

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Processos Psicológicos Básicos

**AVALIAÇÃO DA CORREÇÃO PROPOSICIONAL DOS SUBTESTES MEMÓRIA LÓGICA I
E II DA ESCALA DE MEMÓRIA DE WECHSLER E DO PERFIL DE EFICIÊNCIA
COMUNICATIVA EM DIFERENTES GRUPOS DE IDOSOS**

**ASSESSMENT OF PROPOSITIONAL ANALYSIS SUBWAY MEMORY LOGIC I AND II OF
SCALE IN MEMORY OF WECHSLER AND PROFILE OF COMMUNICATIVE
EFFICIENCY IN DIFFERENT GROUPS OF ELDERLY**

LÚCIA INÊS DE ARAÚJO

**Brasília
2009**

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Processos Psicológicos Básicos

**AVALIAÇÃO DA CORREÇÃO PROPOSICIONAL DOS SUBTESTES MEMÓRIA LÓGICA I
E II DA ESCALA DE MEMÓRIA DE WECHSLER E DO PERFIL DE EFICIÊNCIA
COMUNICATIVA EM DIFERENTES GRUPOS DE IDOSOS**

LÚCIA INÊS DE ARAÚJO

Brasília – DF, Julho 2009

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Processos Psicológicos Básicos

**AVALIAÇÃO DA CORREÇÃO PROPOSICIONAL DOS SUBTESTES MEMÓRIA LÓGICA I
E II DA ESCALA DE MEMÓRIA DE WECHSLER E DO PERFIL DE EFICIÊNCIA
COMUNICATIVA EM DIFERENTES GRUPOS DE IDOSOS**

LÚCIA INÊS DE ARAÚJO

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de Brasília
como requisito parcial à obtenção do
título de mestre em Ciências do
Comportamento.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Leme da Silva

Brasília – DF, Julho 2009

**Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Processos Psicológicos Básicos
Programa de Pós-Graduação em Ciências do Comportamento**

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Sérgio Leme da Silva - UNB – Presidente

Prof^a. Dra. Jacqueline Abrisqueta Gomez - (UNIFESP)

Prof. Dr. Domingos Sávio Coelho - (PPB/UNB)

Prof. Dr. Vítor Augusto Motta Moreira (PPB/UNB) - Suplente

Brasília – DF, Julho – 2009

Nenhum signo cultural, quando compreendido e dotado de um sentido, permanece isolado: torna-se parte da unidade da consciência verbalmente constituída... A palavra está presente em todos os atos de compreensão e em todos os atos de interpretação. Bakhtin, 1981.

“Não sei entender, sei mesmo é falar”.
D. Ursulina, 68 anos, Kalunga, analfabeta, 2009.

Agradecimentos

Um dos melhores momentos, sem dúvida, após trilhar este delicado, mas ao mesmo tempo forte caminho, é o agora, agradecer é uma dádiva, pois nos leva a pensar com carinho naqueles que colaboraram, contribuindo de alguma forma para que atingíssemos nosso objetivo. Um caminho delicado, pelas nuances encontradas, que, por vezes, podem enevoar o pensamento, forte, pela enorme gama de conhecimento adquirido ao longo dele.

Por isso, deixo aqui meras palavras tentando transmitir todo o sentimento de gratidão que trago em mim.

A meus pais, irmãos, sobrinhos, que, sem dúvida são as pessoas que mais me impulsionam a estudar os limites impostos pelo envelhecimento, compreensivos quanto à minha ausência, generosos nas palavras de apoio.

João Antonio e Maria Luiza, amigos/irmãos, colegas de profissão e de trabalho, sem vocês, aqui não estaria, sabem disso, o amor e o apoio que encontrei em vocês, em todos os momentos, não encontraria em lugar algum.

Fabian, uma paciência enorme nas questões de informática e Marcos, palavras generosas de incentivo e dicas preciosas na gramática.

Cida e Telma, o que dizer a estas primas, pessoas maravilhosas que me acolheram com tanto carinho? Sem sombra de dúvida, tudo só foi possível pelo apoio incondicional que me deram. Cida é autora da prancha “apanhando fruta” usada na pesquisa.

Aos sujeitos da pesquisa, que com a paciência e a sabedoria adquiridas pela idade, nos receberam e se deixaram submeter a horas de avaliações, sem se alterarem ou desistirem pelo caminho.

Professor Sérgio, uma orientação tranquila e sábia, um apoio tático imprescindível para as coletas de Teresina e Cavalcante nas comunidades isoladas, preciso no contato anterior às coletas de dados nas comunidades Kalungas.

A competente diretoria do Hospital das Clínicas de Goiânia, meu local de trabalho, de onde veio compreensão, apoio e carinho. Destaco Alexandrina (Diretora Administrativa) e Margareth (Coordenadora Multiprofissional), sou-lhes muito grata.

Fernando, Paulo e Ricardo, valorosos extensionistas, sob sol ou chuva, às vezes sede e fome, e lá estavam firmes a colaborar em Teresina, Cavalcante e Comunidades Kalungas.

Lembrando também dos motoristas que participaram do projeto Viver Kalunga, levando “Pantera Negra”, o *motorhome* cheio de marra, mas que muito nos serviu.

À equipe de neuropsicologia do Centro de Medicina do Idoso, em especial a Corina, Fabrício e Dr. Renato Maia, aos pacientes e cuidadores que ali estão em busca de tratamento, auxílio e compreensão para suas dúvidas. Quanto crescimento trago comigo após as experiências ali vivenciadas.

Magna e Olga, apoio e incentivo nos momentos mais difíceis.

Professor Antônio Pedro, pela compreensão nas turbulências e pelo aprendizado valoroso obtido em suas disciplinas.

A todos os funcionários e professores do PPB, em especial à Joyce e Prof. Domingos, pelas dicas e apoio igualmente importantes.

Aos contatos do multiply, uma rede de amigos especiais, que por vezes, cobraram minha presença e ao saberem do motivo de minhas ausências, foram generosos no incentivo e na torcida por um final feliz. Ali está Roger, um carinho e experiência marcantes.

Enfim, a todos que trilharam comigo este caminho, ou que, apenas por ele cruzaram e de alguma forma contribuíram para esta conclusão, muito obrigada!

SUMÁRIO

Dedicatória.....	I
Agradecimentos.....	II
Sumário.....	III
Lista de figuras.....	IV
Lista de tabelas.....	V
Lista de anexos.....	VI
Resumo.....	VII
Abstract.....	VIII
1. Introdução.....	13
1.1 Envelhecimento e Qualidade de vida.....	13
1.2 Cognição, Memória e Heterogeneidade Cultural.....	15
1.3 A memória e seus sistemas.....	16
1.4 O Esquecimento.....	18
1.5 Envelhecimento e Autonomia Funcional.....	19
1.6 Idoso Negro de Comunidade Quilombola.....	21
1.7 O Idoso Rural.....	23
1.8 Correção Proposicional.....	24
1.9 Correlações entre Memórias e Linguagem.....	27
1.10 Linguagem e Doença de Alzheimer.....	28
1.11 A Eficiência na Comunicação.....	30
2. Objetivos.....	33
3. Método.....	33
3.1 Sujeitos.....	35
3.2 Procedimentos.....	35
3.3 Critérios de Inclusão.....	36
3.4 Critérios de Exclusão.....	37
3.5 Instrumentos.....	37
3.6 Análise dos dados.....	39
4. Resultados.....	40
5. Discussão.....	47
6. Referências.....	51
7. Anexos.....	55

Lista de Imagens:

Figura 1: Idosa Kalunga.

Figura 2: Idoso Kalunga em seu ambiente.

Figura 3: Prancha Roubo do Biscoito.

Figura 4: Parte da equipe do Projeto Viver Kalunga e sujeitos moradores de Teresina de Goiás.

Figura 5: Idoso da pequena cidade de Teresina de Goiás, no momento da avaliação.

Figura 6: Prancha Apanhando Fruta.

Lista de tabelas:

Tabela 1: Desempenho dos grupos de idosos no Perfil de Eficiência Comunicativa Prancha 1 e Prancha 2.

Tabela 2: Desempenho dos grupos de idosos no Perfil de Eficiência Comunicativa Prancha 1 e Prancha 2.

Tabela 3: Desempenho dos grupos de idosos nos testes neuropsicológicos Subteste II da EMW.

Tabela 4: Desempenho dos grupos de idosos nos testes neuropsicológicos.

Tabela 5: Desempenho dos idosos nos testes neuropsicológicos divididos em grupos de faixas de escolaridade.

Tabela 6: Desempenho dos idosos nos testes neuropsicológicos divididos em grupos de faixas de escolaridade.

Tabela 7: Desempenho dos idosos nos testes neuropsicológicos divididos em grupos de faixas de escolaridade.

Tabela 8: Correlação de Pearson.

Lista de Anexos

Anexo I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Anexo II – Anamnese/Entrevista Clínica.

Anexo III - Mini-exame do Estado mental (MEEM).

Anexo IV – Escala de Memória de Wechsler História A e História B.

Anexo V – Escala de Memória de Wechsler História Contextualizada 1 Metrópole e Alzheimer.

Anexo VI - Escala de Memória de Wechsler História Contextualizada 2 Kalunga e Interior.

Anexo VII – Teste de Fluênciça Verbal Frutas.

Anexo VIII – Teste de Fluênciça Verbal Animais.

Anexo IX – Perfil de Eficiênciça Comunicativa Figura 1, Roubo do Biscoito.

Anexo X - Perfil de Eficiênciça Comunicativa Figura 2, Apanhando Fruta.

Anexo XI – Aprovação do Comitê de Ética.

Resumo

Segundo Mansur (2005), dentre as alterações cognitivas encontradas na Doença de Alzheimer, está inclusa a linguagem, esta se apresenta alterada no âmbito semântico e na evolução dos sintomas lingüísticos, estudos recentes tem mostrado que estas alterações podem surgir por interação com as alterações da memória operacional. Neste estudo, 43 sujeitos divididos em grupos de idosos, portadores de demência em fase leve, normais residentes em metrópole, normais residentes em cidade do interior, e remanescentes quilombolas moradores de comunidades isoladas, foram submetidos aos testes Mini Exame do Estado Mental, Fluênciia Verbal Semântica categorias Animais e Frutas, Índice de Katz para atividades de vida diária, subteste II da Escala de Memória de Wechsler normatizada para o Brasil, sendo esta corrigida literalmente, como também na forma proposicional (*Analisis Propositional*) na tentativa de obter uma correção mais ecológica à cultura e às particularidades do idoso brasileiro. Correlacionamos estes dados entre si e também com os resultados obtidos no Perfil de Eficiência Comunicativa (PEC), utilizando a prancha Roubo do Biscoito subteste do Teste de Nomeação de Boston. A análise destes resultados mostrou diferenças significativas no desempenho dos grupos, mas ao mesmo tempo, evidenciou que os seguintes testes não sofreram influência da escolaridade: Perfil de Eficiência Comunicativa no Índice de Eficiência Lexical, Memória Lógica recordação Tardia Correção Literal e Proposicional, Memória Lógica Contextualizada Correção Literal e Proposicional, Memória Lógica Contextualizada recordação Tardia Correção Literal e Proposicional, Índice de Katz e Fluênciia Verbal Semântica.

Palavras Chave: memória, linguagem, envelhecimento, correção proposicional.

Abstract

According to Mansur (2005), among the cognitive changes found in Alzheimer's disease, the language is included; it shows the changed semantic context and the evolution of language symptoms, recent studies have shown that these changes may occur by interaction with changes in memory operation. In this study, 43 subjects divided into groups of elderly, individuals with mild dementia in the process, residents in metropolitan normal, ordinary residents in the inner city, and remnants of isolated communities residents (*quilombo*) were subjected to the test Mini Mental State Examination, Verbal Fluency semantic categories animals and fruit, to Katz Index of activities of daily living, II subtest of the Wechsler Memory Scale normalized to Brazil, which is corrected literally, but as propositional (Propositional Analysis) in an attempt to obtain a fix more ecological the culture and the particularities of the Brazilian elderly. Correlate these data with each other and with the results obtained in the Profile of Communicative Efficiency (PEC), using the plank of the Cookie Theft subtest of the Boston Naming Test. The analysis of these results showed significant differences in the performance of the groups, but at the same time, showed that the following tests were not influenced education: Profile of Communicative Efficiency in Index of Lexical Efficiency, Logical Memory delayed recall and correction Propositional Literal, Memory Logic contextualized Correction Literal and Propositional, Logical Memory delayed recall contextualized Correction Literal and Propositional, index Katz and Semantic Verbal Fluency

Keywords: memory, language, aging, propositional analysis.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Envelhecimento e Qualidade de Vida

O envelhecimento da população mundial é um dos fenômenos que mais tem sido discutido nos últimos anos. O processo de envelhecimento ainda não tem sido suficientemente estudado para fornecer os elementos necessários ao desenvolvimento de programas e políticas de saúde adequadas para essa parcela da população. Hoje já está bem divulgado o fato de que a população de idosos no Brasil estará se ampliando. De fato, a população vive em média 68 anos, maior taxa de longevidade registrada em sua história, da Silva (2006).

Entretanto, esse aumento na expectativa de vida não é acompanhado pela expectativa de boa qualidade de vida. As doenças dos idosos, em geral, são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos, demandam mais serviços de saúde e exigem cuidados permanentes. Um número grande de idosos apresenta algum tipo de problema de saúde, na maioria das vezes, são doenças crônicas.

Qualidade de vida, o que muitos acabam por buscar em algum momento, atualmente esta busca tem despertado o interesse de pesquisadores, pois com a expectativa de vida aumentando, fica evidente a necessidade de agregar este valor ao envelhecimento. Abbey & Andrews (1985), apresentou um estudo relatando que o autocontrole, o apoio social e o bom desempenho em algum tipo de atividade, seja física ou mental, aumentam a qualidade de vida, enquanto que, o estresse e a depressão diminuem a mesma.

Em 1999, Loguidice *et al* demonstraram uma melhor qualidade de vida em cuidadores e idosos com demência em fase leve, quando estes participam de programas de estimulação de memória. Já Logsdon *et al* (2002), ao avaliarem a qualidade de vida de idosos com comprometimento cognitivo descreve uma nova medida da qualidade de vida na demência, as análises com relação à habilidades funcionais, estado cognitivo, estado psicológico e o comportamento social, o estudo foi realizado em três estágios da demência, apesar de conseguirem resultados positivos, sugerem novos estudos para

clarificar a relação cuidador/paciente e como esta atua na identificação de fatores que possam influenciar na qualidade de vida do sujeito.

