



**INFLUÊNCIA DO HIPERTEXTO NA COMPREENSÃO TEXTUAL
DE PACIENTES COM DEMÊNCIA DE ALZHEIMER
LEVE E MODERADA**

Juciara Rinaldi

Dissertação de Mestrado

Porto Alegre/RS, 2007

**INFLUÊNCIA DO HIPERTEXTO NA COMPREENSÃO TEXTUAL DE
PACIENTES COM DEMÊNCIA DE ALZHEIMER LEVE E MODERADA**

Juciara Rinaldi

Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia sob orientação da
Profa. Dra. Maria Alice de Mattos Pimenta Parente

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Abril, 2007

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação:

Ao Odinei, pela atenção e incentivo nos momentos mais difíceis.
Também por sua compreensão, dedicação e
amor oferecidos, incondicionalmente.

Dedico também:

Aos participantes da pesquisa que, juntamente
com seus familiares e/ou cuidadores,
me receberam e acreditaram
no meu trabalho

AGRADECIMENTOS

Os agradecimentos iniciam com a tentativa de não esquecer das pessoas que contribuíram direta ou indiretamente, para que eu concluísse o Curso de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRGS. Por isso, agradeço o apoio de todos que, de alguma forma, ajudaram, incentivaram e/ou torceram para que esse trabalho fosse concluído.

Os meus mais sinceros agradecimentos às seguintes pessoas:

À minha orientadora: Profa. Dra. Maria Alice de Mattos Pimenta Parente, sou grata por oferecer seu conhecimento em pesquisa e Neuropsicologia de forma generosa. Pela sensibilidade de estar presente nos momentos mais difíceis e pela habilidade de, mesmo geograficamente distante, ter se mantido próxima.

Aos participantes: sem suas contribuições eu não teria realizado esse trabalho. Aos familiares e às instituições, pois permitiram que seus entes queridos estivessem envolvidos neste estudo.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação da Psicologia da UFRGS: agradeço pelo conhecimento transmitido.

Aos membros da banca de argüição: Profa. Dra. Tânia Sperb; Profa. Dra. Maity Siqueira e Prof. Dr. Flávio Xavier agradeço pelas contribuições que se iniciaram na defesa do projeto.

As juízas do estudo: Marília e Renata, pela disponibilidade e compromisso com suas tarefas.

Aos meus colegas de Curso de Mestrado: fico grata pelas trocas de saberes, sobretudo pelo surgimento de muitas amizades.

Aos queridos colegas do Grupo de Pesquisa em Neuropsicolinguística: a todos vocês quero agradecer pela divisão de conhecimentos e pelo incentivo que sempre recebi. Alguns já trilham seus próprios caminhos como pesquisadores: Dra. Lenisa Brandão, Prof. Dr. Christian Kristensen, Profa. Dra. Jerusa Salles, Profa. Dra. Rochele Fonseca. Outros estão finalizando a caminhada: Doutorandos Antônio Jaeger, Daniela Schneider, Gabriela Wagner e Lauren Tonietto. Outra iniciando: Mestranda Candice Holderbaum. Todos são exemplos de profissionais de sucesso para mim.

As colegas e amigas Gabriela, Cristina e Letícia: obrigada pelo apoio e pelas palavras carinhosas durante os dois anos de Curso de Mestrado.

A minha família: pai, mãe, vó, vô e mana, os primeiros ensinamentos que recebi foram em família, os quais me possibilitaram chegar até aqui.

Ao meu marido Odinei: esta dissertação é para ti, pois em todos os momentos, durante dois anos, mesmo sem querer, tu estiveste envolvido neste projeto.

A minha família e meu marido: a realização somente é completa quando se tem com quem dividir.

EPIGRAFE

Foi ontem, e é o mesmo que dizemos: foi há mil anos.
O tempo não é uma corda que se possa medir nó a nó.
O tempo é uma superfície oblíqua e ondulante,
que só a memória é capaz de fazer
mover e aproximar.

José Saramago

SUMÁRIO

RESUMO	13
ABSTRACT	14
CAPÍTULO I	15
INTRODUÇÃO	15
1.1 Demência de Alzheimer (DA) e Intervenções Cognitivas.....	17
1.2 Perdas cognitivas na Demência de Alzheimer.....	21
1.3 Hipertexto	24
1.4 Compreensão de Leitura Textual.....	26
1.5 Objetivos	30
1.6 Hipóteses	30
CAPÍTULO II	32
MÉTODO	32
2.1 Delineamento	32
2.2 Participantes	32
2.3 Procedimentos Gerais.....	34
2.4 Instrumentos e Materiais	35
2.4.1 Para coletar informações sociais e demográficas	35
2.4.2 Para avaliar grau do quadro demencial	35
2.4.3 Para avaliar grau de depressão	36
2.4.4 Para avaliar compreensão textual	37
2.4.4.1 Histórias Lineares	37
2.4.4.2 História do Hipertexto	39
2.4.4.3 Pontuação	43

	8
2.5 Considerações Éticas	44
2.6 Análise dos Dados	44
CAPÍTULO III	46
RESULTADOS	46
3.1 Efeitos da Demência de Alzheimer nos recontos das diferentes histórias.....	46
3.2 Tipo de Estrutura da História em Hipertexto	49
3.3 História do Velho Homem x História Linear correspondente	50
CAPÍTULO IV	52
DISCUSSÃO	52
4.1.Considerações Finais	57
REFERÊNCIAS	59
Anexo A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Individual	66
Anexo B. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Institucional	67
Anexo C. Miniexame do Estado Mental (MEEM)	68
Anexo D. Questionário Sóciodemográfico	70
Anexo E. Escala Reduzida de Depressão Geriátrica de Yesavage (GDS-15)	71
Anexo F. Escore Clínico da Demência (CDR)	72
Regras para Avaliação do Escore Clínico da Demência (CDR)	73
Anexo G. Avaliação do Desempenho em Atividades da vida diária (ADL/IADL)	74
Anexo H. Proposições das Histórias Lineares	76
Anexo I. História do Hipertexto com as opções de escolha.....	80

	9
História do Velho Homem dividida em proposições	81
História do Velho Homem – oito possibilidades de construção da história divididas em proposições	82
Anexo J. Regras para avaliação das proposições de cada história.....	86
Anexo K. Tabelas dos Acréscimos	87
Anexos L. Glossário	90

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Definição das Macrocategorias, segundo Labov & Waletzky	29
Tabela 2.	Número de Participantes dos Grupos da Amostra	33
Tabela 3.	Caracterização da Amostra nos Três Grupos	34
Tabela 4.	Cálculo da Concordância Entre as Três Juízas	44
Tabela 5.	Percentual de Lembrança das Histórias	47
Tabela 6.	Tipos de Acréscimos por Grupo em Cada História	48
Tabela 7.	Comparação das Estruturas da História em Hipertexto pelos Grupos	49
Tabela 8.	Análise Qualitativa das Manutenções e Avanços de Estrutura Efetuados pelos Sujeitos.....	50
Tabela 9.	Comparação das Estruturas Textuais do Velho Homem e da Linear Correspondente.....	51
Tabela 10.	Acréscimos da História do Professor	87
Tabela 11.	Acréscimos da História do Cachorro	87
Tabela 12.	Acréscimos da História do Amigo	88
Tabela 13.	Acréscimos da História do Jogador	88
Tabela 14.	Acréscimos da História do Velho Homem (VH)	89
Tabela 15.	Comparação da Lembrança dos Participantes com DA Leve e Moderada	89

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Intervenções não-farmacológicas dirigidas a paciente com DA ...	19
Figura 2.	Seqüência de telas da história linear do professor.....	38
Figura 3.	Histórias lineares e suas respectivas macrocategorias.....	39
Figura 4.	Seqüência de telas de uma das opções da história baseada no hipertexto.....	41
Figura 5.	Opções de história, criada através do hipertexto, com as respectivas macrocategorias.....	42

LISTA DE ABREVIATURAS

DSM-IV/TR	Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais	15
DA	Demência de <i>Alzheimer</i>	15
NINCDS- ADRDA	<i>National Institute of Neurological Communicative Disorders and Stroke – Alzheimer’s Disease and Related Disorders</i>	18
MEEM	Miniexame do Estado Mental	18
ECG	Estimulação Cognitiva Global	19
PP	Programa de Psicoestimulação	19
TOR	Terapia de Orientação à Realidade	20
TR	Terapia de Reminiscência	20
GDS-15	Escala Reduzida de Depressão Geriátrica da <i>Yesavage</i>	32
CDR	Escore Clínico da Demência	32
ADL/IADL	Escalas para Avaliação do desempenho em atividades da vida diária	33
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>	44

RESUMO

A leitura em hipertexto foi difundida por meio da tecnologia da informação, sendo importante identificar em quais áreas esta tecnologia melhora a compreensão textual, quando comparada ao texto linear. Com o objetivo de verificar se o hipertexto facilita o relato de idosos com Demência de Alzheimer, analisou-se 40 idosos: 25 com DAs prováveis, sendo 12 leves e 13 moderados; e 15 sem demência, com idades entre 60 e 84 anos e escolaridade acima de 4 anos. A compreensão textual mostrou ser uma tarefa sensível aos participantes com demência, cujo desempenho foi significativamente pior do que o dos idosos normais. A história em hipertexto auxiliou os participantes com DA leve. Os grupos de DA leve e moderada lembraram da idéia principal da história, contudo somente o grupo de demência inicial lembrou de detalhes. Verificou-se que quanto mais grave a demência maior o número de acréscimos ao enredo e menor o percentual de proposições lembradas. Os resultados sugerem que, devido à dificuldade das memórias de trabalho e episódica, os participantes recorreram a recursos, ainda presentes, da memória semântica para completar a história.

Palavras-chave: Alzheimer; compreensão textual; hipertexto; memória; linguagem.

ABSTRACT

Title: The Influence of Hypertext on Textual Comprehension of Patients with Mild to Moderate Alzheimer's Dementia

Hypertext reading was disseminated by means of information technology, and it is important to identify the areas in which this technology improves textual comprehension in comparison to linear text. With the objective of determining if hypertext makes recounting easier for elderly people with Alzheimer's Dementia (AD), 40 elderly people, from 60 to 84 year of age and at least 4 years of schooling, were studied: 25 with probable AD, 12 of which mild and 13 moderate, and 15 that do not present dementia. Textual comprehension proved to be an arduous task for the participants with dementia, whose performance was significantly worse than normal elderly people. The story in hypertext helped the participants with mild AD. The groups with mild to moderate AD were able to remember the main idea of the story, though only the group with initial dementia remembered the details. It was established that the more serious the dementia, the greater the number of facts added to the plot and the lesser the percentage of propositions remembered. The results suggest that due to difficulties with the working memory, the participants appealed to resources still available in the semantic memory to complete the story.

