emparelhado por idade e escolaridade; c) função cognitiva geral preservada; d) independência quanto às atividades da vida diária; e) não preencher os critérios de demência. As demais funções cognitivas não estão necessariamente preservadas, contudo o grau de comprometimento não é suficiente para o indivíduo ser diagnosticado como demente (PETERSEN, 1999; 2001).

Segundo um estudo de Petersen et al. (2001), a taxa de conversão de casos de Comprometimento Cognitivo Leve para Doença de Alzheimer, foi de, aproximadamente, 10 a 15% ao ano, representando um subgrupo com risco elevado de desenvolver esta síndrome demencial.

2.3 DOENÇA DE ALZHEIMER

A Doença de Alzheimer (DA) vem, progressivamente, despertando atenção especial de profissionais da saúde, pesquisadores e governos de todo o mundo. Trata-se de um problema de saúde individual e coletiva, pois provoca incapacidade e dependência significativa nos pacientes, provocando sobrecarga emocional, social e financeira nas famílias, além de implicar em investimento por parte dos órgãos estatais (PORTO et al, 2003).

A hipótese sobre a neuropatologia da DA caracteriza-se por dois mecanismos críticos que provocam a morte neuronal que são a formação de placas amilóides pela gamasecretase e beta-secretase; e a formação de emaranhados neurofibrilares, causados pela hiperfosforilação da proteína Tau. Estes mecanismos provocam o processo de atrofia cerebral, inicialmente, em áreas mesiais do lobo temporal, como hipocampo e córtex entorrinal – áreas associadas ao processamento de memória recente – e atrofia do núcleo de Meynert, bem como dos núcleos

septais, no prosencéfalo basal. Estes núcleos são responsáveis pela produção de acetilcolina, um neurotransmissor mediador da atividade cognitiva. Progressivamente, o processo neurodegenerativo acomete todo o córtex cerebral, determinando o declínio das demais funções cognitivas, além de distúrbios de comportamento (NITRINI; CARAMELLI; MANSUR, 2003; GAUTHIER; VELLAS; BURN, 2006).

Na DA, as alterações no desempenho de memória são mais proeminentes na aprendizagem de informações no nível episódico, na capacidade para resolver problemas do dia a dia, no planejamento de atividades, na evocação de fatos e eventos recentes. Vários estudos têm tentado definir as mudanças na anatomia cerebral específica responsável pelo desempenho piorado nos testes de memória em idosos por meio de técnicas de neuroimagem estrutural e funcional. Os estudos de imagem utilizam tanto avaliações quantitativas como qualitativas e são correlacionados com a progressão do declínio cognitivo, bem como com os escores nos testes de memória. A memória declarativa episódica é a primeira a ser afetada e a memória de procedimento é poupada até a fase mais grave da doença. Sendo a primeira a ser afetada, a memória episódica implica, basicamente, a memória de vários detalhes de um pensamento integrado, tal como a memória de uma experiência importante que inclui a memória do ambiente, das relações temporais e das causas da experiência, o significado da experiência e as deduções que permaneceram na mente da pessoa. Portanto, a memória episódica é relativa a lembranças de coisas ou eventos associados a um tempo ou lugar em particular (SÉ; QUEROZ; YASSUDA, 2012).

Segundo os critérios do *National Institute on Aging-Alzheimer's Association* (McKhann et al, 2011), a DA é diagnosticada quando há sintomas cognitivos ou comportamentais (neuropsiquiátricos) que: 1) interfiram na habilidade funcional para o trabalho ou nas atividades de vida diária; 2) representem um declínio nos níveis anteriores de funcionamento e desempenho do indivíduo; 3) não sejam explicados por delírio ou desordem psiquiátrica maior; 4) sejam detectados e diagnosticados por uma combinação de história colhida do paciente e de um informante que conheça bem o paciente; e uma avaliação cognitiva objetiva (exame do estado mental ou uma testagem neuropsicológica); 5) envolvam um mínimo de dois dos seguintes domínios: habilidade prejudicada para adquirir e relembrar novas informações;

prejuízo de raciocínio e na manipulação de tarefas complexas e julgamento pobre; prejuízo de habilidades visoespaciais; prejuízo nas funções de linguagem; mudanças de personalidade ou comportamento.

Para complementar os critérios diagnósticos, o *National Institute on Aging-Alzheimer's Association* (McKhann *et al.*, 2011) também propôs a seguinte terminologia e critérios para classificar indivíduos com DA:

- I) DA provável
 - Início insidioso com sintomas graduais em meses ou anos, nunca dias ou horas,
 - História clara de piora da cognição,
 - Déficits iniciais e mais significativos são evidentes na história e no exame das seguintes áreas:
 - i. Apresentação amnésica: é a forma mais comum de apresentação da síndrome demencial devida à DA. Os déficits devem incluir prejuízo da memória recente e da capacidade de aprendizado de fatos novos. Deve haver também evidência de disfunção cognitiva em pelo menos uma das outras áreas da cognição.
 - ii. Apresentação não amnésica: subdivide-se em a) Linguagem: dificuldade em encontrar palavras, mas outros déficits em outras áreas da cognição devem estar presentes; b) Viso espacial: os déficits mais significativos pertencem às áreas cognitivas espaciais, incluindo agnosia de objetos, faces, simultanagnosia e alexia. Déficits em outras áreas da cognição devem estar presentes; c) Disfunção executiva: o déficit mais importante está na incapacidade de raciocínio lógico, ideação, julgamento e na solução de problemas simples. Déficits em outras áreas da cognição devem estar presentes.
- II) DA possível
 - Este diagnóstico não deve ser aplicado quando existe:
 - i. Evidência substancial de doença cerebrovascular caracterizada por história de Acidente Vascular Cerebral (AVC) recente relacionado com o aparecimento dos sintomas: presença de múltiplos infartos cerebrais; presença maciça de hiperintensidades da substância branca;
 - ii. Características de demência com Corpos de Lewy;
 - iii. Características de demência frontotemporal e variantes;
 - iv. Características de afasia progressiva primária e variantes;
 - v. Características de outra doença neurológica ou comorbidade não neurológica ou uso de medicamentos que poderiam afetar gravemente a cognição.
 - O diagnóstico de DA possível deve ser feito em qualquer das seguintes circunstâncias:
 - i. Evolução atípica: preenche os critérios para DA ou apresenta início do declínio cognitivo de forma súbita ou não há dados suficientes na história e na documentação do déficit cognitivo.
 - ii. Apresentação etiológica mista: preenche critérios para DA, mas há evidência de doença cerebrovascular concomitante definida por histórico de AVC recente relacionado com o início dos sintomas de piora do declínio cognitivo; ou a presença de múltiplos e/ou maciços infartos; ou severa hiperintensidade da substância branca; ou características de demência com corpos de Lewy; ou outras formas de demência; ou a evidência de outra doença neurológica ou comorbidade não neurológica; ou uso de medicamentos que poderiam afetar gravemente a cognição.

A linguagem na Doença de Alzheimer pode apresentar diversas alterações. Nas descrições clássicas, mencionam-se alterações marcantes em aspectos léxico-

semânticos (incluindo-se o pragmático) com relativa preservação dos aspectos fonológico-sintáticos, de rara ocorrência até os estágios mais avançados (KEMPLER, 1995).

A presença de dificuldades léxico-semânticas nos indivíduos com demência é bem estabelecida. Nas tarefas de nomeação por confrontação, os pacientes com DA, frequentemente, podem emitir um nome relacionado ou um circunlóquio; além disso, a compreensão das palavras é superior à produção das mesmas palavras, indicando que o nome não pode ser gerado ou recuperado voluntariamente. Os pacientes com DA podem se valer de pistas fonêmicas para auxiliar a recuperar palavras e, frequentemente, usam gestos para indicar a função de um objeto que não pode ser nomeado. Os erros mais frequentemente cometidos por pacientes com DA em provas de denominação são de categoria coordenada (exemplo: martelo – chave de fenda), supra-ordenação (exemplo: cão – animal), uso de termos associados semanticamente (exemplo: pão – manteiga), erros por similaridade visual (exemplo: cobra – cinto) ou respostas não relacionadas (exemplo: gato – lâmpada) (MANSUR; RADANOVIC, 2004).

Um estudo de Bayles et al (1993) relacionou o perfil da linguagem aos diferentes estágios da DA.

<p style="text-align: center;">Estágios iniciais</p>	<p>A comunicação já está comprometida com dificuldade para iniciar e acompanhar conversações em situação complexa; há tendência à digressão e a ser repetitivo; situações que envolvem o entendimento de humor, sarcasmo, analogias verbais e atos de fala indiretos trazem dificuldades. A anomia é um dado marcante, tanto em situações estruturadas quanto espontâneas; a expressão oral mostra-se reduzida, com omissão de itens e uso de termos genéricos e imprecisos; já os aspectos fonológicos e sintáticos estão preservados. A compreensão da leitura e escrita apresenta sinais de comprometimento e a compreensão auditiva está relativamente preservada, exceto para novas informações e situações que demandem abstração, assim como se preservam</p>
--	--

	a repetição e a leitura em voz alta.
Estágio mais avançado	As habilidades semântico-pragmáticas estão gravemente comprometidas e ferem os princípios conversacionais; há dificuldades para inibir e corrigir os próprios erros; dificuldades de compreender enunciados com sentido não literal; apresentam repetições. A estabilidade de habilidades fonéticas e fonológicas é ainda evidente. No nível sintático, a produção de fala é fragmentada; automatismos são usados como estratégias compensatórias e a anomia torna-se ainda mais frequente. Ocorrem parafasias verbais e semânticas; há perda das habilidades para ler e escrever e para a compreensão auditiva, especialmente, para situações complexas. A repetição e a leitura em voz alta estão relativamente preservadas.
Estágio final	Todas as funções linguísticas estão comprometidas; há acentuada redução da expressão oral; ocorrem graves problemas de compreensão; persistem alguns automatismos e perseverações. Em alguns pacientes a repetição é ainda possível.

:

Um estudo realizado por Almeida e Crocco (2000) indicou que pacientes com DA tendem a subestimar seus déficits intelectuais e dificuldades comportamentais devido à incapacidade de se auto-avaliarem. Isto ocorre de forma independente da gravidade do quadro demencial ou da presença de sintomas depressivos, porém, os pacientes que apresentavam sintomas depressivos tenderam a possuir maiores dificuldades intelectuais na sua própria avaliação e na avaliação dos cuidadores.

Um estudo de Novaretti et al (2011) teve como objetivo comparar os perfis de habilidades de linguagem em pacientes com depressão de início tardio e pacientes com Doença de Alzheimer leve. Foram estudados 25 pacientes com depressão de início tardio e 30 pacientes com DA leve, a partir da aplicação dos testes da Bateria Arizona para Distúrbios de Comunicação e Demência (ABCD). Pacientes com DA tiveram as piores pontuações na maioria dos construtos da ABCD, exceto nos testes

de nomeação por confrontação, definição de conceitos, repetição, leitura e compreensão (frase). Os pacientes com depressão foram melhores nos testes de memória episódica e de expressão linguística. Os testes do construto de estado mental, memória episódica e habilidade visoespacial foram os melhores para discriminar pacientes depressivos daqueles com DA. Em conclusão, foi constatado que a depressão de início tardio pode prejudicar funções da linguagem, especialmente, aquelas relacionadas à produção linguística. No entanto, os idosos deprimidos mantêm a sua capacidade de aprendizagem, apesar da doença, enquanto pacientes com DA apresentam uma deterioração marcada neste domínio.

2.4 AVALIAÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DE IDOSOS

Um dos testes mais utilizados na prática clínica para avaliar o nível cognitivo dos pacientes é o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (FOLSTEIN *et al.* 1975). Ele é um importante instrumento de rastreio de comprometimento cognitivo. Como instrumento clínico, pode ser utilizado na detecção de perdas cognitivas, no seguimento evolutivo de doenças e no monitoramento de resposta ao tratamento ministrado. O teste inclui provas de orientação temporal, orientação espacial, memória imediata, cálculo, memória de evocação, nomeação, repetição, comando, leitura, frase e desenho. (BRUCKI *et al.*, 2003).