No *The Journal of Gerontology*, Pearlman & Uhlmann (1988), esclarecem sobre a importância da qualidade de vida em doentes crônicos e como estas influenciam no diagnóstico e no tratamento, chegam à conclusão de que há evidências médicas que poderiam estar equivocadas se não levarem em consideração diversos fatores no que diz respeito à qualidade de vida de idosos com doenças crônicas, sugerem então que, a medicina deve ter cautela na utilização da sua percepção sobre a qualidade de vida destes pacientes, como também acreditam ser necessário uma melhor investigação sobre o assunto.

Seguindo esse raciocínio, avaliar qualidade de vida é muito complexo, sendo necessário levar vários itens em consideração, tais como: idade, escolaridade, estilo de vida, fatores socioeconômico, localização geográfica, saúde, relações interpessoais, cultura, dentre outros.

Quanto à relação qualidade de vida e memória, é necessário lembrar que, há uma relação intrínseca entre uma boa saúde e melhor qualidade de vida, a memória no envelhecimento é quase sempre afetada, sendo um fator sugestivo de demência, mas mesmo quando não há um quadro demencial, estando com déficit de memória o idoso tem sua vida social alterada, consequentemente, sua qualidade de vida pode decair.

Fica evidente a necessidade de uma avaliação multidimensional que forneça uma visão global da situação social e de saúde da pessoa, mas se deve levar em consideração a questão das representações que cada indivíduo tem dos fatores que lhes são pertinentes, ou seja, o que é ser idoso e seus papéis sociais; representação de autonomia e fatores que a afetam; representações de saúde; qualidade de vida, entre outras coisas. A maioria dos estudos são realizados com pouca visibilidade sobre os significados simbólicos do envelhecimento e seus desencadeamentos, vivenciados pelo sujeito estudado.

O processo de envelhecimento pelo qual passa a população brasileira com o aumento da expectativa de vida, muitas vezes é acompanhado pelo declínio das capacidades físicas e cognitivas dos idosos, de acordo com suas características de vida. Esse declínio é maior em relação à memória e à capacidade de atenção.

1.2 Cognição, Memória e Heterogeneidade Cultural

Paradela (2007) define cognição como sendo o ato ou processo de conhecer, o qual envolve **atenção, percepção, memória, raciocínio, juízo, imaginação, pensamento e linguagem**. Este termo veio do latim, onde o significado era o de adquirir um conhecimento por meio da percepção e julgamento por meio do raciocínio para solução de problemas. Segundo dicionários da Língua Portuguesa, cognição é a capacidade de adquirir conhecimento, podemos supor então que é por meio desta aquisição de conhecimento que fazemos nossa adaptação ao meio em que vivemos. Para Bustamante (2003) refere que o Mini Exame do Estado Mental é um teste cognitivo que avalia cinco áreas da cognição: “orientação”, “registro”, “atenção e cálculo”, “recuperação”, “linguagem”. Um escore de 23/24 pontos ou menos, de um máximo de 30, tem sido considerado como indicativo de déficit cognitivo e possível demência. Nos fala também que, este é o teste mais estudado no mundo, apesar de seu desempenho ser influenciado por diversos fatores sócio-culturais.

Dentre vários significados para o termo cultura, os dicionários da língua portuguesa nos dão que “é o processo ou estado de desenvolvimento social de um grupo, um povo, uma nação, que resulta do aprimoramento de seus valores, instituições, criações, etc.” Sendo assim, o envelhecimento humano está irremediavelmente ligado à cultura de um povo e esta exerce influência nos processos de avaliação cognitiva de um indivíduo.

Para Da Silva (2006), os fatores ecológicos, como o próprio nome indica, estão ligados ao ambiente que o indivíduo está inserido (clima, fatores geográficos, demográficos, meio de subsistência,

entre outros). Sendo assim, para não correr o risco de um viés, observa-se que: são necessários cuidados extras antes de comparar resultados entre culturas diferentes; a utilização de testes elaborados para uma dada cultura deve ter seu conteúdo visto com reserva quando empregado em pessoas de cultura diferente; bem como, não é indicado usar os dados de padronização de um teste em cultura diferente da original.

Para, Smolka (2000), a pergunta inicial de diversos autores, que sem dúvida não é nova, se insere numa instigante polêmica que abrange questões epistemológicas importantes como as relações entre a experiência de vida que o sujeito tem e o conhecimento adquirido, linguagem e o funcionamento mental, cognição e memória, dentre muitas outras.

Sendo o léxico o vocabulário de uma língua, a partir somente dessa observação pode-se supor que o domínio pleno de uma língua talvez seja muito mais complexo do que se possa imaginar, a princípio, porque cada item lexical está associado à maneira como foi registrado em nossa mente, a partir da sua inserção em cada modalidade de uso: oral ou escrita. Estamos lidando aqui com a suposição de que os produtos lingüísticos — e neles se inserem os de nossa cultura — guardam as marcas do modo pelo qual (ou do objetivo para o qual) foram processados, considerando-se, com efeito, que essa operação só é possível porque a linguagem e as línguas são instrumentos semióticos, Filho (2009).

1.3 A Memória e seus Sistemas

O termo memória refere-se a um conjunto de habilidades que envolvem a aquisição, o armazenamento e a recuperação de diferentes tipos de informações em diferentes sistemas. Tais habilidades são mediadas por diversos módulos do sistema nervoso, que funcionam ao mesmo tempo de forma cooperativa e independente (Moskovitch, 1992; Olton, Shapiro, 1992; Squire, 1992; Xavier, 1993 in Ortiz 2005).

Existem várias distinções entre tipos de sistemas de memória, usaremos a descrita por Xavier (1993), onde classifica como: *memória de curta duração* é a capacidade de armazenar uma pequena quantidade de informações por período de tempo limitado; *memória operacional* é um tipo de memória transitória, que pode manter informações por períodos variáveis de tempo, em função da utilidade da informação; *memória de longa duração* que é a capacidade de armazenar grande quantidade de informações por um longo período, é subdividida em *explícita ou declarativa*, ou seja, um sistema de conhecimento em que a informação específica e factual é armazenada de forma passível de referência verbal, e *implícita ou de procedimentos* expressa-se por meio de desempenho, a informação é adquirida e acumulada lentamente pela repetição.

Cruz (2008) nos fala que, a Doença de Alzheimer (DA) é clinicamente definida como uma patologia cerebral degenerativa, cuja causa é ainda desconhecida. Ela afeta os níveis superiores de funcionamento cognitivo e é caracterizada por múltiplos déficits que comprometem a vida do indivíduo num todo. A DA não altera apenas as estruturas neurológicas, mas os processos cognitivos, a linguagem, memória, a interação e a organização das práticas sociais cotidianas. Sendo que, o declínio cognitivo, é considerado pelo DSM IV como sendo a principal característica para diagnosticar esta patologia.

Já Mansur (2005) relata que, dentre as alterações cognitivas encontradas na Doença de Alzheimer, está inclusa a linguagem, esta se apresenta alterada no âmbito semântico e na evolução dos sintomas lingüísticos, estudos recentes tem mostrado que estas alterações podem surgir por interação com as alterações da memória operacional. Assim, justifica-se uma correlação dos testes utilizados para avaliação de declínio cognitivo em indivíduos com essa patologia.

Existem diversos testes para a avaliação da memória, em seus diferentes seguimentos, um dos mais utilizados é Memória Lógica da Escala de Memória Wechsler (EMW, Johnson et. al., 2003). Segundo Storandt & Hill, 1989, o subteste de memória lógica é um bom instrumento para diferenciar

idosos saudáveis daqueles que, supostamente possam estar na fase inicial da demência, tendo em vista que, dificuldades na memória recente são comuns nesta fase.

1.4. O Esquecimento

Várias pessoas, em especial com o decorrer da idade, reclamam de esquecer as coisas, acham ruim e gostariam que isso não acontecesse. Izquierdo (2006) refere haver várias formas de esquecimento, a mais estudada é a *extinção* que foi descoberta por Pavlov há mais de um século, a extinção se deve à desvinculação de um estímulo condicionado do estímulo incondicionado com o qual tinha se associado e gerado uma resposta aprendida; o estímulo passa a se vincular com a ausência desse último estímulo. Outra, popularizada por Freud, é a *repressão*, talvez vinculada com a anterior. Existem memórias que não ultrapassam poucos segundos, e ficam na memória de trabalho. Outras não ultrapassam a memória de curta duração (e não ficam na memória de longa duração). Outras memórias duram poucos dias e depois desaparecem. Por último, há o *esquecimento real*: memórias que desaparecem por falta de uso, com atrofia sináptica.

De acordo com Izquierdo (2002) e também outros autores, o esquecimento é inerente à memória e há outros que falam no *lado adaptativo* do esquecimento. “Os leigos geralmente consideram o esquecimento como um dos mais frustrantes aspectos de suas mentes. Entretanto, numerosos teóricos da memória já mostraram que o esquecimento pode ser bastante adaptativo” (Anderson, 2005, p. 174). É nítida essa corrente entre os estudiosos do tema. Corrobora McGaugh, (apud Izquierdo 2002, p. 18) que “a característica mais saliente da memória é justamente o esquecimento”. Para Schacter (1999), o fato de o sistema de memória esquecer gradualmente as informações é adaptativo, na medida em que a pessoa irá reter apenas as informações mais relevantes para agir sobre o meio.

Pergher e Stein (2003) dissertam sobre as teorias que tentam explicar o esquecimento, ou melhor, teorias sobre desaparecimento dos traços de memória, dentre estão em destaque: a Teoria

da Deterioração, que tem como seu precursor o pesquisador alemão Ebbinghaus, o qual desenvolveu a curva do esquecimento onde ele demonstrou que a maior parte do esquecimento se produz nos primeiros momentos logo após a aprendizagem, esta teoria postula que, com a passagem do tempo, as memórias enfraquecem, desaparecendo gradualmente até serem apagadas por completo, havendo, portanto, uma perda do traço de memória. Dentre os modelos teóricos que entendem o esquecimento como uma dificuldade ou impossibilidade de acesso a informações já armazenadas, encontram-se a Teoria da Falha na Recuperação e a Teoria dos Esquemas, desenvolvida inicialmente por Bartlett, este pesquisador verificou que, de maneira geral, uma recordação acurada era a exceção, e não a regra. Além de evocar corretamente trechos da história lida, muitas informações não foram recordadas, ainda que a estrutura geral da história fosse mantida. As informações geralmente não lembradas pelos participantes foram agrupadas pelo autor em duas categorias: materiais não familiares (elementos culturais norte-americanos presentes na lenda e pouco conhecidos pelos participantes ingleses) e materiais inconsistentes (informações aparentemente incompreensíveis, estranhas). Já a Teoria da Interferência pode ser enquadrada em ambos os agrupamentos, dependendo do período de seu desenvolvimento, tendo J. A. McGeoch como um dos principais pesquisadores, o qual postula que esquecemos as informações em virtude da influência de algumas memórias sobre outras. Essa teoria também prediz que as informações mais antigas serão lembradas com mais dificuldade do que as informações mais recentes.

Para Schacter (1999) a memória é um sistema em busca de adaptação e por esse motivo, sofre de falhas nos “sub-sistemas” nela inseridos, o que justifica o esquecimento do nome de pessoas que conhecemos há pouco, ou quando não recordamos um conteúdo importante e estudado recentemente.

1.5 Envelhecimento e Autonomia Funcional

Quando se fala em autonomia, na relação que ela tem com o envelhecimento e a memória, se fala na capacidade individual de cuidar de si mesmo, que o sujeito seja capaz de executar tarefas que lhe permitem a adaptação psicossocial, e ser responsável pelos próprios atos.

De acordo com Garcia e Mansur (2006), os déficits relacionados ao envelhecimento são caracterizados pela perda da funcionalidade. Entre elas a funcionalidade motora, tem sido a mais descrita, mas a diminuição nos mecanismos de defesa natural do organismo e de adaptação ao ambiente além de perda da reserva funcional estende-se a outras esferas cognitivas, como a linguagem. Fatores ambientais não são determinantes para a perda da funcionalidade, porém contribuem e influenciam as perdas. Além deles, riscos de doenças, freqüentes no envelhecimento também interferem na capacidade funcional do indivíduo.

Para Souza e Chaves (2005), dentre as várias alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento as funções do sistema nervoso central, principalmente as de origem neuropsicológica envolvidas no processo cognitivo, tais como o aprendizado e memória, constituem um dos principais alvos de pesquisas realizadas sobre senescência, já que estas alterações podem comprometer o bem estar bio-psico-social do idoso impedindo a continuidade da sua vida social de forma participativa, interagindo com os familiares em particular e com a sociedade no geral.

O Índice de Katz é uma escala mais descritiva que avalia desempenho em atividades da vida diária, ou seja, sua capacidade funcional e as divide em rotineiras (tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, continência e alimentação) e instrumentais (usar telefone, preparar comida, fazer compras, locomoção fora de casa, medicação e dinheiro). Classifica os pacientes em: independente (I), dependente (D) e necessitado de assistência (A). Também respondida pelo cuidador ou pelo paciente. Tal escala não tem um ponto de corte específico, Abreu (2005). Foi a escolhida para esta pesquisa por termos vários tipos de perfis na amostra.



Figura 1: Idosa Kalunga.

1.6. Idoso Negro de Comunidade Quilombola

No contexto nacional que envolve o desenvolvimento econômico do Estado de Goiás, o negro aparece com expressão, primeiramente, segundo historiadores e antropólogos que abordaram esta parte do território brasileiro, por volta do século XVII, junto às bandeiras colonizadoras, seguindo o movimento minerador do ciclo do ouro e, mais tarde, o movimento migratório dos mineiros e baianos, em busca de terras para plantio e pastagens, Avelar e de Paula (2003). Pode-se assim considerar que, a presença negra em Goiás tem um importante papel na formação étnica e evolução sócio-econômica e cultural do Estado. Segundo estes mesmos autores, a Comunidade Kalunga é um dos tantos grupos de remanescentes de quilombos existentes por todo território Brasileiro. Constituídos por possíveis descendentes de escravos africanos, trabalhadores nas minas de ouro do Estado de Goiás que se refugiaram há mais de 250 anos em territórios íngremes e pouco acessíveis.