Keywords: Alzheimer; textual comprehension; hypertext, memory; language.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

A população mundial vem envelhecendo. No Brasil a média de vida também aumentou nos últimos anos. Com essa mudança nas características da população brasileira, tornou-se imprescindível estudar doenças que estão relacionadas com o envelhecimento, pois doenças crônicas surgem à medida que envelhecemos. Após os 60 anos de idade, uma das patologias mais frequentes é a Demência de Alzheimer (DA)¹, que causa alterações na cognição e perda da capacidade funcional no idoso (Charchat, Nitrini, Caramelli & Sameshina, 2001; DSM-IV/TR, 2000). Nas primeiras etapas da patologia, diferentes sistemas de memória encontram-se falhos, como a memória episódica² e a memória de trabalho³, contudo a memória semântica⁴ mantém-se funcional por mais tempo. Essa diferença de desempenho entre elas evidencia a dissociação existente na DA (Charchat et al., 2001; Hodges, 2006; Lindeboom & Weinstein, 2004; Ortiz & Bertolucci, 2005; Ralph, Patterson, Graham, Dawson & Hodges, 2003). A memória semântica tem sido utilizada em estratégias que favorecem processos semânticos, tornando a comunicação dos pacientes com DA mais eficaz (Abrisqueta-Gomez et al., 2002; Bayles, 2003; Neri, Iacomo, Renzetti & Vreese, 2001).

A grande maioria das pesquisas, feitas sobre cognição e Demência de Alzheimer (DA), se detém no estudo da função cognitiva da memória. Entretanto, a linguagem também tem seu desempenho afetado nas primeiras fases da patologia. Apesar disso, um número menor de estudos em linguagem foi realizado quando comparados aos da memória. Uma das tarefas da linguagem – a compreensão textual⁵ - está prejudicada no início da demência, dificultando a codificação, a interpretação e a recuperação de informações de narrativas. Isso ocorre, provavelmente, pelo fato de esta constituir-se em uma atividade que envolve as memórias de trabalho, episódica e semântica, necessárias para o entendimento do texto (Appell, Kertesz & Fisman, 1982; Miller, 1989). A produção lingüística do

¹Termo técnico descrito no Glossário, Anexo L.

² Idem

³ Idem

⁴ Idem

⁵ Idem

idoso com DA permanece funcional por mais tempo, entretanto o fenômeno “ponta da língua” aparece logo no início da patologia, principalmente com palavras menos frequentes ou não utilizadas pelo idoso (Vigliocco, 2002).

Quando se aborda o tratamento dessas dificuldades ocasionadas pela DA, encontramos duas modalidades: o tratamento medicamentoso e/ou das intervenções cognitivas⁶, também chamado de não-farmacológico. Atualmente, acredita-se na eficácia da associação entre as intervenções farmacológicas e as cognitivas. Essas intervenções não-farmacológicas utilizam recursos cognitivos remanescentes, isto é, promovem a manutenção das habilidades ou a lentificação do declínio. Nesse sentido, usam de estratégias compensatórias para auxiliar os pacientes a permanecerem o maior tempo possível independentes na execução das tarefas diárias.

O fato de a associação de tratamento medicamentoso com as intervenções cognitivas tornar-se mais frequente no contexto mundial faz necessário realizar estudos que investiguem novas ferramentas para serem utilizadas no desenvolvimento de intervenções aplicáveis aos pacientes. O conceito de hipertexto⁷ - um tipo de texto eletrônico, montado dentro do conceito de leitura e escrita não-linear – segundo hipótese deste estudo, pode ser eficaz para a compreensão textual dos idosos, por requerer uma associação mais consciente entre as informações textuais. O hipertexto também possibilita a seleção da informação a ser lida, promovendo uma interação entre o leitor e o texto.

Ainda, o hipertexto, pode ser utilizado para promover o estabelecimento de relações semânticas, preservadas nos pacientes com Demência de Alzheimer, pois a formação de relações entre diferentes episódios e idéias poderá suprir as dificuldades das memórias, episódica e de trabalho. Entretanto, este novo conceito de leitura pode sobrecarregar a memória de trabalho por ser composto de corpos de textos conectados e exigir seleção e inibição de informações. No entanto, por ser uma estrutura textual que proporciona a participação dinâmica do leitor na construção da narrativa, supõe-se que o hipertexto possa ser útil na aplicação de instrumentos de auxílio externo junto aos pacientes com DA.

Landow (1995) salienta a importância do conceito de hipertexto, embora não tenha sido encontrado um número considerável de estudos experimentais com o intuito de futuras aplicações clínicas. Por isso, tomando por base a dissociação

⁶ Termo técnico descrito no Glossário, Anexo L.

⁷ Idem

entre a memória episódica e a semântica, este estudo pretende verificar se a narrativa, em forma de hipertexto, constitui-se uma estratégia compensatória de suporte externo. Dessa forma, pretende-se analisar se a compreensão textual dos pacientes pode ser otimizada através do uso dessas estratégias compensatórias que, supõe-se, o hipertexto possibilita.

1.1 Demência de Alzheimer (DA) e Intervenções Cognitivas

Há algumas décadas, existe na literatura um número crescente de estudos sobre o envelhecimento, os quais observam as alterações cognitivas que ocorrem com o avanço da idade (para uma revisão ler Parente, 2006). Conseqüentemente, ocorreu um grande interesse pelo estudo da Demência de Alzheimer, que se caracteriza por dificuldades cognitivas que afetam, de forma significativa, o desempenho nas atividades cotidianas. Até os anos 50 poucos estudos foram realizados sobre a Demência de Alzheimer; porém, a partir dos anos 70 houve um aumento significativo de estudos sobre a demência, principalmente sobre aplicação de técnicas bioquímicas (Hodges, 2006).

Essa demência é conceituada como um declínio das funções cerebrais, causado pelo envelhecimento ao longo do tempo, devido à morte das células cerebrais (Peng, 2003). Apesar de grande variabilidade no declínio, de forma geral inicialmente ocorre uma perda da memória, e posteriormente das demais funções cognitivas. O início da Demência de Alzheimer é insidioso e progressivo, ocorrendo entre os 40 e os 90 anos de idade, sendo mais freqüente após os 65 anos, e até o momento não foi encontrada uma cura definitiva (Hodges, 2006; McKhann, Drachman, Folstein, Katzman, Price & Stadlan, 1984; Miller, 1989; Pliszka, 2004). A DA pode ser classificada como: (1) Demência de Alzheimer provável⁸, quando não existem outras doenças que influenciam essa condição; (2) Demência de Alzheimer possível⁹, quando está associada a uma condição que contribui para o prejuízo cognitivo (Fleischman, Wilson, Gabrielli, Schneider, Bienias, & Bennet, 2005); e (3) Demência de Alzheimer definitiva é diagnosticada através do critério clínico e de evidências histopatológicas, fornecidas pela biopsia ou autopsia (McKhann et al., 1984).

O diagnóstico da Demência de Alzheimer é permitido quando ocorre declínio cognitivo progressivo, em duas ou mais área da cognição, juntamente com

⁸ Termo técnico descrito no Glossário, Anexo L.

⁹ Idem

declínio na função social ou atividades da vida diária (Hodges, 2006). Conforme o *National Institute of Neurological Communicative Disorders and Stroke – Alzheimer’s Disease and Related Disorders* (NINCDS-ADRDA), o diagnóstico da demência é sustentado pelas seguintes condições: (1) identificação do quadro demencial, através de escala como MEEM ou Escala de Blessed; (2) *déficits* em dois ou mais domínios cognitivos; (3) deterioração da memória e outras habilidades cognitivas; (4) início freqüente após os 65 anos de idade; (6) ausência de doenças sistêmicas ou outras patologias cerebrais (McKhann et al., 1984). No DSM-IV/TR, primeiro, os critérios apontam para o aparecimento de prejuízos de memória e de perturbações cognitivas como a afasia, a apraxia e a agnosia. Segundo, aparecem *déficits* no funcionamento executivo que tornam os aspectos social e ocupacional da vida do paciente muito difícil de administrar. Os critérios para o diagnóstico de demência “provável”, de acordo com McKhann et al. (1984), são: (1) *déficits* em duas ou mais áreas da cognição; (2) piora das funções cognitivas e outras áreas da cognição; (3) ausência de distúrbio da consciência severo; (4) início entre os 40 e 90 anos, sendo mais freqüente após os 65 anos; (5) exames clínicos e laboratoriais que apóiem o diagnóstico, além da confirmação pelo Mini-Exame do Estado Mental, escala de Blessed, e testes neuropsicológicos; e (6) ausência de doenças sistêmicas ou outras doenças cerebrais que por si só possam provocar declínio progressivo de memória e cognição. Apesar de haver uma grande variabilidade de sintomatologia da demência entre indivíduos e de não afetar da mesma forma as funções cognitivas de um paciente, existe uma progressão do declínio cognitivo (Valdois, Joannette, Poissant, Ska & Dehault, 1990). Nos estágios iniciais, encontram-se dificuldades de memória, ainda que a memória semântica se mantenha preservada por mais tempo (Bayles, 2003). Posteriormente, ocorrem falhas na solução de problemas, no raciocínio e na atenção sustentada; somente nas etapas mais tardias são atingidas habilidades básicas da linguagem viso-espaciais e a atenção focada (Menor, Peraita & Elosúa, 2001). Embora essa síndrome demencial não tenha cura até o momento, existem tratamentos medicamentosos e de intervenções cognitivas. O tratamento farmacológico, na Demência de Alzheimer, vem avançando nos últimos anos através de medicamentos mais eficazes e menos tóxicos para os pacientes. Entretanto, não se tem um consenso quanto à continuidade do uso das drogas até o final da demência ou somente até o estágio moderado (Bottino, 2005; Forlenza,

2005). Talvez seja por isso que a literatura científica demonstre uma tendência de tratar a DA associando fármacos e não-fármacos, com a finalidade de lentificar a sua progressão (Frances, Barandiarán, Marcellán & Moreno, 2003). Apesar do ceticismo generalizado quanto aos resultados dessa combinação de tratamentos, estudos controlados, principalmente, os que complementam terapias medicamentosas, sugerem que intervenções cognitivas melhoram a funcionalidade dos pacientes e, conseqüentemente, contribuem para o tratamento nos estágios iniciais da patologia (Abrisqueta-Gomez et al., 2002; Bayles, 2003; Neri, Iacomo, Renzetti & Vreese, 2001).

