



Licenciatura em Terapia da Fala

**Comparação entre os tipos de erros realizados pela pessoa com  
Doença de Alzheimer Provável em tarefas de nomeação e  
discurso provocado nos diferentes estadios da doença**

Monografia Final de Curso

Elaborado por Susana Cardoso

Aluna n.º 200691138

Orientadora: Ana Pereira Coutinho

Barcarena

Junho 2010

O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste trabalho

## **COMPARAÇÃO ENTRE OS TIPOS DE ERRO REALIZADOS PELA PESSOA COM DOENÇA DE ALZHEIMER PROVÁVEL EM TAREFAS DE NOMEAÇÃO E DISCURSO PROVOCADO NOS DIFERENTES ESTÁDIOS DA DOENÇA**

“Comparison between the types of errors made by the person with probable Alzheimer`s disease on tasks of naming and speech caused in different stages of the disease.”

Susana Cardoso, sob orientação da Prof. Ana Pereira Coutinho

Universidade Atlântica (2009-2010)

### **RESUMO**

A linguagem pode ser afectada em cada fase da Doença de Alzheimer Provável (DAP), provocando dificuldades na compreensão e expressão. Esta característica, simultaneamente com problemas de memória, pode ser um indicador precoce da doença. **Objectivos:** Caracterizar os tipos de erros realizados pela pessoa com DAP nos vários estádios da doença em tarefas de nomeação e de discurso provocado; comparar os tipos de erros realizados na tarefa de nomeação pela pessoa com DAP nos diferentes estádios da doença; comparar os tipos de erros realizados na tarefa de discurso provocado pela pessoa com DAP nos diferentes estádios da doença; comparar os tipos de erros realizados pelas pessoas com DAP em tarefas de nomeação e de discurso provocado nos diferentes estádios da doença. **Método:** Foi realizada uma análise descritiva e comparativa através da avaliação da nomeação e do discurso provocado a 16 pessoas com DAP, dos quais 3 apresentam DAP de grau leve, 7 DAP de grau moderado e 6 DAP de grau grave, com o Teste de Nomeação de Armstrong e com uma Checklist elaborada para a imagem Goodglass do Teste Boston. **Resultados:** O erro mais realizado na tarefa de nomeação foi a parafasia semântica. Já no discurso provocado, o erro mais frequente foi o circunlóquio. Na nomeação houve diferenças significativas entre estádios ao nível da nomeação espontânea, das respostas com ajuda semântica e das parafasias verbais, já no discurso provocado não houve diferenças significativas. Na nomeação realizaram-se mais erros do que no discurso provocado. No Estádio Ligeiro e no Estádio Grave não houve diferenças significativas de erros nas duas tarefas enquanto no Estádio Moderado houve. **Discussão e Conclusão:** Com o agravamento da doença há maior comprometimento da expressão oral devido à

deteriorização da memória semântica. Na tarefa de nomeação as pessoas realizaram mais erros do que na tarefa de discurso provocado.

**Palavras-chave:** Doença de Alzheimer Provável; Terapia da Fala; Linguagem; Nomeação; Discurso Provocado; Tipos de Respostas.

## **ABSTRACT**

The language may be affected in each phase of Probable Alzheimer`s Disease (PAD), causing difficulties in comprehension and expression. This feature, along with memory problems, may be an early indicator of disease. **Goal:** Characterize the types of errors made by people with PAD in different stages of the disease on tasks of naming and speech caused; compare the types of errors made in the task of appointing the person with PAD in different stages of the disease; compare the types of errors made in the task of speech caused by people with PAD in different stages of the disease; compare the types of errors made by persons with PAD in naming tasks and speech in different stages of the disease. **Method:** It was performed a descriptive and comparative analysis using appointment and Speech Caused Assessment the 16 persons with PAD, of which 3 have mild PAD, PAD 7 moderate and severe grade 6 PAD, with Armstrong Naming Test and a Checklist developed for the image Goodglass of Boston Test. **Results:** The mistake most accomplished in the naming task was the semantic paraphasia. In the speech caused the most common error was the circumlocution. In appointing significant differences between stages at the level of spontaneous nomination, the answers with the help of semantic and verbal paraphasias, since the speech caused no significant differences. In appointment there were more errors than the speech caused. In Light Stage and Severe Stage were no significant differences of errors in both tasks while in Moderate Stage there. **Discussion and conclusion:** With the worsening of the disease is more severe oral expression due to deterioration of semantic memory. In the task of appointment people have made more mistakes than in the task of speech caused.

**Keywords:** Probable Alzheimer`s Disease; Speech and Language Therapy; Language; Appointment; Speech Caused; Answers types.

## Introdução

O aumento da população idosa é actualmente um fenómeno relevante na nossa sociedade, em consequência das baixas taxas de natalidade e de mortalidade, e à semelhança dos outros países europeus, Portugal, enfrenta presentemente uma realidade com grande impacto a nível social (Paúl e Fonseca, 2005).

De acordo com os dados dos censos do Instituto Nacional de Estatística (INE) realizados em 2001, sabe-se que a população idosa portuguesa (16,4%) ultrapassa ligeiramente a jovem (16%), pelo que, segundo a Direcção Geral de Saúde, nos próximos 25 anos o número de idosos poderá duplicar o número de jovens, prevendo-se um aumento do índice de dependência dos idosos (Censos 2001, Instituto Nacional de Estatística). Já em 2009, o INE refere que a população com mais de 65 anos representava, em 2007, 17,3% da população nacional. De acordo com o INE (2009), nos próximos 50 anos, manter-se-á a tendência de envelhecimento demográfico em Portugal, projectando-se quem em 2060 residam no território nacional cerca de 3 idosos por cada jovem.

O **envelhecimento normal ou senescência** corresponde à fase de todo um *continuum* que é a vida, começando esta com a concepção e terminando com a morte. É um processo dinâmico, progressivo (Freitas *et al*, 2006) e degenerativo (Russo, 1999) no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que acabam por levá-lo à morte (Freitas *et al*, 2006). O envelhecimento é intrínseco e embora não seja determinado por factores ambientais, é influenciado por eles (Russo, 1999).

O desenvolvimento e o envelhecimento são processos presentes em toda a vida, sendo a velhice uma criação individualizada que resulta das escolhas e acções que as pessoas vão assumindo ao longo da vida, de acordo com as oportunidades e restrições que têm (Freitas *et al*, 2006).

Apesar do processo de envelhecimento ser influenciado por características pessoais, é possível definir um conjunto de alterações associadas ao aumento da idade, nomeadamente ao nível das funções cognitivas. A memória é a alteração cognitiva que

se associa com mais frequência ao envelhecimento, encontrando-se afectada na maioria dos idosos. Os problemas de memória encontram-se essencialmente ao nível da memória a longo prazo, ou seja, há declínio a nível da codificação, do armazenamento e da evocação de informação (Oliveira, 2005). Para além das dificuldades de memória há uma diminuição significativa na velocidade do processamento da informação e da resposta. Os idosos apresentam também dificuldades linguísticas como o acesso lexical e a capacidade para compreender orações complexas (Puyuelo, 2007).

De uma forma geral, a senescência resulta do somatório de alterações orgânicas, funcionais e psicológicas próprias do envelhecimento normal (Freitas *et al*, 2006).

As diversas mudanças que se observam no envelhecimento normal ou senescência podem favorecer o aparecimento de fragilidades tornando a pessoa mais vulnerável ao aparecimento de doenças, surgindo a senilidade. A senilidade é caracterizada por alterações, determinadas por doenças que frequentemente afectam a pessoa idosa (Freitas *et al*, 2006).

Das várias patologias que podem surgir com o envelhecimento destaca-se a demência pela sua elevada incidência. A **demência** é um declínio de funções cognitivas, incluindo a memória, a capacidade de raciocínio e de julgamento, na ausência de delírio ou perturbações da consciência, e persistente por um período não inferior a seis meses (Caldas e Mendonça, 2005).

O DSM IV–TR (Fernandes, 2002) estipula como critérios de demência a presença de défice cognitivo múltiplo, afectando a memória, e causando ainda pelo menos um dos seguintes sintomas: agnosia, apraxia ou disfunção executiva. Na demência há deteriorização do funcionamento social, relativamente ao nível prévio, não surgindo exclusivamente no decurso de estado confusional ou na presença de doença depressiva.

Por sua vez, a Classificação Internacional de Doenças, a ICD-10 (2007), tem uma definição mais precisa. Considera a demência como uma síndrome resultante de doença cerebral, geralmente progressiva, afectando a memória e uma ou mais funções cognitivas superiores como o pensamento abstracto, a orientação, a compreensão, o cálculo, a aprendizagem, a linguagem e o juízo. Nesta classificação, a demência apresenta alterações do nível de consciência e de alerta. Em geral, afecta o controlo

emocional, o comportamento social ou a motivação. Interfere nas actividades de vida diária, dependendo do ambiente cultural e social da pessoa.

Para a realização do diagnóstico de demência deverão ser evidentes défices de memória e outros défices cognitivos, superiores aos que seriam de esperar durante a senescência, originando deficiências no desempenho funcional e ocupacional do indivíduo (DSM-IV-TR, 2002). A dificuldade de diagnóstico precoce de demência deve-se a múltiplos factores, relacionados com a idade de início, o grau de escolaridade e nível sociocultural, assim como com a presença de alterações comportamentais e/ou repercussões funcionais (Caldas e Mendonça, 2005).

O diagnóstico clínico da demência pode ser dividido em quatro etapas: história clínica cuidada, exame neuropsicológico, identificação de sinais mais ou menos específicos no exame neurológico e investigação complementar (estudo laboratorial e de imagem). O estudo mencionado só permite sugerir um diagnóstico de probabilidade, daí a designação de provável. O diagnóstico definitivo depende da confirmação histológica, ou seja, implica a realização de estudo directo do tecido cerebral pré ou *post mortem* (Caldas e Mendonça, 2005).

Existem dezenas de possíveis tipos de demência. Os tipos mais comuns são: a Doença de Alzheimer, a Demência Vascular, a Demência por corpos de Lewy e a Demência frontotemporal (Soares e Moriguti, 2007). Caldas e Mendonça (2005) classificam as demências em degenerativas (p.g. doença de Alzheimer, Demência de corpos de Lewy e Demência frontotemporal) e em vasculares (p.g. multienfartes).

Segundo Payne (1997), os tipos de demência são divididos em cortical e subcortical. A dicotomia demência cortical – demência subcortical é bastante útil para a compreensão da síndrome. Enquanto a demência cortical apresenta sinais clínicos do tipo deteriorização, tanto da expressão verbal como da compreensão auditiva, défice de memória, indiferença e inibição (p.g. Doença de Alzheimer), nas demências subcorticais, os sinais são de esquecimento, lentificação dos processos mentais, défice na habilidade de manipular o conhecimento adquirido e as mudanças afectivas e de personalidade.

As demências devem ser distinguidas não só entre si mas também de outras perturbações com sintomas análogos, como o delírio, a síndrome amnésica, e outras

alterações cognitivas, psíquicas e psiquiátricas (e.g., depressão, esquizofrenia), bem como do rendimento mental e cognitivo que aparece com o envelhecimento normal (Stemmer & Schönle, 2001 citados por Morais, 2009).

Conforme o DSM-IV-TR (Fernandes, 2002) é importante a realização de um diagnóstico diferencial entre a demência e os seguintes quadros: *delirium*, perturbação mnésica, deficiência mental, perturbação depressiva major e simulação/perturbação factícia.