Os sujeitos Kalungas ou Quilombolas, participantes desta pesquisa residem em comunidades isoladas nos municípios de Cavalcante e Teresina de Goiás, que ficam situados na Chapada dos Veadeiros, num dos pontos mais altos do planalto central. A Nação Kalunga, assim considerada por possuir uma raça unificada e um sistema sócio-econômico e político com características próprias, possui uma população em torno de 3.500 habitantes distribuídos por cinco núcleos de maior importância: Vão do Moleque, Ribeirão dos Bois, Vão das Almas, Contenda e Kalunga, e por uma centena de pequenas outras localidades. “Os Kalungas praticam a agricultura como atividade de subsistência e participam do mercado regional. Eventualmente como empregados, ou vendendo e trocando produtos agrícolas. A organização social sem classe e a posse da terra se baseiam nos grupos familiares”, (Revista Ciência Hoje v. 13 nº 75/julho 91).



Figura 2: Idoso Kalunga em seu ambiente.

Atualmente Governo Federal, pelo Ministério da Educação (2007), define *Quilombos Contemporâneos* como comunidades negras rurais habitadas por descendentes de africanos escravizados, que mantêm laços de parentesco e vivem, em sua maioria, de culturas de subsistência,

em terra dada, comprada ou ocupada secularmente pelo grupo. Os habitantes dessas comunidades valorizam as tradições culturais dos antepassados, religiosas ou não, recriando-as no presente. Possuem uma história comum e têm normas de pertencimento explícitas, com consciência de sua identidade.

O idoso negro morador de comunidade isolada traz consigo uma grande carga cultural e a repassa aos seus descendentes, gerando assim, uma transmissão natural do saber. Isto mantém as tradições de mais de 250 anos de história, no entanto, sabe-se pouco sobre o processo de envelhecimento desta população.

Neste estudo traremos um grupo formado por kalungas dos municípios descritos a seguir: No Município de Cavalcante localiza-se na Chapada dos Veadeiros, na Serra Geral do Paraná, ponto mais alto do Planalto Central encontra-se uma das poucas comunidades negras descendentes de escravos fugitivos, um quilombo, que é a região dos Kalungas, onde o acesso é bastante difícil e feito por povo quase que exclusivamente no lombo de um burro. O território kalunga possui 204.000 hectares. Próximo a Cavalcante está a cidade de Terezina de Goiás, com pouco mais de 3 mil habitantes, onde também se encontram sítios kalungas.

1.7. O Idoso Rural

Segundo Missio e Portella (2003), o espaço doméstico rural facilita a convivência entre gerações. Os filhos crescem, casam, constituem suas famílias e ficam morando nas proximidades da casa dos pais, quando não, junto deles. Nos dias de hoje, a dinâmica das relações familiares no meio rural, onde predominam as pequenas propriedades, é propícia ao processo interativo entre gerações.

Sequeira e Silva (2002), obtiveram resultados em seu estudo sobre o bem estar do idoso rural que indicam evidências sobre a existência de níveis médios de Bem Estar, apontando para uma adequada relação idoso/meio.

Aqui consideramos como idoso rural ou interior, aquele que mora em pequena cidade ou em suas proximidades, como o caso do grupo estudado denominado Interior, formado por moradores da Cidade de Terezina de Goiás que possui pouco mais de 3 mil habitantes, incluindo o meio rural.

Idosos estes que participam uma vez por semana, as sextas-feiras, de um encontro no hospital municipal onde a equipe de saúde da família promove uma caminhada matinal. Foi observado que estes idosos dão uma fundamental importância ao encontro e à caminhada, alguns relatam melhoras em seu estado de saúde e de convívio social.

1.8. Correção Proposicional

O Teste de Memória de Wechsler, subteste I e II, vem sendo largamente utilizado como método de avaliação de memória, tendo em suas principais aplicações a investigação do diagnóstico e disfunções da memória, identificação precoce de demências e condições degenerativas, quantificação das disfunções de memória, identificação dos aspectos da memória que estão deteriorados ou preservados, avaliação dos déficits de codificação e recuperação, dentre outros, por isso é um instrumento que vem sendo muito utilizado nos meios acadêmico e clínico.

Porém, por mais que tenha sua tradução e adaptação recalculada de cuidados extremos, diversos pesquisadores observaram que, os critérios de correção original dessa escala não são muito específicos quando a pessoa emite uma resposta parcialmente correta à unidade de correção, dando margem à subjetividade no julgamento das respostas corretas, ver Crosson et. al., (1984); Larrabee, (1987) *apud* Melo (2007).

Johnson, Storandt e Balota (2003), afirmaram que, a recordação da história, palavra por palavra, não é muito frequente, mesmos em adultos jovens saudáveis. O que ocorre com freqüência maior, são interpretações inexatas de trechos da história. No estudo realizado por esses autores, foi examinada a natureza dos erros cometidos no subteste de memória lógica em idosos saudáveis e idosos com

demência de Alzheimer. Os resultados encontrados pelos autores mostraram que, idosos saudáveis têm um bom desempenho na recordação de curto prazo, mas apresentam dificuldades na retenção de longo prazo. Já os idosos demenciados cometem muitos erros de omissão de trechos da história na recordação de curto prazo, indicando uma dificuldade de controle da atenção, além da alteração na memória episódica.

Devido a estes resultados, os autores sugeriram a utilização de outra forma de avaliar os resultados desse teste, para eliminar as ambigüidades nos critérios de correção, denominada de análise proposicional. Essa análise consiste em decompor o texto em pequenas unidades de linguagem, denominadas proposições, que retêm significado dentro do contexto. As proposições contêm interconexões, que proporcionam significado ao material do texto. Dessa forma, os elementos das proposições são conceitos do texto, em vez de palavras específicas do mesmo. Vale ressaltar que, entende-se por proposição como sendo, a menor unidade do discurso que ainda conserva significado, assim, o conteúdo exato de uma única proposição pode variar, dependendo de seu uso, mas o léxico e as relações semânticas entre os seus elementos não mudam, Johnson, Storandt e Balota (2003).

É o que realizamos no presente estudo, além de, contextualizar histórias. Ou seja, utilizamos as histórias propostas na Escala de Memória de Wechsler, mas também, criamos novas histórias, contextualizadas a partir da vivência do sujeito, após, fizemos a correção literal e a correção proposicional.

A decomposição proposicional foi feita conforme sugerido pelos autores citados acima:

- 1- O Conceito Central da primeira proposta refere-se a quem está (sujeito), relacionado no caso e seus elementos (argumentos).
- 2- O Conceito Central da segunda proposta refere-se à ação empreendida pelo sujeito, necessitando para isso de três elementos de informação para especificar seu uso particular:

quem fez o que, para quem. Sendo assim, o conceito central da primeira proposição é um detalhe de outra proposição.

Neste trabalho foram utilizadas as histórias do subteste II da Escala de Memória de Wechsler e também, mais duas histórias criadas a partir da realidade do idoso morador de metrópole, sendo portador ou não da Doença de Alzheimer e outra para idoso rural, morador ou não de comunidade isolada. Ver quadro abaixo e IV, V e VI.

Ana Soares *do sul *do Paraná* empregada *como faxineira* num prédio* de escritórios *relatou *na delegacia *de polícia *que tinha sido* assaltada* na rua do estado* na noite anterior” e roubada* em 150 reais* ela disse que tinha *quatro* filhinhos* o aluguel* não tinha sido pago* e eles não comiam há dois dias* os policiais* tocados com a história da mulher* fizeram uma coleta para ela.*

Roberto*Mota*Estava dirigindo*um caminhão Mercedes*uma rodovia* a noite*no vale* do Paraíba*levando ovos* para Taubaté*quando o eixo* quebrou*o caminhão*caiu numa valeta*fora da estrada*ele foi jogado*contra o painel*se assustou muito*não havia trânsito*e ele duvidou que pudesse ser socorrido*naquele instante*seu rádio PX*tocou* ele respondeu imediatamente*aqui fala tubarão*

Seu João*acordou*na manhã*daquele dia*tomou café*e saiu*para o roçado*quando encontrou*no caminho* uma jararaca*ela deu* um bote*mas não o alcançou*pois ele pulou*e conseguiu*ser mais rápido*ao retornar*para casa*no fim do dia*encontrou*no triângulo*um cachorro morto* e pensou*ele não teve* a mesma sorte* que eu*

Dona Marta* de Brasília*saiu*naquela manhã*de segunda-feira*para mais* um atendimento médico*no HUB*demorou muito*no trânsito*porque havia*um engarrafamento*chegou atrasada*ao chegar*contou para*seus colegas*que passou* por um acidente*e que havia*uma pessoa*sendo atendida*pelos bombeiros*agradeceu*por não ter sido ela*a acidentada*

25 trechos

Conceito central 1ª proposta:

- Quem = Ana Soares
- Relação/Argumentos= assalto, filhos, fome, dinheiro, polícia.

Conceito central 2ª proposta:

- Ação: assaltada e roubada, denúncia, coleta.

25 trechos.

Conceito central 1ª proposta:

- Quem: Roberto
- Relação/Argumentos: dirigindo, caminhão, ovos, acidente, socorro.

Conceito central 2ª proposta:

- Ação: dirigindo, assustado, socorro.

25 trechos

Conceito central 1ª proposta:

- Quem: Seu João
- Relação/Argumentos: acordou, roçado, caminho, jararaca, morte.

Conceito central 2ª proposta:

- Ação: acordar, sair, rapidez.

25 trechos.

Conceito central 1ª proposta:

- Quem: Dona Marta.
- Relação/Argumentos: saiu, atendimento médico, demora, trânsito, acidente.

Conceito central 2ª proposta:

- Ação: sair, demorar/atrasar, agradecer.

Não se deve esquecer que, segundo os mesmos autores, na decomposição proposicional verbo, objeto direto e objeto indireto são comuns a ambos, entra aí, o importante papel da redundância dos detalhes ou argumentos ao longo de todo o conjunto de proposições da história, pois delineia com exatidão as relações existentes na história.

1.9. Correlações entre Memória e Linguagem

Estudos recentes têm acrescentado dados ao conhecimento clássico sobre as perdas específicas da linguagem e de outros aspectos cognitivos que com ela venham interagir, Ortiz (2005), como é o caso, da memória operacional, sendo ela útil para a compreensão desta em processos de linguagem (Gathercole, Baddeley, 1993 in Ortiz, 2005).

Segundo Jonides *et al*, em artigo da Nature, 363 (6430): 623-625, 1993) a memória operacional (processo de armazenamento temporário da informação (lembranças presentes) é essencial para algumas habilidades humanas, como a compreensão da linguagem e o raciocínio dedutivo.

A estocagem de padrões de sons não familiares é feita pelo circuito fonoarticulatório, enquanto recordações mais permanentes são construídas, o uso deste sistema na retenção de sequências de palavras familiares é secundário, ou seja, ele é essencial na aquisição de novas palavras, Cruz (2008).

A memória operacional é responsável também pelo processamento cognitivo envolvido na linguagem. O executivo central coordena a interação entre módulos especializados de processamento lingüístico e sistemas cognitivos gerais responsáveis pelo processamento semântico e lexical; é responsável ainda pela construção do conteúdo conceitual da fala, Capuano in Ortiz, (2005).

A recordação textual envolve a estrutura lingüística superficial de um texto, seu conteúdo semântico e sua organização. Estes elementos apresentados no texto são selecionados mediante uma ativação da memória episódica, pois envolve um conhecimento que o indivíduo deve ter sobre relações de situações no mundo que podem ou não estar diretamente expressas no texto. Esta atividade parece envolver tanto a memória episódica como o sistema de memória operacional. Essas partes mais relevantes são retidas pelo indivíduo a partir de critérios da memória episódica, Kintsch (1978).

Está evidente, portanto, o envolvimento do subsistema de memória episódica na recordação textual, assim como o envolvimento da memória operacional. Este último participa na codificação e

manutenção de segmentos relevantes do texto e possibilita a associação com as informações armazenadas na memória explícita de longa duração, Capuano (2005).

1.10. Linguagem e Doença de Alzheimer

Linguagem é a capacidade que os seres humanos têm de exprimir pensamentos e de comunicá-los por meio de sinais vocais, gestuais e gráficos. É dividida em três tipos, linguagem verbal, não verbal e mista. A linguagem humana verbal como forma de conduta simbólica é desempenhada mediante a palavra falada ou escrita, onde expomos aos outros nossos pensamentos e idéias. Na linguagem não-verbal, somente se utiliza de símbolos, passando a mensagem sem ter a grafia ou a fala presente, já na mista, se utiliza os duas linguagens simultaneamente, Cruz (2008).

O envelhecimento quase sempre leva a alteração da comunicação, seja por alterações decorrentes de processos neurológicos ou por redução da mobilidade e força da musculatura dos órgãos fonoarticulatórios, o que faz necessário valorizar a comunicação do idoso, elevando o valor de suas potencialidades em vez de suas incapacidades.

Segundo Garcia (2006), comunicação funcional é a habilidade de receber ou emitir uma mensagem de um modo eficaz e independe do ambiente. Comunicar é então, partilhar com alguém um conteúdo de informações, pensamentos, idéias e desejos, por meio de códigos comuns, sendo a linguagem falada a mais utilizada universalmente. Isso responde à necessidade de integração social do homem, na busca constante e infinita de experiências e conquistas. Esta capacidade, presente ao longo de toda a vida, é inerente ao ser humano, o diferencia de outras espécies, e é essencial à sua vida em sociedade.

A comunicação por meio da linguagem falada tem características próprias e sofre transformações nas diferentes fases da vida humana. Para Bertachini (1995), o avanço da expectativa de vida saudável gera perspectivas de desenvolvimento para a fase tardia do ciclo de vida, o que

significa que o perfil do ser humano passa a exigir novos enfoques culturais e sociais. Torna-se necessário a compreensão do envelhecimento e a promoção das condições de capacitação física e mental do idoso para que possam cumprir suas tarefas sociais e culturais legitimando sua condição de cidadão. Assim, os idosos podem ser incluídos nas diversas instâncias da sociedade civil, sobretudo superando o modelo deficitário que se tem como terceira idade. A contribuição da multidisciplinaridade neste contexto reside na possibilidade de compreender os fenômenos e transformações que ocorrem na linguagem nesta fase da vida, para poder atender às necessidades de aspectos de comunicação do idoso.