O teste é composto por diversas questões agrupadas em sete categorias e com valores de pontuação diferenciados, sendo que cada uma delas objetiva avaliar déficits das funções cognitivas específicas: orientação para o tempo (5 pontos), orientação para o local (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), lembrança das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do MEEM pode variar de um mínimo de zero até o total máximo de 30 pontos (MACHADO; RIBEIRO; LEAL; COTTA, 2007)

Os escores do resultado do teste MEEM são pareados pela escolaridade, ou seja, a baixa escolaridade está associada a um baixo escore, o que torna imprescindível considerar pontos de corte distintos de acordo com o tempo de escolaridade (LOURENÇO; VERAS, 2006), De acordo com o estudo de Brucki e colaboradores (2003), o escore mediano para analfabetos é 20, para escolaridade

de 1 a 3 anos é 22, escolaridade de 4 a 7 anos é 24 e para indivíduos com escolaridade maior que 8 anos o corte é 26.

Os estudos sobre a Doença de Alzheimer consideram pontuação igual ou maior a 18 pontos indicativa de presença de demência de grau leve, pontuação entre 10 e 18 pontos indicativa de demência de grau moderado, e a pontuação menor do que 10 pontos seria indicativa de demência grave (ALMEIDA; CROCCO, 2000).

Os testes cognitivos podem sofrer influência de aspectos socioculturais como, por exemplo, a escolaridade. Por isso, o estudo do desempenho de indivíduos normais nos referidos testes torna possível a identificação da interferência de tais aspectos (SOARES; ORTIZ, 2009).

O estudo de Soares e Ortiz (2009) teve como objetivo avaliar a influência da escolaridade e da idade no resultado do teste de avaliação de linguagem de Montreal Toulouse (MT Beta-86 Modificado) em pessoas sem queixas linguísticas. Foram selecionados 80 sujeitos, com escolaridade variando em três faixas: A (1-4 anos), B (5-8 anos) e C (9 anos e acima) e a idade entre 17 e 80 anos. Foram verificadas diferenças estatisticamente significativas em relação à escolaridade nas tarefas de compreensão oral, leitura, compreensão gráfica, denominação, disponibilidade lexical, ditado, denominação gráfica de ações e leitura de números. Em relação à idade, verificaram diferenças estatisticamente significativas nas tarefas de ditado e disponibilidade lexical.

Os sintomas depressivos também precisam ser quantificados quando se avalia a cognição de idosos, pois o desempenho de idosos com depressão pode estar alterado (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

A escala Cornell de depressão em demência (ECDD) é um instrumento para auxiliar em pesquisa farmacológica e em estudos sobre a evolução de sintomas psiquiátricos em pacientes com demência e mostrou-se confiável, válida e sensível. Sua utilização é indicada quando o objetivo é quantificar os sintomas e não fazer o diagnóstico, o que requer a utilização de outros instrumentos (ALEXOPOULOS; ABRAMS; YOUNG; SHAMOIAM, 1988). É um dos instrumentos mais adequados para detectar depressão em pacientes com DA, independentemente da gravidade da demência (MULLER-THMSEN et al, 2005). Em resumo, a ECDD é um instrumento de fácil e rápida aplicação, que contempla as características clínicas do paciente

com demência e é capaz de quantificar os sintomas depressivos (CARTHERY-GOULART et al, 2007).

A Escala de Depressão Geriátrica ('Geriatric Depression Scale' — GDS) é um dos instrumentos mais frequentemente utilizados para a detecção de depressão no idoso. Diversos estudos já demonstraram que a GDS oferece medidas válidas e confiáveis para a avaliação de transtornos depressivos. Além disso, versões reduzidas da GDS com 1, 4, 10, 15 e 20 questões (em contraste com as 30 questões da versão original) vêm sendo utilizadas de forma cada vez mais frequente. A GDS-15 é instrumento que oferece medidas para a detecção de casos de depressão entre idosos, a partir de 15 questões, afirmativas/negativas, que avaliam o humor do paciente. Sua aplicação é feita em estudos com adultos e idosos por que estados depressivos podem interferir no desempenho dos indivíduos na avaliação cognitiva e funcional.

2.5 DISCURSO NARRATIVO NA DA

O convívio e a interação interpessoal estão diretamente relacionados à comunicação, que é indispensável para a manutenção das relações sociais dos indivíduos. Na linguagem oral, o discurso narrativo, é a forma mais rotineira de comunicação, onde se faz referência aos fatos ocorridos (CARVALHO, 2006).

Três aspectos principais podem ser destacados para a análise do discurso, que são o microlinguístico, responsável pelas medidas fonológicas, lexicais e sintáticas (funções intra-frasais e sentenciais); macrolinguístico, responsável pelas funções entre as frases, considerando-se a coesão local e coerência global; e o processamento global do significado, responsável, por exemplo, pela formação do modelo mental de um texto (LIRA et al, 2011; MARINI et al, 2005).

Atualmente, existe pouca base empírica para avaliar possíveis padrões de discursos produzidos para diferentes contextos comunicativos. Compreender o efeito de determinadas tarefas discursivas no discurso de indivíduos com DA possibilita aplicações clínicas bastante úteis, que podem auxiliar na detecção e no acompanhamento da progressão da doença. Além disso, podem ser traçadas intervenções que se utilizem de mecanismos discursivos preservados e de *input* que auxilie o falante com DA (BRANDÃO; PARENTE, 2011).

Quanto maior a progressão da demência, mais afetada estará a memória operacional envolvida no processamento narrativo e, por sua vez, pior será o desempenho do idoso na referida tarefa. O processamento discursivo não se limita apenas às habilidades fonológicas, sintáticas e léxico-semânticas, mas pressupõe-se a participação de processos cognitivos como seleção, comparação e síntese de componentes semânticos com base em sua relevância e considerando o processamento contextual. Também, as condições de interpretação/produção do discurso e inibição de respostas ou associações impulsivas, elaboração de um plano discursivo com levantamento e testagem de hipóteses sobre o sentido do enunciado são importantes (KOEHLER; GINDRI; BÓS; MANCOPE, 2012).

Para avaliar o discurso narrativo com apoio visual, uma das figuras mais utilizadas é a “Figura do Roubo dos Biscoitos”, que faz parte do teste de Boston para Diagnóstico de Afasia (GOODGLASS et al, 2001). Na figura apresenta-se uma cena que descreve uma série de desastres ocorridos em uma cozinha, como uma mãe em pé distraidamente lavando os pratos numa pia inundada e atrás dela duas crianças estão tentando roubar biscoitos do alto do armário com seu banquinho tombando.

A interpretação adequada da cena mencionada anteriormente, ou seja, a implicação completa do desastre exige pistas relevantes de seleção e integração para construir as inferências elaborativas sobre os elementos individuais de todo o restante do tema ou macroestrutura. Os déficits de atenção seletiva podem inibir a habilidade para filtrar a informação irrelevante e reconhecer as pistas contextuais importantes. Os déficits do nível perceptual em componentes de organização e integração, caracterizados por desenhos estruturados coerentemente, podem ser relacionados ao prejuízo da integração de unidades de conteúdo narrativo e ao prejuízo em geração de uma macroestrutura narrativa (MYERS, 2001).

Na produção do discurso narrativo com apoio visual, quando comparados a indivíduos saudáveis, os sujeitos com DA produzem menor número de componentes textuais, tanto com suporte de imagem como sem esse suporte. Erram mais no relato de sequência de eventos e produzem maior número de proposições irrelevantes (EHRlich et al, 1997). Em estudo com a produção de narrativa de cinco pacientes com DA, utilizando apoio visual, Bastos (2000) constatou perdas no componente semântico relacionada à macroestrutura discursiva.

Estudos baseados em esquemas para produção de narrativas em pacientes em estágio leve de DA (SKA; GUENARD, 1993) mostraram que estes produziram menor número de componentes textuais do que os sujeitos controles nas três situações, ou seja, erraram mais no relato de sequência de eventos e produziram maior número de proposições irrelevantes, mesmo quando dispunham do apoio de imagens, situação em que a variável memória era excluída.

Nicholas et al (1985) compararam a descrição oral de figura de sujeitos com DA, afásicos e controles, através de 14 medidas de fala. Foi encontrado que indivíduos com DA apresentaram maior número de termos indefinidos, assim como os indivíduos com afasia produziram mais parafasias semânticas, repetições e pronomes sem antecedentes. Os controles produziram, significativamente, maior número de elementos temáticos do que os indivíduos com DA e não houve diferença em relação ao número total de palavras entre os grupos.

Um estudo realizado por Hier et al (1985) avaliou a fala por meio de descrição de figura e outros testes estruturados em 26 idosos com DA, 13 com demência vascular, 20 afásicos e 15 idosos saudáveis. Foram analisadas medidas lexicais, sintáticas e índice de anomias e de concisão. O resultado do estudo evidenciou que nos idosos com DA houve maior prejuízo lexical em relação à compreensão e, mesmo com a gravidade da demência a complexidade sintática e tamanho da emissão foram mantidos. Houve, também, um aumento na utilização de orações incompletas.

Blanken et al (1987) analisaram a fala espontânea por meio de entrevistas semi-estruturadas em 10 pacientes com DA moderada, cinco pacientes com Afasia de Wernicke e cinco idosos controles. O resultado do estudo mostrou que os grupos de pacientes com DA e Afasia de Wernicke apresentaram uma redução no tamanho da sentença, bem como no uso de substantivos.

Kempler et al (1987) investigaram a habilidade sintática na fala espontânea e na escrita de 10 pacientes com DA de graus variados e 10 idosos controles. Foi encontrado que indivíduos com DA apresentam erros lexicais em maior quantidade do que os sintáticos. O estudo concluiu que a habilidade sintática está mais preservada do que a semântico-lexical na DA.

Um estudo de Bschor et al. (2001) utilizou a Prancha do Roubo dos Biscoitos para avaliar a fala espontânea de pacientes com DA, com Comprometimento

Cognitivo Leve e controles. Foram gravadas e transcritas a fala de 120 pacientes que participaram da pesquisa. Os dados foram analisados de acordo com um protocolo desenvolvido pelo grupo de pesquisa responsável pelo trabalho, onde foram extraídos do texto o número total de palavras e palavras que nomeassem corretamente objeto/pessoas, local e ação. Foi possível observar nesse trabalho que variáveis como idade e escolaridade interferiram no resultados de ambos os grupos (DA e CCL), mas não houve diferença significativa entre os grupos quanto ao número total de palavras do discurso. No entanto, os indivíduos com DA apresentaram menor conteúdo que os outros grupos analisados.

Kavé e Levy (2003) analisaram as dimensões conceituais semânticas, sintáticas e morfológicas em 14 indivíduos com DA e 48 idosos saudáveis, todos apresentando hebraico como primeira língua. Foi utilizada a tarefa de descrição de figura. Os indivíduos com DA emitiram menor número de informações relacionadas aos personagens, locais, objetos e ações que podiam ser eliciadas a partir da figura e maior número de erros semânticos dos que os controles. Contudo, apesar dos indivíduos com DA terem emitido, em menor quantidade, os tipos de orações mais complexas, os autores concluíram que houve igual desempenho entre os grupos em relação à estrutura sintática e morfológica.

Outro estudo utilizando a Prancha do Roubo dos Biscoitos, que foi desenvolvido por Alves & Souza (2005), buscou analisar a produção oral de sujeitos normais frente à descrição da prancha e verificar se gênero, idade e escolaridade interfeririam neste desempenho. A pesquisa foi realizada com 60 indivíduos (40 mulheres e 20 homens) com idade variando entre 20 e 73 anos e que possuíam grau de escolaridade variando de 0 a 16 anos. A análise das produções foi feita utilizando-se unidades de informação, divididas em quatro categorias (protagonistas, lugares, objetos e ações). Não foram observadas correlações significativas entre o número total de unidades de informação e o gênero e a idade. Apenas a escolaridade interferiu significativamente no desempenho dos sujeitos, ou seja, os indivíduos com baixa escolaridade emitiram, em geral, menos unidades de informação quando comparados aos indivíduos com alta escolaridade. A pesquisa concluiu que o número total de informações dadas pelos sujeitos ficou muito próximo à metade das possibilidades.