A demência constitui um tema que tem vindo a despertar o interesse dos profissionais da área da saúde nas últimas décadas, devido ao aumento da sua incidência na população (Mac-Kay, 1999). Com o envelhecimento populacional há, conseqüentemente, um aumento do número de pessoas afectadas por demência, em geral, e pela Doença de Alzheimer Provável (DAP), em particular. Este número tem vindo a crescer devido ao aumento da expectativa de vida nas últimas décadas (Brandão, 2005). A Doença de Alzheimer é responsável por aproximadamente 50% a 70% do total dos casos de demência (Ortiz, 2005). É assim considerada a forma mais comum de demência nos países ocidentais, sendo reconhecida como um importante problema de saúde pública em todo o mundo (Freitas *et al*, 2006).

No Relatório Mundial de Alzheimer 2009, lançado a 21 de Setembro de 2009, são apresentados os novos dados que indicam a verdadeira dimensão actual da epidemia de demência. Este relatório estima que os casos globais da doença de Alzheimer ultrapassarão os 35 milhões em 2010 e que praticamente dupliquem a cada 20 anos, atingindo 65.7 milhões em 2030 e 115.4 milhões em 2050 (Alzheimer's Disease International, 2009).

Estima-se que em Portugal existam cerca de 153.000 pessoas com demência das quais 90.000 com Doença de Alzheimer. Este número tende a duplicar até 2040, devido ao envelhecimento da população (Alzheimer Portugal, 2009). Um relatório da OMS (2009) divulga os resultados de dois grupos de estudos da epidemiologia da demência, a EuroCode e a EuroDem, sendo que, para a EuroCode, em 2009, 1,45% da população portuguesa tinha demência. Já para a EuroDem, 1,30% da população portuguesa tinha demência em 2009.



A **Doença de Alzheimer Provável (DAP)** é uma doença neurodegenerativa em que as alterações e destruições do tecido nervoso são graduais e progressivas, iniciando-se a partir de um momento indeterminado da vida adulta (Caldas e Mendonça, 2005). A etiologia é desconhecida (Ortiz, 2005).

Para se falar em Doença de Alzheimer é necessário demonstrar um número suficiente de placas senis e complexos neurofibrilares mediante o estudo de tecido cerebral, obtido por biopsia cerebral ou por necropsia. Como nenhum dos dois procedimentos é feito com frequência, os profissionais de saúde trabalham quase sempre com o diagnóstico de Doença de Alzheimer Provável, o que implica uma margem de erro de 10% a 15%, se o diagnóstico for feito de modo cuidadoso (Ortiz, 2005).

O exame macroscópico do cérebro revela atrofia difusa, não uniforme, mostrando-se mais proeminente nas regiões frontais, temporais e parietais, afectando principalmente as áreas corticais associativas. O lobo temporal torna-se o local mais afectado à medida que a doença avança, o que talvez justifique o défice na evocação de palavras. As alterações microscópicas incluem perda neuronal e degeneração sináptica intensa (Ortiz, 2005).

Segundo o DSM IV–TR (Fernandes, 2002) e a ICD-10 (2007), a DAP inclui dois subtipos de demência: DAP de Início Precoce e DAP de Início Tardio. Contudo, ao contrário do DSM-IV-TR (Fernandes, 2002), os critérios de diagnóstico para a investigação da ICD-10 (2007), para estes subtipos, também especificam as características da evolução e tipos de défices: os casos com início precoce podem ter um início e progressão relativamente rápidos e um tipo característico de deficiência cognitiva, enquanto os casos de início tardio têm um início muito lento e gradual com predominância de deficiência da memória sobre outros défices intelectuais. Na ICD-10 (2007) esta perturbação é referida como Demência na Doença de Alzheimer.

Caldas e Mendonça (2005) apresentam sete estadios da deteriorização (adaptados de Reisberg, 1982): Estadio 1: Normalidade; Estadio 2: Queixas subjectivas; Estadio 3: Ligeiro defeito de memória; Estadio 4: Demência ligeira ou inicial; Estadio 5: Demência moderada; Estadio 6: Demência grave; Estadio 7: Demência muito grave.

Por sua vez, Ortiz (2005) considera que a DAP pode ser dividida em três estádios, de acordo com a severidade do comprometimento cognitivo e com o grau de independência do indivíduo: Estádio Inicial, Estádio Intermédio, Estádio Final.

De acordo com o Royal College of Speech and Language Therapist (2009), a demência pode ser vista como o progresso de três fases: progride de leve, a moderada e a grave.

Os sintomas clínicos mais evidentes, numa fase inicial, são a gradual perda de memória recente e remota, irritabilidade, hostilidade, apatia, frustração (Mac-kay *et al*, 2003), alteração do comportamento com depressão e isolamento social (Ortiz, 2005), desorientação espacial e mudanças de personalidade (Mac-kay *et al*, 2003), tornando-se o indivíduo mais egocêntrico e desinibido, com agitação e alguma desconfiança (Morais, 2009).

Na segunda fase, a pessoa apresenta um sensível défice de memória e aprendizagem, indiferença, hostilidade, pobre julgamento social, baixa afectividade (Mac-kay *et al*, 2003), desorientação espacial, necessita de auxílio na resolução de problemas simples e apresenta muita agitação. As distorções perceptivas, os fenómenos delirantes e a perturbação do ritmo sono-vigília surgem nesta fase. Com a progressão da doença, a cognição e a possibilidade de interacção são perdidas. Nesta fase, já não consegue reconhecer as pessoas mais próximas bem como a própria casa (Ortiz, 2005).

Na terceira fase as funções cognitivas estão comprometidas, a pessoa apresenta deteriorização generalizada das habilidades visuoespaciais, dependência total e rigidez na região dos quadris e postura em flexão (Mac-kay *et al*, 2003). O sono encontra-se alterado com tendência para estar desperto à noite (Morais, 2009).

A **Linguagem** é um sistema simbólico (Morais, 2009) que utiliza elementos verbais, orais e gráficos para a comunicação humana. Esta função cerebral depende da união de áreas cerebrais anteriores e posteriores. Informações vindas de regiões posteriores são necessárias para a expressão verbal, basicamente dependente do cérebro anterior. Este, por sua vez, partilha aspectos da compreensão verbal com áreas posteriores. Funções cognitivas como a memória e o planeamento influenciam a linguagem (Ortiz, 2005).

Cada indivíduo possui um processador de informação em que funções como a percepção, a memória e todas as estruturas e processos mentais estão ao serviço do

reconhecimento e interpretação dos padrões da informação recebida pelo organismo (input), do armazenamento e conservação de informação relevante e da organização e produção de respostas apropriadas (output), em domínios linguísticos e não linguísticos (Sim-Sim, 1998).

De acordo com Sim-Sim (1998), a teoria do processamento da informação é uma tentativa de explicação, construída (e reconstruída) de forma articulada com o objectivo de interpretar a realidade. Esta teoria diz respeito ao estudo dos processos mentais que permite receber, organizar, elaborar, reter e recuperar a informação.

No sistema de processamento há que distinguir entre componentes que permitem a manipulação do input e componentes de armazenamento de representações, produto terminal do tratamento da informação. Entre as primeiras salientamos a atenção, a discriminação e a categorização; as últimas dizem respeito à memória. Estas componentes fazem parte das diferentes etapas do processamento e seguem a ordem apresentada (atenção, discriminação, categorização, memória, atenção). No entanto, não são estáticas, inter-alimentam-se.

A atenção permite filtrar os estímulos possibilitando a selecção e, portanto, a concentração da actividade mental numa determinada informação. Esta componente leva-nos a definir qual o material informativo que entra na cadeia (input) e, por outro lado, aquele que não entra (os estímulos rejeitados), sobre o tipo de estímulos que de forma oculta se infiltram na cadeia (as mensagens clandestinas) e sobre o nível de vigília do guarda (níveis de atenção). Na selecção do input as características físicas do estímulo (a intensidade, a permanência e a duração), bem como a relevância da informação desempenham um papel preponderante (Sim-Sim, 1998).

A discriminação é a etapa do sistema de processamento que permite identificar a presença/ausência de uma característica do estímulo ou mesmo a presença/ausência do próprio estímulo. A identificação (do estímulo ou das características do estímulo) determina a interpretação perceptiva da informação, a qual é realizada com base no recurso à informação já existente em memória. O que determina o reconhecimento dos estímulos é o conjunto das suas características inalienáveis (Sim-Sim, 1998).

A categorização é a etapa classificatória da cadeia de processamento; é devido à passagem por processos de categorização que determinamos o agrupamento de

entidades em classes. Na base da categorização está a partilha de características semelhantes, atributos ou particularidades, que geram relações de similaridade.

A detecção de similaridade é a base do processo de categorização, tornando-se, por isso, um requisito fundamental na arquitectura mental responsável pelo processamento humano da informação. É pela detecção da semelhança que se chega à relação de pertença a uma determinada categoria.

Categorização e memória são inseparáveis. Pela primeira acedemos à representação conceptual, pela segunda registamos e mantemos prontas a utilizar tais representações ou conceitos. O registo dos conceitos não é imutável e definitivo, o que significa que qualquer conceito pode sempre ser (re)estruturado (Sim-Sim, 1998).

Um conceito é uma generalização, resultante de um processo de categorização, gerador do agrupamento de instâncias que partilham entre si semelhanças. As regras são, igualmente, generalizações a que se acede através da detecção de regularidades.

A memória é a plataforma de transferência da informação dentro do sistema e inclui a aquisição, o armazenamento e a disponibilização da informação. É ela o pólo central do nosso funcionamento mental. A mais trivial das nossas acções ou o desempenho mais profundo necessitam de ser guiados e alimentados pela memória. Ela está presente quer na identificação de um cheiro ou de um sabor, quer na elaboração ou compreensão de um discurso argumentativo (Sim-Sim, 1998).

Existem três principais sistemas de memória envolvidos na produção de discurso: a memória semântica, a memória episódica e a memória de trabalho (Brandão, 2005). Para Constâncio (2008) a memória episódica e a memória semântica fazem parte da memória explícita. A memória semântica é um sistema referente ao conhecimento sobre o significado das palavras, conceitos e factos (Brandão, 2005), sobre todo o conhecimento acerca do mundo que não é autobiográfico (Constâncio, 2008). Se a pessoa apresentar alterações ao nível deste tipo de memória, isso pode ser tomado com um sinal de alerta para a possibilidade de Doença de Alzheimer no estágio inicial, servindo como importantes marcadores para o diagnóstico diferencial e auxiliando na exclusão de outras demências como a demência vascular. Falhas precoces da memória semântica são evidenciadas, principalmente, em testes de nomeação de imagens. A perda de conhecimento semântico manifesta-se na aparente diminuição da definição de

conceitos com redução das relações de significado (Chertkow e Bub, 1990 citado por Brandão, 2005). Já a memória episódica é o sistema neurocognitivo que permite que o ser humano recorde experiências (Tulving, 2002 citado por Brandão, 2005). Um dos factores mais marcantes do défice da memória episódica apresentado por pessoas com DAP é a rapidez com que ocorre o esquecimento em testes de aprendizagem de palavras. Há estudos que afirmam que os défices da memória semântica estão intrinsecamente relacionados ao pior desempenho da memória episódica, apoiando a ideia de que a preservação da memória episódica depende da integridade da memória semântica (Dalla Barba e Rieu, 2001 citado por, Brandão 2005). Por sua vez, a memória de trabalho traduz-se por uma função cognitiva breve e transitória de apenas alguns segundos (Isquerdo, 2006 citado por Constâncio, 2008) que permite ao falante formar intenções, manter o input contextual activado, activar e recuperar conhecimento armazenado e, ainda, monitorizar a expressão do discurso (Bayles, 2003 citado por Brandão, 2005). Este tipo de memória apresenta funções essenciais na produção da narrativa, uma vez que para manter o tópico discursivo é necessário que o indivíduo seja capaz de reter o tema do discurso na memória, enquanto activa informação nova a ser exposta (Brandão, 2005).