Ao envelhecimento está, freqüentemente associada a demência que é uma síndrome caracterizada pelo declínio progressivo e global das funções cognitivas, na ausência de um comprometimento agudo do estado de consciência, e que seja importante o suficiente para interferir nas atividades sociais e ocupacionais do indivíduo. O diagnóstico de demência exige a constatação de deterioração ou declínio cognitivo em relação à condição prévia do indivíduo, Abreu (2005).

Um dos critérios clínicos mais utilizados para diagnosticar a demência é o comprometimento da memória, associada ao menos a mais um distúrbio, do tipo afasia (linguagem), agnosia ou apraxia. Tal declínio interfere nas atividades da vida diária do indivíduo e, portanto, em sua autonomia, Nitrini *et al* (2005). Atualmente o diagnóstico da Doença de Alzheimer é feito com bases clínicas, observando-se os critérios para classificação de *definida* (cujos achados clínicos foram confirmados por exame anatomo-patológico *pos-mortem*), *provável* (com distúrbio de memória associado ao prejuízo de uma ou mais funções cognitivas) e *possível* (de curso atípico ou associada a outros fatores causais para demência), Mansur (2005).

Por ser o diagnóstico de Alzheimer conclusivo apenas *pos-mortem*, resultados de baterias neuropsicológicas são de extrema importância, na tentativa de antecipar dados para um diagnóstico precoce.

Abreu (2005) refere que, os instrumentos utilizados para testes cognitivos sofrem considerável influência do grau de escolaridade e habilidades prévias dos pacientes, devendo ser validados para cada contexto sociocultural. Ainda, esses instrumentos requerem alguma preservação das capacidades sensório-motoras e de linguagem, bem como o contato direto entre o paciente e o profissional que as aplica.

1.11. A Eficiência na Comunicação

A capacidade comunicativa tende a ficar menos eficiente com o avanço da idade, isso gera um desequilíbrio nas conversas informais, levando a interpretações equivocadas dos interlocutores.

Existem muitos estudos sobre a linguagem humana, porém, no Brasil, nenhum que tenha aplicado o Perfil da Eficiência Comunicativa em idosos. Alves e Souza (2005) aplicaram a prancha roubo do biscoito em moradores adultos da grande São Paulo, sem faixa etária pré-determinada, mas não utilizaram a correção abaixo descrita, apenas marcaram quantos sujeitos nomearam qual objeto, uma análise puramente descritiva e não descritiva narrativa, como as que os autores citados abaixo sugerem.

Ramsberger e Helm-Estabrooks (1988) introduziram o Perfil de Eficiência Comunicativa (PEC), para analisar a conduta verbal dos pacientes em reabilitação de linguagem por afasia, nas tarefas de narração e descrição. Esta necessidade veio para que se tenha uma melhor definição terapêutica, após um tempo de reabilitação, os pacientes foram avaliados pelo PEC para quantificar os transtornos da expressão verbal.

Para este teste é utilizada a prancha roubo do biscoito, do Teste de Nomeação de Boston, a prancha é apresentada ao sujeito e lhe é solicitado que descreva narrando a cena ali existente, esta descrição é então gravada para análise posterior da produção oral, utilizamos também, uma prancha

com cena rural, para os sujeitos do interior e de comunidades isoladas, porém esta prancha também continha os itens de desordem da prancha roubo do biscoito.

A eficiência na comunicação é determinada por meio de dois índices: Índice de Eficiência Lexical (IEL), que é o número de palavras de informação em comparação com o total de palavras produzidas e o Índice de Suporte Gramatical (ISG), que trata das frases e uso de morfemas, tempos verbais, plural, etc.



Figura 3 Prancha Roubo do Biscoito

Exemplo: “O garoto está pegando o biscoito para dar para a menina que está pedindo, a mulher está secando o prato, a água está derramando”.

- Número total de palavras: 24
- Número de unidades de conteúdo corretas: 11 – o garoto/está pegando/o biscoito/para dar/para a menina/que está pedindo/a mulher/está secando/o prato/a água/está derramando.
- Número de palavras corretas nas unidades de conteúdo: 24.
- Número de morfemas gramaticais corretos nas unidades de conteúdo: 17, sendo 05 tempos verbais, 03 masculinos, 03 femininos e 06 singulares.

-IEL: $24/11=2.18$

-ISG: $(24+17)/11=3.72$

Ramsberger e Helm-Estabrooks (1988) estipularam os índices para língua inglesa em: IEL=3.80 e ISG=3.90.

Casanova (2005) com a prancha sala de visitas do Teste Barcelona estipulou os índices para língua espanhola em: IEL=4.20 e ISG=2.46.

Já Zamora (2007) com a prancha roubo de biscoitos do Teste de Boston: IEL=3.21 e ISG=4.13, este para a língua catalã em indivíduos normais.

Aplicamos o PEC para avaliar a eficiência na comunicação de diferentes grupos de idosos, sendo estes, idosos com demência provocada pela DA, idosos Kalungas, idosos rurais (moradores de pequena cidade do interior) e idosos moradores de região metropolitana, estes últimos sem queixas de alteração de memória ou de comunicação e ainda, fazer uma correlação com os resultados encontrados na avaliação da correção proposicional do subteste II da Escala de Memória de Wechsler, procurando assim, definir se uma função interfere na outra. Como também, verificar se a alteração no contexto do teste alteraria também o resultado final.

Por a prancha roubo do biscoito ter características urbanas, aplicamos também uma prancha idealizada por nós, com o título de apanhando frutas, vide abaixo e no X.



Figura 6 Prancha Apanhando Frutas

Os indivíduos, independentemente da língua que falam, apresentam entre si numerosos elementos comuns que são reflexos da estrutura da mente humana. A lingüística pressupõe que qualquer indivíduo falante, tem um conhecimento implícito de sua língua e dos códigos existentes nela, para que consiga ter uma comunicação eficiente, Fiorin (2005).

No intuito de determinar se alterações de memória podem interferir na linguagem dos sujeitos pesquisados, possibilitando assim, orientar e sugerir atividades que possam melhorar a comunicação dos mesmos é que faremos a correlação dos testes de memória com o PEC.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral: analisar a correção proposicional do subteste II Memória Lógica da Escala de Memória de Wechsler e do Perfil de Eficiência Comunicativa em diferentes grupos de idosos.

2.2 Objetivos Específicos:

- Avaliar o desempenho neuropsicológico de idosos normais e demenciados de diferentes grupos (Interior, Kalunga, Alzheimer e Metrópole).
- Avaliar a consistência da proposta de correção proposicional aplicada a idosos de diferentes origens.
- Avaliar a consistência da proposta da eficiência comunicativa como avaliação de linguagem.
- Fazer a correlação entre estes dados.

3. MÉTODO

O pré-projeto desta pesquisa foi submetido e Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, tendo sido aprovado, conforme documento em anexo, vide II.

Este trabalho de pesquisa está inserido no projeto maior Viver Kalunga, Da Silva (2006), o grupo controle é de idosos negros quilombolas, moradores de comunidades isoladas. Os dados deste grupo foram comparados com dados de um grupo de idosos moradores de uma pequena cidade interiorana, dados de um grupo de portadores de Doença de Alzheimer (moradores de metrópole) e de um grupo de idosos sem queixas, também moradores de metrópole, sendo que estes últimos vieram do interior para morar na capital de Goiás, tendo uma média de 35 anos que vivem na capital.



Figura 4: Parte da Equipe do Projeto Viver Kalunga e idosos de Teresina de Goiás.

Os sujeitos e seus cuidadores foram contatados e nesse momento, foi lido e explicado o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE), sendo este, assinado pelo sujeito e/ou cuidador, ausência da assinatura nos casos de analfabetismo, sendo esta substituída por um X. Foi necessária, para alguns sujeitos explicações em linguagem mais simples sobre o conteúdo do TCLE, assim como, dos procedimentos da pesquisa.

Nos sujeitos Kalungas, houve um contato prévio, feito pelo Prof. Dr. Sérgio Leme por meio do Projeto Viver Kalunga, neste contato estavam presentes as lideranças das comunidades, assim como, no município de Teresina de Goiás, onde o contato foi feito diretamente com autoridades da saúde local e com o grupo de idosos, no hospital municipal, onde estes se reúnem toda manhã de sexta-feira.

3.1 Sujeitos

Foram avaliados idosos de ambos os sexos, divididos em quatro grupos de idosos: 12 sujeitos moradores da cidade de Teresina de Goiás (grupo 1, denominado Interior), 13 idosos Kalungas (grupo 2, denominado Kalunga), 08 sujeitos portadores da Doença de Alzheimer em fase leve (grupo 3, denominado Alzheimer) e 10 sujeitos sem queixas moradores de região metropolitana (grupo 4, denominado Metrópole).

Os grupos foram assim definidos pelo histórico adquirido na anamnese, sujeitos que apresentaram queixas de diminuição da audição e da acuidade visual foram descartados, devido à necessidade de que estes sentidos estivessem bem preservados.

Todos os sujeitos foram voluntários e tinham orientação para pedir que fossem interrompidos os testes se por acaso, quisessem desistir da participação.

3.2 Procedimentos

Durante a coleta de dados, foram lidas três histórias para o sujeito, duas, A e B, pertencentes à Escala de Memória de Wechsler, subteste II, a terceira história criada a partir da realidade do indivíduo. Foi então, solicitado para que o sujeito recordasse de imediato, cada história ouvida. E após 30 minutos, era solicitado novamente que tentasse recordar tudo o que conseguia das histórias. Vale ressaltar que, os sujeitos não tinham consciência da tarefa de recordação tardia.



Figura 5: Idoso da pequena cidade de Teresina de Goiás, no momento da avaliação.

Quanto ao Perfil de Eficiência Comunicativa, foi solicitado ao sujeito que descrevesse oralmente a prancha Roubo do Biscoito, do *Boston Diagnostic Aphasia Examination* 2^a edição da versão espanhola. Todo o discurso foi gravado para posterior análise, a gravação era encerrada quando o sujeito dizia não ter mais nada a falar ou fazia uma pausa igual ou maior a 15 segundos, conforme o estudo realizado em São Paulo, Mansur (2005). Ainda, para os sujeitos da cidade do interior e Kalungas, foi também aplicada uma prancha adaptada à realidade rural, porém contendo os mesmos personagens, ações e desordens da figura original.

Os demais testes foram aplicados nos intervalos de espera dos testes de recordação tardia.

3.3 Critérios de Inclusão

Para todos os sujeitos, ter acima de 60 anos de idade.

Para o grupo Metrópole, deveriam ter acima de 60 anos, ter autonomia identificada na anamnese, ver anexo II, ser morador de cidade metropolitana há mais de 30 anos consecutivos.

O grupo Rural, sujeitos com acima de 60 anos de idade, ter autonomia conforme constatado na anamnese, ser morador da cidade de Teresina de Goiás desde o nascimento.

Grupo Kalunga, ser idoso com idade acima de 60 anos, ter autonomia, ser morador de comunidade quilombola desde o nascimento.

Grupo Alzheimer, ter acima de 60 anos, ser morador de metrópole há mais de 30 anos e ter diagnóstico médico de estado demencial de provável Alzheimer em fase leve, atestado por Mini Exame do Estado Mental, CDR1 e índice de atividade de vida diária.

3.4. Critérios de Exclusão

Idoso sem autonomia funcional, portador de queixa de deficiência auditiva não corrigida por AASI (Aparelho de Amplificação Sonora Individual), portador de queixa de baixa acuidade visual não corrigida por uso de óculos. Idosos que apresentam queixas ou alterações de linguagem decorrentes de Acidentes Vasculares Encefálicos, Traumatismos Cranianos, Tumores Cerebrais, Distúrbios Psiquiátricos e outras; alterações estas investigadas na anamnese, anexo II.

3.5. Instrumentos

De acordo com Fountoulakis, (2002) e Nitrini, (2005), a maioria dos testes cognitivos foi desenvolvida em países onde os indivíduos têm alta escolaridade formal, e a sua utilidade em populações com baixa escolaridade ainda é uma questão não respondida.

Os instrumentos de avaliação cognitiva podem ser divididos entre aqueles utilizados para o rastreamento (testes rápidos) e os utilizados para o diagnóstico dos transtornos cognitivos; o segundo grupo é, por sua vez, subdividido em testes breves ou amplos, de acordo com o tempo dispensado para a sua aplicação. Para este estudo foi selecionado o mínimo de testes que avaliam as funções cognitivas

mais importantes e vulneráveis no idoso. Para tal, escolhemos testes que avaliam a memória lógica e a fluência verbal semântica, imediata e tardia, além do padrão geral cognitivo e do padrão de eficiência comunicativa.

Dos itens abaixo, até o número 5, foram testes que usamos como triagem, os itens 6 e 7, são os utilizados no tema da pesquisa:

- 1 - Anamnese/Entrevista Clínica – Questionário detalhado a ser respondido pelo sujeito e/ou acompanhante, onde foram investigadas as condições mínimas para participação na pesquisa, a correção segue Spreen e Strauss, (2006), adaptada por Da Silva (2009), anexo II.
- 2 – Mini Exame do Estado Mental – MEEM – desenvolvido por Folstein et al (1975) verifica, através de tarefas, a orientação temporo-espacial, memória imediata, atenção e cálculo, memória de evocação e linguagem. Envolve questões de nomeação dos dias da semana, objetos, e operações matemáticas, traduzido e adaptado por Bertolucci, (1994), anexo III.
- 3 - Teste de Fluência Verbal Semântica – Avalia produção de fluência na linguagem, sendo sensível à deterioração cognitiva. Utilizamos a categoria semântica para Frutas e Animais. É dada a seguinte ordem: “Fale todos os animais que conseguir lembrar, vale qualquer tipo de bicho.” Um minuto é contado a partir do final do comando e o escore corresponde ao número de animais lembrados nesse período. O mesmo foi feito para frutas, conforme protocolo usado no Centro de Medicina do Idoso, do Hospital Universitário de Brasília, ver link: www.gedarni.com.br. Ver anexos VII e VIII.
- 4 - Escala de Memória Wechsler/EMW Subteste II – Avaliação de MCP e MLP; os sub-testes são de: *Informação* (importante para observação da memória remota e imediata para conteúdos avaliação da noção do espaço e tempo, o dia, mês e ano que o sujeito

acha-se encontrar no momento do teste); *Controle Mental* (envolve raciocínio lógico simples, atenção e evocação livre (memória imediata). Memória Lógica I e II - envolve memória declarativa verbal imediata e tardia (30 minutos após), respectivamente. Garante que o sujeito é capaz de memorizar um contexto verbal de uma história a curto e em longo prazo), Nascimento, (1998). Utilizamos também histórias contextualizadas para metrópole e idoso rural, com o mesmo número de trechos do subteste II da EMW, anexos IV, V e VI.