Um estudo de Cuetos et al (2007), utilizando a Prancha do Roubo dos Biscoitos, buscou observar alterações na expressão verbal durante a fase pré-clínica da DA. O objetivo do estudo foi determinar se as alterações na expressão verbal ocorrem na fase de pré-clínica da Doença de Alzheimer. A amostra foi composta de 40 sujeitos falantes de espanhol, sendo que 19 eram de famílias onde existiam pessoas com DA e, também, possuíam uma mutação genética favorável ao aparecimento da doença; e 21 não eram portadores dessa mutação. Os dois grupos foram semelhantes em idade e escolaridade. Foram avaliadas as variáveis gramaticais e semânticas específicas e os portadores da mutação produziram menos categorias semânticas que aqueles que não eram portadores, concluindo assim que, na fase pré-clínica da DA, mudanças na expressão verbal são aparentes e a detecção precoce destas diferenças pode auxiliar no diagnóstico precoce de intervenção nesta doença.

Ash et al. (2007) solicitaram a 20 pacientes com DA a narrar uma história a partir de um livro infantil de figuras e compararam os resultados ao desempenho de 10 controles pareados. Os indivíduos com DA emitiram menor número total de palavras e palavras por frase, menor número de elementos-chave da história e apresentaram maior dificuldade em encontrar as palavras. Os autores encontraram também uma correlação forte entre desempenho em testes de memória episódica e capacidade de manutenção do tema.

Lira (2008) realizou um estudo com 60 pacientes com DA e 61 controle para verificar os aspectos microlinguísticos do discurso dos idosos com DA. Os discursos foram captados a partir da narração de sete figuras que formavam uma história, e foi encontrado que os indivíduos com DA produzem discursos adequados quanto ao número de palavras, dificuldades de busca de palavras, parafasias semânticas e fonêmicas. No entanto, apresentam desempenho ruim na narrativa em relação às alterações lexicais totais, revisões, repetições imediatas de palavras e ao índice sintático. Concluiu-se, portanto, que indivíduos com DA apresentaram desempenho aquém do esperado nos aspectos microlinguísticos do discurso nos níveis lexical e sintático.

3. MÉTODO

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Esta pesquisa é um estudo transversal observacional, que foi realizada com um grupo de idosos que possuem o diagnóstico de Doença de Alzheimer (GDA) e que utilizam o serviço médico do Ambulatório de Neuropsiquiatria Geriátrica do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU) – UFSC. O grupo controle (GC) foi constituído por idosos sem prejuízos cognitivos participantes de três grupos de idosos do Município de Florianópolis.

Foram incluídos na pesquisa sujeitos com idade acima de 60 anos, que possuíam a Língua Portuguesa falada no Brasil como idioma nativo e escolaridade igual ou superior a quatro anos. Para o GDA, além dos critérios mencionados acima, os sujeitos deveriam ter diagnóstico médico estabelecido de Doença de Alzheimer provável, estar nas fases leve ou moderada da doença e em dose terapêutica do medicamento inibidor da acetilcolinesterase. Para o GC, os participantes deveriam ter escores do teste de rastreio cognitivo dentro dos padrões de normalidade.

Foram excluídos da amostra, os sujeitos que apresentaram alterações visuais e/ou auditivas que comprometiam a realização do teste. No GDA também foram excluídos indivíduos na fase grave da doença. E no grupo GC foram excluídos também aqueles que apresentavam doença cerebrovascular caracterizada por história de AVC ou qualquer outra alteração neurológica, bem como indivíduos que tiveram escores maiores que do que seis na Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), que é indicativo de depressão.

Esta pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) sob o parecer de número 274.383.

3.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi iniciada somente após os participantes consentirem e terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo que, para o

GDA foram os responsáveis que assinaram o termo e para o GC foram os próprios idosos assinaram o termo.

Com o grupo GDA, a coleta de dados foi realizada no mesmo dia em que o paciente comparecia à consulta médica no Ambulatório do HU-UFSC. Já com o GC, a coleta de dados foi realizada no ambiente em que acontecia a reunião do grupo de idosos, após a pesquisadora apresentar os objetivos e os procedimentos da pesquisa a todos os presentes. Aqueles que se interessavam e preenchiam os critérios de inclusão puderam participar da pesquisa.

Inicialmente, para o rastreio cognitivo dos sujeitos da pesquisa, foi realizado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (ANEXO 1), que é um teste rastreio cognitivo utilizado mundialmente (FOLSTEIN *et al.*, 1975) (BRUCKI *et al.*, 2003), sendo que, o GC foi composto por idosos que obtiveram escores dentro dos padrões da normalidade para seu nível de escolaridade, e o GDA foi composto de pacientes que obtiveram de 10 a 18 pontos no teste, sugestivo de DA em fase leve ou moderada (ALMEIDA; CROCCO, 2000).

Para identificar possíveis alterações de linguagem decorrentes de casos de depressão, os dois grupos foram submetidos a escalas específicas para detecção de sintomas depressivos. Com o Grupo GDA foi aplicado a Escala Cornell de Depressão em Demência, que é constituído de perguntas diretas ao paciente e ao seu cuidador, onde estes deve responder sobre questões relacionadas ao comportamento e humor, sendo que pontuação igual ou superior a sete é indicativo de sintomas depressivos (ALEXOPOULOS; ABRAMS; YOUNG; SHAMOIAM, 1988). Já com o GC foi aplicada a Escala de Depressão Geriátrica ('Geriatric Depression Scale' — GDS), em uma versão reduzida, contendo 15 questões a serem respondidas pelo paciente referentes a possíveis sintomas depressivos ocorridos na última semana, sendo que pontuação igual ou superior a seis é indicativo de sintomas depressivos (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

O discurso narrativo foi extraído a partir da apresentação da figura do "Roubo dos Biscoitos" (ANEXO 2), onde foi solicitado ao sujeito que narrasse o que estava vendo na imagem. Nos casos onde o sujeito não desenvolveu um discurso narrativo fluente, o examinador utilizou algumas frases para auxiliá-lo, como: "Você acha que ela está percebendo o que está acontecendo com eles? Você acha que ela tem algum grau de relação com eles? Em que parte da casa eles estão?". O discurso

narrativo de cada participante foi gravado em áudio, com um gravador digital da marca SONY e, posteriormente, transcrito e analisado.

3.3 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram gravados em áudio e transcritos na íntegra, pela própria pesquisadora, e analisados seguindo os critérios do estudo de CROISILE et al. (1996) que são divididos em três dimensões:

- 1) Aspectos lexicais (microlinguísticos): a) extensão global do texto, calculada pelo número total de palavras produzidas (foram contadas todas as palavras completas emitidas pelo sujeito) e pelo número de itens nas cinco categorias: substantivos, verbos, adjetivos, advérbios e palavras de função; b) erros lexicais, calculado pelo número de vezes em que o participante apresentou dificuldade para encontrar palavras, repetições, revisões, parafasias semânticas e fonêmicas.
- 2) Habilidades sintáticas (macrolinguísticos): a) complexidade sintática, calculada pelo número de orações independentes (principal) e de orações dependentes (subordinadas), além do número de orações incompletas (resultantes da falta de verbo ou objeto direto, sem indicação de pausa); b) erros gramaticais, calculado pelo uso errôneo de palavras de função (preposições, artigos, pronomes e conjunções), confusão de tempo verbal, estrutura incoerente de cláusula e uso de artigos com referente ambíguo.
- 3) Unidades de informação: a) 23 itens esperados em quatro categorias (pessoas: menino, menina e mulher; lugares: cozinha e o exterior visto através da janela; objetos: biscoito, pote, banco, pia, prato, chão, água, janela, armário, louças e cortinas; ações ou fatos: menino pegando ou roubando, menino ou banco caindo, mulher lavando ou secando as louças/pratos, água transbordando ou derramando, ação desempenhada pela menina, mulher desatenta com o transbordamento, mulher indiferente às crianças); b) detalhes inverossímeis: informações que foram inapropriadas mas eram linguisticamente corretas (afirmações externas à estória-alvo); c) modalizações: consideradas como informações de nível

pragmático responsáveis pela quebra da descrição (exemplos: como eu posso dizer? Eu disse, eu não sei, etc.).

3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram armazenados em uma planilha do programa Microsoft Excel 2007 para a realização da Estatística Descritiva, que teve objetivo de apresentar a constituição da amostra e das variáveis encontradas em forma de médias, medianas, desvios-padrão e variação.

4. RESULTADOS

4.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DA AMOSTRA

Participaram deste estudo, 25 indivíduos voluntários, sendo 18 idosos participantes de grupos de idosos da cidade de Florianópolis, que integraram o grupo controle (CG), e sete pacientes com DA acompanhados no Ambulatório de Neuropsiquiatria Geriátrica do Hospital Universitário – UFSC (GDA).

Durante o período de coleta de dados a pesquisadora acompanhou semanalmente os atendimentos médicos no referido ambulatório e pôde catalogar 30 pacientes com comprometimento cognitivo a esclarecer ou com demência já diagnosticada. Deste total, apenas sete pacientes apresentavam DA provável em fase leve a moderada, sendo que dois foram excluídos por não atenderem ao critério de inclusão referente à escolaridade, permanecendo assim, cinco idosos no GDA. No GC, seis idosos foram excluídos por terem escores inferiores ao esperado no teste de rastreio cognitivo de acordo com a escolaridade, permanecendo assim 12 idosos no GC.

As características gerais da amostra estudada estão presentes na tabela 1.

Tabela 1 – Características demográficas, cognitivas e comportamentais do GDA e do GC

Variáveis	GDA	GC	Valores Mín/Máx
	n=5	n=12	
	Médias \pm dp ou %		
Idade (anos)	74,8 \pm 5,4	70,08 \pm 7,93	68-83 GDA / 63-91 GC
Sexo Feminino (%)	80	75	-
Escolaridade (anos)	5 \pm 1,73	9,58 \pm 2,47	4-8 GDA / 4-13 GC
MEEM (escores)	14,2 \pm 2,59	27,25 \pm 1,36	10-17 GDA / 25-30 GC
Cornell/GDS	5,20 \pm 3,35	1,75 \pm 1,22	0-8 GDA / 0-4 GC

Legenda: Mín = Mínimo / Máx = Máximo / MEEM = Mini Exame do Estado Mental / GDS = Escala de Depressão Geriátrica

Fonte: Elaborado pela Pesquisadora

As médias de idade dos grupos foram 74,8 anos no GDA, variando de 68 a 83 anos, e no GC foi de 70 anos, variando de 63 a 91 anos. A maioria dos participantes da pesquisa foi do sexo feminino, sendo 80% (4 mulheres e 1 homem) no GDA e 75% (9 mulheres e 3 homens) no GC.

Quanto à escolaridade, o GC apresentou uma média de 9,58 anos, enquanto o GDA teve uma média de cinco anos. No MEEM, os participantes do GDA apresentaram média de 14,2 pontos e do GC de 27,25 pontos.

A média do GDA na Escala Cornell de Depressão em Demência foi de 5,20 e a média do GC na Escala de Depressão em Geriatria foi de 1,75.

4.2 ASPECTOS LEXICAIS

4.2.1 Extensão Global do Texto

A extensão global do texto foi analisada de acordo com o número total de palavras do discurso, número de substantivos, verbos, adjetivos, advérbios e de palavras de função. O desempenho de ambos os grupos está descrito na tabela 2.