A privação destes tipos de memória parece apresentar uma forte ligação com as dificuldades de produção do discurso demonstradas pelos portadores da Doença de Alzheimer (Brandão, 2005), uma vez que nas demências é comum haver dificuldade em definir, nomear objectos e itens de uma categoria e em associar palavras, reflectindo a deteriorização da memória semântica (Mac-Kay *et al* 2003).

Grande parte das pesquisas sobre a linguagem das pessoas com DAP têm demonstrado que estes indivíduos apresentam comprometimento semântico. A maior parte dos estudos focaliza-se nos prejuízos da memória semântica e fornecem conhecimentos consideráveis para aumentar o entendimento sobre o processamento semântico (Chertkow e Bub, 1990 citado por Brandão, 2005).

De acordo com Ortiz (2005), as pessoas com DAP têm a linguagem oral comprometida, apresentando dificuldades na realização de inferências e na compreensão de frases ambíguas. A nível da produção, o discurso apresenta-se desorganizado, vazio e, por vezes, incoerente, ocorrendo termos indefinidos e frases sem significado, mudando frequentemente o tópico da conversa.

A linguagem pode ser afectada em cada fase da DAP, provocando então dificuldades na compreensão e expressão (Royal College of Speech and Language Therapist, 2009).

No Estadio Leve da DAP surgem alterações no conteúdo da linguagem, défice no raciocínio linguístico e desorganização do discurso (Ortiz, 2005), a pessoa perde com facilidade o tópico, retomando-o, por vezes, quando a conversa já vai noutro assunto (perseveração) (Mac-Kay *et al* 2003). A produção da linguagem oral, neste estadio, encontra-se normalmente perseverada, a pessoa consegue manter uma comunicação efectiva e a leitura está mantida. No discurso podem ocorrer parafasias verbais, no entanto não é muito comum. A compreensão escrita está mais comprometida que a compreensão oral (Ortiz, 2005). A pessoa vai perdendo progressivamente capacidade de introspecção e crítica e vai negando ou minimizando as suas incapacidades (Mac-kay *et al*, 2003).

No Estadio Moderado, as alterações cognitivas começam a ser mais marcadas e acabam por impedir qualquer forma de autonomia pessoal. Ao nível da linguagem, o conteúdo é desordenado com presença de alguns défices estruturais que prejudicam a coesão (Mac-kay *et al*, 2003). A linguagem está ainda mais comprometida, podendo aparecer défices perceptivos (Ortiz, 2005). São características desta fase a apraxia, a agnosia, frequentes anomias, parafasias verbais, neologismos, dificuldade em acompanhar discursos e manter tópicos, empobrecimento semântico, diminuição do interesse pela leitura, ruptura do discurso, comprometimento da compreensão (Mac-Kay *et al* 2003).

No Estadio Grave, há uma grande redução da produção oral, há uma dificuldade considerável de compreensão, algumas vezes mantêm-se perseverações ou ecolália e ocorre mutismo (Mac-Kay *et al* 2003). A pessoa apresenta o discurso muito desorganizado.

Segundo Brandão (2005), o discurso dos indivíduos com DAP é descrito como desorganizado e vazio, apresentando um grande número de termos indefinidos e frases sem significado (Obler, Albert e Helm-Estabrooks, 1985 citado por Brandão, 2005). Na tentativa de organização da narrativa a pessoa pode conseguir nomear correctamente sem qualquer ajuda (nomeação espontânea), pode nomear correctamente com ajuda semântica ou com ajuda fonémica (Quadro 1) mas nessa tentativa de organização da narrativa podem também surgir alguns erros no discurso. Alguns desses erros são as

parafasias (fonémicas, verbais e semânticas), as paráfrases, as anomias (dificuldade no acesso fonológico, lexical ou semântico, ou ainda na passagem da informação entre alguns desses subsistemas. Pode aparecer no discurso bem como em provas específicas, como a de nomeação (Ortiz, 2005)), os circunlóquios, os neologismos, as perseverações e as superordenações (Quadro 1). Essas características discursivas reflectem uma dificuldade evidente na produção do discurso, especialmente nos níveis pragmáticos e semânticos do processamento.

A capacidade de nomeação é uma das mais afectadas. As tarefas de nomeação utilizadas actualmente nos estudos de pessoas com DAP têm possibilitado identificar défices lexicais (dificuldades de recuperação da palavra), com o objectivo de verificar diferenças entre esses défices e a possível perda semântica (Emery, 2001 citado por Brandão, 2005). Tarefas que fornecem pistas semânticas e fonológicas, possibilitam a verificação de défice lexical ou semântico. Há sinais de que as dificuldades de recuperação lexical antecedam a possível perda de conceitos durante a evolução da DAP (Huff, 2001; Opler, Albert, Helm-Estabrooks, 1985 citado por Brandão, 2005).

**Quadro 1:** Classificação dos Tipos de Respostas realizados pela pessoa com DAP na nomeação e no discurso provocado.

<b>TIPO DE RESPOSTA</b>	<b>DEFINIÇÃO</b>
<b>Nomeação Espontânea</b>	Nomeação correcta sem qualquer ajuda.
<b>Resposta com ajuda semântica</b>	Nomeação correcta após ajuda semântica.
<b>Resposta com ajuda fonémica</b>	Nomeação correcta após ajuda fonémica.
<b>Pausa anómica com resposta correcta</b>	Nomeação correcta após a presença de tempo de latência para a nomeação do objecto/imagem por dificuldade na evocação de palavras do léxico (Martins, 1997).
<b>Pausa anómica sem resposta correcta</b>	Nomeação incorrecta, presença de um erro, após a presença de tempo de latência para a nomeação da imagem por dificuldade na evocação de palavras do léxico.
<b>Parafasias</b>	Produções não intencionais de sílabas ou das palavras durante o discurso. A <i>Parafasia fonémica</i> é uma alteração caracterizada por uma inadequação na selecção dos fonemas ou na combinação destes na cadeia da fala, a qual se pode manifestar em trocas, omissões, acréscimos de fonemas ou de sílabas (Ortiz, 2005); a <i>Parafasia verbal</i> ocorre quando a pessoa realiza uma troca na produção oral, não sendo possível identificar a sua relação quanto à forma e ao conteúdo (Ortiz, 2005); a <i>Parafasia semântica</i> é a troca de uma palavra por outra, estando as duas relacionadas semanticamente (Ortiz, 2005).
<b>Paráfrase</b>	Ocorre quando o sujeito, ao tentar dizer uma palavra, a substitui por uma frase (Ortiz, 2005).
<b>Circunlóquio</b>	Produção de aproximações, sinónimos e descrições à volta de um tema, na tentativa de produzir a palavra alvo (Martins, 1997).
<b>Neologismos</b>	São sequências fonémicas que obedecem às regras da língua, assemelhando-se às palavras, mas que não existem na língua, não sendo compreendidas nem reconhecidas pelos interlocutores como palavras, muito menos dicionarizadas (Ortiz, 2005).
<b>Perseveração</b>	Repetição desnecessária e frequente de fonemas, palavras ou frases curtas (Martins, 1997).
<b>Superordenação</b>	Caracteriza-se pelo uso de termos gerais, como palavras superordenadas (Huff, 2001 citado por Brandão, 2005).
<b>Palavras debaixo da língua</b>	Quando o sujeito sabe que imagem é aquela, sabe a palavra que quer dizer mas não consegue. Pode mesmo referir “tenho a palavra debaixo da língua” (Vasconcelos, 2002 citado por Coutinho, 2005).
<b>Não reconheceu</b>	O sujeito não reconhece a imagem.
<b>Má percepção visual</b>	O erro é devido à má percepção visual da imagem e não devido a dificuldades de acesso ao léxico.
<b>Não responde</b>	Quando o sujeito não responde ao estímulo fornecido.

Como referido anteriormente, a linguagem pode ser afectada em cada fase da DAP, provocando dificuldades na compreensão e expressão. Esta característica, simultaneamente com problemas de memória, pode ser um indicador precoce da doença (Royal College of Speech and Language Therapist, 2009). Assim, é importante caracterizar as alterações que surgem em estádios iniciais da doença para que seja feito um diagnóstico precoce e para que os profissionais de saúde possam actuar o mais precocemente possível junto destas pessoas, proporcionando maior qualidade de vida.



Neste sentido, surge a questão orientadora deste trabalho: “Existem diferenças entre os tipos de erros realizados pela pessoa com DAP em diferentes estadios da doença nas tarefas de nomeação e de discurso provocado?”

De uma forma geral, pretende-se com este estudo caracterizar os tipos de erros realizados pela pessoa com Doença de Alzheimer Provável (DAP) nos vários estadios da doença em tarefas de nomeação e de discurso provocado; comparar os tipos de erros realizados na tarefa de nomeação pela pessoa com DAP nos diferentes estadios da doença; comparar os tipos de erros realizados na tarefa de discurso provocado pela pessoa com DAP nos diferentes estadios da doença; comparar os tipos de erros realizados pelas pessoas com DAP em tarefas de nomeação e de discurso nos diferentes estadios da doença.

## **Metodologia**

### **Tipo de estudo**

O presente estudo é de carácter descritivo e comparativo, uma vez que pretende caracterizar as respostas realizadas pelas pessoas com DAP na tarefa de nomeação e os tipos de erros por elas realizados no discurso provocado, bem como comparar as diferenças que possam existir entre os tipos de erros realizados em ambas as provas dentro do mesmo estadio e entre os diferentes estadios da doença.

### **Amostra**

A amostragem desta investigação é não probabilística e por conveniência, recolhida em Lares e Centros de Dia no Concelho de Oeiras e numa Instituição Hospitalar que tem uma Unidade de Alzheimer em regime de internamento.

As variáveis de inclusão definidas na recolha da amostra foram: ter diagnóstico de DAP, ter o português europeu como língua materna e frequentar um Lar ou Centro de Dia do Concelho de Oeiras ou o Hospital acima referido. Foram determinadas como variáveis de exclusão: ter alguma perturbação neurológica (p.g. historial de Acidentes Vasculares Cerebrais, Traumatismos Crânio Encefálicos, Epilepsia, etc.), ter algum diagnóstico de perturbação mental (p.g. Esquizofrenia) e ter perturbação adquirida da linguagem com outra etiologia que não a demência.

A amostra é constituída por 16 pessoas dexas com DAP (Quadro 2). Estas apresentam, em média,  $82,75 \pm 8,315$  anos de idade, sendo que a idade mínima é de 59 anos e a máxima de 91 anos.

Das 16 pessoas, 8 são do sexo feminino (50%) e as outras 8 do sexo masculino (50%), sendo que a maioria das pessoas são viúvas (56,3%). Cinco dos sujeitos (31,5%) têm entre 5 a 11 anos de escolaridade, seguindo-se 4 pessoas (25,0%) que têm 4 anos de escolaridade. Relativamente à profissão e naturalidade a maioria das pessoas eram domésticas (18,8%) e naturais de Lisboa (31,3%).