5 - Perfil de Eficiência Comunicativa - PEC- Sub-teste da Bateria de Boston no qual, foi apresentada ao sujeito a prancha “roubo dos biscoitos” de Goodglass e Kaplan, (1972), e solicitado ao indivíduo “descreva tudo o que está acontecendo nesta figura”, as respostas foram registradas por meio de gravação mp3, para análise posterior. Esta análise, como anteriormente descrito, será baseada em seis itens: Número total de palavras frente ao estímulo, Número de unidades de conteúdo corretas, Número de palavras corretas no interior das unidades de conteúdo, Número de morfemas gramaticais (terminações) corretas nas unidades de conteúdo, Índice de eficiência lexical e Índice de suporte gramatical, anexos IX e X.

3.6. Análise dos dados

Foi utilizado o programa SPSS 12.0 para as análises estatísticas, tendo início com o teste de diferença de médias a análise de variância (ANOVA) para captar se houve diferenças significativas entre os grupos, como também, se houve significância entre as histórias originais da Escala de Wechsler e a história adaptada à realidade do sujeito.

Para identificação das médias significativas foi utilizado o teste pós-hoc de Tukey com análises de comparações múltiplas entre todas médias dos grupos, como também a comparação de médias par a

par foram utilizadas, entre as variáveis distribuídas normalmente, sendo então considerados estatisticamente significativos resultados onde ($p \leq 0,05$).

Por último foi realizado uma correlação de Pearson entre as médias observadas nos grupos.

4 - RESULTADOS

Na tabela 1 abaixo, a análise de variância (ANOVA), revelou as seguintes diferenças significativas entre os grupos, no que se refere à comparação dos desempenhos nos seguintes testes: Perfil de Eficiência Comunicativa 1 Índice de Eficiência Lexical ($F=5,96$, $p<0,05$); no Perfil de Eficiência Comunicativa 2 Índice de Eficiência Lexical ($F=4,59$; $p<0,05$). Podemos concluir que os grupos, Interior e Kalunga tem uma alto índice de vocabulário, porém não contextualizado ao tema proposto, por isso, as médias estão acima dos demais.

Tabela 1: Desempenho dos grupos de idosos no Perfil de Eficiência Comunicativa Prancha 1 e Prancha 2.

Variáveis Dependentes	Grupos					Sig.
	Metrópole N 10	Interior N12	Kalunga N13	Alzheimer N 08	F	
Testes Neuropsicológicos						
Perfil de Eficiência Comunicativa 1 - Índice Eficiência Lexical	2,94**	4,40	7,13	2,57**	5,96	,002*
Desvio Padrão	0,51	1,81	4,41	2,01		
Perfil de Eficiência Comunicativa 1 - Índice de Suporte Gramatical	2,95	2,53	2,06	2,02	2,34	,08
Desvio Padrão	0,19	0,96	0,95	1,25		
Perfil de Eficiência Comunicativa 2 - Índice Eficiência Lexical	2,59**	5,26	9,50	-	4,59	,009*
Desvio Padrão	0,40	2,27	6,93			
Perfil de Eficiência Comunicativa 2 - Índice de Suporte Gramatical	3,02	2,28	2,79	-	0,40	,75
Desvio Padrão	0,39	0,83	2,52			

* $p \leq 0,05$, conforme ANOVA indicando diferenças significativas entre os grupos.

** $p \leq 0,05$, conforme Teste Tukey pos-hoc, indicando diferença significativa em comparação as médias dos grupos Kalunga.

*** $p < 0,05$, conforme Teste Tukey pos-hoc, indicando diferença significativa em comparação as médias dos grupos Kalunga e Interior

**** $p < 0,05$, conforme Teste Tukey pos-hoc, indicando diferença significativa em comparação as médias dos grupos Kalunga, Interior e Alzheimer.

+ $p < 0,05$, conforme Teste Tukey pos-hoc, indicando diferença significativa em comparação as médias do grupo Alzheimer.

++ $p < 0,05$, conforme Teste Tukey pos-hoc, indicando diferença significativa em comparação as médias do grupo Alzheimer e Kalunga.

Dada a diferença significativa com relação aos resultados dos grupos Interior e Kalunga, seguindo a correção dos autores anteriormente, resolvemos fazer uma correção mais ecológica do Perfil de Eficiência Comunicativa, ou seja, decidimos fazer uma correção onde as palavras não relacionadas

ao contexto fossem excluídas do Índice de Eficiência Lexical, podemos observar que houve uma aproximação dos índices, conforme Tabela 2 abaixo. Analisando qualitativamente estes resultados, vemos que apenas o grupo Alzheimer se distanciou dos demais, os outros grupos se aproximam dos índices encontrados nas populações de língua Inglesa, Espanhola e Catalã, sendo que, Interior e Kalunga se encontram mais próximos que o grupo Metrópole, índices estes que se encontram na página 32.

Tabela 2: Desempenho dos grupos de idosos no Perfil de Eficiência Comunicativa Prancha 1 e Prancha 2

Variáveis Dependentes	Grupos			
	Metrópole	Interior	Kalunga	Alzheimer
Testes Neuropsicológicos	N 10 2,94	N12 3,78	N13 3,12	N 08 2,57
Perfil de Eficiência Comunicativa 1 - Índice Eficiência Lexical				
Desvio Padrão	0,51	1,21	1,42	2,01
Perfil de Eficiência Comunicativa 1 - Índice de Suporte Gramatical	2,95	2,53	2,06	2,02
Desvio Padrão	0,19	0,96	0,95	1,25
Perfil de Eficiência Comunicativa 2 - Índice Eficiência Lexical	2,59	5,26	3,35	-
Desvio Padrão	0,40	2,27	1,16	-
Perfil de Eficiência Comunicativa 2 - Índice de Suporte Gramatical	3,02	2,28	2,79	-
Desvio Padrão	0,39	0,83	2,52	

A Tabela 3, no teste de Memória Lógica 1 História A Correção Literal ($F=26,15$ $p<0,05$) e Correção Proposicional ($F=21,61$, $p<0,05$); Memória Lógica 1 História B Correção Literal ($F=13,88$, $p<0,05$) e Correção Proposicional ($F=13,70$, $p<0,05$); Memória Lógica 2 História A Correção Literal ($F=3,15$ $p<0,05$); Memória Lógica 2 História B Correção Proposicional ($F=3,94$; $p<0,05$); Memória Lógica 1 Contextualizada Correção Literal ($F=7,23$, $p<0,05$) e Correção Proposicional ($F=5,22$, $p<0,05$); e também na recordação tardia, Memória Lógica 2 Contextualizada Literal ($F=2,84$, $p<0,05$) e Correção Proposicional. ($F=3,34$, $p< 0,05$). Os idosos da Metrópole tanto na Literal quanto na

Proposicional demonstram que atingiram o ponto de corte de normalidade para recuperação de memória livre imediata, ou seja, 25% dos itens recuperados (6,25).

Por outro lado, a análise qualitativa dos dados de Memória Lógica Tardia revela que, os idosos Rurais (Grupo Interior) e Kalungas atingiram proximamente o ponto de corte conforme Hodges (1995), 25% de trechos lembrados da história, somente quando na condição de História Contextualizada na Correção Proposicional da Memória Lógica 1 (recordação imediata). Analisando qualitativamente os dados da Memória Lógica 2 (recordação tardia), além do Grupo Metrópole, apenas o grupo Interior atingiu o ponto de corte de normalidade.

Tabela 3: Desempenho dos grupos de idosos nos testes neuropsicológicos Subteste II da EMW.

Variáveis Dependentes	Grupos					
	Testes Neuropsicológicos	Metrópole	Interior	Kalunga	Alzheimer	F
Memória Lógica 1 – Hist A	7,70***	1,75	0,76	0,12	26,15	,00*
Correção Literal						
Desvio Padrão	3,23	2,56	1,01	0,35		
Memória Lógica 1 – Hist A	10,90***	3,25	1,00	0,37	21,61	,00*
Correção Proposicional						
Desvio Padrão	4,35	4,55	1,29	0,74		
Memória Lógica 2 – Hist A	1,10	0,50	0,76	0,01	1,68	,18
Correção Literal						
Desvio Padrão	1,66	1,73	0,27	0,01		
Memória Lógica 2 – Hist A	1,90	1,08	0,76	0,01	1,83	,15
Correção Proposicional						
Desvio Padrão	2,23	3,44	0,27	0,01		
Memória Lógica 1 Hist B Correção	7,20***	1,16	1,30	0,37	13,88	,001*
Literal						
Desvio Padrão	4,87	1,85	1,37	0,74		
Memória Lógica 1 - Hist B	9,40***	2,25	1,76	0,75	13,70	,001*
Correção Proposicional						
Desvio Padrão	5,56	3,22	1,69	1,48		
Memória Lógica 2 – Hist B	1,50***	0,25	0,01	0,01	3,15	,03*
Correção Literal						
Desvio Padrão	2,50	0,86	0,01	0,01		
Memória Lógica 2 – Hist B	2,60***	0,25	0,01	0,01	3,94	,01*
Correção Proposicional						
Desvio Padrão	4,11	0,86	0,01	0,01		
Memória Lógica Contextualizada -	7,90***	3,25	3,61	1,87	7,23	,001*
Correção Literal						
Desvio Padrão	3,10	3,22	3,50	0,64		
Memória Lógica Contextualizada -	10,40***	5,50	5,46	3,12	5,22	,001*
Correção Proposicional						
Desvio Padrão	3,65	5,01	4,66	0,35		
Memória Lógica Contextualizada -	2,50++	2,00	0,38	0,01	2,84	,05*
Tardia - Correção Literal						
Desvio Padrão	2,41	3,41	1,38	0,01		
Memória Lógica Contextualizada -	3,90++	4,08	0,61	0,01	3,34	,02*
Tardia - Correção Proposicional						
Desvio Padrão	3,81	5,75	2,21	0,01		

*p≤0,05, conforme ANOVA indicando diferenças significativas entre os grupos.

** p≤0,05, conforme Teste Tukey pos-hoc, indicando diferença significativa em comparação as médias dos grupos Kalunga.

*** p<0,05, conforme Teste Tukey pos-hoc, indicando diferença significativa em comparação as médias dos grupos Kalunga e Interior
**** p<0,05, conforme Teste Tukey pos-hoc, indicando diferença significativa em comparação as médias dos grupos Kalunga, Interior e Alzheimer.

+ p<0,05, conforme Teste Tukey pos-hoc, indicando diferença significativa em comparação as médias do grupo Alzheimer.

++ p<0,05, conforme Teste Tukey pos-hoc, indicando diferença significativa em comparação as médias do grupo Alzheimer e Kalunga.

A análise de variância (ANOVA) referente às comparações entre os desempenhos dos grupos nos testes Índice de Katz, Fluência Verbal Semântica para Animais (F.V.S. Animais) e MEEM revelou diferenças significativas entre os grupos nos testes: Fluência Verbal Semântica para Animais ($F=3,46$, $p \leq 0,05$); Mini-Mental ($F=3,90$, $p \leq 0,05$) e Índice Katz para avaliação de atividades de vida diária ($F=14,19$, $p \leq 0,05$), conforme Tabela 4. Por conseguinte o teste pos-hoc Tukey identificou as médias significativamente diferentes entre os grupos.

Tabela 4: Desempenho dos grupos de idosos nos testes neuropsicológicos.

Variáveis Dependentes	Grupos					
	Metrópole N 10	Interior N 13	Kalunga N 12	Alzheimer N 08	F	Sig.
Testes Neuropsicológicos						
Escore F. V. S. Frutas	8,70	8,33	8,07	6,12	,36	,77
Desvio Padrão	1,82	3,49	9,12	2,58		
Escore F. V. S. Animais	8,70***	12,50+	12,00+	7,50	3,46*	,02
Desvio Padrão	2,49	6,38	2,97	3,16		
Escore do Mini Mental	23,00**	20,00	17,61	19,70	3,90*	,01
Desvio Padrão	1,88	5,39	3,88	1,38		
Índice de Katz	12,90++	11,33+	10,69+	7,25	14,19*	,00
Desvio Padrão	0,31	2,53	1,79	1,90		

*p≤0,05, conforme ANOVA indicando diferenças significativas entre os grupos.

** p≤ 0,05, conforme Teste Tukey pos-hoc, indicando diferença significativa em comparação as médias dos grupos Kalunga.

*** p<0,05, conforme Teste Tukey pos-hoc, indicando diferença significativa em comparação as médias dos grupos Kalunga e Interior

+ p<0,05, conforme Teste Tukey pos-hoc, indicando diferença significativa em comparação as médias do grupo Alzheimer.

++ p<0,05, conforme Teste Tukey pos-hoc, indicando diferença significativa em comparação as médias do grupo Alzheimer e Kalunga.

A influência da escolaridade sobre os desempenhos dos idosos nos testes neuropsicológicos foi analisada considerando todos os idosos de diferentes grupos culturais e Alzheimer divididos nas seguintes faixas de escolaridade: a) analfabeto até 3 anos de estudo; b) igual ou acima de 4 anos de estudo e c) igual ou acima de 8 anos de estudo. Dessa maneira a ANOVA revelou os desempenhos que significativamente não se diferenciaram em relação à influência dessas faixas de escolaridade, conforme Tabela 5, $p > 0,05$. Assim foi possível verificar a ausência de influência da escolaridade nos

seguintes testes: Fluência Verbal Semântica para Frutas (F.V.S. Frutas) ($F=0,38$, $p=0,68$); Fluência Verbal Semântica para Animais (F.V.S. Animais) ($F= 0,11$, $p=0,89$); Índice de Katz ($F=1,47$, $p=0,24$).