O tratamento não-farmacológico - intervenção cognitiva - tem sido considerado apropriado para os pacientes com prejuízos cognitivos leves e moderados. Isso se deve à manutenção da capacidade de aprendizagem dos pacientes, e podendo estes se beneficiar de estratégias para compensar o declínio das habilidades (Abrisqueta-Gomez et al., 2002; Bayles, 2003). As intervenções não-farmacológicas podem ser divididas em dois grupos: Estimulação Cognitiva Global (ECG) e Programas de Psicoestimulação (PP) para os distúrbios das funções de cada paciente, conforme Figura 1 (para maiores detalhes ler Holderbaum, Rinaldi, Brandão & Parente, 2006).

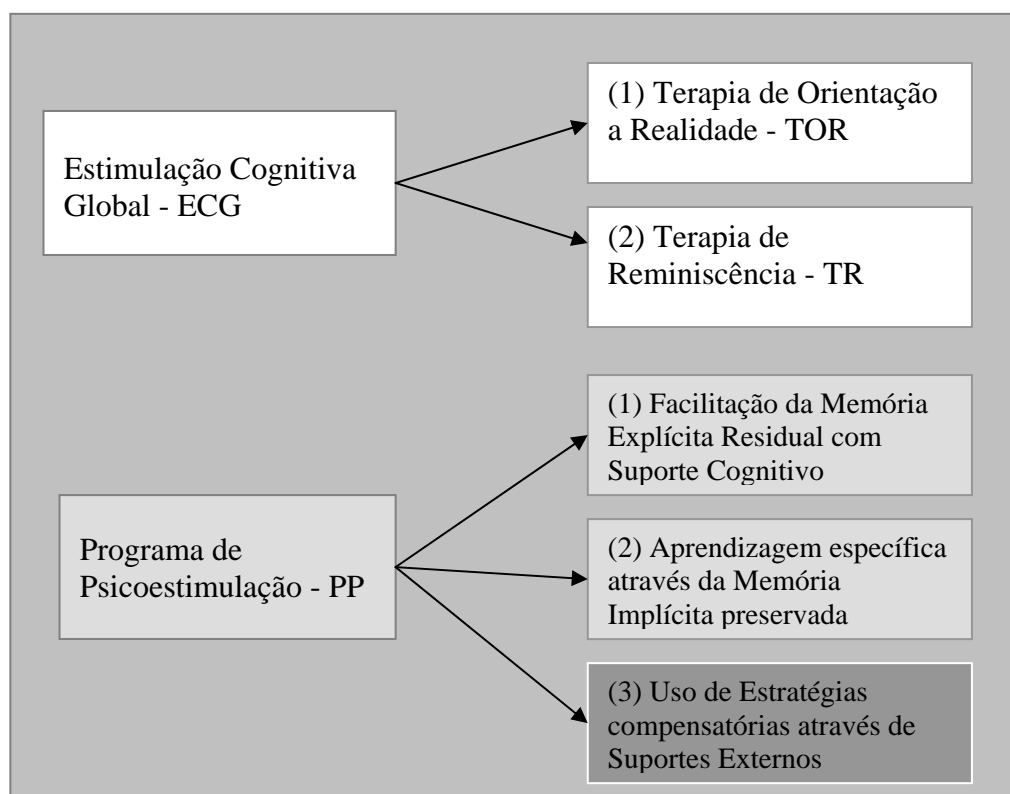


Figura 1. Intervenções não-farmacológicas dirigidas a paciente com DA.

O grupo das ECG propõe uma estimulação generalizada e se subdivide em Terapia de Orientação à Realidade (TOR) e Terapia de Reminiscência (TR). A Terapia de Orientação à Realidade (TOR) utiliza atividades da rotina diária do paciente, tais como ver vídeos, fotografias, dizer o nome de familiares, visando auxiliar o paciente a se orientar nas suas tarefas. Já a Terapia de Reminiscência (TR) traz à consciência experiências passadas e conflitos não resolvidos (Frances et al., 2003).

Os Programas de Psicoestimulação (PP) propõem terapias mais individualizadas, obtendo ganhos em seu desempenho, ao comparar os resultados pré e pós-tratamento (Frances et al, 2003). Um dos programas é o de Facilitação da Memória Explícita Residual com Suporte Cognitivo, que propõe re-estabelecer funções falhas, baseando-se tanto na codificação quanto na recuperação da informação. A técnica oferece ao paciente a melhor maneira de aprender, de recuperar ou de manipular mentalmente a informação. Essa intervenção de memória pode ser utilizada apenas em pacientes com DA inicial ou com Declínio Cognitivo Leve¹⁰. O objetivo é melhorar a codificação e a recordação de informações através das funções da memória explícita residual, ou seja, aquelas funções que permanecem ativas, apesar do declínio de outras memórias. O segundo programa, a Estimulação da Memória Implícita, é uma proposta de reorganização cognitiva, pois aproveita processos mantidos. Uma das formas de prevenir uma grande demanda da memória de trabalho é evitar o excesso de instruções e de informações ao paciente. Para isso, deve-se controlar a velocidade da fala do terapeuta e dos cuidadores. A fala em velocidade aumentada produz uma demanda espacial muito alta para a memória de trabalho; a fala em velocidade diminuída produz uma demanda de tempo de armazenamento elevada. Ambas provocam o esquecimento de idéias anteriores. Além disso, devido aos problemas de memória de trabalho, situações que exijam processamento simultâneo de informações, também, são evitadas (Kotler-Cope & Camp, 1990).

Por fim, o programa conhecido como Uso de Estratégias Compensatórias através de Suporte Externo, contido nos Programas de Psicoestimulação, caracteriza-se pela utilização de estratégias paliativas que podem ser criadas, espontaneamente, pelo próprio paciente ou por terapeutas. Alguns pacientes precisam aprender e automatizar o uso de formas alternativas com auxílio externo.

¹⁰ Termo técnico descrito no Glossário, Anexo L.

Em alguns casos, os pacientes se esquecem de utilizá-las e precisam de auxílio de familiares para lembrá-los, demandando tempo e esforço para fazê-los usar as novas estratégias (Bourgeois et. al., 2003). Elas são subdivididas em auxílio externo não-eletrônico e eletrônico. São vários os auxílios externos não-eletrônicos sugeridos para compensar a perda da memória. Entre eles, encontram-se: cartão de dicas, horários escritos, agendas, planejamento diário ou semanal. Já o auxílio externo eletrônico possibilita maior independência para os pacientes, pois não requer a presença dos cuidadores ou dos familiares, a todo o momento, para lembrá-los das atividades do dia-a-dia (Francés et al., 2003). Um exemplo é a agenda eletrônica que pode ser programada para sinalizar ao paciente a informação necessária em um horário previamente determinado.

Nesse sentido, o estudo analisará se o hipertexto é um conceito que poderá ser usado para desenvolver instrumentos com características de auxílio externo eletrônico na compreensão textual dos pacientes com DA. Este parece adequar-se às características do declínio cognitivo na DA, o qual não ocorre de forma homogênea, por isso seriam criados instrumentos específicos para cada paciente, levando em consideração as características do *déficit* do mesmo.

1.2 Perdas Cognitivas na Demência de Alzheimer

No início da demência, encontram-se dificuldades em alguns subsistemas de memória, exceto a memória semântica que se mantém preservada por mais tempo (Bayles, 2003). Posteriormente, ocorrem falhas na compreensão textual, na solução de problemas, no raciocínio e na atenção. Somente nas etapas mais tardias, são atingidas: a linguagem, mais especificamente, a produção da fala e as habilidades viso-espacial (Menor et al., 2001).

O declínio heterogêneo das funções cognitivas, em especial de diferentes tipos de memória, foi compreendido a partir da noção de múltiplos sistemas. Squire e Morgan-Zolan (1991) classificaram a memória, quanto ao seu conteúdo, em memória declarativa¹¹ e não-declarativa¹²: a primeira é a que recorda e reconhece informações processadas explicitamente (Fleischman et al., 2005; Squire, 1986; Tulving 2002). Esta se subdivide em episódica e semântica, sendo a episódica a que diz respeito a fatos e a eventos ocorridos no decorrer da vida (Tulving & Schacter, 1990), apresentando-se prejudicada desde o início da

¹¹ Termo técnico descrito no Glossário, Anexo L.

¹² Idem

demência de Alzheimer (Charchat-Fichman, Caramelli, Sameshima & Nitrini, 2005; Fleischman et al., 2005; Levinoff, Saumier & Chertkow, 2005; Menor et al., 2001). Nos anos 90, estudos demonstraram que a memória semântica é prejudicada com o avanço da demência, ou seja, declina seu desempenho em estágios finais. A memória semântica refere-se à representação do conhecimento, através de fatos e conceitos, ou seja, diz respeito ao conhecimento geral adquirido (Bayles, 2003; Hodges, Salmon, & Butters, 1992; Tulving & Schacter, 1990).

A segunda, não-declarativa, inclui vários tipos de habilidades, as quais não estão acessíveis à consciência (Fleischman et al., 2005; Squire & Morgan-Zolan, 1991). Ou seja, a aquisição de informações é implícita (Squire & Morgan-Zolan, 1988). A memória de procedimentos¹³ ou procedural está contida na memória não-declarativa, envolve mudanças no comportamento e refere-se ao conhecimento de como fazer algo (Matlin, 2004; Tulving & Schacter, 1990). Ela permite que os pacientes com DA permaneçam executando suas tarefas diárias até estágios mais avançados da demência. Outra memória não-declarativa é o fenômeno de *priming*¹⁴. Este diz respeito à otimização na capacidade de reconhecer objetos ou palavras após exposições prévias (Squire & Kandel, 2003; Squire & Morgan-Zolan, 1988; Tulving & Schacter, 1990).

Quando se classifica a memória quanto ao tempo, ela pode ser de curto¹⁵ ou longo prazo¹⁶. No curto prazo, temos a memória de trabalho, a qual é um sistema ativo, com capacidade limitada de armazenamento temporal. Esta memória permite que informações sejam manipuladas durante a execução de tarefas cognitivas (Smith & Jonides, 1999). É constituída pelo executivo central, pelo circuito fonoarticulatório e pelo registro visoespacial. O executivo central possui recursos atencionais, coordena as informações recebidas e faz a seleção de estratégias cognitivas como a compreensão, o raciocínio e a aprendizagem. O circuito fonoarticulatório armazena informações verbais. O registro visoespacial estoca, por um tempo limitado, as informações. Para que a memória de trabalho não fique prejudicada, é imprescindível que a capacidade de atenção esteja praticamente intacta, mantendo as informações obtidas (Menor et al., 2001).

Os pacientes com DA apresentam o controle atencional das funções executivas prejudicado desde o início da demência. Dizendo de outra maneira, a

¹³ Termo técnico descrito no Glossário, Anexo L.