**Quadro 2:** Caracterização Sociodemográfica da amostra

Variável	F	%
<b>Idade</b>	82,75±8,315* Mín. 59 Máx. 91	
<b>Sexo</b>	Feminino	<b>8</b> <b>50,0</b>
	Masculino	<b>8</b> <b>50,0</b>
<b>Estado Civil</b>	Solteiro	2 12,5
	Casado	4 25,0
	Divorciado	1 6,3
	Viúvo	<b>9</b> <b>56,3</b>
<b>Habilitações Literárias</b>	Analfabeto	3 18,8
	4 Anos de escolaridade	4 25,0
	5-11 Anos de escolaridade	<b>5</b> <b>31,3</b>
	>11 Anos de escolaridade	1 6,3
<b>Profissão</b>	Desconhecida	3 18,8
	Doméstica	3 18,8
	Funcionário Público	2 12,5
	Outras	<b>10</b> <b>62,4</b>
<b>Naturalidade</b>	Desconhecida	1 6,3
	Lisboa	5 31,3
	Outras	<b>11</b> <b>68,7</b>

\* Média ± Desvio-Padrão

No que diz respeito à institucionalização (Quadro 3), 56,3% das pessoas são provenientes de lares e 31,3% estão institucionalizadas há 1 ano.

**Quadro 3:** Caracterização da amostra relativamente à institucionalização

Variável	F	%
<b>Regime de frequência</b>	Lar	<b>9</b> <b>56,3</b>
	Centro de Dia	5 31,3
	Unidade de Alzheimer	2 12,5
<b>Tempo de frequência na instituição</b>	< de 1 ano	4 25,0
	1 Ano	<b>5</b> <b>31,3</b>
	3 Anos	4 25,0
	4 Anos	3 18,8

Relativamente ao diagnóstico clínico (Quadro 4), todos os participantes no estudo têm diagnóstico de DAP no entanto, em dois casos, não se sabe qual foi o profissional que

diagnosticou. Na maior parte dos casos, o profissional que fez o diagnóstico de DAP foi o Médico Neurologista (75%). Quanto ao tempo de diagnóstico de DAP, este é desconhecido em 50% dos casos. Em relação ao estágio da doença, 3 indivíduos encontram-se no estágio leve, 7 no moderado e 6 no grave.

**Quadro 4:** Caracterização da amostra relativamente ao diagnóstico

Variável	F	%	
<b>Tempo de diagnóstico de DAP</b>	< 1 Ano	3	18,8
	1 Ano	1	6,3
	2 Anos	2	12,5
	3 Anos	2	12,5
	Desconhecido	<b>8</b>	<b>50,0</b>
<b>Profissional que fez o diagnóstico de DAP</b>	Neuropsicólogo	1	6,3
	Psiquiatra	1	6,3
	Neurologista	<b>12</b>	<b>75,0</b>
	Desconhecido	2	12,5
<b>Estádio da doença</b>	Leve	3	18,8
	Moderado	<b>7</b>	<b>43,8</b>
	Grave	6	37,5

### **Instrumentos de Recolha de Dados**

Na realização do estudo foram utilizados 4 instrumentos de recolha de dados pela seguinte ordem: Ficha de Caracterização Sociodemográfica (Cardoso e Coutinho, 2010); Mini-Mental State Examination (MMSE) (Folstein *et al*, 1975 traduzido e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro *et al*, 1994); Teste de Armstrong (Armstrong, 1996 traduzido e adaptado para a população portuguesa por Vital, Bom, Rasquilha e Ferreira, 1997); Checklist para a imagem do Goodglass (Cardoso e Coutinho, 2010).

#### *Ficha de Caracterização Sociodemográfica (Cardoso e Coutinho, 2010) (Apêndice 1)*

Esta ficha contém os principais dados demográficos a ter em consideração para a selecção e caracterização da amostra (lateralidade, sexo, data de nascimento, idade, naturalidade, estado civil, escolaridade, profissão, data do diagnóstico de DAP, quem diagnosticou DAP (Médico de família, Neurologista, outro profissional), qual o tipo de instituição que frequenta (Lar, Centro de dia, Unidade de Alzheimer) e há quanto tempo frequenta a instituição.

*Mini-Mental State Examination* (Folstein *et al*, 1975 traduzido e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro *et al*, 1994) (Anexo 1)

Este instrumento permite a avaliação da função cognitiva e rastreio de quadros demenciais, demorando entre 5 a 10 minutos a administrar, com uma cotação total de 30 pontos (Lezak *et al.*, 2004 citado por Constâncio, 2008).

Foi a partir deste exame que se agruparam as pessoas por estádios. No presente trabalho será utilizada a classificação do Royal College of Speech and Language Therapist (2009) no que diz respeito às três fases de progressão da DAP: leve, moderada e grave.

*Teste de Nomeação de Armstrong* (Armstrong, 1996 traduzido e adaptado para a população portuguesa por Vital, Bom, Rasquilha e Ferreira, 1997) (Anexo 2)

Este teste é constituído por 50 estímulos visuais. Foi utilizado para avaliação das respostas dadas pela pessoa com DAP na tarefa de nomeação de imagens.

Relativamente à cotação deste teste classificou-se como zero (0) as respostas erradas e como um (1) as respostas correctas. Após a aplicação do teste verificou-se o número de respostas espontâneas, de resposta correcta com ajuda semântica e o número de respostas correctas com ajuda fonémica assim como os tipos de erros realizados pelas pessoas.

*Checklist para a imagem “goodglass” do Teste Boston* (Cardoso e Coutinho, 2010) (Apêndice 2)

A imagem “goodglass” pertence ao teste The Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE) (Goodglass e Kaplan, 1972) e foi utilizada como meio para a avaliação dos tipos de erros no discurso provocado. É uma imagem a preto e branco e apresenta várias situações. Com base nesta imagem foi elaborada uma checklist com 8 questões, sendo a sua ordem sequencial e igual para todas as pessoas que a elas foram submetidas. Quanto à recolha do discurso, foi tida a referência de 3 a 5 minutos considerada por Crystal (1992). Como antes desta prova a pessoa já tinha sido submetida a outras, definiu-se que neste estudo a prova tivesse a duração de sensivelmente 3 minutos.

A recolha do discurso foi realizada da seguinte forma: colocou-se uma questão inicial (O que está a acontecer na imagem?), nos casos em que as pessoas começaram a falar

sobre a imagem ou sobre outro assunto, não se interrompeu e recolheu-se o discurso, por outro lado, nos casos em que não foi possível recolher 2 a 3 minutos de discurso, necessários para a análise, focou-se a atenção da pessoa para partes distintas da imagem. Indicou-se o sítio onde estão as crianças e fez-se questões sobre esta parte da imagem. Nos casos em que, ainda assim, não se conseguiu recolher 2 a 3 minutos de discurso, focou-se outra parte da imagem onde está uma senhora a lavar a louça e realizaram-se questões sobre a imagem, pela ordem apresentada na Checklist (Apêndice 2).

## **Procedimentos**

Este trabalho foi realizado ao longo de várias fases:

1. Estabelecimento de contactos com as instituições de forma a entregar os pedidos de autorização para a participação no estudo. Estes pedidos foram feitos através de uma carta elaborada para o efeito, entregue em mão aos responsáveis (Apêndice 3).

2. Após a autorização da instituição, fez-se a selecção da amostra de sujeitos através do preenchimento das fichas de caracterização sociodemográfica. O preenchimento destas fichas foi realizado, em alguns casos, pela assistente social e em outros pela directora responsável.

3. Em seguida, as instituições incumbiram-se de entregar uma carta de explicação do estudo, consentimento informado e autorização de gravação áudio aos familiares das pessoas seleccionadas (Apêndice 4).

4. Após autorização por parte dos familiares, foram aplicados o MMSE, o Teste de Nomeação Armstrong e realizada a recolha do discurso com base na Checklist para a imagem Goodglass. As avaliações foram aplicadas em sessões de aproximadamente 30 minutos ou em duas sessões, de acordo com a disponibilidade e cansaço das pessoas. Para uma análise mais rigorosa, a maior parte das avaliações foram gravadas.

Para além das pessoas que participam no estudo, obteve-se autorização para avaliar mais duas pessoas com DAP. No entanto, não foi possível efectuar as avaliações, uma vez que uma dessas pessoas ficou muito ansiosa, acabando por não colaborar e a outra negou-se mesmo a participar. Desta forma, e tendo em consideração a vontade expressa

destas pessoas, em não colaborar, estas não foram avaliadas não participando por isso no estudo.

5. Foi feita, de seguida, a análise das avaliações efectuadas.

A classificação da gravidade da demência de cada um dos participantes teve como base os resultados obtidos no MMSE, tendo sido realizada da seguinte forma: 1) Analfabetos: grau ligeiro de 15 a 11 pontos; grau moderado de 10 a 6 pontos; grau grave se o resultado for menor ou igual a 5 pontos; 2) Indivíduos com 1 a 11 anos de escolaridade: grau ligeiro de 22 a 18 pontos; grau moderado de 17 a 13 pontos; grau grave se o resultado for menor ou igual a 12 pontos; 3) Indivíduos com mais de 11 anos de escolaridade: grau ligeiro de 27 a 23 pontos; grau moderado de 22 a 18 pontos; grau grave se o resultado for menor ou igual a 17 pontos (Coutinho, 2005).

Uma das pessoas que participou no estudo é analfabeta. No entanto, obteve score 20 no MMSE, valor que tendo em consideração os valores de referência para pessoas analfabetas, não indica presença de declínio cognitivo. É importante ter em conta neste caso que, embora nunca tenha frequentado a escola, teve apoio de um familiar que o ensinou a ler e a escrever, podendo este facto ter influência no score obtido. De acordo com o diagnóstico médico, ficou enquadrado no estadio leve.

Com base no teste de nomeação e recolha do discurso foram classificados os tipos de respostas/erros realizados por cada sujeito.

6. Posteriormente, foi criada e preenchida a base de dados através do software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 17.0.*, seguindo-se o tratamento dos dados e a análise dos resultados obtidos.

Para caracterização dos tipos de respostas na nomeação e no discurso provocado foram utilizadas médias, desvios-padrão, máximo e mínimo. Para comparação dos tipos de resposta/erro realizados dentro do mesmo estadio utilizou-se o teste de Wilcoxon e para a comparação dos tipos de resposta/erro entre os diferentes estadio, o Teste de Kruskal-Wallis.

Há que salientar que embora se tenha usado estatística inferencial, com um n muito pequeno em cada grupo, esta permitirá retirar conclusões apenas para a amostra deste estudo.

A escolha da estatística não paramétrica deve-se ao facto da amostra ser muito reduzida ( $n < 30$ ), não se justificando aplicar testes paramétricos, uma vez que não estão estabelecidos os pressupostos para esse tipo de estatística.

No tratamento dos dados foi considerado um grau de confiança de 95%. ( $\alpha = 0,05$ ).

## Resultados

A apresentação dos resultados tem início com a caracterização dos tipos de resposta realizados na prova de nomeação em cada um dos estadios de DAP. No estadio leve (Quadro 5) as pessoas nomearam correctamente, de forma espontânea, uma média de  $23,33 \pm 8,32$  imagens, verificando-se um máximo de 30 imagens nomeadas correctamente. Com ajuda semântica nomearam em média  $5,67 \pm 5,033$  imagens correctamente e  $7,67 \pm 3,055$  imagens com ajuda fonémica.

Foram realizados todos os tipos de erros à excepção das perseverações, palavras debaixo da língua e má percepção visual. Verificou-se que o erro mais frequente foi a parafasia semântica ( $8,67 \pm 5,033$ ), seguindo-se, a parafasia verbal ( $5,00 \pm 3,464$ ), o circunlóquio ( $5,00 \pm 4,359$ ) e as pausas anómicas com resposta correcta ( $3,67 \pm 3,215$ ).

**Quadro 5:** Caracterização dos tipos de resposta realizados pela pessoa com DAP no estadio leve ( $n=3$ ) na prova de nomeação (Teste de Armstrong).