Tabela 2 – Desempenho do GDA e GC quanto à extensão global do texto

Extensão Global do Texto	Média (\pmdp)	Mediana	Mínima	Máxima
Grupo DA (n=5)				
Total de Palavras	108,0 (\pm 59,95)	110	33	190
Substantivos	18,30 (\pm 10,71)	13	6	30
Verbos	27,20 (\pm 17,66)	29	8	54
Adjetivos	0,80 (\pm 1,30)	0	0	3
Advérbios	17,0 (\pm 10,32)	14	8	33
Palavras de Função	44,80 (\pm 23,83)	45	10	71
Grupo Controle (n=12)				
Total de Palavras	91,25 (\pm 20,61)	87,5	60	138
Substantivos	22,25 (\pm 6,0)	21	13	31
Verbos	23,45 (\pm 6,84)	24	15	38
Adjetivos	1,08 (\pm 1,38)	1	0	5
Advérbios	7,08 (\pm 2,84)	7,5	2	11
Palavras de Função	37,42 (\pm 7,75)	36,5	27	56

Fonte: Elaborado pela Pesquisadora

Os valores médios referentes ao número de palavras produzidas nas categorias analisadas foram, respectivamente, para o GDA e GC de 108 e 91,25 para o total de palavras, 18,30 e 22,25 para substantivos, 27,20 e 23,45 para verbos, 0,80 e 1,08 para adjetivos, 17 e 7,08 para advérbios e 44,80 e 37,42 para palavras de função.

4.2.2 Erros Lexicais

Os erros lexicais foram analisados de acordo com a dificuldade de encontrar palavras e com a presença de repetições, revisões e parafasias semânticas e fonêmicas. O desempenho de ambos os grupos está descrito na tabela 3.

Tabela 3 – Desempenho do GDA e GC quanto aos erros lexicais

Erros Lexicais	Média (\pmdp)	Mediana	Mínima	Máxima
Grupo DA (n=5)				
Dificuldade de Encontrar Palavras	0,40 (\pm 0,55)	0	0	1
Repetições	0,80 (\pm 1,30)	0	0	3
Revisões	0,20 (\pm 0,45)	0	0	1
Parafasias Semânticas	1,20 (\pm 0,84)	1	0	2
Parafasias Fonêmicas	0,00 (\pm 0,00)	0	0	0
Grupo Controle (n=12)				
Dificuldade de Encontrar Palavras	0,33 (\pm 0,49)	0	0	1
Repetições	0,33 (\pm 0,65)	0	0	2
Revisões	0,08 (\pm 0,29)	0	0	1
Parafasias Semânticas	0,58 (\pm 0,79)	0	0	2
Parafasias Fonêmicas	0,00 (\pm 0,00)	0	0	0

Fonte: Elaborado pela Pesquisadora

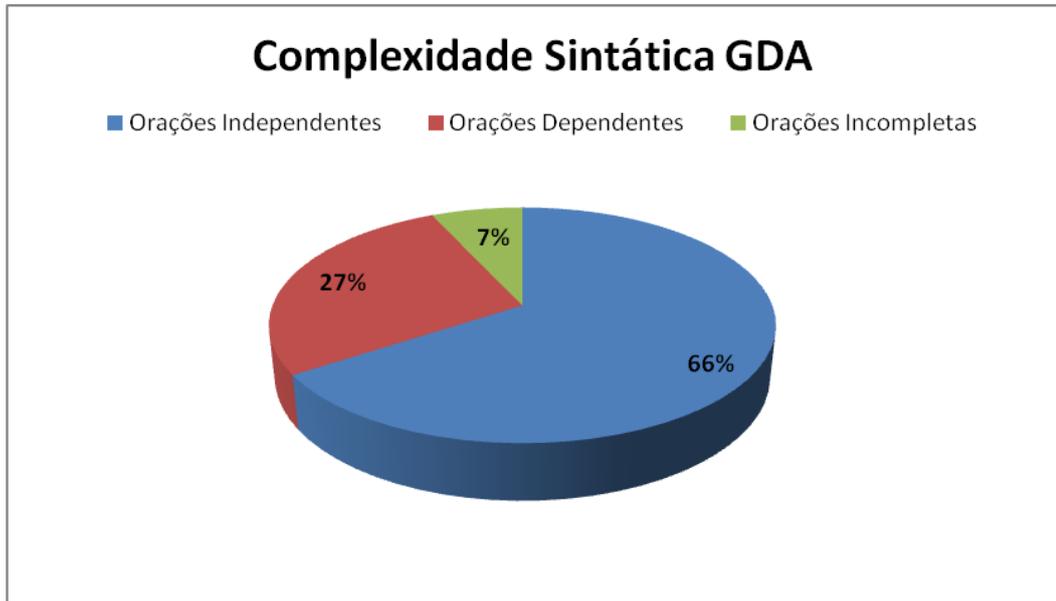
Observou-se que, na análise dos erros lexicais, os grupos GDA e GC tiveram, respectivamente, as seguintes médias referentes à dificuldade para encontrar palavras (0,40 e 0,33), repetições (0,80 e 0,33), revisões (0,20 e 0,08) e parafasias semânticas (1,20 e 0,58). As parafasias fonêmicas não foram observadas no discurso de nenhum dos participantes, de ambos os grupos.

4.3 HABILIDADES SINTÁTICAS

4.3.1 Complexidade Sintática

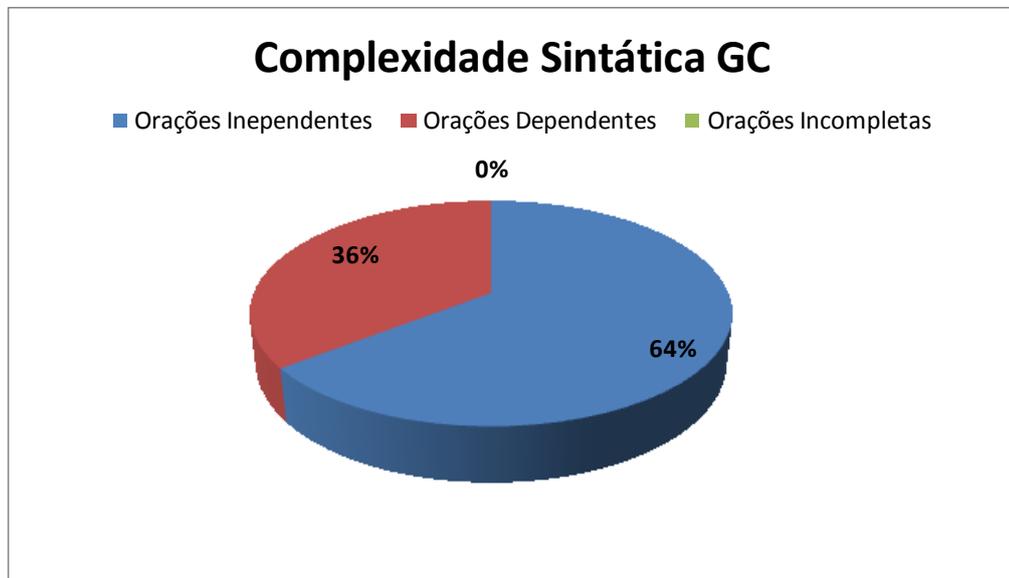
A análise da Complexidade Sintática foi realizada de acordo com o número de orações dependentes, independentes e incompletas. As porcentagens dos tipos de orações presentes no discurso do GDA e do GC estão expostas nas figuras 1 e 2.

Figura 1 – Complexidade Sintática GDA (n=5)



Fonte: Dados da pesquisa

Figura 2 – Complexidade Sintática GC (n=12)



Fonte: Dados da pesquisa

Na análise da complexidade sintática, as médias dos grupos GDA e GC foram, respectivamente, para as Orações Independentes de 13,40 ($\pm 6,73$), representando 66% de todas as orações do discurso do GDA e de 10,42 ($\pm 2,71$), representando 64% do GC; para as Orações Dependentes foi de 5,60 ($\pm 5,37$),

correspondendo a 27% das orações de todo o discurso do GDA, e de 5,75 ($\pm 2,63$), correspondendo a 36% das orações do GC. Já para as Orações Incompletas, a média foi de 1,40 ($\pm 1,14$), representando 7% de todo o discurso do GDA, não havendo produção deste tipo de oração no GC.

4.3.2 Erros Gramaticais

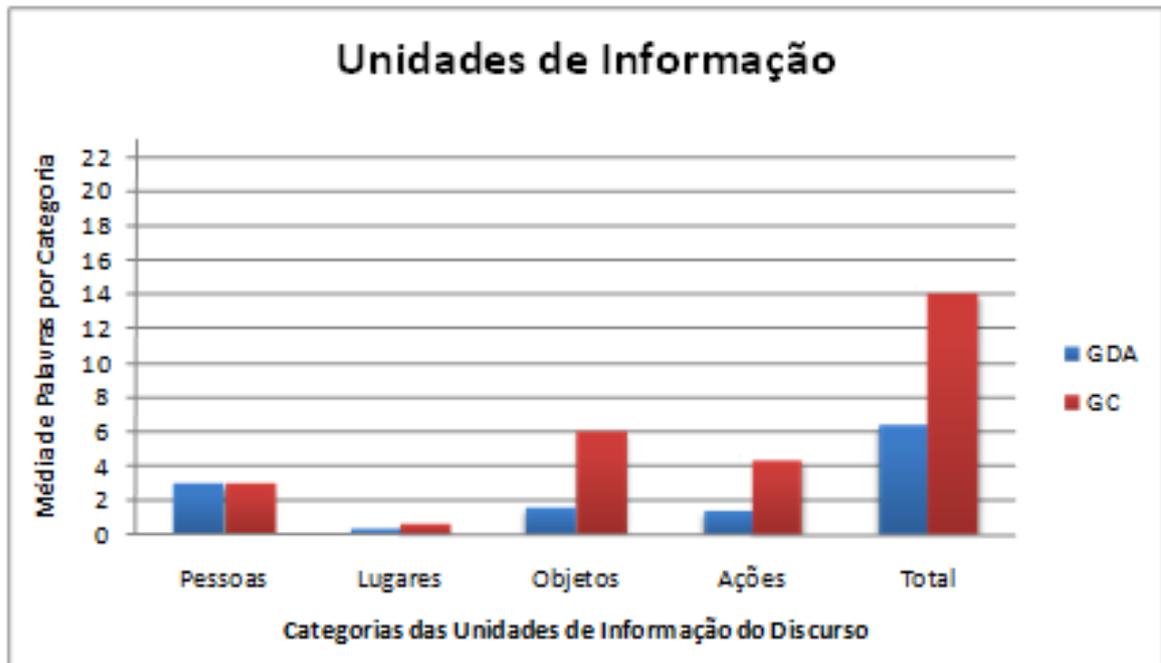
Os erros gramaticais foram analisados quanto ao uso errôneo de palavras de função (preposições, artigos, pronomes e conjunções), confusão de tempo verbal, estrutura incoerente de cláusula e uso de artigos com referente ambíguo. No discurso do GDA observaram-se os erros gramaticais de confusão de tempo verbal (média: 0,80 $\pm 1,30$) e estrutura incoerente de cláusula (média: 1,40 $\pm 0,55$). O GC não apresentou nenhum dos erros gramaticais analisados.

4.4 UNIDADES DE INFORMAÇÃO

4.4.1 Itens esperados do Discurso

Na figura 2, estão representadas as médias de unidades de informações do discurso dos grupos estudados, separadas de acordo com as quatro categorias: pessoas, lugares, objetos e ações, bem como, o número total de unidades de informações mencionadas pelo GDA e pelo GC.