Tabela 5: Desempenho dos idosos nos testes neuropsicológicos divididos em grupos de faixas de escolaridade

Variáveis Dependentes Testes Neuropsicológicos	Analfabeto ou até 3 anos de estudo N= 28	Igual ou acima de 4 anos de estudo N= 12	Igual ou acima de 8 anos de estudo N= 3	F	Sig.
Escore do F. V. S. Frutas	7,39	8,83	9,33	,38	,68
Desvio Padrão	6,39	3,12	2,08		
Escore do F. V. S. Animais	10,75	10,00	10,66	,11	,89
Desvio Padrão	4,76	4,19	5,03		
Escore do MEEM	18,21	22,75	24,66	10,53	,00
Desvio Padrão	3,68	2,70	3,05		
Índice Katz AVD	10,39	11,00	13,00	1,47	,24
Desvio Padrão	2,49	2,95	0,01		

A Análise de Variância para verificar a influência da escolaridade no Perfil de Eficiência Comunicativa 1 para o índice de Eficiência Lexical ($F=1,23$, $p=0,30$) e no Índice de Suporte Gramatical ($F=1,97$, $p=0,15$); Perfil de Eficiência Comunicativa 2 para o Índice de Eficiência Lexical ($F=1,61$, $p=0,21$) e no Índice de Suporte Gramatical ($F=0,16$, $p=0,84$), vide tabela 6 abaixo.

Tabela 6: Desempenho dos idosos nos testes neuropsicológicos divididos em grupos de faixas de escolaridade

Variáveis Dependentes Testes Neuropsicológicos	Analfabeto ou até 3 anos de estudo N= 28	Igual ou acima de 4 anos de estudo N= 12	Igual ou acima de 8 anos de estudo N= 3	F	Sig.
Perfil de Eficiência Comunicativa 1 - Índice Eficiência Lexical	5,14	3,55	3,05	1,23	,30
Desvio Padrão	3,70	2,01	0,49		
Perfil de Eficiência Comunicativa 1 - Índice de Suporte Gramatical	2,18	2,78	2,76	1,97	,15
Desvio Padrão	0,94	0,99	0,23		
Perfil de Eficiência Comunicativa 2 - Índice Eficiência Lexical	7,03	3,80	3,60	1,61	,21
Desvio Padrão	5,81	1,97	1,52		
Perfil de Eficiência Comunicativa 2 - Índice de Suporte Gramatical	2,50	2,90	2,56	,16	,84
Desvio Padrão	1,94	0,41	1,52		

Temos a seguinte análise sobre a influência da escolaridade na Tabela 7 para Memória Lógica 2 História A na Correção Literal ($F=2,52$, $p=0,09$); Memória Lógica 2 História B na Correção Proposicional ($F=2,88$ e $p=0,06$); Memória Lógica 1 Contextualizada Correção Literal ($F=1,76$, $p=0,18$) e Correção Proposicional ($F=1,41$ e $p=0,25$); Memória Lógica Contextualizada Tardia Correção Literal ($F=2,60$, e $p=0,08$) e Correção Proposicional ($F=2,21$, $p=0,12$).

Tabela 7: Desempenho dos idosos nos testes neuropsicológicos divididos em grupos de faixas de escolaridade

Variáveis Dependentes Testes Neuropsicológicos	Analfabeto ou até 3 anos de estudo N= 28	Igual ou acima de 4 anos de estudo N= 12	Igual ou acima de 8 anos de estudo N= 3	F	Sig.
Memória Lógica 1-HistA - Correção Literal	1,21	4,66	6,33	7,44	,00
Desvio Padrão	2,36	4,37	4,04		
Memória Lógica 1-HistA - Correção Proposicional	1,75	6,66	11,66	11,04	,00
Desvio Padrão	3,02	6,24	4,93		
Memória Lógica 2 - HistA - Correção Literal	0,17	1,08	0,01	2,52	,09
Desvio Padrão	0,54	2,15	0,01		
Memória Lógica 2 - HistA - Correção Proposicional	0,25	2,08	0,33	3,33	,04
Desvio Padrão	0,79	3,75	0,57		
Memória Lógica 1 – HistB-Correção Literal	1,32	4,00	7,00	5,65	,00
Desvio Padrão	1,92	5,09	5,56		
Memória Lógica 1 – HistB- Correção Proposicional	1,85	5,75	9,66	7,60	,00
Desvio Padrão	0,18	2,13	2,88		
Memória Lógica 2 - HistB- Correção Proposicional	0,14	1,41	2,66	2,88	,06
Desvio Padrão	2,63	6,07	5,68		
Memória Lógica 2 - HistB - Correção Literal	0,03	1,00	1,66	3,79	,03
Desvio Padrão	0,52	3,47	4,61		
Memória Lógica Contextualizada - Correção Literal	3,46	5,33	6,33	1,76	,18
Desvio Padrão	3,26	4,39	1,15		
Memória Lógica Contextualizada - Correção Proposicional	5,39	7,25	9,33	1,41	,25
Desvio Padrão	4,45	5,42	1,15		
Memória Lógica Contextualizada - Tardia - Correção Literal	0,75	1,83	3,66	2,60	,08
Desvio Padrão	1,81	3,09	3,51		
Memória Lógica Contextualizada - Tardia - Correção Proposicional	1,35	3,50	5,33	2,21	,12
Desvio Padrão	2,94	5,38	6,11		

O Coeficiente de correlação de Pearson apontou as seguintes significâncias negativas de correlação para os Subtestes de Memória Lógica 1 História A Correção Literal ($p=-0,43$) e Correção Proposicional ($p=-0,42$) em relação ao Perfil de Eficiência Comunicativa 2 Índice de Eficiência Lexical. Apontando que os melhores desempenhos na memória lógica imediata da história A, tanto na correção literal com na correção proposicional não estão associados aos melhores desempenhos na eficiência comunicativa lexical.

Por outro lado a correlação de Pearson apontou significâncias positivas entre a Memória Lógica 1 História A Correção Literal ($p=0,35$), Correção Proposicional ($p=0,38$), Memória Lógica 1 História B Correção Literal ($p=0,31$), Correção Proposicional ($p=0,37$) com o Perfil de Eficiência Comunicativa 1 Índice de Suporte Gramatical. O mesmo ocorreu em relação à Memória Lógica 1 Contextualizada Correção Literal ($p=0,42$), Correção Proposicional ($p=0,44$), Memória Lógica 2 Contextualizada Correção Literal ($p=0,37$) e Correção Proposicional ($p=0,43$) com relação ao Perfil de Eficiência Comunicativa 1 Índice de Suporte Gramatical, conforme tabela 8.

Tabela 7: Correlação entre os desempenhos dos idosos nos testes neuropsicológicos

Testes	Perfil de Eficiência Comunicativa 1 Índice de Eficiência Lexical	Perfil de Eficiência Comunicativa 1 Índice de Suporte Gramatical	Perfil de Eficiência Comunicativa 2 Índice de Eficiência Lexical	Perfil de Eficiência Comunicativa 1 Índice de Suporte Gramatical
Memória Lógica 1 Hist A Cor Literal	-,20	,35(*)	-,43(*)	,05
Memória Lógica 1 Hist A Cor Proposicional	-,21	,38(*)	-,42(*)	,05
Memória Lógica 2 Hist A Cor Literal	-,14	,26	-,15	,05
Memória Lógica 2 Hist A Cor Proposicional	-,16	,28	-,19	,05
Memória Lógica 1 Hist B Cor Literal	-,10	,31(*)	-,24	,04
Memória Lógica 1 Hist B Cor Proposicional	-,08	,37(*)	-,26	,04
Memória Lógica 2 Hist B Cor Literal	-,13	,21	-,22	,02
Memória Lógica2 Hist B Cor Proposicional	-,13	,20	-,23	,03
Memória Lógica Contextualizada 1 Cor Literal	,11	,42 (**)	,06	,05
Memória Lógica Contextualizada 1 Cor Proposicional	,18	,44(**)	,00	,05
Memória Lógica 2 Contextualizada Cor Literal	-,07	,37 (*)	-,20	,05
Memória Lógica 2 Contextualizada Cor Proposicional	-,04	,43(**)	-,17	,05

*Correlação significativa no nível de 0,05 (2-tailed).

** Correlação significativa no nível de 0,01 (2-tailed).

5. DISCUSSÃO

Os resultados obtidos neste estudo revelam uma igualdade entre os grupos no que se refere ao Índice de Suporte Gramatical nas duas pranchas 1 e 2, Memória Lógica Tardia nas Correções Literal e Proposicional. Porém, há uma significante diferença entre estes grupos para os demais testes. Em contrapartida foi possível levantar quais testes foram significativamente diferentes em relação aos grupos e ao mesmo tempo, não sofreram influência da escolaridade. Dessa forma pudemos sumarizar os seguintes testes: Perfil de Eficiência Comunicativa 1 e 2; Índice de Eficiência Lexical; Memória Lógica recordação Tardia Correção Literal e Proposicional; Memória Lógica Contextualizada Correção Literal e Proposicional; Memória Lógica Contextualizada recordação Tardia Correção Literal e Proposicional; Índice de Katz e o teste de Fluência Verbal Semântica categorias Animais e Frutas. Sobre as histórias contextualizadas, os escores revelam a importância da contextualização dos materiais de avaliação neuropsicológica, já que, aproximou os grupos Kalunga e Interior do grupo Metrópole.

Com relação à avaliação da Correção Proposicional para o subteste II da Escala de Memória de Wechsler, há ainda necessidade de outras pesquisas, já que, o grupo Alzheimer analisado não passou por estimulação cognitiva, o que havia acontecido em estudos anteriormente citados. Os portadores da Doença de Alzheimer, não apresentaram diferença significativa quando da Correção Literal para a Proposicional comparado aos grupos Kalunga e Interior, o fato destes dois grupos se encontrarem nivelados ao grupo Alzheimer nesse quesito, se deve ao fator cultural, ao modo de vida e talvez ao principal, o distanciamento dos grandes centros. Os quilombolas (Kalungas) acreditam na possibilidade de sobreviver respeitando os costumes do passado e os valores ancestrais, isso contribui para os índices de seus resultados nos testes que os manteve em quase igualdade com o grupo Alzheimer. Podendo

também, justificar o grupo Interior, composto por sujeitos moradores da cidade de Teresina de Goiás, município onde se localiza várias comunidades Kalungas. Ao mesmo tempo, ficou demonstrado que a correção proposicional não foi influenciada pela escolaridade, sendo então, recomendada como melhor correção para idosos kalungas e rurais.

Quando levamos em conta a análise qualitativa do subteste II da EMW fica evidenciado que os idosos do grupo Metrópole, tanto na correção literal quanto na proposicional atingiram o ponto de corte, segundo Hodges (1995), para recuperação de memória livre imediata, ou seja, tiveram 25% dos itens relembrados. Ao mesmo tempo, os idosos rurais e kalungas atingiram proximamente esta porcentagem, mas, somente na condição de história contextualizada ao seu meio e na correção proposicional na memória lógica imediata. Já a análise qualitativa para memória lógica recuperação tardia, apenas os grupos metrópole e interior atingiram o ponto de corte da normalidade, seguindo o autor acima citado. Seguindo este raciocínio, concluímos que o teste Memória Lógica Contextualizado auxilia na avaliação do sujeito analfabeto e de cultura diferente, pois possibilita a identificação real dos déficits de memória. Já para a recuperação do teste de Memória Lógica recuperação tardia, a correção proposicional é mais eficiente por não sofrer influência da escolaridade.

Um aspecto importante a ser levantado é que, o grupo metrópole é formado por indivíduos que moram em cidade com apenas 75 anos de fundação. A média de idade deste grupo é de 73 anos, estes sujeitos vieram dos sertões há mais de 30 anos e guardam consigo os valores culturais de sua juventude, assim também o são, os sujeitos com Doença de Alzheimer tendo a média de idade destes em 74 anos.

Como demonstrado pela análise de variância, no Índice de Katz para avaliação de atividades de vida diária, todos os grupos se igualam, exceto o grupo Alzheimer, o que era esperado por ser uma doença crônica neurodegenerativa.

Com referência ao teste de Fluência Verbal Animais, os grupos Interior e Kalunga sobressaem aos demais, o que leva a dar atenção à cultura destes sujeitos, são grupos que têm um maior contato com a natureza e os animais nomeados por eles pertencem ao meio onde vivem.

No teste Mini Exame do Estado Mental (MEEM), novamente o grupo Kalunga está próximo do nível do grupo Alzheimer, sendo isto fundamentado pela escolaridade e também pelo fator cultural, tendo em vista que, estes sujeitos são moradores de comunidades isoladas e em sua grande maioria analfabetos, mas uma vez aqui, fatores não biológicos se destacam, já que, estes sujeitos não têm história prévia de doença neurológica crônica. Este teste usado como rastreio se mostrou inadequado para a situação encontrada, nos colocamos então, de acordo com Lourenço e Veras (2003), ao fazerem uma avaliação do Mini Mental para a população brasileira, relatam que, entre as diferenças socioeconômicas significativas encontradas nos indivíduos demenciados e àqueles cognitivamente preservados estão as seguintes variáveis: faixa etária, escolaridade e renda; acrescentamos aqui a cultura. Por ter tido uma alta influência da escolaridade e não respeitar as diferenças culturais ressaltamos que, este teste não é recomendado para populações rurais, como também, para moradores de comunidades isoladas.

Concordamos quando Logsdon (2002) sugere novos estudos para melhor delimitar a influência de diversos papéis na qualidade de vida do sujeito em avaliação cognitiva, dentre estes aspectos cita: as análises com relação às habilidades funcionais, estado cognitivo, estado psicológico e o comportamento social. O fato de que, a escolaridade influenciou no teste Mini Exame do Estado Mental evidencia a necessidade de uma nova adequação deste teste à realidade contextual do sujeito. Isso se dá devido à diversidade cultural brasileira, é importante também, dar uma maior atenção para o fator escolaridade, somente assim, os sujeitos de culturas e escolaridade diferentes poderão ter uma avaliação cognitiva ajustada ao seu meio, ou seja, mais ecológica à sua condição.