	<b>Média</b>	<b>Desvio-Padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
<b>Resposta Espontânea</b>	23,33	8,327	14	30
<b>Parafasia Semântica</b>	8,67	5,033	4	14
<b>Resposta correcta com ajuda fonémica</b>	7,67	3,055	5	11
<b>Resposta correcta com ajuda semântica</b>	5,67	5,033	1	11
<b>Circunlóquio</b>	5,00	4,359	2	10
<b>Parafasia Verbal</b>	5,00	3,464	3	9
<b>Pausa anómica com resposta correcta</b>	3,67	3,215	0	6
<b>Superordenação</b>	1,67	1,528	0	3
<b>Pausa anómica sem resposta correcta</b>	1,33	0,577	1	2
<b>Outros</b>	1,00	1,732	0	3
<b>Paráfrase</b>	1,00	1,000	0	2
<b>Neologismos</b>	1,00	1,000	0	2
<b>Não responde</b>	0,33	0,577	0	1
<b>Parafasia fonémica</b>	0,33	0,577	0	1
<b>Não reconheceu</b>	0,33	0,577	0	1
<b>Má percepção visual</b>	-	-	-	-
<b>Perseverações</b>	-	-	-	-
<b>Palavras debaixo da língua</b>	-	-	-	-

Relativamente às pessoas com DAP no estadio moderado (Quadro 6) verifica-se que, em média, nomearam espontaneamente  $26,14 \pm 8,435$  imagens. Com ajuda semântica nomearam, em média,  $2,86 \pm 1,952$  imagens correctamente e  $5,57 \pm 3,994$  imagens com ajuda fonémica. Relativamente aos erros realizados nesta tarefa verificou-se que o erro mais frequente foi a parafasia semântica ( $5,14 \pm 2,795$ ), seguindo-se a parafasia verbal ( $4,57 \pm 3,780$ ), o circunlóquio ( $3,71 \pm 2,289$ ) e as pausas anómicas com resposta correcta ( $3,57 \pm 3,309$ ). Neste estadio, as palavras debaixo da língua foram o único erro que não foi realizado.

**Quadro 6:** Caracterização dos tipos de resposta realizados pela pessoa com DAP no estadio moderado (n=7) na prova de nomeação (Teste de Armstrong).

	<b>Média</b>	<b>Desvio-Padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
<b>Resposta Espontânea</b>	26,14	8,435	21	45
<b>Resposta correcta com ajuda fonémica</b>	5,57	3,994	0	12
<b>Parafasia Semântica</b>	5,14	2,795	2	10
<b>Parafasia Verbal</b>	4,57	3,780	1	12
<b>Circunlóquio</b>	3,71	2,289	0	6
<b>Pausa anómica com resposta correcta</b>	3,57	3,309	0	9
<b>Resposta correcta com ajuda semântica</b>	2,86	1,952	1	6
<b>Pausa anómica sem resposta correcta</b>	2,14	2,268	0	6
<b>Não reconheceu</b>	1,71	1,380	0	4
<b>Paráfrase</b>	1,14	2,193	0	6
<b>Outros</b>	1,14	2,193	0	6
<b>Superordenação</b>	1,14	1,345	0	3
<b>Perseverações</b>	0,86	1,215	0	3
<b>Não responde</b>	0,71	1,890	0	5
<b>Parafasia fonémica</b>	0,57	0,787	0	2
<b>Neologismos</b>	0,57	0,535	0	1
<b>Má percepção visual</b>	0,43	0,787	0	2
<b>Palavras debaixo da língua</b>	-	-	-	-

Por sua vez, no estadio grave (Quadro 7), as pessoas nomearam espontaneamente, em média,  $12,67 \pm 6,218$  imagens. A média de respostas correctas com ajuda semântica foi de  $0,83 \pm 1,329$  e com ajuda fonémica foi de  $9,67 \pm 5,854$ . Quanto aos erros realizados nesta tarefa verificou-se que o erro mais frequente foi a parafasia verbal ( $10,00 \pm 2,608$ ), seguindo-se, o circunlóquio ( $9,83 \pm 4,792$ ), neologismos ( $7,50 \pm 8,781$ ) e a parafasia semântica ( $7,00 \pm 3,847$ ). Neste estadio, a não resposta foi o único erro que não foi realizado.



**Quadro 7:** Caracterização dos tipos de resposta realizados pela pessoa com DAP no estadio grave (n=6) na prova de nomeação (Teste de Armstrong).

	<b>Média</b>	<b>Desvio-Padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
<b>Resposta Espontânea</b>	12,67	6,218	1	18
<b>Parafasia Verbal</b>	10,00	2,608	6	13
<b>Circunlóquio</b>	9,83	4,792	4	15
<b>Resposta correcta com ajuda fonémica</b>	9,67	5,854	0	15
<b>Neologismos</b>	7,50	8,781	0	19
<b>Parafasia Semântica</b>	7,00	3,847	3	14
<b>Pausa anómica com resposta correcta</b>	2,33	1,751	0	5
<b>Perseverações</b>	1,83	2,401	0	6
<b>Parafasia fonémica</b>	1,83	1,472	0	4
<b>Superordenação</b>	1,67	1,366	0	4
<b>Pausa anómica sem resposta correcta</b>	1,67	1,862	0	4
<b>Resposta correcta com ajuda semântica</b>	0,83	1,329	0	3
<b>Paráfrase</b>	0,67	1,211	0	3
<b>Outros</b>	0,50	0,548	0	1
<b>Não reconheceu</b>	0,50	0,837	0	2
<b>Má percepção visual</b>	0,50	0,837	0	2
<b>Palavras debaixo da língua</b>	0,17	0,4082	0	1
<b>Não responde</b>	-	-	-	-

Na realização da tarefa de discurso provocado foram colocadas algumas questões para provocar o discurso. No Quadro 8 podem observar-se os diferentes níveis de ajuda, tendo-se verificado que a maioria das pessoas (37,5%) precisou das 8 ajudas, havendo apenas dois sujeitos em que foi colocada apenas a primeira questão.

**Quadro 8:** Diferentes níveis de ajuda, na tarefa de discurso provocado.

**Legenda:** Q1 - O que está a acontecer na imagem?; Q2 - O que estão a fazer as crianças?; Q3- O que está a fazer o menino?; Q4 - O que é que lhe pode acontecer?; Q5 - Aqui (apontar!) temos uma menina. O que é que ela está a fazer?; Q6 - O que está a senhora a fazer?; Q7 - O que está a acontecer? (apontar para a água a cair); Q8 - O que é que pode acontecer?

<b>Nível de Ajuda</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Questão 1 (Q1)</b>	2	12,5%
<b>Q1 + Q2</b>	1	6,3%
<b>Q1 + Q2 + Q3</b>	2	12,5%
<b>Q1 + Q2 + Q3 + Q4</b>	0	0%
<b>Q1 + Q2 + Q3 + Q4 + Q5</b>	5	31,3%
<b>Q1 + Q2 + Q3 + Q4 + Q5 + Q6</b>	0	0%
<b>Q1 + Q2 + Q3 + Q4 + Q5 + Q6 + Q7</b>	0	0%
<b>Q1 + Q2 + Q3 + Q4 + Q5 + Q6 + Q7 + Q8</b>	6	37,5%

Relativamente ao discurso provocado, os tipos de erros realizados no estadio leve (Quadro 9) foram o circunlóquio (2,67±0,577), a pausa anómica com resposta correcta (1,00±1,732) e a parafasia verbal (0,67±1,155).

**Quadro 9:** Caracterização dos tipos de resposta realizados pela pessoa com DAP no estadio leve (n=3) na prova de discurso provocado.

	<b>Média</b>	<b>Desvio-padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
<b>Circunlóquio</b>	2,67	0,577	2	3
<b>Pausa anómica com resposta correcta</b>	1,00	1,732	0	3
<b>Parafasia Verbal</b>	0,67	1,155	0	2
<b>Perseveração</b>	-	-	-	-
<b>Palavras debaixo da língua</b>	-	-	-	-
<b>Parafasia fonémica</b>	-	-	-	-
<b>Neologismo</b>	-	-	-	-
<b>Parafasia Semântica</b>	-	-	-	-
<b>Paráfrase</b>	-	-	-	-
<b>Superordenação</b>	-	-	-	-
<b>Pausa anómica sem resposta correcta</b>	-	-	-	-
<b>Outros</b>	-	-	-	-
<b>Má percepção visual</b>	-	-	-	-
<b>Não resposta</b>	-	-	-	-

No estadio moderado (Quadro 10), os tipos de erros realizados foram o circunlóquio, a parafasia verbal, a pausa anómica com resposta correcta, a pausa anómica sem resposta correcta, outros e má percepção visual, sendo que os mais frequentes foram o circunlóquio ( $1,29 \pm 1,380$ ) e a pausa anómica com resposta correcta ( $1,00 \pm 1,155$ ).

**Quadro 10:** Caracterização dos tipos de resposta realizados pela pessoa com DAP no estadio moderado (n=7) na prova de discurso provocado.

	<b>Média</b>	<b>Desvio-padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
<b>Circunlóquio</b>	1,29	1,380	0	3
<b>Pausa anómica com resposta correcta</b>	1,00	1,155	0	3
<b>Má percepção visual</b>	0,43	0,787	0	2
<b>Parafasia Verbal</b>	0,29	0,488	0	1
<b>Pausa anómica sem resposta correcta</b>	0,14	0,378	0	1
<b>Outros</b>	0,14	0,378	0	1
<b>Neologismo</b>	-	-	-	-
<b>Perseveração</b>	-	-	-	-
<b>Paráfrase</b>	-	-	-	-
<b>Superordenação</b>	-	-	-	-
<b>Palavras debaixo da língua</b>	-	-	-	-
<b>Parafasia fonémica</b>	-	-	-	-
<b>Parafasia Semântica</b>	-	-	-	-
<b>Não resposta</b>	-	-	-	-

Por sua vez, no estadio grave (Quadro 11) ocorreram sobretudo circunlóquios ( $2,33 \pm 2,422$ ) e parafasias verbais ( $1,17 \pm 0,753$ ), tendo sido realizados também perseverações, neologismos, pausas anómicas com resposta correcta, pausas anómicas sem resposta correcta e outros.

**Quadro 11:** Caracterização dos tipos de resposta realizados pela pessoa com DAP no estádio grave (n=6) na prova de discurso provocado.

	<b>Média</b>	<b>Desvio-padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
<b>Circunlóquio</b>	2,33	2,422	0	6
<b>Parafasia Verbal</b>	1,17	0,753	0	2
<b>Pausa anômica sem resposta correcta</b>	0,67	1,211	0	3
<b>Pausa anômica com resposta correcta</b>	0,50	1,225	0	3
<b>Neologismo</b>	0,50	0,837	0	2
<b>Outros</b>	0,33	0,516	0	1
<b>Perseveração</b>	0,17	0,408	0	1
<b>Superordenação</b>	-	-	-	-
<b>Paráfrase</b>	-	-	-	-
<b>Palavras debaixo da língua</b>	-	-	-	-
<b>Parafasia Semântica</b>	-	-	-	-
<b>Parafasia fonémica</b>	-	-	-	-
<b>Má percepção visual</b>	-	-	-	-
<b>Não resposta</b>	-	-	-	-

No que diz respeito à comparação entre os tipos de resposta realizados na nomeação pela pessoa com DAP nos diferentes estádios verifica-se que apenas existem diferenças significativas para o nível de significância estabelecido ( $\alpha=0,05$ ) nas respostas correctas sem ajuda ( $p=0,016$ ), nas respostas correctas com ajuda semântica ( $p=0,048$ ) e nas parafasias verbais ( $p=0,043$ ). O número de respostas espontâneas aumentou do estádio leve (23,33) para o moderado (26,14) e diminuiu do moderado para o grave (12,67). O número de respostas correctas com ajuda semântica diminui com a progressão da doença, verificando-se que o número de parafasias verbais diminuiu ligeiramente do estádio leve (5,00) para o moderado (4,57), aumentando no estádio grave (10,00) (Quadro 12).