¹⁴ Idem

¹⁵ Idem

¹⁶ Idem

capacidade de engajamento em mais de uma tarefa ao mesmo tempo e a capacidade de deslocamento dos recursos de atenção para distribuí-los, conforme necessário, encontra-se diminuída. Esses prejuízos fazem com que os processos de codificação, armazenamento e recuperação de informações apresentem prejuízos precocemente, diminuindo, com isso, sua compreensão.

Os processos atencionais são caracterizados em termos de atenção seletiva¹⁷, sustentada¹⁸ e dividida¹⁹. A atenção seletiva é o mecanismo que permite dirigir a atenção a um estímulo, e não a outro; já a dividida permite que consigamos engajar-nos em mais de uma tarefa ao mesmo tempo e deslocamos nossos recursos de atenção para distribuí-los prudentemente, conforme necessário. A atenção sustentada ou vigilância é a habilidade de focar a atenção exclusivamente em uma tarefa, por um período de tempo (Perry & Hodges, 1999).

O primeiro dos componentes a estar com seu desempenho prejudicado é a atenção seletiva, especificamente, os processos inibitórios (Pignatti et al., 2005). O segundo componente da atenção a ser afetado é a atenção dividida. Essa dificuldade foi evidenciada em um trabalho realizado por Baddeley, Baddeley, Bucks e Wilcock (2001), no que atenção dividida apresentou prejuízo com o transcorrer da demência, demonstrando que os pacientes com DA apresentam prejuízo no desempenho de duas tarefas, simultaneamente (Baddeley et al., 2001).

O último componente do sistema atencional a declinar é a atenção sustentada (Perry & Hodges, 1999). Um estudo realizado por Berardi, Parasuraman e Haxby, (2005) concluiu que pacientes com DA provável, em estágio leve, apresentam diminuída a capacidade de vigilância.

Além das dificuldades dos subsistemas de memória e de atenção encontramos declínio na função da linguagem. As mudanças significativas na função da linguagem aparecem com o tempo de demência (Lindeboom & Weinstein, 2004; Ortiz & Bertolucci, 2005). A tarefa da produção lexical, em idosos, com DA, apresenta certo prejuízo no nível leve da demência, embora esse prejuízo intensifique-se com a evolução da patologia. O fenômeno conhecido como “ponta da língua” instala-se na fase inicial da demência (Ramage & Holland, 2001; Vigliocco, 2005). Os pacientes conhecem o significado, embora não se lembrem do

¹⁷ Termo técnico descrito no Glossário, Anexo L.

¹⁸ Idem

¹⁹ Idem

nome; ou ainda, sabem para que serve determinado objeto, entretanto não conseguem nomeá-lo.

A tarefa de compreensão textual apresenta seu desempenho comprometido na fase inicial da demência (Appell, Kertesz & Fisman, 1982; Miller, 1989). Esse prejuízo advém da complexidade da tarefa, na qual necessitamos de mais recursos atencionais do que quando estamos recebendo informações. Apresenta prejuízo na codificação, na interpretação e na recuperação das informações. Isso ocorre, provavelmente, pelo fato de esta constituir-se em uma atividade que envolve as memórias de trabalho, episódica e semântica, necessárias para o entendimento do texto (Appell et al., 1982; Miller, 1989; Mansur, Carthery, Caramelli & Nitrini, 2005). Quando executamos uma tarefa familiar, nossa atenção é menos exigida, ou seja, precisamos empregar poucos recursos atencionais, entretanto, se precisarmos executar uma tarefa mais complexa e menos conhecida, os recursos empregados aumentam.

Em fases mais avançadas da patologia, os pacientes têm, além de dificuldade de compreensão de palavras, sentenças e texto, dificuldade de expressar com exatidão o que desejam dizer. A dificuldade de expressar o que desejam leva os idosos a falarem mais (verborrêia) do que as pessoas sem tal dificuldade (Appell et al., 1982; Duong, Giroux, Tardif & Ska, 2005).

Pesquisas em compreensão textual têm demonstrado uma variedade de fatores que exercem influência na compreensão, como coerência no texto, papel do conhecimento prévio do leitor, do esquema de narrativa do texto e das habilidades cognitivas do leitor (Foltz, 1996). Cabe examinar as potencialidades do hipertexto, como um fator que pode influenciar na compreensão dos pacientes com DA.

1.3 Hipertexto

Os avanços históricos na área tecnológica propiciaram o surgimento de novas tecnologias para auxiliar o homem em seu desenvolvimento. A expressão hipertexto, criada por Theodor H. Nelson nos anos 60, refere-se a um tipo de texto eletrônico, um novo modo de edição e uma idéia de leitura e escrita não-linear em sistemas informatizados. O conceito de hipertexto promove uma conexão entre idéias, sendo o leitor obrigado a conectar mentalmente diferentes tópicos para dirigir sua escolha. Na estrutura da forma tradicional, no qual o leitor segue a seqüência pré-definida pelo autor, a leitura é mais automática, sem se ater à

conexão das idéias. Além disso, a flexibilidade da tecnologia da informação, centrada no leitor, torna-o colaborador e participante, podendo escolher seu próprio trajeto pelo sistema (Dias, 1999; Landow, 1995; Pellanda & Pellanda, 2000). Uma das características do hipertexto é a possibilidade de conexão de seus corpos de textos. Os leitores transformam os seus interesses em organizadores de suas investigações, ou seja, partindo de uma idéia, o leitor traça o caminho para chegar a seu objetivo (Landow, 1995).

Em uma narração em hipertexto, o autor proporciona múltiplas possibilidades com as quais os leitores constroem uma sucessão temporal. A essência desse tipo de construção de textos é possibilitar aos usuários liberdade para criar os nexos entre as informações, embora existam algumas limitações impostas pelo autor, no caso, as opções de *links* (Landow, 1995; Pellanda & Pellanda, 2000). Estes são ligações ou conexões feitas entre nós em um hipertexto, sendo os nós considerados trechos ou palavras no mesmo ou em outro documento também em hipertexto (Dias, 1999).

Esse novo tipo de texto eletrônico incorporou fatores novos, como elos de ligação (*links*); habilidade de pesquisar informações; mapa que oferece uma visão global e tutor (item *help* dos *softwares*). O hipertexto já tem em sua estrutura a tabularidade, que difere do conceito de leitura linear. Na leitura tabular, cada episódio independe da leitura de um episódio anterior; enquanto na leitura linear, o texto propõe uma seqüência de leitura fixa, apesar de não ser necessariamente seguida pelo leitor. Na primeira, o leitor é quem escolhe a seqüência e estabelece a relação entre os episódios. Portanto, o leitor pode criar seu próprio texto, estabelecendo relações entre as ligações que fazem sentido para ele.

Segundo Foltz (1996), diferentes estudos estão sendo orientados para tentar apontar em que áreas o hipertexto será mais bem sucedido quando comparado ao texto linear. Dados demonstram que o número de pesquisas ainda é considerado pequeno, embora venha aumentando nos últimos anos. No presente estudo, o objetivo principal é verificar se o hipertexto constitui-se como auxílio para a compreensão textual de pacientes com Demência de Alzheimer. A escolha em estudar o conceito de hipertexto deve-se à sua característica de tabularidade e à possibilidade de criar estratégias para compensar a dificuldade de memória. Cognitivamente, o hipertexto requer maior uso da memória semântica, a qual oferece sentido ao que nos rodeia. Através dessa memória, o paciente pode dar

significado ao que está lendo, auxiliando a compreensão da história construída. Entretanto, através dessa construção de texto poderá ocorrer sobrecarga na memória de trabalho devido ao maior número de opções apresentadas numa apresentação em hipertexto do que numa apresentação linear.

A construção dos textos deste trabalho foi baseada em estudos sobre compreensão textual, mais especificamente, na noção de proposições e de macrocategorias – orientação/situação, complicação, resolução e moral ou conclusão – conforme a proposta de Labov e Waletzky (1967).

A hipótese é que, se for apresentado um texto com característica mais narrativa, ou seja, com todas as macrocategorias - situação²⁰, complicação²¹, resolução²², conclusão²³ - da história, a pessoa com diagnóstico de Demência de Alzheimer lembrará mais componentes dessa história do que das histórias com característica mais descritiva. Dizendo de outra forma, a compreensão textual do participante com DA será melhor quando a estrutura da história for de uma narrativa, por ela usar a memória semântica que permanecem funcionais por mais tempo na síndrome demencial.

1.4 Compreensão de Leitura Textual

O conhecimento da língua pode manifestar-se pela compreensão auditiva e da leitura bem como por nossa produção oral e escrita. Estudos são desenvolvidos com o objetivo de investigar tanto a produção quanto a compreensão lingüística a níveis de palavra, de frase e de texto.

O presente estudo tem por objetivo investigar a compreensão da leitura textual de sujeitos com DA. Observou-se anteriormente, que a compreensão textual tem seu desempenho prejudicado desde o início do quadro demencial; já a produção da linguagem está preservada até fases mais avançadas da demência.

A compreensão da leitura textual exige várias habilidades do usuário da língua, como a codificação da linguagem impressa, o acesso ao significado das palavras informadas e a diferenciação através da expressão da voz do falante, no caso de leitura em voz alta. Para que a tarefa de compreender um texto seja efetivada, são necessários vários processos cognitivos funcionando conjuntamente. Dentre eles, a memória de trabalho, cuja função é armazenar o estímulo por tempo

²⁰ Termo técnico descrito no Glossário, Anexo L.

²¹ Idem

²² Idem

²³ Idem

suficiente para processá-lo e interpretá-lo; e a linguagem, que se relaciona com a memória semântica, oferecendo sentido ao que está sendo percebido (Matlin, 2004). O processo de compreender um texto também necessita ativar nosso conhecimento prévio, isto é, estimula a memória de longo prazo, memória declarativa de tipo episódica, na qual estão guardados conhecimentos sobre o mundo, através das vivências individuais (Fávero, 2002; Koch & Travaglia, 2004). Ou seja, para que a tarefa seja efetiva, necessita-se das memórias semântica, episódica e de trabalho; além da função da atenção.

Além das questões cognitivas, devem ser consideradas as questões de estrutura de texto. A lingüística textual vem, desde a metade do século passado, preocupando-se em desenvolver uma estrutura básica para os textos. Diferentes modelos foram propostos com o objetivo de entender como as pessoas compreendem um texto, levando em consideração o processo construtivo que o leitor realiza durante a compreensão textual (Bonini, 1999). Entre os diferentes modelos textuais encontram-se os de Kintsch e van Dijk (1978); Labov e Waletzky (1967) e Trabasso e van den Broek (1985). A seguir serão descritas essas três teorias, sendo a teoria de Labov e Waletzky (1967) a última a ser descrita detalhadamente por ser suporte para este estudo.