Figura 3 – Unidades de Informação



Fonte: Dados da pesquisa

Os idosos do GDA apresentaram média do total de unidades de informações de 6,40 ($\pm 3,58$), correspondendo a 27,82% das possibilidades, e os idosos do GC apresentaram média de 14,08 ($\pm 1,88$), correspondendo a 61,21% das possibilidades. O GDA e o GC apresentaram, respectivamente, médias de 0,40 ($\pm 0,55$) e 0,67 ($\pm 0,49$) para a categoria lugares, sendo que haviam duas possibilidades de unidades de informações; 1,60 ($\pm 1,82$) e 6,08 ($\pm 1,38$) na categoria objetos, onde havia a possibilidade de 11 unidades de informações; 1,40 ($\pm 1,34$) e 4,33 ($\pm 0,89$) na categoria ações, que somavam sete unidades de informações; e ambos os grupos apresentaram média 3,00 ($\pm 0,00$) na categoria pessoas, o que corresponde ao total de possibilidades.

4.4.2 Detalhes Inverossímeis

Nenhum participante do GC relatou informações inverossímeis, ou seja, que não estivessem relacionadas à imagem, ou mesmo, informações inapropriadas. Já no GDA, a média de informações inapropriadas foi de 0,80 ($\pm 1,3$).

4.4.3 Modalizações

As informações de nível pragmático que resultam na quebra da descrição da imagem estiveram presentes no discurso de ambos os grupos, com média de 1,40 (± 1.52) nos discursos do GDA e média de 0,58 ($\pm 0,67$) nos discursos do GC.

5. DISCUSSÃO

Esta pesquisa teve como objetivo analisar o discurso narrativo de idosos com e sem Doença de Alzheimer, verificando os aspectos lexicais, habilidades sintáticas e unidades de informação do discurso.

Inicialmente, serão discutidos os aspectos relacionados aos dados sociodemográficos e de rastreio cognitivo-comportamental.

Quanto à idade, os grupos apresentaram médias semelhantes. Contudo, como o GDA foi composto por um número reduzido de participantes, não foi possível realizar o pareamento estatístico com o GC.

A maioria dos participantes da pesquisa, em ambos os grupos, foram do sexo feminino. No GC esse dado pode ser explicado pela maior procura e participação de mulheres nos grupos de idosos, e, também, pela maior disponibilidade e aceitação para participação da pesquisa. Essa prevalência do sexo feminino em grupos de idosos foi estudada por Areosa e Ohlweiller (2000), onde foi traçado o perfil de idosos participantes de treze grupos e constatou-se que em média 92% da população dos grupos foi do sexo feminino. No GDA, a porcentagem maior de pacientes do sexo feminino também é um achado já relatado na literatura. Quase todos os estudos da América Latina, África e Ásia confirmam que as mulheres são marginalmente mais susceptíveis a desenvolver demência e DA, particularmente, aquelas muito idosas (NITRINI et al, 2004).

Quanto à escolaridade, houve uma grande diferença entre os grupos, sendo que os idosos do GC apresentaram maior nível de escolaridade quando comparados ao GDA. Tal fato pode ser justificado pelo local da coleta de dados do GDA, que foi realizada em um hospital público, onde a população atendida é, na maioria das vezes, provenientes de ambientes socioculturais mais desfavorecidos. Em favor disso, a literatura sugere que o nível educacional é um importante fator de risco para demência (BORENSTEIN et al, 2006).

Quanto aos sintomas depressivos, a média do GDA na Escala Cornell foi de 5,20, valor que descarta a presença de sintomas depressivos. Contudo, dois participantes deste grupo apresentaram escore igual a oito, o que é indicativo de depressão (ALEXOPOULOS; ABRAMS; YOUNG; SHAMOIAM, 1988). Apesar de a literatura afirmar que a depressão pode influenciar na expressão linguística, optou-

se por manter esses dois pacientes no GDA por entender que os informantes que responderam à escala podem ter superestimado os sintomas dos pacientes. Além disso, ao analisar individualmente o desempenho desses dois pacientes, percebeu-se que não houve discrepância de valores em nenhum dos aspectos analisados do discurso em relação aos demais pacientes.

Para análise mais abrangente do discurso dos participantes, foram considerados os três aspectos mais descritos na literatura para análise do discurso narrativo utilizando-se figuras, que são as características microlinguísticas, macrolinguísticas e o processamento global do significado (LIRA et al., 2011). Optou-se por discutir esses dados de maneira comparativa entre o GDA e GC.

O GDA apresentou, quando comparado ao GC, maior número de palavras no discurso, porém, na análise das unidades de informações, quanto aos itens esperados no discurso, seu desempenho foi inferior, tanto no total de itens esperados como nas categorias específicas (lugares, objetos e ações), o que demonstra que o discurso de idosos com DA, apesar de maior, apresenta mais informações repetitivas e irrelevantes. Sendo assim, o discurso do GC, apesar de menor, apresentou-se mais objetivo e direcionado à descrição da figura. No estudo de Bschor et al (2011), os idosos com DA produziram significativamente menor número de elementos temáticos (itens esperados no discurso) do que os indivíduos do grupo controle, porém sem diferença com relação ao número total de palavras entre os grupos. Ash et al (2007) analisaram o discurso de DA e controles a partir da narração de um livro infantil e constataram que idosos com DA emitiram menor número total de palavras, resultado que se diferencia do que foi encontrado em nossa pesquisa, porém, o grupo DA, nesse mesmo estudo, apresentou menor número de elementos-chave da história, o que corrobora com o nosso resultado quanto aos itens esperados no discurso do GDA.

Acredita-se que, o fato do GDA ter apresentado maior número de palavras no discurso pode estar relacionado com os outros resultados encontrados em nossa análise, como uma maior dificuldade em encontrar palavras, onde ocorre uma fala mais longa na tentativa de encontrar a palavra desejada, presença das repetições, modalizações e de informações inverossímeis, do que no discurso do GC.

Quanto à redução dos itens do discurso, diversos estudos relatam a dificuldade de idosos com DA quanto à nomeação, principalmente, na categoria

“objetos”, o que vai de encontro aos resultados obtidos neste estudo, onde o GDA apresentou uma expressiva redução na nomeação dos itens “objetos”, quando comparados ao GC, sendo a categoria de maior discrepância entre as médias da nomeação. A classificação de alterações de linguagem em pacientes com DA, proposta por Bayles et al (1993), indicou que a anomia é um dado expressivo no discurso de doentes em fase leve e moderada, tanto na fala espontânea como nos discursos estruturados, onde ocorrem omissões de itens centrais e uso de termos genéricos e imprecisos. Os estudos de Kavé e Levy (2003), Ska e Duong (2005) e Bastos (2005) também relataram a presença de redução de unidades de informação no discurso de idosos com DA.

Na análise dos aspectos lexicais, quanto à extensão global do texto, os grupos tiveram desempenhos muito semelhantes. O GDA, além de emitir maior número total de palavras, apresentou um maior número de verbos, advérbios e palavras de função, e um número inferior de substantivos e adjetivos, quando comparado ao GC, sendo que todas as diferenças foram muito discretas. Um estudo de Blanken et al. (1987), que analisou a fala espontânea de três grupos de idosos (com DA moderada, Afasia de Wernicke e controles), verificou que apenas quanto ao número de substantivos os grupos se diferenciaram, sendo que idosos com DA apresentaram uma redução no número de substantivos, o que vai de encontro com o dado encontrado em nosso estudo. Sendo assim, acredita-se que esses idosos utilizem outras classes de palavras para compensar essa falha de nomeação dos substantivos no discurso, porém o reduzido tamanho da amostra pode ter dificultado uma análise mais precisa quanto à extensão global do texto.

Nos erros lexicais analisados na presente pesquisa, os idosos do GDA apresentaram mais dificuldade para encontrar palavras, mais repetições, revisões e parafasias semânticas do que os idosos do GC, onde esses erros se apresentaram de forma muito mais discreta. No GC, esta dificuldade discreta pode estar associada ao já descrito “Fenômeno de Ponta da Língua”, quando os idosos, momentaneamente, apresentam dificuldade para lembrar-se da palavra que desejam expressar (JUNCOS-RABADAN et al, 2006). Já no GDA, a referida dificuldade é descrita por diversos estudos na literatura, ou seja, a presença de dificuldades lexicais nos indivíduos com demência é bem estabelecida. Nas tarefas de nomeação com apoio visual, os pacientes com DA, frequentemente, podem

apresentar dificuldades de nomeação, circunlóquios, revisões, o que torna o discurso menos objetivo (KEMPLER, 1995; MANSUR; RADANOVIC, 2004). Lira (2008) concluiu que a presença de revisões e dificuldade para encontrar palavras no discurso de idosos com DA pode ser justificada por uma dificuldade de acesso lexical, porém, sem falha na interação entre as fases da produção da linguagem, sendo que esses erros caracterizam uma tentativa de acerto ou correção.

Na análise da habilidade sintática foi levada em consideração a complexidade sintática dos discursos e os erros gramaticais. Em ambos os grupos, as orações independentes foram mais frequentes, caracterizando mais da metade das elocuições dos participantes, seguidas das orações dependentes, que ocorreram em grande proporção nos dois grupos. Já as orações incompletas se mostraram presentes apenas no discurso do GDA. A similaridade dos grupos quanto ao aspecto sintático do discurso coincide com outros estudos realizados, como o de Kempler et al. (1987), que compararam o desempenho de idosos com DA nas habilidades sintáticas e lexicais e comprovaram que as habilidades sintáticas se mantêm mais preservadas. Kavé e Levy (2003) também concluíram em seu estudo com DA e controles que ambos os grupos apresentaram desempenho igual em relação à estrutura sintática, descrevendo essa habilidade como uma das que se mantêm preservadas ao longo do processo demencial.

Porém, a presença de orações incompletas no discurso do GDA foi o que diferenciou os grupos quanto à habilidade sintática. Este fato pode ter ocorrido devido à necessidade de organização e planejamento que a construção de um discurso narrativo demanda e, também, pela relação da memória de trabalho na construção de uma oração dependente (BRANDÃO, 2006; BEILKE; PINTO, 2010). Essa característica apresentada pelos idosos com DA também foi observada no estudo de Hier et al. (1985), onde houve grande presença de orações incompletas, o que caracterizou uma simplificação sintática da fala desses indivíduos.

Um estudo realizado por Toledo (2011), que verificou a influência de variáveis sociodemográficas na produção do discurso de adultos saudáveis, constatou que a escolaridade está relacionada à simplificação sintática do discurso. Este fato foi justificado porque na descrição da figura, por ser uma situação de teste, os indivíduos com menor escolaridade podem se sentir menos confiantes e incertos do tipo de informações que deveriam falar, apresentando assim, descrições mais

simplificadas do que indivíduos com maior escolaridade. Esta relação entre escolaridade e a complexidade das orações pode ser uma justificativa para o pior desempenho do GDA.

As unidades de informações dos discursos de ambos os grupos foram analisadas através de uma lista de itens esperados durante a narração da cena, bem como da produção de detalhes inverossímeis e modalizações, propostos por Croisile et al. (1996).

Os discursos dos idosos do GC apresentaram uma média muito superior de itens esperados em todas as categorias, exceto na categoria “pessoas”, onde os dois grupos obtiveram desempenho máximo. O GC mencionou mais vezes os lugares onde ocorria a cena, os objetos e as ações dos personagens, caracterizando um discurso mais específico e direcionado para a narrativa da figura. Esse desempenho superior do GC na descrição dos itens do discurso também foi observado no estudo de Kavé e Levy (2003), onde os idosos do grupo saudável, quando comparados ao grupo com DA, apresentaram maior número de informações relacionadas aos personagens, locais, objetos e ações da imagem.

Um estudo de Alves e Souza (2005), realizado com 60 indivíduos saudáveis da população de São Paulo, que buscou analisar a produção de sujeitos normais frente à descrição da prancha do Roubo dos Biscoitos, concluiu que o número total de unidades de informação dadas pelos sujeitos ficou muito próximo à metade de informações possíveis. No nosso estudo, os idosos do GC apresentaram desempenho superior ao encontrado na pesquisa dos autores acima mencionados, produzindo 61,21% das possibilidades. Já o GDA apresentou desempenho abaixo do padrão estabelecido pelo referido estudo, produzindo apenas 27,82% das possibilidades.