**Quadro 12:** Comparação entre os tipos de resposta realizados na nomeação pela pessoa com DAP nos diferentes estádios.

	<b>Estádio Leve (M±DP)</b>	<b>Estádio Moderado (M±DP)</b>	<b>Estádio Grave (M±DP)</b>
<b>Resposta espontânea</b>	23,33±8,327	26,14±8,435	12,67±6,218
<b>Resposta correcta com ajuda semântica</b>	5,67±5,033	2,86±1,952	0,83±1,329
<b>Parafasias verbais</b>	5,00±3,464	4,57±3,780	10,00±2,608

\* média ± desvio-padrão

Comparando os tipos de erros realizados no discurso provocado e ao contrário do ocorrido na nomeação, não se verificaram quaisquer diferenças significativas entre os três estádios.

Relativamente à comparação dos tipos de erros realizados pela pessoa com DAP no estádio leve, entre a tarefa de nomeação e o discurso provocado, não se verificaram diferenças significativas entre os tipos de erros realizados.

No estádio moderado verificaram-se diferenças significativas nas parafasias semânticas ( $p=0,017$ ), circunlóquios ( $p=0,027$ ), neologismos ( $p=0,046$ ), parafasias verbais ( $p=0,018$ ) e pausas anómicas sem resposta correcta ( $p=0,042$ ) entre as duas tarefas. Ao contrário do que se verificou na tarefa de nomeação, no discurso provocado não ocorreram parafasias semânticas nem neologismos (Quadro 13). No discurso provocado, a média de circunlóquios, parafasias verbais e pausas anómicas sem resposta correcta é inferior ao ocorrido na nomeação (Quadro 13).

**Quadro 13:** Médias e Desvios-padrão dos tipos de erros realizados pela pessoa com DAP no estádio moderado, na tarefa de nomeação e no discurso provocado.

	Nomeação (M±DP)	Discurso provocado (M±DP)
<b>Parafasia semântica</b>	5,14±2,795	-
<b>Parafasia verbal</b>	4,57±3,780	0,29±0,488
<b>Circunlóquio</b>	3,71±2,289	1,29±1,380
<b>Pausa anómica sem resposta correcta</b>	2,14±2,268	0,14±0,378
<b>Neologismo</b>	0,57±0,535	-

No estádio grave (Quadro 14), as diferenças significativas encontradas para o mesmo tipo de erro entre as duas provas verificaram-se nas parafasias semânticas ( $p=0,027$ ), na superordenação ( $p=0,041$ ), nos circunlóquios ( $p=0,028$ ), nas parafasias fonémicas ( $p=0,042$ ), nos neologismos ( $p=0,041$ ) e nas parafasias verbais ( $p=0,027$ ). De um modo geral a média dos tipos de erros realizados na nomeação é superior à do discurso provocado, observando-se que as parafasias semânticas, as superordenações e as parafasias fonémicas não ocorreram nesta última prova.

**Quadro 14:** Médias e Desvios-padrão dos tipos de erros realizados pela pessoa com DAP no estádio grave, na tarefa de nomeação e no discurso provocado.

	Nomeação (M±DP)	Discurso provocado (M±DP)
<b>Parafasia Verbal</b>	10,00±2,608	1,17±0,753
<b>Circunlóquio</b>	9,83±4,792	2,33±2,422
<b>Neologismo</b>	7,50±8,781	0,50±0,837
<b>Parafasia Semântica</b>	7,00±3,847	-
<b>Parafasia fonémica</b>	1,83±1,472	-
<b>Superordenação</b>	1,67±1,366	-

## Discussão

A discussão será realizada tendo em consideração a ordem pela qual os objectivos foram definidos.

No estadio leve da DAP não é muito comum ocorrerem erros no discurso, isto porque neste estadio a produção da linguagem oral se encontra normalmente perseverada (Ortiz, 2005). No entanto, segundo Mac-Kay *et al* (2003), a pessoa pode perder com facilidade o tópico, retomando-o, por vezes, quando a conversa já vai noutro assunto (perseveração). Ao contrário do que seria de esperar, no presente estudo isso não se verificou, pelo contrário, constatou-se que na tarefa de nomeação foram realizados todos os tipos de erros considerados à excepção das perseverações, palavras-debaixo-da-língua e má percepção visual. Um dos erros mais realizados no estadio leve, em tarefa de nomeação foi a parafasia verbal, embora, segundo Ortiz (2005) não seja muito comum. Ainda que não venha referido na literatura, o erro mais efectuado foi a parafasia semântica. A presença deste erro pode evidenciar que há falhas de memória semântica em tarefas de nomeação (Chertkow e Bub, 1990 citados por Brandão, 2005).

No estadio moderado, à semelhança do estadio leve, verificou-se que o erro mais frequente foi a parafasia semântica, o que se pode justificar pelo empobrecimento semântico característico deste estadio (Mac-Kay *et al*, 2003). Foram ainda realizadas parafasias verbais, circunlóquios, neologismos e pausas anómicas que são erros frequentes nesta fase (Mac-Kay *et al*, 2003).

No estadio grave, é de esperar que as pessoas com DAP façam perseverações ou ecolália (Mac-Kay *et al*, 2003), o que se verificou, embora não tenham sido os erros que ocorreram com maior frequência. Os erros mais frequentes foram parafasias verbais, circunlóquios, neologismos e parafasias semânticas.

No discurso provocado também não se verificaram perseverações, no estadio inicial, ao contrário do que seria de esperar, conforme Mac-kay *et al* (2003). Os tipos de erros mais realizados neste estadio foram o circunlóquio, a pausa anómica com resposta correcta e a parafasia verbal, o que reflecte dificuldades no acesso lexical. Foram usadas expressões em substituição das palavras pretendidas, foi necessário tempo de latência para aceder às palavras e ocorreram produções de palavras sem relação quanto à forma e ao conteúdo. De acordo com Huff (2001, citado por Brandão, 2005) no estadio inicial é

comum haver dificuldades de recuperação lexical. Estas dificuldades antecedem a possível perda de conceitos durante a evolução da DAP.

Já no estadio moderado, foram realizadas parafasias verbais e pausas anómicas (as pessoas apresentaram dificuldade no acesso fonológico, lexical ou semântico, ou ainda na passagem da informação entre alguns desses subsistemas), tal como o referido por Mac-Kay (2003). Neste estadio, a linguagem está ainda mais comprometida, podendo aparecer défices perceptivos (Ortiz, 2005). Ao contrário do estadio anterior, neste estadio verifica-se, também, má percepção visual. Este erro ocorreu também na tarefa de nomeação. O erro mais realizado neste estadio em tarefa de discurso provocado foi o circunlóquio, o que revela que a pessoa conseguiu aceder à palavra mas não produzi-la.

Quanto ao estadio grave, e tal como seria de esperar, tendo como referência Mac-Kay (2003), há uma grande redução da produção oral e a pessoa apresenta um discurso muito desorganizado. Ocorreram sobretudo circunlóquios e parafasias verbais, sendo que também foram realizadas, conforme Mac-Kay (2003), perseverações. As pessoas apresentam muita dificuldade em reter o tema do discurso e em activar informação nova sobre a mesma acção, acabando, na maioria dos casos, por se focar numa parte da imagem repetindo frequentemente palavras ou frases curtas, fazendo perseverações.

Comparando a prestação dos indivíduos nos diferentes estadios, na tarefa de nomeação, nos diferentes estadios, constatou-se que houve diferenças significativas ao nível das respostas espontâneas, nas respostas correctas com ajuda semântica e nas parafasias verbais. Seria de esperar que com o avançar da doença, o número de respostas espontâneas diminuísse, uma vez que a diminuição da capacidade de nomeação se atribui às dificuldades de acesso ao léxico, que por sua vez reflectem o comprometimento crescente da memória semântica com o agravamento da doença (Mac-Kay, 1999). No entanto, do estadio leve para o moderado isso não se verificou, aumentando um pouco e voltando a diminuir consideravelmente no estadio grave. Este facto pode justificar-se pelo número reduzido da amostra, de uma forma geral, e no estadio leve de forma particular (n=3).

No que diz respeito às respostas correctas com ajuda semântica, estas diminuem com a progressão da doença, como era de esperar, uma vez que as pessoas com DAP apresentam deteriorização da memória semântica, sendo comum haver dificuldade em

nomear itens de uma categoria (Mac-Kay *et al* 2003). Com ajuda fonémica, os resultados foram melhores do que com ajuda semântica. Com o avançar dos estadios ainda se evidencia mais esta característica, uma vez que a memória semântica piora com o avançar da doença enquanto a memória lexical, permanece relativamente preservada (Freitas *et al* 2006), ou seja, independentemente da pessoa saber o significado da palavra, ela consegue produzi-la sem grande dificuldade. A ajuda fonémica comporta, desta forma, menos informação, ou seja, apresenta um menor grau de abstracção e não exige conhecimento semântico, conseguindo a pessoa dar uma resposta quase automática. Conforme Sim-Sim (1998), no processamento de informação a discriminação antecede a categorização. Assim, a categorização é uma etapa mais avançada que contém mais informação. A categorização está intimamente ligada com a memória semântica. Desta forma, se a memória semântica piora com o avançar da doença, a pista semântica torna-se mais complexa uma vez que implica ter conhecimento sobre categorias.

No estadio leve e no estadio moderado não foram realizados o tipo de erro palavras-debaixo-da-língua no entanto este erro ocorreu no estadio grave. Como referido anteriormente, com a progressão da doença vai havendo perda de memória o que pode justificar a ocorrência deste erro apenas no estadio grave. A má percepção visual não esteve presente no estadio leve, tendo ocorrido no estadio moderado e no estadio grave, com maior média neste último. Segundo Ortiz (2005), com o avançar da doença, a pessoa vai perdendo as suas capacidades cognitivas, nomeadamente a capacidade de perceber imagens. Isto justifica-se pelo facto da DAP ser uma doença neurodegenerativa em que as alterações e destruições do tecido nervoso são graduais e progressivas (Caldas e Mendonça, 2005).

Confrontando a prestação dos indivíduos na tarefa de discurso provocado entre os diferentes estadios, não se verificam quaisquer diferenças significativas entre os três estadios, embora fosse expectável que se encontrassem nomeadamente entre o estadio leve e o grave, visto a DAP ser uma doença degenerativa em que há perda de capacidade cognitiva. A ausência de diferenças significativas pode justificar-se pela reduzida dimensão da amostra.

De um modo geral, na nomeação foram realizados mais erros do que no discurso provocado, possivelmente porque na tarefa de nomeação as pessoas estavam limitadas a

uma imagem de cada vez enquanto no discurso provocado a imagem usada tem muita informação. Desta forma, no estadio leve não se verifica diferenças significativas no tipo de erros realizados na tarefa de nomeação e na tarefa de discurso provocado. No estadio moderado, enquanto na nomeação as pessoas fizeram parafasias semânticas, parafasias verbais, circunlóquios e pausas anómicas com resposta correcta, no discurso provocado apenas realizaram circunlóquios e pausas anómicas com resposta correcta. Já no estadio grave ocorreram sobretudo circunlóquios e parafasias verbais no discurso provocado, sendo que na nomeação estes também ocorreram juntamente com parafasias semânticas e superordenações. De acordo com Mac-Kay (1996) citado por Mac-Kay (1999), no estadio grave surgem mais neologismos e parafasias o que não se verifica na tarefa de nomeação. Por sua vez, no discurso provocado, os neologismos surgem mais em estadio grave. O mesmo não acontece para as parafasias.