Kintsch e van Dijk (1978) propõem uma teoria que enfoca a memória de curto e longo prazo para a compreensão textual. Devido à limitada capacidade da memória de curto prazo, é importante selecionar as macroestruturas do texto, identificar idéia principal e descartar as microestruturas, isto é, os detalhes (De Salles & Parente, 2004; Fávero & Koch, 2005). A compreensão é realizada em ciclos, enviados para a memória episódica, onde vai sendo construído um texto base. De outra forma, o texto base construído através das idéias principais forma a macroestrutura do texto, a qual é referência na teoria de Kintsch e van Dijk (1978). Estudos têm evidenciado que as pessoas se lembram melhor da idéia principal do texto do que dos detalhes, por isso a macroestrutura serve como linha mestra na compreensão do discurso, possibilitando a identificação da idéia principal (Kintsch & Kozminsky, 1977; Parente, Capuano & Nespoulous, 1999).

Trabasso e van den Broek (1985) enfatizam relações de causa e consequência dos eventos do texto. Eles têm por hipótese que a rede gerada através das relações causais é semelhante às representações da memória construídas pelos leitores. Segundo esse modelo, a compreensão da narrativa está

armazenada na memória de longo prazo em formato de rede, e os nodos da rede (sentenças do texto) estão interligados pelas relações causais (Trabasso, van den Broek & Suh, 1989). Essa teoria propôs quatro critérios para decidir a existência de relação causal entre dois eventos, sendo eles os seguintes: (a) temporal; (b) operativo; (c) necessidade da circunstância; e, (d) suficiência da circunstância. O critério temporal diz que a causa ocorre antes da consequência; o segundo enfatiza que a causa está ativa no momento em que a consequência ocorre. O critério de necessidade da circunstância descreve que a causa é um pré-requisito indispensável para a consequência e, finalmente, o de suficiência na circunstância diz que, se a causa ocorrer, a consequência provavelmente ocorrerá (van den Broek, 1990). Pertinente, nesse modelo, é a possibilidade de criar inferências, embasada nos quatro critérios da relação causal, estando elas divididas em dois tipos: inferência antecedente e inferência consequente. Ainda, o mesmo modelo assume que a compreensão está embasada na possibilidade de resolver problemas, não se preocupando com a memória, como na teoria de Kintsh e van Dijk (1978).

Tradicionalmente, os textos podem ser classificados em descrição, narração e argumentação; entretanto, normalmente, essas três categorias ocorrem num mesmo texto. Isso pode ser verificado ao se considerar o modelo estrutural de Labov e Waletzky (1967). Este modelo sugere cinco macrocategorias na composição da estrutura global de uma narrativa: orientação ou situação, complicação, avaliação, resolução e conclusão, cuja nomenclatura também poderá ser encontrada como final da história ou moral (Fávero, 2002; Vieira, 2001). Ressalta-se que as macrocategorias fundamentais são a situação, complicação e resolução; e as opcionais são a avaliação e a moral ou conclusão (Bonini, 1999).

A narrativa inicia-se com a macrocategoria orientação ou situação, a qual serve para informar o leitor no que diz respeito a lugar, tempo, pessoa e situação. Normalmente, as orações de orientação/situação antecedem as orações consideradas narrativas, embora nem todos os textos narrativos apresentem esta primeira macrocategoria fundamental. Através do desenvolvimento da estrutura narrativa e para considerá-la completa, deve existir a implementação da ação. Esta segunda, denominada por Labov e Waletzky (1967) complicação, apresenta uma série de eventos que servem para desenvolver a ação nas narrativas. A complicação se encerra pela resolução das ações iniciadas. Entre a complicação e a resolução da mesma pode ocorrer a avaliação, lembrando que esta é uma

macrocategoria opcional, podendo fundir-se com a resolução, pois a oração, em ambas as macrocategorias, enfatiza a importância da resolução. Por isso, a avaliação poderá ser encontrada como última parte de uma narrativa, fazendo a comparação de algumas unidades narrativas com outras, dentro da mesma estrutura. Algumas narrativas chegam à conclusão da história - macrocategoria opcional da moral - oferecendo uma síntese do que ocorreu.

Tabela 1

Definição das Macrocategorias, segundo Labov e Waletzky

Macrocategoria	Ordem no texto	Definição	Importância
Orientação/Situação	1	Informar o leitor no que diz respeito a lugar, tempo, pessoa e situação	Fundamental
Complicação	2	Apresentar uma série de eventos que servem para desenvolver a ação nas narrativas	Fundamental
Avaliação	*	Enfatizar a importância da resolução	*Opcional
Resolução	3	Resolver os eventos iniciados na narrativa	Fundamental
Conclusão	*	Oferecer a moral da história	* Opcional

Sabe-se, ainda, que a seqüência e a extensão dessas macrocategorias podem variar nos diversos textos. Complementando, um autor pode ater-se mais a uma dessas etapas, qualificando determinadas ocorrências e tornando suas informações mais redundantes. Assim, se o texto contiver apenas a orientação/situação ou um grande número de frases nessa categoria terá uma aparência mais descritiva. Por outro lado, se o autor relatar de forma equivalente quatro ou cinco das macrocategorias, seu texto será considerado uma narrativa.

O tipo de texto influencia a recordação das informações. Isso foi evidenciado em um estudo comparativo entre pacientes com DA e idosos sem demência, no qual os participantes deveriam recontar quatro histórias, sendo duas

narrativas e duas descritivas. A partir dos resultados obtidos na pesquisa, os autores concluíram que tanto os pacientes com DA quanto os sem demência mostraram-se sensíveis à estrutura textual. A estrutura que demonstrou auxiliar a recordação dos participantes, nesta pesquisa, foi a narrativa (Gély-Nargeot, Ska, & Touchon, 2002).

O agravamento da demência, além de prejudicar a recordação de história dos pacientes com DA, faz com que os eles privilegiem a idéia principal do texto em detrimento dos detalhes (Hudon, Belleville, Gély-Nargeot, Souchay & Chertkow, 2006; Johnson, Storandt & Balota, 2003). Em ambos os estudos os autores investigaram a recordação de informações essenciais e de detalhes na DA. Os resultados demonstraram que a recordação, tanto da idéia principal, quanto dos detalhes decresce com o agravamento da demência.

Este estudo analisará a compreensão textual de pacientes com DA verificando o número de proposições²⁴ recordadas nos textos. As histórias poderão ter uma característica mais descritiva ou mais narrativa, conforme a presença das macroproposições, de forma que será verificada qual das estruturas favorece a compreensão dos pacientes, bem como se a compreensão é melhor numa apresentação de texto linear ou de hipertexto.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo Geral

1. Analisar se o hipertexto é um instrumento eficaz para melhorar a compreensão textual dos participantes com DA leve e/ou com moderada.

1.5.2 Objetivos Específicos

1. Investigar o percentual de recordação nos três grupos do estudo.
2. Investigar qual tipo de estrutura textual (narrativa ou descritiva) favorece a recordação dos participantes.
3. Investigar se as escolhas dos participantes com DA denotam preferência por uma estrutura textual com características mais narrativas ou mais descritivas.
4. Investigar se o hipertexto auxilia participantes com DA na lembrança de mais proposições do que o texto linear de estrutura equivalente.
5. Investigar o(s) acréscimo(s) às histórias, realizados nos três grupos do estudo.

²⁴ Termo técnico descrito no Glossário, Anexo L.

1.6 Hipóteses

1. A recordação das proposições é diferente nos três grupos do estudo (DA leve, DA moderada e controle).
2. O hipertexto melhora a compreensão textual dos participantes com DA leve e/ou DA moderada.
3. Textos com características mais narrativas favorecem a recordação das histórias dos participantes com DA.
4. O hipertexto melhora a compreensão textual dos participantes com DA leve e/ou moderada quando comparado ao texto linear.
5. Os tipos de acréscimo podem apontar diferentes estratégias dos três grupos.

CAPÍTULO II

MÉTODO

2.1 Delineamento

O delineamento do estudo foi transversal, quasi-experimental, com amostragem realizada por conveniência (Nachmias & Nachmias, 1996; Salkind, 2000). As variáveis dependentes estudadas foram: (1) percentagem de lembranças; (2) número de reconstruções, de interferência e de inferências; (3) percentagem de tipo de escolhas de continuidade do hipertexto. As variáveis independentes do estudo foram: (1) grupos (DA leve, DA moderada e controle); (2) tipo de estrutura (linear e hipertexto); (3) tipo de macrocategoria (situação, complicação, resolução e conclusão). Além dessas variáveis independentes, duas variáveis demográficas foram utilizadas para a estratificação da amostra: (4) idade; (5) escolaridade – em anos completos de estudo.

2.2 Participantes

Neste estudo, participaram 40 idosos reunidos em três grupos distintos: dois com diagnóstico de Demência de Alzheimer provável e um de controle. A amostra foi constituída de 14 homens e 26 mulheres, agrupadas da seguinte forma: seis homens e seis mulheres no grupo DA leve; quatro homens e nove mulheres no grupo DA moderada; e quatro homens e onze mulheres no grupo controle.

Os critérios de inclusão na pesquisa, para os participantes dos dois grupos experimentais, foram: (a) diagnóstico de demência de Alzheimer provável; (b) mínimo de quatro anos de escolaridade; (c) o escore do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) maior que 12 e menor ou igual a 24 pontos; (d) a pontuação do *Clinical Dementia Rate* (CDR) entre um e dois pontos; (e) a pontuação da Escala Reduzida de Depressão Geriátrica da *Yesavage* (GDS-15) até dez, com isso excluindo os sujeitos com indicativo de depressão grave. Os critérios de inclusão, para o grupo controle, foram: sintomas depressivos leves a moderados, ou seja, escore até 10 pontos, avaliados através do GDS-15; escore do Mini-Exame do Estado Mental maior que 24 pontos e escolaridade mínima de quatro anos.

Além disso, os idosos não apresentaram problemas psiquiátricos, somente sintomas depressivos até o estágio moderado (até 10 pontos na GDS-15), visuais

ou auditivos que impedissem a sua participação. O número de participantes dos grupos e o percentual em relação ao total da amostra, encontra-se na Tabela 2.