Na análise das informações inverossímeis (porém, linguisticamente corretas), observou-se que, apenas o GDA apresentou essa característica no seu discurso, ou seja, apenas este grupo produziu frases descontextualizadas, fugindo do tópico da narrativa. No estudo de Ash et al (2007) foi encontrada uma correlação forte entre a dificuldade de idosos com DA em testes de memória episódica e a capacidade de manutenção do tema, o que pode ser uma justificativa para o resultado encontrado em nosso estudo quanto a presença de informações inverossímeis no discurso do GDA. A presença de informações inverossímeis pode ser uma maneira encontrada

pelos idosos para disfarçar suas dificuldades com relação à criação da narrativa, que são aquelas já discutidas dentro dos itens lexicais. O estudo de Croisile et al. (1996) descreveu que as informações inverossímeis estão presentes no discurso dos pacientes com DA e dos controles também, porém, em quantidade significativamente maior no grupo com Doença de Alzheimer. Em nosso estudo, o GC não apresentou informações inverossímeis, sendo essa uma característica exclusiva do discurso do GDA.

Ortiz (2005) mencionou que, em nível de produção, o discurso dos pacientes com DA apresenta-se desorganizado e, por muitas vezes, incoerente, sendo composto por termos indefinidos e frases descontextualizadas, com mudanças abruptas de tópico, o que corrobora com a presença das informações inverossímeis.

Já na análise das modalizações, ambos os grupos apresentaram essa alteração, em maior número pelo GDA, que é caracterizada pela ruptura na fluência do discurso. As modalizações presentes no discurso de ambos os grupos pode ser justificada pela dificuldade de manutenção do tópico discursivo, que é uma característica linguística presente, muitas vezes, no processo de envelhecimento natural, mas que se potencializa em idosos com DA (MANSUR; RADANOVIC, 2004). A presença de modalizações foi também analisada por Croisile et al. (1996), em pacientes com DA e controles, e conclui-se que ambos os grupos apresentaram modalizações, porém sem diferença estatisticamente significativa. No estudo de Brandão et al (2010), onde foram analisados dois idosos com DA, as modalizações estiveram presentes no discurso dos dois indivíduos, sendo que as modalizações foram explicadas como indagações que ocorrem quando o idoso hesita sobre o que deve dizer ou, quando não está seguro de que seu discurso expressa uma ideia correta, ou seja, consiste em um pedido de auxílio na tentativa de receber informações ou confirmações sobre a correção das ideias emitidas.

6. CONCLUSÃO

Neste estudo, cujo objetivo foi analisar o discurso narrativo de idosos com Doença de Alzheimer, comparando com o desempenho de idosos cognitivamente normais, foram encontradas alterações de linguagem no discurso narrativo de ambos os grupos, a partir da descrição da “Figura do Roubo dos Biscoitos”.

Dentro dos aspectos lexicais, idosos com Doença de Alzheimer apresentaram erros relacionados à dificuldade de encontrar palavras, repetições, revisões e parafasias semânticas, indicativo de que os aspectos lexicais podem apresentar-se deteriorados ao longo do processo demencial.

Quanto às habilidades sintáticas, a complexidade do discurso de idosos com Doença de Alzheimer se mostrou relativamente preservada. Apesar da presença de orações incompletas, os resultados do GDA na análise sintática são semelhantes aos do GC. Porém, na análise dos erros gramaticais, o discurso de idosos com Doença de Alzheimer caracterizou-se por presença de confusão de tempo verbal e estrutura incoerente de cláusula, sendo que no discurso do GC não foram encontrados tais erros.

Os idosos com Doença de Alzheimer mencionaram menos itens de informação referentes à imagem, quando comparados a idosos controles, principalmente, na categoria de objetos. O discurso do GDA apresentou informações inverossímeis, o que caracterizou fuga do tópico da narrativa, além da presença de modalizações, que caracterizou um discurso menos fluente.

Os resultados do presente estudo indicam a existência de falhas linguísticas no discurso de ambos os grupos, com maior ocorrência no discurso de idosos com DA, principalmente, quanto aos aspectos lexicais e as unidades de informação do discurso, quando comparados aos controles. Portanto, apesar do uso de figura como apoio visual para amenizar a demanda de memória, observou-se que os idosos com DA ainda apresentaram alterações de linguagem que estão relacionadas às falhas de memória inerentes à doença.

Os resultados do presente estudo são limitados pelo reduzido tamanho da amostra, e generalizações devem ser cautelosas. Sugere-se a realização de novos estudos com amostras maiores, controlando-se a variável escolaridade com atenção a ocorrência de analfabetismo funcional, com foco na extensão global do texto, nos

erros gramaticais e nas unidades de informação, pois são os menos estudados nesta população, já que os achados microlinguísticos relacionados aos erros lexicais, e os macrolinguísticos relacionados à complexidade sintática parecem estar mais bem estabelecidos na população com DA.

A continuidade das pesquisas sobre a linguagem em pacientes com DA é de extrema importância, dada à relevância das demências no contexto atual e seu impacto na qualidade de vida do paciente.

REFERÊNCIAS

ALEXOPOULOS, G. S.; ABRAMS, R. C.; YOUNG, R. C.; SHAMOIAN, C. A. Cornell Scale for Depression in dementia. **Biological Psychiatry** v.23, p. 271-284,1988.

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (gds) versão reduzida. **Arquivos de Neuropsiquiatria**. São Paulo, v. 57, n. 2B, p. 421-426, 1999.

ALMEIDA, O.; CROCCO, E. Percepção dos déficits cognitivos e alterações do comportamento em paciente com Doença de Alzheimer. **Arquivo de Neuropsiquiatria**, v. 58, n. 2A, p. 292-299, 2000.

ALVES, D. C.; SOUZA, L. A. P. Performance de moradores da grande São Paulo na descrição da prancha do roubo de biscoitos. **Revista CEFAC**, São Paulo, v.7, n.1, p. 13-20, 2005.

AREOSA, S. V. C.; OHLWEILER, Z. N. C. O Idoso e os Grupos de Convivência no Município de Santa Cruz do Sul: dados de pesquisa. **REDES**, v. 5, n.1, p. 179-187, 2000.

ASH, S. et al. The decline of narrative discourse in Alzheimer's disease. [abstract]. **Brain lang**. v. 103, p. 182-182, 2007.

ÁVILA, R.; BOTTINO, C. M. C. Atualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva. **Rev Bras Psiquiatr**. 28(4):316-20. 2006.

BASTOS, A. O discurso narrativo na doença de Alzheimer. **Dissertação de mestrado não publicada**, Curso de Pós Graduação em Neurociências, Universidade Estadual de Campinas. Campinas – SP, 2000.

BAYLES, K.; TOMOEDA, C.; TROSSET, M. Alzheimer's Disease: effects on language. **Developmental Neuropsychology**. v. 9, p. 131-160, 1993.

BEILKE, H. M. B.; PINTO, R. C. N. A narrativa na demência de Alzheimer: reorganização da linguagem e das "memórias" por meio de práticas dialógicas. **Estudos Linguísticos**, São Paulo, mai.-ago. v. 39, n. 2, p. 557-567, 2010.

BLANKEN G, DITTMANN J, HAAS J, WALLECH C. Spontaneous speech in senile dementia and aphasia: Implications for a neurolinguistic model of language production. **Cognition**. v. 27, p. 247-274, 1987.

BRANDÃO, L.; PARENTE M. A. M. P.; PEÑA-CASANOVA J. Estratégias comunicativas de pessoas com doença de Alzheimer. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 23, n. 1, 2010.

BRANDÃO, L.; PARENTE M. A. M. P. Doença de Alzheimer e a Aplicação de Diferentes Tarefas Discursivas. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 24, n. 1, p. 161-169, 2011.

BRANDÃO, L. Produção da linguagem e envelhecimento. In: Parente M.A.M.P. **Cognição e envelhecimento**. Porto Alegre: Artmed, p.133-152, 2006.

BRUCKI, S. M. D. et al. Sugestões para o uso do Mini Exame do Estado Mental no Brasil. **Arquivo de Neuropsiquiatria**, v. 61, n. 3B, p. 777-781, 2003.

BSCHOR, T.; KÜHL, K.P.; REISCHIES, F. M. Spontaneous Speech of Patients With Dementia of the Alzheimer Type and Mild Cognitive Impairment. **International Psychogeriatrics**, v. 13, n. 3, p. 289-298, 2001.

CARTHERY-GOULART, M. T.; AREZA-FEGYVERES, R.; SCHULTZ, R.; OKAMOTO, I.; CAMELLI, P.; BERTOLUCCI, P. H.; NITRINI, R. Versão Brasileira da Escala Cornell de Depressão em Demência (Cornell Depression Scale in Dementia). **Arquivo de Neuropsiquiatria**, v. 65, n. 3B, p. 912-915, 2007.

CARVALHO, I. **Avaliação de linguagem**. In: BRUCHI S.M.D. et al. Demências – enfoque multidisciplinar: das bases fisiopatológicas ao diagnóstico e tratamento. Editora Atheneu – São Paulo, 2011.

CARVALHO, I. A. M. **Avaliação Funcional das Habilidades de Comunicação – ASHA FACS para população com doença de Alzheimer [Tese]**. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2006.

CARVALHO, J.; GARCIA, R. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 725-733, 2003.

CHAVES, M. L. F.; PÁDUA, A. C. Comprometimento Cognitivo Leve. In: TEIXEIRA, A. L.; CAMELLI, P. **Neurologia cognitiva e do comportamento**. Editora Revinter – Rio de Janeiro, 2012.

CROISILE, B.; SKA, B.; BRABANT, M. J.; DUCHENE, A.; LEPAGE, Y.; AIMARD, G.; TRILLET, M. Comparative study of oral and written picture description in patients with Alzheimer's disease. **Brain and Cognition**. v. 53, p.1–19, 1996.

CUETOS, F.; ARANGO-LASPRILLA, J. C.; URIBE, C.; VALENCIA, C.; LOPERA, F. Linguistic changes in verbal expression: A preclinical marker of Alzheimer's disease. **Journal of the International Neuropsychological Society**, v.13, p. 433–439, 2007.

DAMASCENO, B. P. Envelhecimento Cerebral – O problema dos limites entre o normal e o patológico. **Arquivo de Neuropsiquiatria**, v. 57, n. 1, p. 78-83, 1999.

DUONG A.; SKA, B. Production of narratives: Picture Sequence facilitates organizational but not conceptual processing in less educated subjects. **Brain and Cognition**. v. 46, 12-4, 2001.

DUONG, A. et al. The heterogeneity of picture-supported narratives in Alzheimer's disease. **Brain and Cognition**, v. 93, p. 173-184, 2005.

EHRlich, J. S.; OBLER, L. K.; CLARK, L. Ideational and semantic contributions to narrative production in adults with dementia of the Alzheimer's type. **Journal of Communication Disorders**, v. 30, p. 79-99, 1997.

GAMBURGO, L. J. L. **Envelhecimento e Linguagem**. Um estudo da linguagem como Prática dialógica e social em idosos. Piracicaba, 2006.

GAUTHIER, S.; VELLAS, B.; BURN, D. Aggressive course of disease in dementia. **Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association**, p. 210-217, 2006.

GOODGLASS, H.; KAPLAN, E.; BARRESI, B. **The assessment of Aphasia and related disorders**. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins, 2001.

HIER, D.B.; HAGENLOCKER, K.; SHINDLER, A.G. Language disintegration in dementia: effects of etiology and severity. *Brain lang.* v. 25, p.117-33, 1985.

JUNCOS-RABADAN, O.; FACAL, D.; ÁLVAREZ, M.; RODRÍGUEZ, M. S. **El fenómeno de la punta de la lengua en el proceso de envejecimiento**. Universidad de Santiago de Compostela. *Psicothema*, v. 18, n. 3, p. 501-506, 2006.

JÚNIOR, R. L.; RESENDE, M. C. In: NERI, Anita Liberalesso; YASSUDA, Mônica Sanches. **Velhice bem-sucedida: Aspectos afetivos e cognitivos**. 4. ed.Campinas, SP: papyrus, p. 224, 2012.