## **Conclusões**

Este trabalho foi elaborado no sentido de contribuir para a caracterização da linguagem expressiva da pessoa com DAP, nomeadamente no que diz respeito ao tipo de respostas/erros realizados na nomeação de imagens e no discurso provocado, concluindo-se que:

Na nomeação, tanto no estadio leve como no moderado, o grupo estudado realizou parafasias semânticas, parafasias verbais, circunlóquios e pausas anómicas com respostas correctas, na tarefa de nomeação. Já o grupo do estadio grave realizou parafasias verbais, circunlóquios, neologismos e parafasias semânticas.

Na tarefa de discurso provocado as pessoas com DAP no estadio leve realizaram circunlóquios, pausas anómicas com resposta correcta e parafasias verbais. No estadio moderado realizaram circunlóquios e pausas anómicas com resposta correcta. No estadio grave foram realizados circunlóquios e parafasias verbais.

Ao contrário do que seria de esperar, na nomeação, as respostas espontâneas aumentaram do estadio leve para o moderado e diminuíram para o grave. Este facto pode atribuir-se à dimensão da amostra. As respostas correctas com ajuda semântica diminuíram com a progressão da doença e as respostas correctas com ajuda fonémica aumentaram do estadio leve para o estadio grave o que pode ser justificado pela perda



de memória semântica, característica nas pessoas com DAP e pela reduzida amostra no estadio leve (n=3).

Comparando os tipos de erro realizados na tarefa de nomeação e no discurso provocado em cada estadio, verifica-se que a média de respostas na nomeação é maior do que no discurso. No estadio leve não se observaram diferenças significativas entre os tipos de erros, enquanto no estadio moderado e no grave se verificaram diferenças significativas entre os circunlóquios, os neologismos, as parafasias verbais, as pausas anómicas com resposta correcta (estadio moderado) e as parafasias semânticas, as superordenações, os circunlóquios, as parafasias fonémicas, os neologismos e as parafasias verbais (estadio grave).

Os objectivos propostos para este trabalho foram atingidos, uma vez que se conseguiu caracterizar os tipos de erros realizados na tarefa de nomeação e de discurso provocado nos diferentes estadios, bem como comparar os tipos de erros com os estadios em que ocorreram e comparar os tipos de erro nas tarefas de nomeação e discurso provocado em cada um dos estadios.

As conclusões deste trabalho são referentes à amostra estudada. Tendo em conta que é uma amostra constituída por apenas 16 pessoas não se pode generalizar os resultados obtidos à restante população.

No decorrer da investigação surgiram algumas limitações ao estudo nomeadamente não terem sido efectuadas as avaliações todas num mesmo momento do dia, ou seja, houve pessoas que foram avaliadas de manhã e outras à tarde. Considera-se uma limitação na medida em que se sabe que as pessoas com DAP estão mais despertas e concentradas de manhã. Outra limitação ao estudo é o facto de não se saber qual foi o profissional que fez o diagnóstico de duas das pessoas que constituem a amostra do estudo. Teria sido importante ter acesso a todas as informações presentes na caracterização sociodemográfica, uma vez que permitiria caracterizar melhor a população que foi estudada. O número reduzido da amostra é outra limitação ao estudo. Uma amostra maior permitiria uma caracterização mais precisa da linguagem em cada estadio da doença, bem como uma melhor percepção da deteriorização da linguagem das pessoas com DAP com o agravamento da doença.

Neste sentido, para futuros estudo propõe-se que se volte a fazer um estudo similar mas com uma amostra significativa ( $n \geq 30$ ), se possível com o mesmo número de amostra em cada estadio.

Outra sugestão é que se faça um estudo que compare o discurso de pessoas com DAP a pessoas com a mesma idade sem historial de alterações neurológicas, na medida em que é preciso conhecer bem as diferenças entre características da senescência e da senilidade.

Sugere-se ainda a análise das pausas e da prosódia do discurso da pessoa com DAP, uma vez que na realização das avaliações se verificou algumas alterações ao nível da fluência verbal.

Como referido ao longo de todo o trabalho a incidência das demências, em particular da DAP, é um grave problema de saúde pública. Neste sentido, é importante caracterizar as alterações que surgem em estádios iniciais da doença para que possa ser feito um diagnóstico precoce e para que os profissionais de saúde possam começar actuar logo numa fase inicial, junto a estas pessoas, proporcionando maior qualidade de vida.

## **Referências Bibliográficas**

Armstrong (1996) traduzido e adaptado para o português por Vital, A.; Bom, A.; Rasquilha, I.; Ferreira, I. (1997). Teste de Nomeação de Armstrong.

Brandão, L (2005) Perfil discursivo e interactivo de pessoas com doença de Alzheimer. Tese de doutoramento. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do rio Grande do Sul

Caldas, A. e Mendonça, A. (2005) A Doença de Alzheimer e outras demências em Portugal. Lisboa: Editora Lidel

Carmo, H, e Ferreira, M.M. (2008). Metodologia da Investigação. Guia para auto-aprendizagem (2.<sup>a</sup> ed.) Lisboa: universidade Aberta.

Constâncio, J. (2008) Contributo para a adaptação do Teste de Corsi à população idosa Portuguesa. Porto: Universidade Fernando Pessoa

Coutinho, A. (2005) Caracterização da Linguagem na Pessoa com Doença de Alzheimer Provável. Trabalho monográfico. Alcoitão: Escola Superior de Saúde do Alcoitão

- Crystal, D. (1992) *Profiling Linguistic Disability* (2.<sup>a</sup> ed.) London: Whurr Publishers
- Fernandes, J. (2002) *DSM-IV-TR - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4.<sup>a</sup> ed.). Texto Revisto. Lisboa: Climepsi Editores
- Freitas, E; Py, L.; Cançado, F.; Doll, J. e Gorzoni, M. (2006) *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (2.<sup>a</sup> ed.) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- Goodglass e Kaplan (1972). *The Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE)*. – “Goodglass” Picture
- Guimarães, R. (2006). O Envelhecimento: um processo pessoal? In E. Freitas, *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (Cap. 9, pp. 83-86). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- Mac-Kay, A. (1999). Distúrbios de linguagem: Demência. In I. Russo, *Intervenção Fonoaudiológica na Terceira Idade* (Cap. 7, pp 121-131). Rio de Janeiro: Revinter
- Mac-Kay, A., Ferreira, V. e Ferreira, T. (2003) *Afásias e Demências. Avaliação e Tratamento Fonoaudiológico*. São Paulo: Santos Editora
- Mansur, L et al (2008). *Linguagem e Cognição na Doença de Alzheimer*. Puerto Alegre: Universidade de São Paulo.
- Martins, I. (1997). *Lesões Cerebrais Adquiridas na Infância – dissolução, recuperação e reorganização das capacidades cognitivas na criança*. Lisboa: Laboratório de Estudos de Linguagem.
- Morais, E. (2009) *Alterações de Linguagem na Doença de Alzheimer*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Oliveira, J. (2005) *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Legis.
- OMS (2009) *European Commission Health and Consumers Directorate General*. Disponível on-line: [http://ec.europa.eu/dgs/health\\_consumer/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/dgs/health_consumer/index_en.htm). Último acesso em 30-01-2010
- Ortiz, K. (2005) *Distúrbios Neurológicos Adquiridos* (1.<sup>a</sup> Ed.). Tamboré: editora Manole

Paùl, C. e Fonseca, A. M. (2005) Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados. (1.<sup>a</sup> ed.) Lisboa: Clempsi Editores.

Payne, J. (1997). Adult neurogenic language disorders: Assessment and Treatment – Comprehensive Ethnobiological Approach. San Diego, Califórnia – London: Singular Publishing Group, Inc.

Pereira, A. (2008). SPSS – Guia Prático de Utilização. (7.<sup>a</sup>ed.) Lisboa: Edições Sílabo

Puyuelo, M. (2007). Manual de desenvolvimento e alterações da linguagem na criança e no adulto. Artmed: Porto Alegre.

Robert, L. (1994) O Envelhecimento. Lisboa: Instituto Piaget

Royal College of Speech and Language Therapists (2009). Clinical Guidelines. Dementia. U.K.: Speechmark Publishing Ltd.

Russo, I. (1999) Intervenção Fonoaudiológica na Terceira Idade. Rio de Janeiro: Revinter

Soares, A.M. e Moriguti, J.C. (2007). Atualizações Diagnósticas e Terapêuticas em Geriatria. São Paulo: Editora Atheneu

Disponível on-line em: <http://www.alz.co.uk/research/worldreport/>. Relatório Mundial de Alzheimer 2009. Último acesso em 10-6-2010

Disponível on-line em: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&pgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=11074072&DESTAQUESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&pgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=11074072&DESTAQUESmodo=2). Instituto Nacional de Estatística (2009). Último acesso: 10-6-2010

Disponível on-line em: <http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhregionais/convbiologiaNOVO.html>. Convenção sobre os direitos do Homem e a Biomedicina – Diário da república I.<sup>a</sup> Série A, n.º 2 de 3 Janeiro 2001, pp. 26-36. Último acesso em 13-12-2009

Disponível on-line em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/cioms.htm>. Diretrizes Éticas Internacionais para a Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Último acesso em 13-12-2009

Disponível on-line em: <http://www.alzheimerportugal.org/scid/webAZprt/> Último acesso em 13-12-2009

Alzheimer Med (2010) Mal de Alzheimer – Doença de Alzheimer. Disponível on-line em: [http://www.alzheimermed.com.br/m3.asp?cod\\_pagina=1055](http://www.alzheimermed.com.br/m3.asp?cod_pagina=1055). Último acesso em 30-01-2010

# Apêndices

## Apêndice 1

### Caracterização Sociodemográfica

**Instituição:** \_\_\_\_\_

**Nome codificado:** \_\_\_\_\_

**Lateralidade:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_ **Data de Nascimento:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_

**Naturalidade:** \_\_\_\_\_ **Estado civil:** \_\_\_\_\_

**Habilitações Literárias:** \_\_\_\_\_ **Profissão:** \_\_\_\_\_

**Data do diagnóstico de DAP:** \_\_\_\_\_

**Quem diagnosticou DAP:** \_\_\_\_\_

**Qual a medicação que toma:** \_\_\_\_\_

**Há quanto tempo frequenta a instituição:** \_\_\_\_\_

**Regime de frequência (Lar/Centro de dia):** \_\_\_\_\_

**Observações:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Apêndice 2

### Checklist para a imagem do Goodglass

1. O que está a acontecer na imagem?
2. No caso de não se conseguir recolher 2 a 3 minutos de discurso necessários para a análise, deve-se focar partes distintas da imagem:

**Crianças:** (indicar o sítio onde estão)

- O que estão a fazer as crianças?
- O que está a fazer o menino?
- O que é que lhe pode acontecer?
- Aqui (apontar!) temos uma menina. O que é que ela está a fazer?

**Senhora:** (indicar o sítio onde está)

- O que está a senhora a fazer?
- O que está a acontecer? (apontar para a água a cair)
- O que é que pode acontecer?