Tabela 2

Número de Participantes dos Grupos da Amostra

Grupos	N	Percentual
DA Leve	12	30,00 %
DA Moderada	13	32,50 %
Controle	15	37,50 %
TOTAL	40	100,00%

Em função das características dos grupos, foram encontradas diferenças significativas entre eles nos escores do Mini-Exame do Estado Mental. Contudo a média de idade e de escolaridade não apresentou diferença estatisticamente significativa. Houve a participação de mais mulheres do que homens na pesquisa, sendo quatorze homens e vinte e seis mulheres (35% e 65% respectivamente). Para os grupos da amostra, os viúvos predominaram sobre os casados, totalizando dezessete sujeitos viúvos (42,5%), doze casados (30%), um divorciado (2,5%) e um solteiro (2,5%). A escala que avalia as habilidades da vida diária (ADL) e instrumental (IADL) (Katz, Ford, Moskowitz, Thompson & Svec, 1963) foi utilizada para auxiliar na caracterização da amostra dos participantes com demência. Essa escala apresenta três categorias que apontam a capacidade dos pacientes de executar atividades – independente, necessita de assistência e dependente. A categoria que predominou na escala das habilidades diárias simples (ADL) foi a independente com 40% dos sujeitos. A categoria de maior frequência na escala das habilidades complexas da vida diária (IADL) foi a dependente com 40% dos participantes. As escalas CDR não foram aplicadas no grupo controle. As significâncias estão demonstradas na Tabela 3.

Tabela 3

Caracterização da Amostra nos Três Grupos

Variáveis	DA leve	DA moderada	Controle	Total	P
Escolaridade* M (DP)	8,18 ^a (3,22)	7,67 ^a (3,31)	8,87 ^a (3,50)	8,29 (3,31)	NS***
Idade* M (DP)	76,25 ^a (4,07)	78,67 ^a (4,52)	76,53 ^a (4,95)	77,10 (4,57)	NS
MEEM M (DP)	21,41 ^a (1,50)	15,46 ^b (1,66)	27,53 ^c (1,88)	21,77 (5,37)	<0,001
Sexo masc, n(%)	6 (50%)	4 (30,8%)	4 (26,7%)	14 (35%)	NS
Est civil viúvo, n(%)	5 (50%)	7 (53,8%)	5(33,3%)	17 (42,5%)	NS
CDR leve, n(%)	8 (66,7%)	5 (38,5%)	___ **	13 32,5%)	NS
ADL assistência, n(%)	2 (16,7%)	3 (23,1%)	___ **	5 (12,5%)	NS
IADL assistência,n(%)	3 (25%)	2 (15,4%)	___ **	5 (12,5%)	NS
GDS-15 mediana (AIQ ¹)	3 (2,25 a 6) ^a	4 (3 a 5,75) ^a	2 (1 a 4) ^a	3 (1 a 6)	NS

Nota. *Valores em anos ** Não coletado para o grupo controle *** Diferença Não Significativa (p>0,05) ^{a, b, c} Letras iguais representam valores iguais ¹ Amplitude interquartílica

2.3 Procedimentos Gerais

Os participantes selecionados para a amostra residem em Porto Alegre e em cidades adjacentes; sendo que os com diagnóstico de Demência de Alzheimer provável foram selecionados em grupos de apoio para cuidadores e para familiares, como a Associação Brasileira de Portadores de Alzheimer (ABraz), secção Porto Alegre e secção São Leopoldo, além de casas geriátricas. Os participantes do grupo controle foram selecionados por conveniência. Dos vinte e cinco sujeitos com diagnóstico de DA avaliados, doze residem em suas casas, os demais se encontram institucionalizados. O grupo controle apresenta doze residentes em seus lares e três em lares geriátricos.

Cada participante foi informado da pesquisa e solicitado a participar dela. Quando de acordo, ele ou seu responsável assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (CFP nº 016 / 2000) (Anexos A e B). A seguir, foi aplicado, para todos os participantes da pesquisa o MEEM (Folstein, Susan & McHugh, 1975), apresentado no Anexo C; o Questionário Sociodemográfico, constante no anexo D; o GDS-15 (Yesavage et al., 1983), exposto no Anexo E. Os sujeitos com diagnóstico de DA responderam ainda as escalas CDR (Hughes, Berg, Danziger, Coben & Martin, 1982), ADL/IADL (Katz et al., 1963), apresentadas nos Anexos F e G, respectivamente. Por fim, foram aplicadas as quatro histórias lineares e a história em hipertexto (baseada em Cadilhac, Virbel & Nespoulous, 1995) (conforme Anexo H e I). As histórias foram aplicadas, em ordem aleatória para

todos os participantes da pesquisa. A aplicação foi feita em local adequado para esse tipo de estudo. O tempo médio de aplicação dos testes e do instrumento foi de uma hora e trinta minutos, realizada em uma única sessão. Cada teste aplicado, bem como as tarefas experimentais encontram-se descritas, detalhadamente, no item a seguir.

2.4 Instrumentos e Materiais

2.4.1 Para coletar informações sociais e demográficas

Um questionário foi aplicado para coletar os dados sociodemográficos dos participantes. As informações coletadas neste questionário foram: (a) idade; (b) sexo; (c) escolaridade; (d) atividade ocupacional; (e) medicação; (f) idade de início da demência (Anexo D).

2.4.2 Para avaliar grau do quadro demencial

O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) possui 30 itens que avaliam funções cognitivas específicas: orientação para tempo (cinco pontos); orientação para local (cinco pontos); registro de três palavras (três pontos); atenção e cálculo (cinco pontos); lembrança das três palavras (três pontos); linguagem (oito pontos); e capacidade construtiva visual (um ponto) (Folstein et al., 1975). O escore do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) varia de 0 a 30 pontos, tendo o ponto de corte para demência 23/24, para os sujeitos de Porto Alegre, segundo adaptação de Chaves e Izquierdo (1992) (Anexo C). Os participantes com escores superiores a 24 pontos foram designados para o grupo controle; já os com escores abaixo de 12 pontos não foram incluídos na pesquisa, pois o estágio demencial avançado impossibilita a execução das tarefas do experimento. Os participantes que obtiveram pontuação entre 12 e 24 foram incluídos nos grupos experimentais - DA moderada (12 a 18 pontos) e leve (19 a 24 pontos).

O Escore Clínico da Demência (CDR) é uma entrevista semi-estruturada que avalia o grau do quadro demencial através de seis categorias funcionais, distribuídas da seguinte forma: a primeira abrange a função cognitiva da memória; a segunda, orientação espacial; a terceira, resolução de problemas; a quarta, assuntos comunitários; a quinta, a casa e os hobbies e a última os cuidados pessoais do indivíduo. Cada categoria é graduada dentre cinco níveis: o primeiro

considerado saudável, com escore zero; o segundo, questionável, com escore 0,5; o terceiro, leve com escore um; o quarto, moderado, com escore dois e o último, demência grave, com pontuação igual a três (Hughes et al., 1982).

Para este estudo, os escores aceitáveis foram os entre um e dois pontos. Escore um, considera-se comprometimento leve; pontuação igual a dois, moderado. Há na literatura discussão acerca da demência questionável, cuja pontuação atribuída é 0,5. Entretanto, para este estudo, optou-se por aceitar esse escore como “pródromo demencial”, de forma que não foram incluídos na amostra (Maia et al., 2006) (Anexo F). Serão utilizados os escores do CDR para auxiliar no agrupamento dos participantes com Alzheimer leve e moderado. Entretanto, o escore do MEEM foi o utilizado como indicador definitivo para alocar os sujeitos nos grupos experimentais.

As Escalas para Avaliação do Desempenho em Atividades da vida diária (ADL/IADL) verificam o desempenho em atividades básicas da pessoa (ADL), isto é, as que representam as funções do cotidiano, tais como vestir-se e tomar banho. As atividades instrumentais da vida diária (IADL) focalizam ações mais complexas, por exemplo: cuidar dos afazeres domésticos e controlar dinheiro (Katz et al., 1963). As ADL/IADL possuem três escores possíveis para cada um dos itens: independente; necessita de assistência; dependente (Anexo G). Para quantificar essa avaliação do desempenho das atividades cotidianas, atribuiu-se valores de zero a dois. A pontuação zero é utilizada quando o sujeito apresentar desempenho independente. O escore um, quando o participante necessita de assistência e dois, quando este for dependente na execução das atividades. Essa escala não foi aplicada ao grupo controle. É também chamada de Índice de Katz, podendo ser respondida por cuidador ou familiar. Tal escala não tem um ponto de corte específico (Abreu, Forlenza & De Barros, 2005). Neste estudo, sempre que possível, foi aplicada a escala ao sujeito e, após, questionado o familiar ou cuidador para verificar a concordância nas informações. Esta escala foi utilizada para caracterizar a amostra.

2.4.3 Para avaliar grau de depressão

Na pesquisa foi utilizada a Escala Reduzida de Depressão Geriátrica da Yesavage (GDS-15), adaptada para o Brasil por Almeida e Almeida (1999). Essa escala é indicada para rastrear sintomas depressivos em idosos brasileiros (Nitrini,

Caramelli, Bottino, Damasceno, Brucki & Anghinah, 2005). O escore até 10 pontos foi aceito para o presente estudo, acima disso considerou-se depressão grave. Essa escala foi aplicada tanto em participantes com demência, quanto no grupo controle (Anexo E).

2.4.4 Para avaliar compreensão textual

Para este estudo foram construídas cinco histórias, utilizando, diferencialmente, as macrocategorias orientação/situação, complicação, resolução e conclusão, de acordo com Labov e Waletzky (1967). Por se tratar de um estudo com participantes que apresentaram decréscimo cognitivo, cada história criada foi composta por quatro frases. Todas as histórias foram inseridas num programa de computador (*E-Prime*), tendo sido traduzido originalmente da língua francesa. Quatro histórias foram mostradas linearmente; e uma, com base no conceito de hipertexto. Uma modalidade linear é aquela que apresenta uma frase após a outra, em que o participante não tem um papel ativo na construção da história. Esta baseada no conceito de hipertexto tem duas alternativas para dar continuidade à construção. Essas escolhas possibilitam o leitor construir sua própria história.

Foram explicados os procedimentos da escolha das frases para os sujeitos. As instruções constantes do instrumento original foram mantidas. Porém, uma adaptação foi realizada na aplicação deste instrumento, a saber: a instrução dizia que o participante clicaria na opção escolhida, contudo foi esclarecido que a pesquisadora realizaria esta ação no lugar do participante.

2.4.4.1 Histórias Lineares: quatro histórias foram apresentadas linearmente, sendo que cada uma delas referia-se a um dos seguintes eventos: vida de um cachorro, de um jogador de futebol, de um amigo e de um professor (Anexo H). A história do professor continha apenas frases da macrocategoria situação, apresentando em sua estrutura características textuais de uma história descritiva; a do jogador de futebol contemplou as macrocategorias da situação e da complicação; a do cachorro finalizou na resolução; e a do amigo, na conclusão, caracterizando uma narrativa.