KAVÉ, G; LEVY, Y. Morphology in picture descriptions provided by persons with Alzheimer's Disease. **J. speech lang. hear. res.** v. 46, p. 341-352, 2003.

KEMPLER, D, CURTISS, S, JACKSON, C. Syntactic preservation in Alzheimer's disease. *J. speech hear. res.* v. 30, p. 343-350, 1987.

KEMPLER, D. Language changes in dementia of the Alzheimer type. In: R. Lubinski (Org.), **Dementia and communication**, p. 98-114, 1995.

KOEHLER, C.; GINDRI, G.; BÓS, A. J. G.; MANCOPES, R. Alterações de linguagem em pacientes idosos portadores de demência avaliados com a Bateria MAC. **Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**. v. 17, n. 1, p. 15-22, 2012.

LIRA, J. O. Análise dos aspectos microlinguísticos de narrativas orais de pacientes com Doença de Alzheimer. Tese de Mestrado – Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina – SP, 2008.

LIRA, J. O.; ORTIZ, K. Z.; CAMPANHA, A. C.; BERTOLUCCI, P. H. F.; MINETT, T. S. C. Microlinguistic aspects of the oral narrative in patients with Alzheimer's disease. **International Psychogeriatrics**, v. 23, n. 3, p. 404-412, 2011.

LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Revista Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 712-719, 2006.

MACHADO, J. C.; RIBEIRO, R. C. L.; LEAL, P. F. G.; COTTA, R. M. M. Avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos em Viçosa-MG. **Revista Brasileira Epidemiologia**, v.10, n. 4, p. 592-605, 2007.

MANSUR, L. L. et al. Linguagem e Cognição na Doença de Alzheimer. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 18, n. 3, p. 300-307, 2005.

MANSUR, L. L.; RADANOVIC, M. Neurolinguística e Fonoaudiologia. In: Neurolinguística – princípios para a prática clínica. **Publicado por Editico Comercial Ltda**, p. 15-41, 2004.

MANSUR, L. L.; RADANOVIC, M. Desenvolvimento da Linguagem no Adulto e no Idoso. In: Neurolinguística – princípios para a prática clínica. **Publicado por Editico Comercial Ltda**, p. 61-77; 2004.

MARINI, A. et al. Age-related differences in the Production of Textual Descriptions. **J. Psycholinguist. Res.** v. 34, n.5, p. 439-462, 2005.

MCKHANN, G. et al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. **Neurology**, v. 34, p.939-944, 1984.

MCKHANN, G. M. et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. **Alzheimer's & Dementia**, v. 7, p 263–269, 2011.

MENDONÇA, L. I. Z. Contribuições da Neurologia no Estuda da Linguagem. In: ORTIZ, K. Z. Distúrbios neurológicos adquiridos: linguagem e cognição. Baruri, São Paulo, 2005.

MORILLO, L. S. Modificações neurobiológicas do envelhecimento. In: BRUCHI S.M.D. et al. **Demências – enfoque multidisciplinar: das bases fisiopatológicas ao diagnóstico e tratamento**. Editora Atheneu – São Paulo, 2011.

MULLER-THMSEN, T.; ARLT, S.; MANN, U.; MASS, R.; GANZER S. Detecting depression in Alzheimer's disease: evaluation of four different scales. **Arch Clin Neuropsychol**, v. 20, p. 271-276, 2005.

MYERS, P. S. **Communication Disorders Associated with Right Hemisphere Damage**. In: Chapey, Roberta. Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders. 4th. Lippincott Williams & Wilkins, p.809-828, 2001.

NERI, A. L. In: NERI, A. L.; YASSUDA, M. S. **Velhice bem-sucedida: Aspectos afetivos e cognitivos**. 4. ed.Campinas, SP: papirus, p. 224, 2012.

NICHOLAS M.; OBLER, L.K.; ALBERT M.L.; HELM-ESTABROOKS, N. Empty speech in Alzheimer's disease and fluent aphasia. **J. speech hear. res.** v. 28, p. 405-410, 1985.

NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; MANSUR, L. L. **Neuropsicologia: das bases anatômicas à reabilitação**. São Paulo: Clínica Neurológica, Hospital das Clínicas, FMUSP; 2003.

NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BOTTINO, C. M. C.; DAMASCENO, B. P.; BRUCKI, S. M. D.; ANGHINAH, R. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil. Avaliação Cognitiva e Funcional. Recomendações do Departamento de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. **Arquivo de Neuropsiquiatria**, v. 63, n. 3-A, p. 720-727, 2005.

NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BOTTINO, C. M. C.; DAMASCENO, B. P.; BRUCKI, S. M. D.; ANGHINAH, R. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil. Critérios Diagnósticos e Exames Complementares. Recomendações do Departamento de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. **Arquivo de Neuropsiquiatria**, v. 63, n. 3-A, pp. 713-719, 2005.

NOVARETTI, T. M. S.; FREITAS, M. I. D.; MANSUR, L.; NITRINI, R.; RADANOVIC, M. Comparison of language impairment in late-onset depression and Alzheimer's disease. **Acta Neuropsychiatrica**. v. 23, p. 62-66, 2011.

ORTIZ, K Z; BERTOLUCCI, P. H. F. Alterações de linguagem nas fases iniciais da doença de Alzheimer. **Arquivo de Neuropsiquiatria**, v. 63, n. 2-A, p. 311-317, 2005.

PETERSEN, R. C.; SMITH, G. E.; WARING, S. C. et al. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. **Archives of Neurology**, v. 56, p. 303-308, 1999.

PETERSEN, R. C.; STEVENS, J. C.; GANGULI, M.; TANGALOS, E. G.; CUMMINGS, J. L.; DEKOSKY, S. T. Practice parameter: Early detection of dementia: Mild cognitive impairment (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. **Neurology**, v. 56, n. 11, p. 33-42, 2001.

PETERSEN, R. C. et al. Current Concepts in Mild Cognitive Impairment. **Archives of Neurology**, v. 58, 2001.

PINTO, R. C. N.; BEILKE, H. M. B. Avaliação de Linguagem na Doença de Alzheimer. **Estudos da Língua(gem)**, v. 6, n. 2; p. 99-128, 2008.

PITELLA, J. E. Neuropatologia da doença de Alzheimer. In: TAVARES, A. (org.) **Compêndio de neuropsiquiatria geriátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; p.235-48, 2005.

PORTO, C. S. et al. Brazilian version of the Mattis dementia rating scale: diagnosis of mild dementia in Alzheimer's disease. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 61, n. 2B, p. 339-45, 2003.

REYS, B. N.; BEZERRA, A. B.; VILELA, A. L. S.; KEUSEN, A. L.; MARINHO, V.; PAULA, E.; LAKS, J. Diagnóstico de demência, depressão e psicose em idosos por

avaliação cognitiva breve. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 52, n. 6, p. 401-404, 2006.

SÉ, E. V. G.; QUEROZ, N. C.; YASSUDA, M. S. In: NERI, A. L.; YASSUDA, M. S.. **Velhice bem-sucedida: Aspectos afetivos e cognitivos**. 4. ed. Campinas, SP: papirus, p. 224, 2012.

SKA, B; GUENARD, D. Narrative schema in dementia of the Alzheimer's type. In: Brownell, H. H.; JOANETTE, Y. **Narrative Discourse in Neurologically Impaired and Normal Aging Adults**. San Diego: Singular Publishing Group. p. 299-314, 1993.

SMID, J. Comprometimento cognitivo leve: bases neurobiológicas. In: BRUCHI S.M.D. et al. **Demências – enfoque multidisciplinar: das bases fisiopatológicas ao diagnóstico e tratamento**. Editora Atheneu – São Paulo, 2011.

SOARES, E. C. S.; ORTIZ, K. Z. Influence of schooling on language abilities of adults without linguistic disorders. **Medical Journal**, v. 127, n. 3, p.134-139, 2009.

YASSUDA, M. S. In: NERI, A. L.; YASSUDA, M. S. **Velhice bem-sucedida: Aspectos afetivos e cognitivos**. 4. Editora Campinas, SP: papirus, p. 224, 2012.

APÊNDICE A – Tabela de Análise do Discurso

IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO:		GRUPO:	
ASPECTOS LEXICAIS:		UNIDADES DE INFORMAÇÃO:	
<i>Extensão Global do Texto</i>		<i>Itens esperados do discurso</i>	
Número total de palavras:		Mãe	Informações inapropriadas mas Linguisticamente correta:
Número de Substantivos:		Menino	
Número de Verbos:		Menina	
Número de Adjetivos:		Cozinha	
Número de Advérbios:		Quintal	Modalizações
		Água	Quebra da descrição:
		Pia	
		Chão	
		Prato	
		Prato no Balcão	
		Biscoito	
		Pote	
		Armário	
		Banco	
		Janela	
		Cortina	
		Menina pegando biscoito	
		Menino/banco caindo	
		Mãe lavando/secando louça	
		Água transbordando	
		Mãe desatenta com a água	
		Mãe desatenta com as crianças	
		Menina ped./esper. biscoito	
		Total:	
HABILIDADES SINTÁTICAS:			
<i>Complexidade Sintática</i>			
Núm. Orações independentes:			
Núm. Orações dependentes:			
Núm. Orações incompletas:			
<i>Erros Gramaticais</i>			
Palavras de função:			
Confusão tempo verbal:			
Estrutura incoerente de cláusula:			
Artigo com referente ambíguo:			

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) GDA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ANÁLISES CLÍNICAS
CURSO DE FONOAUDIOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Sr(a),

Estamos desenvolvendo a pesquisa **“Análise do Discurso Narrativo de Idosos com e sem Doença de Alzheimer”** com o objetivo de analisar a estruturação linguística de idosos na elaboração do discurso narrativo com o auxílio de apoio visual. Para isso, convidamos pacientes com diagnóstico de Doença de Alzheimer para participar da pesquisa. Inicialmente, o paciente será avaliado por um teste de rastreio cognitivo, onde será solicitado que responda algumas perguntas. Posteriormente será apresentada uma figura e será solicitado que ele narre tudo que estiver vendo, essa narração será gravada em áudio para análise. Para a realização desse estudo o paciente terá que disponibilizar, aproximadamente, 15 minutos, para que seja possível a aplicação do teste cognitivo e da narração da figura. Os sujeitos participantes da pesquisa também terão seus prontuários médicos analisados pela pesquisadora.

Nesta pesquisa não haverá benefícios diretos para o paciente, pois se trata de um estudo transversal comparativo, onde iremos caracterizar as manifestações linguísticas de duas populações. Somente no final do estudo poderemos concluir a presença de algum benefício. Nenhum procedimento causará riscos ou desconforto grave a ele, mas as avaliações serão interrompidas se o paciente ficar cansado ou indisposto.

Os dados coletados serão mantidos em sigilo e você poderá esclarecer qualquer dúvida com a pesquisadora responsável a qualquer momento. Tais dados serão analisados em conjunto com os dados de outros pacientes e serão utilizados somente nesta pesquisa. Contudo, você tem liberdade para aceitar ou não a participação do idoso neste estudo, bem como poderá cancelar a participação a qualquer momento durante a pesquisa, sem que haja qualquer prejuízo para o

paciente. O senhor (a) terá acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para solucionar eventuais dúvidas. Se percebermos algum risco, não previsto até o momento, o senhor (a) será informado.

Para participar, é necessário que você aceite e assine esse termo de livre e espontânea vontade, sem nenhum custo e, caso aceite participar, posso garantir que todas as informações pessoais recebidas serão mantidas em sigilo e só serão utilizadas para fins de pesquisa.

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou desistir de fazer parte do mesmo, pode entrar em contato comigo, Prof^ª. Dra. Maria Isabel d'Ávila Freitas, pelo telefone (48) 3721-2277.