### Apêndice 3

Barcarena, 25 de Janeiro de 2010

#### **ASSUNTO: Pedido de Autorização para efectuar um estudo na instituição**

Exmo. (a) Sr. (a) Director (a) da instituição **X**:

Eu, Susana Cardoso, aluna do 4.º ano do Curso de Terapia da Fala da Universidade Atlântica, encontro-me a realizar a monografia de final de curso com o tema: “Comparação entre os tipos de erros realizados pela pessoa com Doença de Alzheimer Provável, em tarefas de nomeação e de discurso provocado, nos diferentes estadios da doença”, sob a orientação da professora Ana Pereira Coutinho.

Este projecto tem como objectivos caracterizar os tipos de erros realizados pela pessoa com Doença de Alzheimer Provável (DAP) nos vários estadios da doença em tarefas de nomeação e de discurso provocado e comparar os tipos de erros realizados pelas pessoas com DAP em tarefas de nomeação e de discurso provocado nos diferentes estadios da doença.

Vão ser aplicadas três provas específicas: o Mini-Mental State Examination, para se detectar o estadio da doença correspondente; o Teste de Nomeação Armstrong para observar os tipos de erros efectuados em tarefas de nomeação de imagens; uma Checklist elaborada para descrição da imagem Goodglass do Teste Boston, de forma a registar os tipos de erros efectuados em discurso provocado. Nesta última prova será utilizado um gravador, se o familiar responsável pela pessoa assim o permitir, unicamente para auxiliar a análise do discurso. Estas provas terão de se realizar em 1 ou 2 contactos e não constituem quaisquer riscos para a pessoa.

Toda a informação obtida é anónima e confidencial, servindo apenas para uso exclusivo deste trabalho, sendo que nem os participantes, nem a instituição serão identificados no estudo.

Desta forma, venho solicitar a sua colaboração no sentido de me autorizar a realização do estudo na instituição que representa.

Caso V. Exa. autorize, serão efectuados pedidos de autorização aos responsáveis pelos potenciais participantes. Os dias em que a aluna irá à instituição serão combinados posteriormente de forma a não perturbar o bom funcionamento da instituição.

Certa que dedicará a este pedido uma especial atenção, aguardo a resposta e aproveito, desde já, para apresentar os meus sinceros agradecimentos.

Obrigado pela sua colaboração.

Com os meus melhores cumprimentos,

Susana Cardoso

---

Em caso de dúvidas contactar a aluna: **Susana Cardoso (contacto telefónico)** ou a Professora Orientadora do estudo: **Ana Pereira Coutinho (contactos telefónicos)**

Autorizo Susana Antunes Cardoso, aluna do 4.º ano do Curso de Terapia da Fala da Universidade Atlântica, no âmbito do trabalho final de curso, a realizar o seu estudo na instituição que represento.

O director,

---

Oeiras, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## Apêndice 4

Barcarena, 25 de Janeiro de 2010

Exmo. (a) Sr. (a),

Eu, Susana Cardoso, aluna do 4.º ano do Curso de Terapia da Fala da Universidade Atlântica, encontro-me a realizar a monografia de final de curso com o tema: “Comparação entre os tipos de erros realizados pela pessoa com Doença de Alzheimer Provável, em tarefas de nomeação e de discurso provocado, nos diferentes estadios da doença”, sob a orientação da professora Ana Pereira Coutinho.

Este estudo tem como objectivos caracterizar os tipos de erros realizados pela pessoa com Doença de Alzheimer Provável (DAP) nos vários estadios da doença em tarefas de nomeação e de discurso provocado e comparar os tipos de erros realizados pelas pessoas com DAP em tarefas de nomeação e de discurso nos diferentes estadios da doença. A realização deste estudo contribuirá para uma melhor caracterização da linguagem das pessoas com Alzheimer. Esta caracterização é importante para um melhor conhecimento da doença e, por conseguinte, a intervenção dos profissionais com estas pessoas será mais fundamentada.

Vão ser aplicadas três provas específicas: o Mini-Mental State Examination, para se detectar o estadio da doença correspondente; o Teste de Nomeação Armstrong para observar os tipos de erros efectuados em tarefas de nomeação de imagens; uma Checklist elaborada para a descrição da imagem Goodglass do Teste Boston, de forma a registar os tipos de erros efectuados em discurso provocado. Nesta última prova será utilizado um gravador, se assim o permitir, unicamente para auxiliar a análise do discurso. Estas provas terão de se realizar em 1 ou 2 contactos e não constituem quaisquer riscos para o seu familiar.

Todos os dados colhidos durante este estudo serão tratados de forma confidencial. Os dados a que terei acesso serão conservados num local seguro à minha responsabilidade. Após finalizado o estudo, o mesmo será disponibilizado na instituição, encontrando-se garantido o anonimato.

A escolha de participar ou não participar no estudo é voluntária. Se decidir que o seu familiar participe no estudo, poderá retirá-lo a qualquer momento.

No caso de permitir a participação do seu familiar, agradeço que preencha o Consentimento Informado.

Com os meus melhores cumprimentos,

## Consentimento Informado

Reconheço que os procedimentos de investigação descritos na carta anexa me foram explicados e que responderam de forma satisfatória a todas as minhas questões. Compreendo que tenho o direito de colocar, agora e durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o mesmo, a investigação ou os métodos utilizados. Asseguram-me que os processos que dizem respeito ao meu familiar serão guardados de forma confidencial e que não serão publicadas ou comunicadas informações relacionadas com a sua identidade pessoa, sem a minha permissão.

Compreendo que sou livre de a qualquer momento retirar o meu familiar deste estudo, sem comprometer a qualidade dos cuidados da instituição para comigo, para com o meu familiar ou qualquer outro elemento da minha família, não importando em que momento o estudo se encontra.

Pelo presente documento eu consinto que o meu familiar \_\_\_\_\_(nome) possa participar plenamente neste estudo.

Autorizo a gravação áudio do meu familiar durante a aplicação das provas que constituem este estudo. (assinale com um X)

Sim

Não

Nome \_\_\_\_\_

Assinatura e grau de parentesco \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Em caso de dúvidas contactar a aluna: **Susana Cardoso** (contacto telefónico) ou a Professora Orientadora do estudo: **Ana Pereira Coutinho** (contactos telefónicos)

# Anexos

## Anexo 1

### AVALIAÇÃO BREVE DO ESTADO MENTAL

#### I. Orientação

(Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz)

1 PONTO POR CADA RESPOSTA CORRECTA

1. Em que ano estamos? \_\_\_\_\_
2. Em que mês estamos? \_\_\_\_\_
3. Em que dia do mês estamos? (Quantos são hoje?) \_\_\_\_\_
4. Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_\_
5. Em que dia da semana estamos? (Que dia da semana é hoje?) \_\_\_\_\_
6. Em que país estamos? (Como se chama o nosso país?) \_\_\_\_\_
7. Em que distrito vive? \_\_\_\_\_
8. Em que terra vive? \_\_\_\_\_
9. Em que casa estamos? (Como se chama a casa onde estamos?) \_\_\_\_\_
10. Em que andar estamos? \_\_\_\_\_

**NOTA** \_\_\_\_\_

#### II. Retenção

(Vou dizer-lhe três palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras. As palavras são...)

**PÊRA**

**GATO**

**BOLA**

Repita as três palavras.

1 PONTO POR CADA RESPOSTA CORRECTA

**PÊRA** \_\_\_\_ **GATO** \_\_\_\_ **BOLA** \_\_\_\_

**NOTA** \_\_\_\_\_

#### III. Atenção e Cálculo

(Agora peço-lhe que me diga quantos são **30** menos **3** e que ao número encontrado volte a subtrair **3** até eu lhe dizer para parar)

1 PONTO POR CADA RESPOSTA CORRECTA (Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer um erro na subtracção, mas continuando a subtrair a partir do erro, conta-se como erro único)

**30 27 24 21 18 15**

**NOTA** \_\_\_\_\_

#### IV. Evocação

(Só se executa no caso de o sujeito ter apreendido as palavras referidas na prova de retenção)

(Agora veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há pouco para repetir)

1 PONTO POR CADA RESPOSTA CORRECTA

**PÊRA** \_\_\_\_\_ **GATO** \_\_\_\_\_ **BOLA** \_\_\_\_\_ **NOTA** \_\_\_\_\_

#### V. Linguagem

1 PONTO POR CADA RESPOSTA CORRECTA

- a) Mostrar o relógio de pulso  
“Como se chama isto?” **NOTA** \_\_\_\_\_
- b) Mostrar um lápis  
“Como se chama isto?” **NOTA** \_\_\_\_\_
- c) Repetir a frase:  
“O rato rói a rolha” **NOTA** \_\_\_\_\_

- d) (Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o em cima da mesa)

1 PONTO POR CADA RESPOSTA CORRECTA

Pega no papel com a mão direita \_\_\_\_\_

Dobra o papel ao meio \_\_\_\_\_

Coloca o papel no chão \_\_\_\_\_

**NOTA** \_\_\_\_\_

- e) (Leia e cumpra o que diz neste cartão)

(Mostrar o cartão com a frase “**Feche os olhos**”. Se sujeito for analfabeto o examinador deverá ler-lhe a frase)

1 PONTO POR CADA RESPOSTA CORRECTA

**NOTA** \_\_\_\_\_



f) (Escreva uma frase)

(A frase deve ter sujeito, verbo e ter sentido para ser pontuada com 1 ponto . Erros gramaticais ou troca de letras não contam como erros. A frase deve ser escrita numa folha em branco. Se o sujeito for analfabeto, não realizar este ponto)

**NOTA** \_\_\_\_\_

g) (Copie o desenho que lhe vou mostrar)

(Os 10 ângulos devem estar presentes e 2 deles devem estar intersectados para pontuar 1 ponto. Tremor e erros de rotação não são valorizados)

**NOTA** \_\_\_\_\_

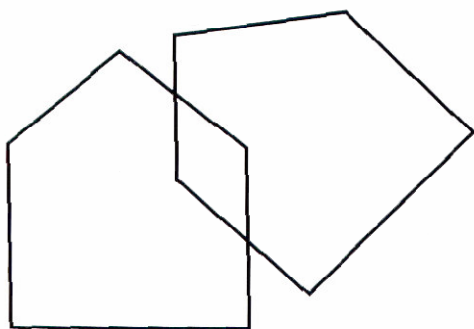
**NOTA TOTAL** \_\_\_\_\_

FECHIE

OS

OLHOS

**Desenho:**



**Cópia:**

**Nota:** \_\_\_\_

**TOTAL** (Máximo 30 pontos): \_\_\_\_

## Anexo 2

### TESTE DE NOMEAÇÃO DE ARMSTRONG

Nome: _____	
Data de nascimento: __/__/____	Data da Avaliação: __/__/____
Diagnóstico Médico: _____	
Terapeuta da Fala: _____	
Instituição: _____	

#### *Nomeação Espontânea*

Número de Respostas Correctas Sem Ajuda: \_\_\_\_\_

#### *Resposta Com Ajuda (Cueing Responsiveness)*

Número de respostas Correctas Após Ajuda Semântica: \_\_\_\_\_

Número de Respostas Correctas Após Ajuda Fonémica: \_\_\_\_\_

Tipo de Erro	
Parafasia semântica	
Superordenação (superordinate)	
Circunlóquio	
Perseveração	
Palavra debaixo da língua	
Parafasia fonémica	
Neologismos	
Parafasia verbal	
Não reconheceu	
Má percepção visual	
Não responde	
Outros	

Tradução e adaptação para Português Europeu por: Ana Paula Vital, Ana Rita Bom, Inês Nobre Rasquilha e Isabel Maria Ferreira – Escola Superior de saúde do Alcoitão, Departamento de Terapêutica da Fala

© 1996 Whurr Publishers