A correlação de Pearson para com o Perfil de Eficiência Comunicativa trouxe resultados de significância, tanto na Correção Proposicional, quanto na Literal, mas, com maior ênfase no Índice de Suporte Gramatical. É importante lembrar que, sobre o Índice de Eficiência Lexical, novamente pesa o importante fator da heterogeneidade cultural por cada grupo possuir um léxico com particularidades regionais e por vezes, restrito, como no caso do grupo Kalunga e também pela prancha roubo do biscoito favorecer a população metropolitana, por isso foi anexada a prancha apanhando frutas, mostrando um contexto rural. Quando se fez uma correção mais ecológica, retirando os excessos lexicais o grupo Kalunga teve IEL de 3,12 próximo ao da população Catalã (3,21) e ISG 2,06 próximo da língua Espanhola (2,46); já o grupo Interior aproximou do Inglês no IEL e no ISG ficou próximo ao Espanhol, novamente temos aqui a importância de correções que respeitem as diferenças culturais. Por este tipo de correção ter aproximado os sujeitos rurais e de comunidades isoladas dos sujeitos de outras línguas e culturas, consideramos que, esta correção é altamente recomendada para populações onde as diferenças culturais se destacam.

Considerar então que, alterações de memória não influenciam significamente na produção do discurso do sujeito é impróprio, faz-se necessário um olhar mais atento para a saúde cognitiva de povos com fatores diferenciais de cultura, atentar para a condição multicultural do povo brasileiro é imprescindível no momento de decidir quais testes usar para avaliar a cognição e como proceder nas correções destes.

As variáveis sociais e ambientais relacionadas às causas e progressão da Doença de Alzheimer devem ser consideradas, é importante para o entendimento desta, pois essas variáveis poderiam dar conta das discrepâncias entre as manifestações comportamentais e as alterações neuropatológicas e contribuir, ainda, na definição dos critérios para uma melhor conclusão diagnóstica. Essas variáveis sociais e os fatores que não são determinados biologicamente recebem, infelizmente, um peso não muito forte, não sendo então, colocadas no centro para a compreensão da demência.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbey, A. and Andrews, F.M. (1985). *Modeling the psychological determinants of life quality. Social Indicators Research* 16 1-34.
- Abreu, I.D.; Forlenza, O.V. e Barros, H.L. (2005). Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. *Revista Psiquiatria Clínica*, 23 (3); 131-136.
- Alves, D.C e Souza, L.A.P. (2005). Perfomance de Moradores da Grande São Paulo na Descrição da Prancha do Roubo de Biscoitos. *Revista CEFAC*, São Paulo, v.7, n.1, 13-20, jan-mar.
- American Pschyiatric Association – APA. (1995). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4^a Ed. Porto Alegre, Artes Médicas.
- Anderson, J. R. (2005). *Aprendizagem e memória*. Tradução de Juliana Saad. 2. ed. São Paulo: LCT.
- Avelar, G.A. e de Paula, M.V. (2003). Comunidade Kalunga: Trabalho e Cultura em Terra de Negro. Programa de Educação Tutorial em Economia, UFF, UFG/Campus Catalão.
- Bertachini, L. Gonçalves, M.J. (1995). Comunicação na Terceira Idade. *Mundo Saúde*, 26(40:483-489, out-dez 2002.
- Bertolucci, P.H., Brucki, S.M.D., Campacci, S.R. & Juliano, Y.O. (1994).O Mini Exame do Estado Mental em uma População Geral, Impacto da Escolaridade. *Arquivos da Neuropsiquiatria*, 52, 1-7.
- Bustamante, S.E. et al, (2003). Instrumentos Combinados na Avaliação de demência em Idosos. *Arquivos de Neuropsiquiatria*; 61(3-A):601-606.
- Capuano A. N. (2005). Cap. 19, 366-377 in Ortiz, K. Z. Distúrbios Neurológicos Adquiridos, Linguagem e Cognição, 1^a Ed., Ed. Manole, São Paulo.
- Casanova J. P. & Pamies M. P. (2005). Reabilitação da Afasia e \Transtornos \Associados, 2^a ed. Ed. Manole, São Paulo.
- Cruz, F. M. (2008). Linguagem, Interação e Cognição na Doença de Alzheimer . Campinas, SP : [s.n.].
- Da Silva, S. L. (2006). Intervenções Neuropsicológicas, Promoção de Saúde e Melhoria da Qualidade de Vida de Idosos, In: Falcão, D.V.S. & Dias, C.M.S.B. Maturidade e Velhice: Pesquisas e Intervenções Psicológicas Vol. II, Ed. Casa do Psicólogo, 381-406.
- Da Silva, S. L. (2004). Reabilitação Neuropsicológica em Idosos, “Uma gota no oceano” Revista Eletrônica ComCiênciia, Maio, LaborJor – Unicamp.
- Da Silva, S.L. (2006). Projeto Viver Kalunga. Brasília. Edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT No. 26/2006.

Escala de Memória de Wechsler, 3^a Edição. Acesso ao link em 25/03/2009:
[http://www.psicologia.com.pt/instrumentos/testes/textos/wms-iii\(b\).pdf](http://www.psicologia.com.pt/instrumentos/testes/textos/wms-iii(b).pdf).

Filho, M.C. (2009). Linguagem, Cultura e Semiótica: uma abordagem lingüístico-semiótica. Pesquisas em Educação, Cultura, Linguagem e Arte. Travessias Nº 1, www.unioeste.br/travessias, acessado em Junho.

Fiorin, J.L., organizador, (2005). Introdução à Linguística II – Princípios de Análise. São Paulo, Ed. Contexto.

Folstein, M.F., Folstein, S.E., Mc Hugh, P.R. (1975). *Mini-mental State, a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician*. J. Psychiatric Res. 12: 189-98.

Fonseca, R.P. (2006). Bateria de Avaliação da Comunicação: Estudos Teóricos, Sócio-Demográfico, Psicométrico e Neuropsicológico. Tese de Doutorado Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Fountoulakis, K.N., Kaprinis, G.S. (2002). *Special characteristics affecting the neuropsychologic assessment of the elderly in Greece*. AM J. Alzheimers Dis Other Demen; 17(5): 273-6.

Garcia F. H. A., Mansur L. L. (2006). Habilidades Funcionais de Comunicação – Idoso saudável. Acta Fisiatr; 13(2): 87-89.

Goodglass, H. Kaplan, E. (1972). *The assessment of aphasia and related disorders*. Philadelphia: Lea & Fegiber.

Hodges, P. e Patterson, K., (1995). *Is semantic memory consistently impaired in the course of Alzheimer's disease?* Neuroanatomical and diagnostic implications. Neuropsychopatologia, 33, 441-459.

Izquierdo, I. (2002). *Memória*. Porto Alegre: Artmed.

Johnson, D. K. , Storandt, M. & Balota, D. A. (2003). *Discourse Analysis of Logical Memory Recall in Normal Aging and in Dementia of the Alzheimer Type*, Neuropsychology. Vol. 17, No. 1, 82–92.

Jonides, John *et al.* (1993). *Spatial working memory in humans as revealed by PET*. Nature, 363 (6430): 623-625).

Kintsch, V.D. (1978). *Toward a model of text comprehension and production*. Psychological Review; 85 (5).

Loguidice, D. *et al.* (1999). *Do memory clinics improve the quality of life of carers? A randomized pilot Trial*. [International Journal of Geriatric Psychiatry](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1150033/), Volume 14 Issue 8, Pages 626 – 632, Published Online: 5 Aug.

Logsdon, R.G. *et al.* (2002). *Assessing Quality of Life in Older Adults With Cognitive Impairment*. Psychosomatic Medicine 64:510–519.

Mansur, L L, Carthery, M T, Caramelli, P e Nitrini, R. (2005). Linguagem e Cognição. Revista Psicologia: Reflexão e Crítica, 18(3), pp. 300-307.

Mansur, L. L. (2008). Estudos Fonoaudiológicos sobre Cérebro e Linguagem. Tese Livre-Docência, Universidade de São Paulo. São Paulo, Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia; 13(1):101.

Ministério da Educação, (2007). Programa Salto para o Futuro, Educação Quilombola, Boletim 10, Junho. Acesso:WWW.mec.gov.br.

Missio, M. e Portella, M. (2003). Atenção aos idosos rurais: um desafio para a equipe do programa saúde da família. Boletim da Saúde, Porto Alegre, vol. 17, número 2.

Melo, M.B. (2007). Impacto da Estimulação Cognitiva sobre o Desempenho de Idosos com Demência de Alzheimer em Tarefas de Recordação Livre, Dissertação de Mestrado. UnB.

Nascimento, E. (1998). Adaptação da terceira edição da escala Wechsler de inteligência para adultos (WAIS-III) para uso no contexto brasileiro, Temas em Psicologia da Soc. Bras. de Psicologia, vol. 6 - nº 3.

Nitrini, R. et al. (2005). Diagnóstico de Doença de Alzheimer no Brasil Avaliação Cognitiva e Funcional: Recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. Arquivos Neuropsiquiatria; 63(3-A):720-727.

Ortiz, K.Z. organizadora, (2005). Distúrbios Neurológicos Adquiridos. Barueri, SP. Manole.

Paradela, E.M.P. (2007). Adaptação transcultural para o português do Teste Cognitivo de Cambridge(CAMCOG-R) e desempenho do teste em idosos ambulatoriais. Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

Pearlman, R.A. and Uhlmann, R.F. (1988). *Quality of Life in Chronic Diseases: Perceptions of Elderly Patients. Journal of Gerontology: Medical Sciences*. Vol. 43, No. 2, M25-30.

Pergher, G.K. e Stein, L.M. (2003). Compreendendo o esquecimento: Teorias clássicas e seus fundamentos experimentais. Scielo, Brasil. Acesso em julho/2009: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642003000100008&script=sci_arttext&tlang=pt

Ramsberger, G. & Helm-Estabrooks, N. (1988). *Visual Action Therapy for buccofacial apraxia. En Clinical Aphasiology Conference Proceedings*. Austin: PRO-ED.

Sequeira, A. e N.S. (2002), O bem estar da pessoa idosa em meio rural. Análise Psicológica, 3 (XX): 505-516.

Schacter, D. L. (1999). The seven sins of memory. *American Psychologist*, 54, 182-203.

Smolka, A.L.B. (2000). A Memória em Questão: uma perspectiva sócio-cultural. Educação e Sociedade, ano XXI, nº 71, julho.

Souza, J.N. e Chaves, E.C., (2005). O efeito de exercícios de estimulação da memória em idosos saudáveis. Ver Escm Enferm USP; 39(1): 13-9.

Spreen, O. e Strauss, E., (1998). *A compendium of neuropsychological tests*. New York, Oxford University Press.

Storandt,M. & Hill,R.D. (1989). *Very mild senile dementia of the Alzheimer's type:II. Psychometric tests performance*. Archives of Neurology.46:383-6.

Strauss, E., Sherman, E.M.S. & Spreen, O. (2006). *A Compendium os Neuropsychological tests – administration and comments*. Oxford University Press. Adaptado por Pereira, Veloso e Da Silva, (2009).

Vygotsky, L. (1978). *Mind in Society*, Harvard University Press, Harvard.

Wechsler, S.M. e Schelini, P.W. (2006). Bateria de Habilidades Cognitivas Woodcock-Jonhson III: Validez de Constructo. Psicologia: Teoria e Pesquisa Set-Dez, Vol. 22 n. 3, pp. 287-296

Xavier, G. F., (1993). Modularidade da Memória e o Sistema Nervoso, In Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Psicologia USP, 4 (1/2), 61-108.

Zamora, S.E. (2007). *El perfil de eficiencia comunicativa en catalán: Índices de normalidad*. Universitat de Barcelona.

6. ANEXOS

ANEXO I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O senhor (a) _____ está convidado a participar da pesquisa “**AVALIAÇÃO DA CORREÇÃO PROPOSICIONAL DOS SUBTESTES I E II DA ESCALA DE MEMÓRIA DE WECHSLER E DO PERFIL DE EFICIÊNCIA COMUNICATIVA EM DIFERENTES GRUPOS DE IDOSOS**” como também; o senhor (a) _____ por ser cuidador e ou acompanhante familiar, está convidado a acompanhar todos os procedimentos que serão realizados.

Estamos cientes que, nossa participação é voluntária e podemos, a qualquer momento, não mais autorizar ou participar da pesquisa, assim como, poderemos deixar de responder questões que nos tragam constrangimento, sem que isto acarrete nenhuma perda para nós.

O pesquisador _____, explicou a nós o que será feito.

O idoso será submetido a uma avaliação que envolverá respostas livres verbais e história anterior de sua saúde, e também testes de memória, fluência verbal, de compreensão e do perfil de eficiência comunicativa, utilizando testes que envolvem o uso de lápis, borracha, escolha de cartões, e respostas verbais livres, com gravação das respostas verbais por aparelho de mp3, podendo também, o idoso ser fotografado durante a realização dos testes. Estes testes deverão ter a duração de uma hora diária e se necessário, continuarão por mais uma hora em outro dia, a ser combinado entre pesquisador e participante da pesquisa.

O presente estudo pretende investigar se o Perfil de Eficiência Comunicativa permanece intacto, em sujeitos que apresentam bom desempenho na Escala de Memória de Wechsler diante da correção proposicional, ou seja, saber se a memória destes sujeitos, para fatos que envolvam o cotidiano, altera a sua eficiência na comunicação. A pesquisa também se preocupará com outras variáveis associadas tais como: idade, etnia, escolaridade e ausência ou presença de fatores de saúde que afetam a memória. Espera-se que após este estudo possamos entender e trabalhar melhor os pacientes que tenham a memória e a comunicação afetadas pela Doença de Alzheimer.

As informações coletadas possuem caráter sigiloso e somente serão utilizadas para divulgação científica, preservando a identidade do sujeito, ficando todo o material coletado sob a guarda do

pesquisador responsável.

O material a ser apresentado e o procedimento já foi utilizado em outros estudos com idosos e quaisquer pessoas de outras idades e não provoca risco à saúde.

Estou ciente que não receberei recompensa financeira pela minha participação.

Assinatura do idoso:

Assinatura do cuidador responsável ou acompanhante familiar:

Assinatura do pesquisador responsável:

Fga mestrandia Lúcia Inês de Araújo

CRFa. 1762-GO – Fone (62) 9968-0464.

Data:

Local:

ANEXO II - Anamnese

• Dados Pessoais do paciente

Nome: _____

Nome do familiar: _____

Endereço: _____

_____. Telefone: () _____.

Data de nascimento: ___/___/___ Escolaridade: _____ Sexo: _____.