Eu, _____, responsável por _____ fui esclarecido sobre a pesquisa “**Análise do Discurso Narrativo de Idosos com e sem Doença de Alzheimer**” e concordo que as informações que eu forneci sejam utilizadas na realização da mesma.

Florianópolis, ____ de _____ 20 ____.

Assinatura do Responsável Legal - RG: _____

Assinatura da Pesquisadora Responsável (Prof^ª. Dra. Maria Isabel d'Ávila Freitas) RG: 2.293.930 - SSP-SC

Elaborado com base na Resolução 196/96 do CNS.

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) GC



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ANÁLISES CLÍNICAS
CURSO DE FONOAUDIOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Sr(a),

Estamos desenvolvendo a pesquisa **“Análise do Discurso Narrativo de Idosos com e sem Doença de Alzheimer”** com o objetivo de analisar a estruturação linguística de idosos na elaboração do discurso narrativo com o auxílio de apoio visual. Para isso, convidamos você para participar da pesquisa. Inicialmente, você será avaliado por um teste de rastreio cognitivo, onde será solicitado que responda algumas perguntas. Posteriormente será apresentada uma figura e será solicitado que você narre tudo que estiver vendo, essa narração será gravada em áudio para análise. Para a realização desse estudo você terá que disponibilizar aproximadamente 15 minutos, para que seja possível a aplicação do teste cognitivo e da narração da figura.

Nesta pesquisa não haverá benefícios diretos para você, pois se trata de um estudo transversal comparativo, onde iremos caracterizar as manifestações linguísticas dos idosos. Somente no final do estudo poderemos concluir a presença de algum benefício. Nenhum procedimento causará riscos ou desconforto grave a você, mas as avaliações serão interrompidas se você ficar cansado ou indisposto.

Os dados coletados serão mantidos em sigilo e você poderá esclarecer qualquer dúvida com a pesquisadora responsável a qualquer momento. Tais dados serão analisados em conjunto com os dados de outros participantes e serão utilizados somente nesta pesquisa. Contudo, você tem liberdade para aceitar ou não a participação neste estudo, bem como poderá cancelar a participação a qualquer momento durante a pesquisa, sem que haja qualquer prejuízo para você. O senhor (a) terá acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para solucionar eventuais dúvidas. Se

percebermos algum risco, não previsto até o momento, o senhor (a) será informado.

Para participar, é necessário que você aceite e assine esse termo de livre e espontânea vontade, sem nenhum custo e, caso aceite participar, posso garantir que todas as informações pessoais recebidas serão mantidas em sigilo e só serão utilizadas para fins de pesquisa.

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou desistir de fazer parte do mesmo, pode entrar em contato comigo, Prof^a. Dra. Maria Isabel d'Ávila Freitas, pelo telefone (48) 3721-2277.

Eu, _____
_____ fui esclarecido sobre a pesquisa “**Análise do Discurso Narrativo de Idosos com e sem Doença de Alzheimer**” e concordo que as informações que eu forneci sejam utilizadas na realização da mesma.

Florianópolis, ____ de _____ 20____.

Assinatura do Participante - RG: _____

Assinatura da Pesquisadora Responsável (Prof^a. Dra. Maria Isabel d'Ávila Freitas) RG: 2.293.930 - SSP-SC

Elaborado com base na Resolução 196/96 do CNS.

ANEXO 1 – Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

(Folstein, Folstein & McHugh, 1.975)

Paciente: _____

Data da Avaliação: ____/____/____ Avaliador: _____

ORIENTAÇÃO

- Dia da semana (1 ponto)()
- Dia do mês (1 ponto)()
- Mês (1 ponto)()
- Ano (1 ponto)()
- Hora aproximada (1 ponto)()
- Local específico (apartamento ou setor) (1 ponto)()
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto)()
- Bairro ou rua próxima (1 ponto)()
- Cidade (1 ponto)()
- Estado (1 ponto)()

MEMÓRIA IMEDIATA

- Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta()
- Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

ATENÇÃO E CÁLCULO

- (100 - 7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (1 ponto para cada cálculo correto)()
- (alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)

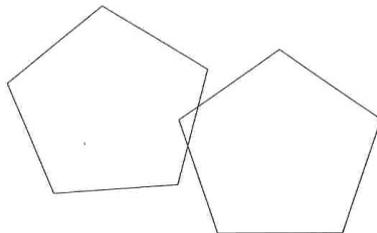
EVOCAÇÃO

- Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra)()

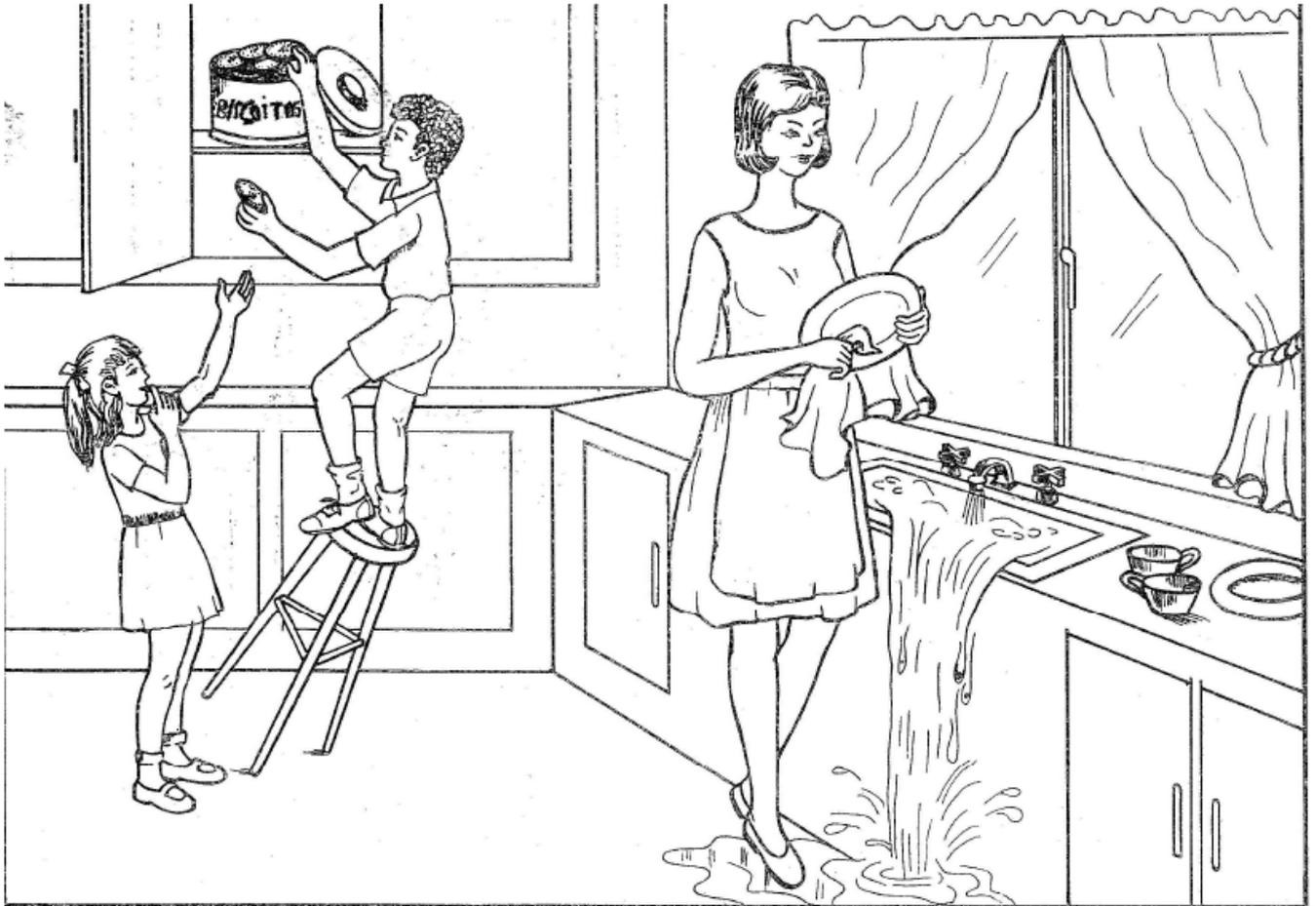
LINGUAGEM

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos)()
- Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto)()
- Comando: "pegue este papel com a mão direita dobre ao meio e coloque no chão (3 pts)()
- Ler e obedecer: "feche os olhos" (1 ponto)()
- Escrever uma frase (1 ponto)()
- Copiar um desenho (1 ponto)()

ESCORE: (____/30)



ANEXO 2 – Figura do “Roubo dos Biscoitos”



ANEXO 3 – Escala Cornell de Depressão em Demência (ECDD)

Anexo I : Escala Cornell de Depressão em Demência (Alexopoulos et al.,1988) (Carthery et al., 2003)

Escala Cornell para Depressão em Demência

A Escala Cornell é um instrumento de 19 itens para classificar os sintomas de depressão em pacientes com demência. Como a classificação baseia-se em duas entrevistas (com o cuidador, e depois rapidamente com o paciente) e devem ser realizadas avaliações clínicas complexas, os itens foram desenhados para não serem ambíguos e devem ser classificados fundamentalmente com base na observação do comportamento relatado pelo cuidador.

As avaliações devem ser baseadas nos sintomas e sinais que ocorreram durante a semana anterior à entrevista. Não deve-se marcar ponto se o sintoma for resultado de uma incapacidade física ou de uma doença.

	Impossibilitado de avaliação (U)	Ausente (0)	Leve ou intermitente (1)	Intenso (2)
A- Sinais relacionados ao humor				
1- Ansiedade (expressão ansiosa, ruminções, preocupações)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Tristeza (expressão triste, voz triste, choroso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Falta de reação a eventos prazerosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Irritabilidade (facilmente aborrecido, temperamento explosivo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B- Distúrbios de comportamento				
5- Agitação (inquietação, agitação constante das mãos, puxa o cabelo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Retardo (movimentos lentos, fala lenta, reação lenta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- Queixas físicas múltiplas (escore 0 se forem apenas sintomas gastrintestinais)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- Perda de interesse (menor envolvimento em atividades usuais, pontue apenas se a alteração ocorrer agudamente, i.e, em menos de um mês)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C- Sinais físicos				
9- Perda do apetite (come menos que o usual)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- Perda de peso [marque 2 pontos se for maior que 2,2kg em um mês]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- Falta de energia (facilmente fatigado, incapaz de sustentar atividades; marque pontos apenas se a alteração ocorrer repetidamente, i.e, em menos de um mês)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D- Funções cíclicas				
12- Variação diurna de humor (os sintomas são piores pela manhã)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13- Dificuldade para dormir (está indo dormir mais tarde que o usual para este indivíduo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14- Desperta muitas vezes durante o sono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15- Despertar precoce (mais cedo que o usual para este indivíduo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E- Distúrbio da Ideação				
16- Suicídio (sente que vida não vale a pena, tem desejos suicidas ou faz tentativas de suicídio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17- Baixa auto-estima (culpa-se, deprecia-se, sentimentos de fracasso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18- Pessimismo (antecipa o pior)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19- Delírios congruentes com o humor (delírios de pobreza, doença ou perda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acrescente o Escore Total na Página de Avaliação para Escore na Ficha Clínica.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	total	total	total	total
ESCORE TOTAL = <input type="text"/>				

ANEXO 4 – Escala de Depressão em Geriatria (GDS-15)

Escala de Depressão Geriátrica – GDS 15		
GDS-15	Não	Sim
1. Você está basicamente satisfeito com sua vida?	1	0
2. Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	0	1
3. Você sente que sua vida está vazia?	0	1
4. Você se aborrece com frequência?	0	1
5. Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	1	0
6. Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	0	1
7. Você se sente feliz a maior parte do tempo?	1	0
8. Você sente que sua situação não tem saída?	0	1
9. Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	0	1
10. Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	0	1
11. Você acha maravilhoso estar vivo?	1	0
12. Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	0	1
13. Você se sente cheio de energia?	1	0
14. Você acha que sua situação é sem esperanças?	0	1
15. Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	0	1