Destro () Canhoto () Ambidestro () Ocupação/Profissão: _____

Habilidades: _____

• Estrutura familiar

() Mora sozinho () Mora somente com os filhos

() Mora somente com a (o) esposa (o) () Mora com um cuidador

() Mora com a (o) esposa (o) e os filhos

Numero de pessoas que moram na casa: _____

Renda familiar em salários mínimos: _____

Histórico afetivo da família (perdas, eventos importantes, etc): _____

• Aspectos Comportamentais

Queixa: _____

_____.

O paciente se queixa de memória? ()Sim ()Não

Algum parente se queixa da memória do paciente? ()Sim ()Não. Quem? _____

O médico sugeriu algum tipo de serviço social? ()Sim ()Não. Qual? _____.

O paciente se queixa estar deprimido? ()Sim ()Não. E ansioso? ()Sim ()Não

O paciente se isolou socialmente? ()Sim ()Não. Há quanto tempo não quer mais sair de casa ou evita compromissos sociais, multidões, festas, etc? _____.

Os sintomas surgiram de repente, mostrando uma doença repentina? ()Sim ()Não

Os sintomas surgiram aos poucos, sugerindo um declínio progressivo? ()Sim ()Não

Houve mudança na mobilidade? ()Sim ()Não. Redução na velocidade? ()Sim ()Não

Marcha arrastada? ()Sim ()Não. Dificuldade de se levantar da cadeira? ()Sim ()Não

Houve quedas freqüentes? ()Sim ()Não

Paciente demonstra piora em certos momentos do dia? ()Sim ()Não.

E da noite? ()Sim ()Não

Paciente vem demonstrando alteração de personalidade? ()Sim ()Não

O que mudou? A conduta sexual mudou? ()Sim ()Não

O interesse mudou? ()Sim ()Não A linguagem mudou? ()Sim ()Não

A moral sexual mudou? ()Sim ()Não

A habilidade em realizar tarefas simples mudou? ()Sim ()Não

()Sim ()Não

Cozinha? ()Sim ()Não

Assistir televisão? ()Sim ()Não

Uso do telefone? ()Sim ()Não

• História clínica

Início e evolução da doença: _____
_____.

Há quanto tempo apresenta o quadro? _____

Teve episódio ou déficit cognitivo, ou problema psicológico antes da doença? ()Sim ()Não

Qual? _____

E depois da doença? _____. Qual? _____

Como foi o início dos sintomas? _____

O declínio cognitivo instalou-se em etapas? _____

Qual o estado mental atual? _____

• Fatores desencadeadores ou agrupantes

O paciente sofreu:

() Uma operação. Há quanto tempo? _____

() Traumatismo craniano. Tempo? _____

() Ingestão importante de medicamentos. Tempo? _____

() Alguma doença importante. Qual? _____

() Algum tipo de internação. Qual o motivo? Tempo? _____

Tem tido algum problema emocional, pessoal ou mudança ao seu redor? ()Sim ()Não

Sintomas associados:

- () Agitação () Derrame
() Insônia () Infarto
() Agressão () Diabetes
() Delírio () Hipertensão
() Desânimo () Traumatismo
() Sonolência excessiva () Epilepsia
() Falta de apetite () Infecção.
() Sintomas Qual? _____
psicomotores _____
() Distúrbios de humor _____
(elevado ou diminuído) () Outro.
() Ansiedade Qual? _____
() Alucinação _____
() Perda de memória _____
para acontecimentos
recentes
() Depressão
() Incontinência
urinária ou fecal
() Comportamento
inapropriado

Medicamentos que costumava

tomar: _____

Medicamentos que está

tomando: _____

Vícios: Drogas () Álcool () Outros () Quais? _____.

Ambiente

() Econômico

() Emocionais

() Familiar

Descreva: _____

Data: ___/___/___.

Pesquisador (a).

Lúcia Inês de Araújo

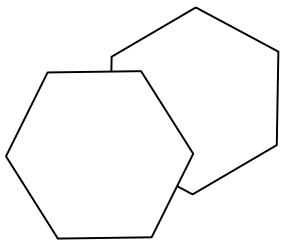
Fonoaudióloga – CRFa. 1762-GO.

Mestranda em Ciências do Comportamento,

Área Cognição e Neurociências do Comportamento.

ANEXO III - Mini Mental

NOME: _____.
 AVALIADOR: _____. DATA: ___ / ___ / ___

Seção	Sub-itens	Resposta	Ponto	Escore
Orientação	Temporal	Hora	1	
		Dia do mês	1	
		Dia da semana	1	
		Mês	1	
		Ano	1	
	Espacial	Local	1	
		Andar	1	
		Cidade	1	
		Região	1	
		Estado	1	
Registro	Repetir Palavras	Mesa	1	
		Relógio	1	
		Caneta	1	
Cálculo	Diminuir de 7 em 7 Senão, soletrar MUNDO de trás pra Frente: ODNUM	100-7 =	1	
		-7 =	1	
		-7=	1	
		-7=	1	
		-7=	1	
Memória Recente	Lembrar 3 palavras	Mesa	1	
		Relógio	1	
		Caneta	1	
Linguagem	Nomear dois objetos	Relógio	1	
		Papel	1	
	Repetir	“Nem lá, nem aqui, nem cá.”	1	
	Comando	Apanhe essa folha com a mão direita	1	
		Dobre-a ao meio	1	
		Coloque neste local	1	
	Ler e executar	FECHE OS OLHOS	1	
	Escrever frase		1	
			1	

ANEXO IV - Memória

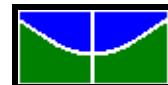
Escala de Memória Weschler Subteste II – MEMÓRIA LÓGICA

PACIENTE: _____

AVALIADOR: _____ DATA: ___ / ___ / ___

História B	ML 1	ML 2
ROBERTO * MOTA * ESTAVA		
DIRIGINDO * UM CAMINHÃO		
MERCEDES * NUMA RODOVIA * Á		
NOITE, * NO VALE * DO		
PARAÍBA * LEVANDO OVOS * PARA		
TAUBATÉ. * QUANDO O		
EIXO * QUEBROU * O		
CAMINHÃO * CAIU NUMA		
VALETA * FORA DA ESTRADA. * ELE		
FOI JOGADO * CONTRA O		
PAINEL * E SE ASSUSTOU		
MUITO. * NÃO HAVIA TRÂNSITO * E		
ELE DUVIDOU QUE PUDESSE SER		
SOCORRIDO * NAQUELE INSTANTE		
SEU RADIO PX * TOCOU * ELE		
RESPONDEU IMEDIATAMENTE *		
“AQUI FALA TUBARÃO”.		

ANEXO V - Escala de Memória Weschler – MEMÓRIA LÓGICA I e II, história contextualizada Metrópole



MEMÓRIA – Escala de Memória Weschler – MEMÓRIA LÓGICA I e II

HISTÓRIA CONTEXTUALIZADA II

PACIENTE: _____.

AVALIADOR: _____.

DATA: ____ / ____ / ____

História A	ML 1	ML 2
DONA MARTA, * DE BRASÍLIA, * SAIU* NAQUELA MANHÃ* DE SEGUNDA-FEIRA * * PARA MAIS * UM ATENDIMENTO MÉDICO * NO HUB* DEMOROU MUITO*NO TRÂNSITO*PORQUE HAVIA* UM ENGARRAFAMENTO* CHEGOU ATRASADA * AO CHEGAR*CONTOU PARA *SEUS COLEGAS* DE TRATAMENTO, *QUE PASSOU *POR UM ACIDENTE*E QUE HAVIA* UMA PESSOA* SENDO ATENDIDA*PELOS BOMBEIROS* AGRADECEU* POR NÃO TER SIDO ELA* A ACIDENTADA*		

ANEXO VI - Escala de Memória Weschler – MEMÓRIA LÓGICA I e II, história contextualizada Interior e Kalungas.



MEMÓRIA – Escala de Memória Weschler – MEMÓRIA LÓGICA I e II

HISTÓRIA CONTEXTUALIZADA.

PACIENTE: _____.

AVALIADOR: _____.

DATA: ___ / ___ / ___

História A	ML 1	ML 2
SEU JOÃO* ACORDOU * NA MANHÃ* DAQUELE DIA* TOMOU CAFÉ* E SAIU* PARA O ROÇADO,* QUANDO ENCONTROU* NO CAMINHO*UMA JARARACA* ELA DEU *UM BOTE* MAS, NÃO O ALCANÇOU,* POIS ELE PULOU* E CONSEGUIU* SER MAIS RÁPIDO *AO RETORNAR * PARA CASA* NO FIM DO DIA*FICOU SURPRESO*AO ENCONTRAR UM CACHORRO * MORTO E PENSOU,* ELE NÃO TEVE* A MESMA SORTE* QUE EU.*		

ANEXO VII - Fluênciа Verbal – Frutas

LINGUAGEM: TESTE DE FLUÊNCIA VERBAL - FRUTAS (Carnero et al. 1999)

PACIENTE: _____
AVALIADOR: _____ DATA: ___ / ___ / ___

Você tem que falar quantas frutas você se lembrar. Pode ser do quintal, do mato, qualquer fruta. Você tem um minuto. Quanto mais falar, melhor.	
1-	21-
2-	22-
3-	23-
4-	24-
5-	25-
6-	26-
7-	27-
8-	28-
9-	29-
10-	30-
11-	31-
12-	32-
13-	33-
14-	34-
15-	35-
16-	36-
17-	37-
18-	38-
19-	39-
20-	40-

ANEXO VIII - FluênciA Verbal – Animais

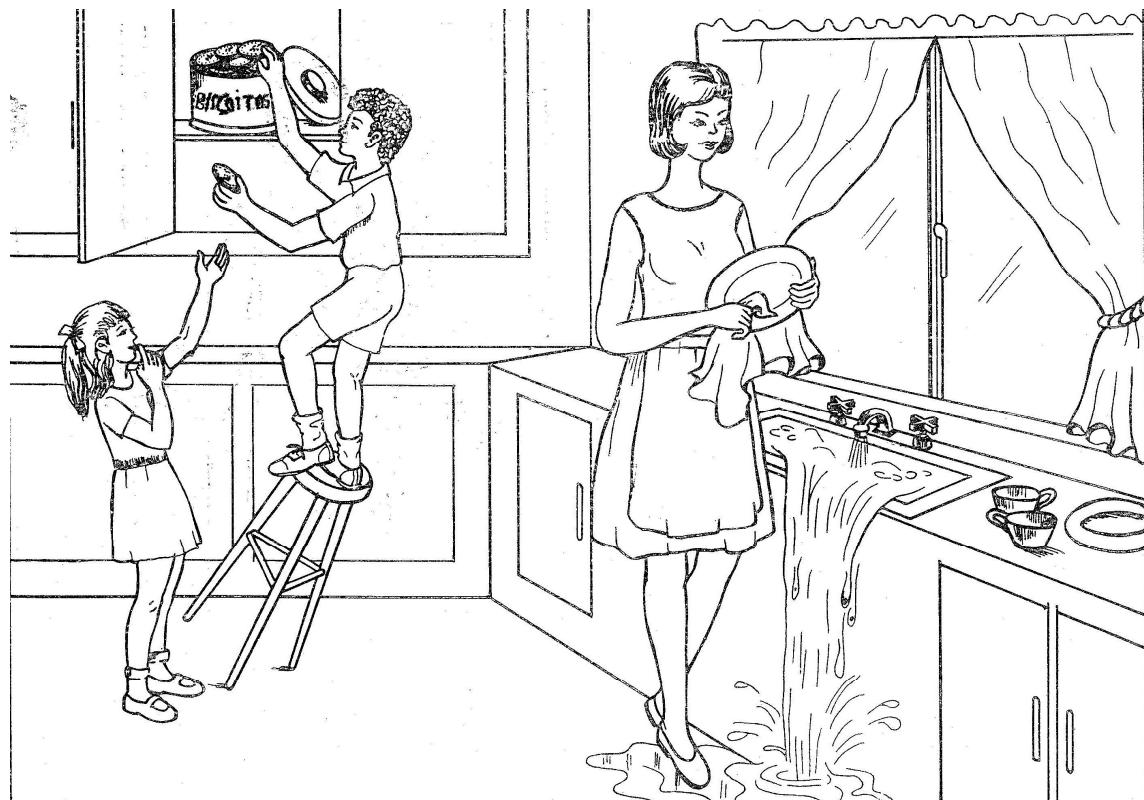
LINGUAGEM: TESTE DE FLUÊNCIA VERBAL - ANIMAIS (Carnero et al. 1999)

PACIENTE: _____.

AVALIADOR: _____ DATA: ___ / ___ / ___

Falar quantos animais você se lembrar. Podem viver na água, no ar, na terra, na selva ou em casa. Você tem um minuto. Quanto mais falar, melhor.	
1-	21-
2-	22-
3-	23-
4-	24-
5-	25-
6-	26-
7-	27-
8-	28-
9-	29-
10-	30-
11-	31-
12-	32-
13-	33-
14-	34-
15-	35-
16-	36-
17-	37-
18-	38-
19-	39-
20-	40-

ANEXO XII – Perfil de Eficiência Comunicativa Figura 1, Roubo do Biscoito.



Anexo XIII - Perfil de Eficiência Comunicativa Figura 2, Apanhando Fruta.



Anexo XI – Aprovação do Comitê de Ética.



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: 086/2008

CAAE: 0094.0.012.000-08

Título do Projeto: AVALIAÇÃO DA CORREÇÃO PROPOSICIONAL DA ESCALA DE MEMÓRIA DE WECHSLER CORRELACIONADA AO PERFIL DE EFICIÊNCIA COMUNICATIVA

Pesquisadora Responsável: LÚCIA INÊS DE ARAÚJO

Data de entrada: 30/06/2008

Com base nas Resoluções 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto 086/2008 com o título: “Avaliação da Correção Proposicional da Escala de Memória de Wechsler Correlacionada ao Perfil de Eficiência Comunicativa.”, analisado na 5ª Reunião Ordinária de 10 de Julho de 2008.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 08 de Outubro de 2008.

Prof. Volnei Garrafa
Coordenador do CEP-FS/UnB

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade de Brasília - Campus Universitário Darcy Ribeiro - Cep: 70.910-900 – Telefone: 61-33073799

CEP