Inicialmente, na tela do computador com monitor de 17 polegadas, colorido, foram expostas explicações sobre como proceder para construir a história. Segue a descrição das instruções conforme a seqüência apresentada na tela do computador. Na primeira tela, a explicação era: “Uma história curta vai ser

apresentada frase por frase. Tu vais ler a história apertando o número da frase escrita na parte inferior da tela do computador”. Na segunda tela, continuava a explicação: “O computador vai mostrar uma frase no alto e a seguinte em baixo. Quando acabares de ler a frase de baixo, tu vais apertar a tecla do número correspondente. Quanto tu terminares a história, vou te pedir para recontá-la”. Em seguida, surgia a terceira tela, que dava a seguinte instrução: “Tu debes ler em voz alta as frases da tela de cima e as da tela debaixo. Cada vez que a tela de cima der continuidade na história tu debes reler em voz alta”. Ao final de cada tela constou a seguinte mensagem: “PARA CONTINUAR APÓIE NA BARRA DE ESPAÇO”. Após as instruções, o experimento foi apresentado com a seguinte configuração:

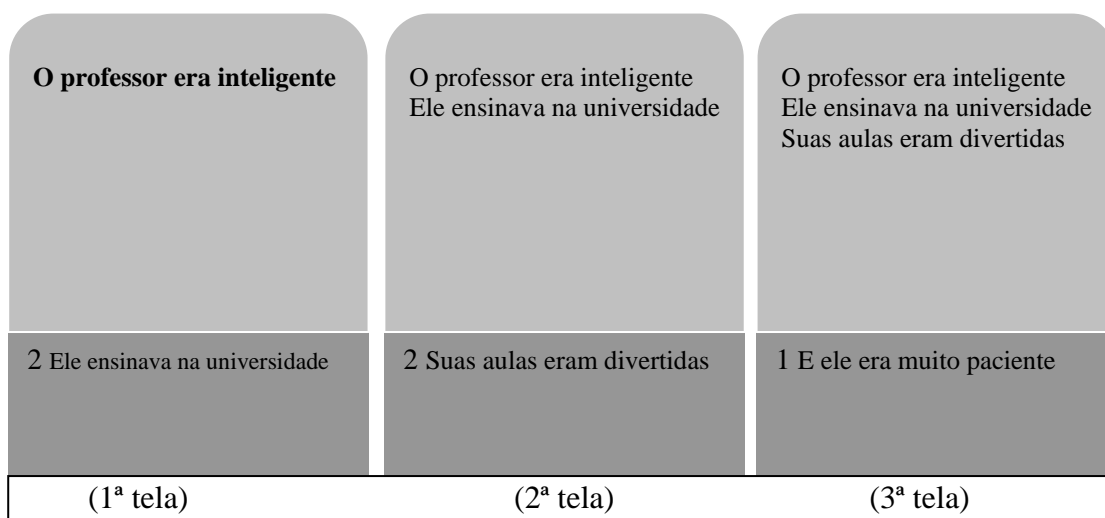


Figura 2. Seqüência de telas da história linear do professor.

Observa-se na Figura 2, primeira tela, que a frase que iniciava a história aparecia na parte superior da tela. Esta parte apresentava um fundo azul claro e com as letras das frases em branco. Na parte inferior, estava a frase que dava continuidade à história: “Ele ensinava na universidade”. Esta parte da tela era azul escura com letras amarelas. Uma linha divisória branca separava as duas partes da tela. O participante lia tanto a frase que iniciava a história, quanto a que aparecia para continuá-la, sempre em voz alta. Após, clicava-se o número da frase, sendo o número 1 ou o número 2, os quais apareciam alternadamente nas frases da parte inferior da tela do computador. Essa ação de clicar no número correspondente a frase trocava a tela do computador, surgindo a frase selecionada na parte superior da tela.

Simultaneamente, uma nova opção de frase apareceria na parte inferior da tela do computador, substituindo a anterior (Figura 2, segunda tela: “Suas aulas eram divertidas”). O sujeito deveria clicar o número 2, e a frase passava para o plano superior, completando, assim, a história. Na metade inferior, a última frase aparecia para terminar a história.

Ao final da construção, os participantes liam em voz alta a história construída, uma única vez. Após a leitura, o relato do sujeito era gravado. O conteúdo recordado foi transcrito para análise. Conforme explicado anteriormente, cada história linear é diferente uma da outra, quanto ao tipo de macrocategoria. A construção textual da história do professor permanece na macrocategoria situação, a história do jogador de futebol evoluiu, iniciando na situação e indo até a macrocategoria da complicação; a do cachorro iniciou na situação, passou pela complicação e finalizou na macrocategoria resolução; e a do amigo, finalizou na conclusão. A Figura 3 mostra as histórias lineares e suas macroestruturas.

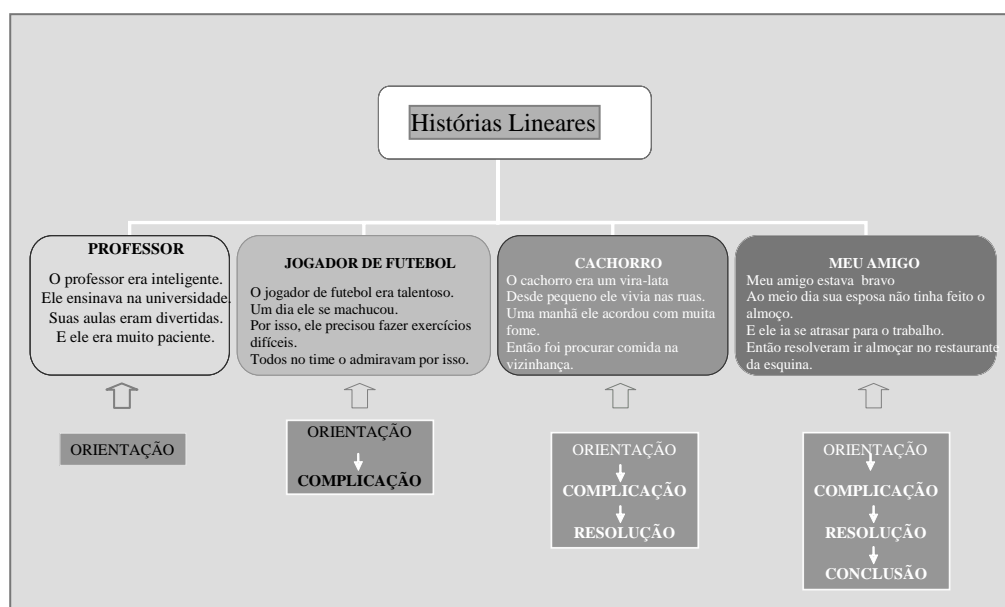


Figura 3. Histórias lineares e suas respectivas macrocategorias.

2.4.4.2 História do Hipertexto: uma história sobre um homem velho foi apresentada em forma de hipertexto. O instrumento de pesquisa foi criado através do programa *E-Prime*, o qual possibilita que todas as opções escolhidas na construção das histórias permaneçam registradas em um arquivo do programa, juntamente com o tempo de resposta do participante.

A apresentação computadorizada segue os moldes das histórias lineares. Entretanto, ao invés de apenas uma opção, essa tarefa experimental mostrava duas opções de frases, na parte inferior da tela. O participante deveria escolher uma das frases para dar continuidade à construção da história. Uma opção dava continuidade à mesma macrocategoria e a outra passava para a seguinte. Cada participante fez três escolhas, completando assim uma história de quatro frases. A escolha era efetivada ao teclar o número que correspondia à frase escolhida, conforme exemplo, na Figura 4.

Inicialmente, na tela do computador com monitor de 17 polegadas, colorido, foram expostas explicações sobre como proceder para construir a história. Elas esclareciam, primeiramente, a forma de montagem da história, através de frases apresentadas uma a uma.

A seguir estão descritas literalmente as instruções que antecediam o experimento. Na primeira tela, a explicação era: “Tu vais participar de um experimento sobre a construção de histórias. Tu vais construir tua história escolhendo uma das alternativas mostradas na parte inferior da tela do computador” Na segunda tela, continuava a explicação: “O computador vai mostrar uma frase com duas opções em baixo, na tela. Tu vais apertar uma tecla correspondente à frase que tu escolheste. Quanto tu terminares a história, vou te pedir para recontá-la”. A última tela de explicações era sobre a leitura da história: “Tu vais ler em voz alta as frases da parte de cima da tela e as da parte inferior. Cada vez que a tela de cima der continuidade na história, tu debes reler em voz alta”. Ao final de cada tela constou a seguinte mensagem: “PARA CONTINUAR APÓIE NA BARRA DE ESPAÇO”.

Caso necessário a explicação era repetida, verbalmente, pela aplicadora da pesquisa até certificar-se de que o participante havia entendido a forma de executar a tarefa. Ao término da construção da história, era solicitado ao participante que lesse a história em voz alta, uma vez. Posteriormente, foi solicitado a recontá-la, sendo gravado o reconto. Após as instruções, o experimento foi apresentado com a seguinte configuração:

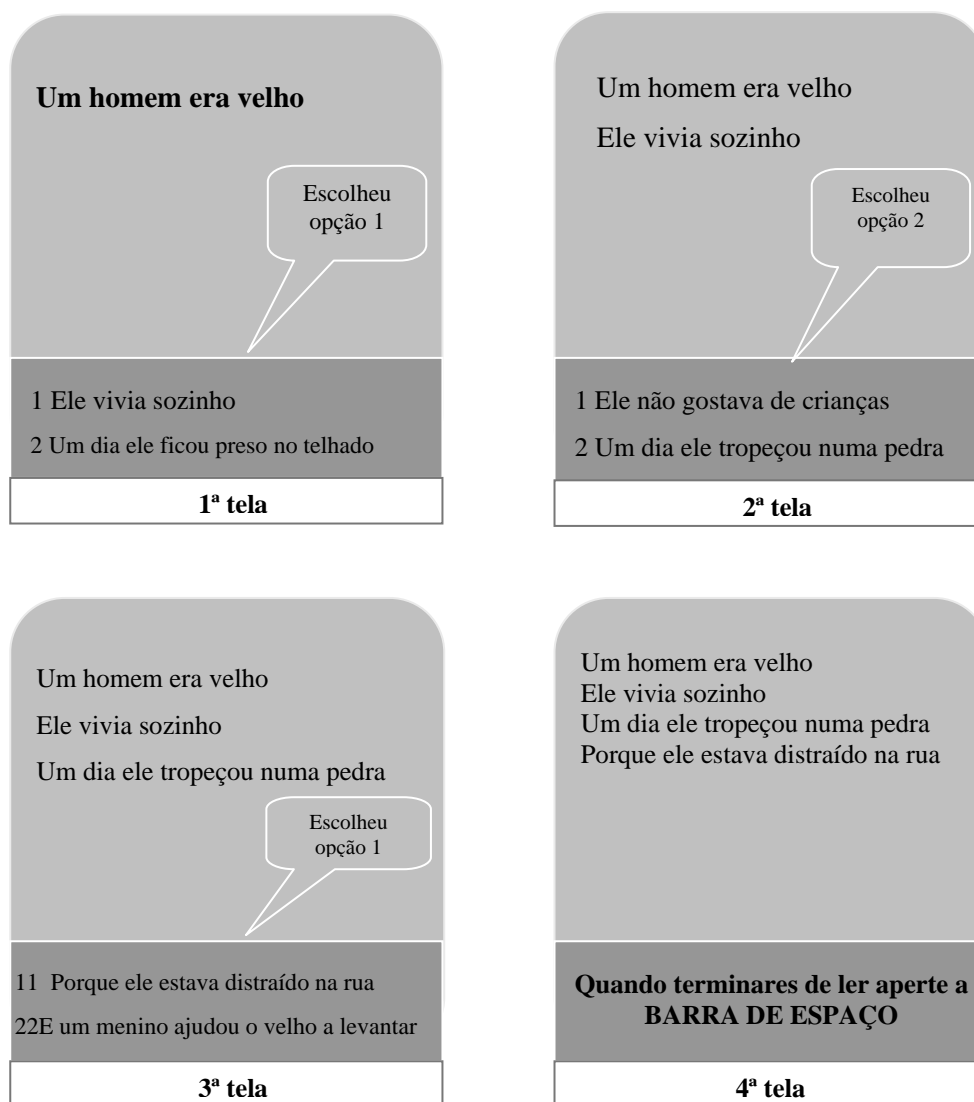


Figura 4. Seqüência de telas de uma das opções da história baseada no hipertexto.

No exemplo da Figura 4, está representada a história do velho homem que finaliza com a macrocategoria complicação. A primeira frase – “O homem era velho” – constava na parte superior da tela do computador, dando início à história. O participante hipotético selecionou a segunda frase para continuar a história. As opções para a segunda frase, no exemplo, são: 1) Ele vivia sozinho; ou 2) Um dia ele ficou preso no telhado. Esse participante escolheu a opção número 1: “Ele vivia sozinho”. A escolha da opção número 1 manteve a macrocategoria situação.

As opções para a terceira frase da história e a segunda escolha do participante aparecem na parte inferior: 1) Ele não gostava de crianças; ou 2) Um dia ele tropeçou numa pedra. No exemplo, o participante escolheu a opção número 2: “Um dia ele tropeçou numa pedra”. A frase escolhida surge na parte superior da tela do computador, logo abaixo das duas frases já constantes. Assim,

o participante estará evoluindo para a macrocategoria seguinte, complicação, conforme Figura 5. A partir dessa construção, as opções para a quarta e última frase são: 1) Por que ele estava distraído na rua; ou 2) E um menino ajudou o velho a levantar. O participante escolheu a opção número 1: “Por que ele estava distraído na rua”. A opção escolhida apareceu na metade superior da tela do computador, abaixo das frases já selecionadas. Essa escolha faz com que a construção permaneça na mesma macrocategoria complicação. Dessa forma, finaliza a construção da história do velho homem, pois o sujeito efetuou as três escolhas de frases. Na Figura 5, é apresentada a configuração das oito histórias em hipertexto que poderiam ser construídas pelos participantes, sendo que cada um deles somente criou uma das possibilidades.

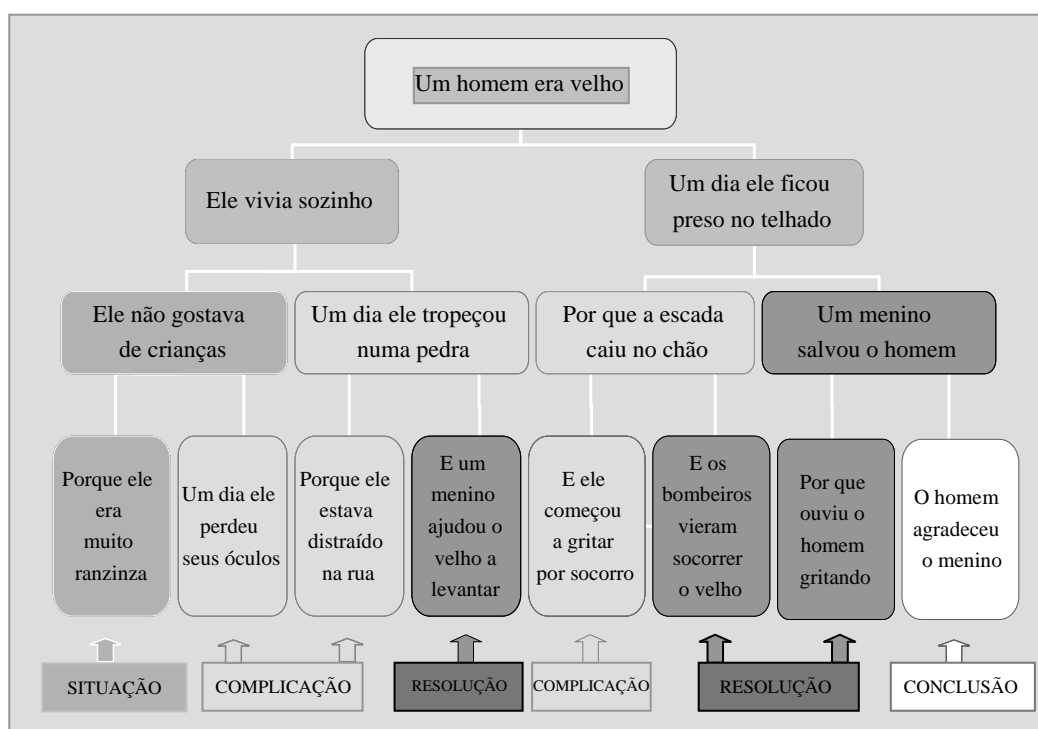


Figura 5. Opções de história, criada através do hipertexto, com as respectivas macrocategorias.

Após a construção da história em hipertexto, verificou-se qual o tipo de estrutura textual (macrocategoria) que cada participante construiu. Assim, comparou-se essa estrutura, que no exemplo foi a da complicação, com a mesma estrutura da história linear, no exemplo, a história do jogador de futebol. Através dessa comparação, constatou-se qual dos tipos de estrutura de texto, de mesma macrocategoria, foi mais recordado - hipertexto ou linear. Para observar os escores, verificar no Capítulo III dos Resultados.

Dentre as opções constantes da Figura 5, uma delas constrói uma história com macrocategoria orientação/situação; três delas finalizam na macrocategoria complicação; e três, na macrocategoria resolução. Ainda existe uma possibilidade para a macrocategoria conclusão.

No caso de o participante evoluir na construção da história até a macrocategoria da conclusão, ter-se-á uma história com característica de narrativa. No entanto, se o participante permanecer na macrocategoria situação da história (Figura 5), ter-se-á uma descrição. Cabe ressaltar que, usualmente, os textos apresentam características tanto descritivas quanto narrativas, isto é, dificilmente haverá um texto com construção somente descritiva ou somente narrativa.

2.4.4.3. Pontuação

2.4.4.3.1. Pontuação de lembrança: a avaliação do relato dos participantes foi feita através de proposições, constituídas pelas unidades de significado que se dão através da relação entre dois elementos do texto (Kintsch & van Dijk, 1978). O número de proposições das histórias variou de 7 a 13 (Anexos H e I). O percentual entre o número de proposições lembradas e o total de proposições da história original resultaram no escore da recordação.

2.4.4.3.2. Pontuação dos acréscimos: estas foram classificadas em três categorias (Parente, Capuano & Nespoulous, 1999):

a) Reconstrução: palavras ou expressões que não constavam na história construída ou lida, entretanto apareciam no relato da história.

b) Interferência: palavras ou expressões que se referiam a uma modificação do significado das proposições da história pela ligação de elementos diferentes em uma mesma proposição ou frase.

c) Inferência: comentários sobre fatos ou eventos relacionados com a história original, que não se encontravam na superfície textual da história original. As reconstruções, as interferências e as inferências foram consideradas em seus valores brutos. Para cada ocorrência foi atribuído um ponto.

Após o levantamento dos percentuais das lembranças de cada participante e dos acréscimos, três juízes analisaram o número de proposições lembradas e dos

acrécimos. Das três juízas, duas eram estudantes de Psicologia e Bolsistas de Iniciação Científica, e a terceira era pesquisadora. Cada juíza fez sua avaliação individualmente. Após, reuniram-se para realizar as comparações das avaliações entre si. Nas ocasiões em que houve discordância, foi realizada uma discussão da avaliação do percentual de lembrança da história para chegarem a um acordo. A concordância entre as juízas foi testada pelo *T-Student Test* e pelo método de *Bland e Altman* que calculou os intervalos de confiança de 95% da concordância

Tabela 4

Cálculo da Concordância Entre as Três Juízas

Juízas	Professor	Jogador	Amigo	Cachorro	VH
1 x 2	0,386 (-4,312 a 5,084) p = 0,324	0 (0)**	-2,392 (-5,342 a 0,560) p = 0,324	0 (0)**	-5,240 (-11,940 a 1,460) p = 0,328
1 x 3	0,772 (-5,778 a 7,322) p = 0,160	0,580 (-3,524 a 4,684) p = 0,083	-4,781 (-12,041 a 2,480) p = 0,422	1,100 (-6,820 a 9,020) p = 0,096	0,263 (-5,337 a 5,863) p = 0,554
2 x 3	0,390 (-7,820 a 8,60) p = 0,571	0,580 (-3,524 a 4,684) p = 0,083	-2,390 (-9,054 a 4,274) p = 0,661	1,100 (-6,820 a 9,020) p = 0,096	0,790 (-5,116 a 6,70) p = 0,100

Nota. * Diferença entre a avaliação das juízas e o intervalo de confiança da avaliação, com a significância (p); ** Não houve diferença na avaliação da juíza 1 e 2 para as histórias do jogador e do cachorro

2.5 Considerações Éticas

O projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, sendo aprovado com número 2006574. Os participantes foram informados dos objetivos do estudo, dos procedimentos a que seriam submetidos através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexos A e B) (CFP nº 016/2000).

2.6 Análise dos Dados

Os dados foram analisados através do *software Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 12.0. O nível de significância utilizado foi 5% ($p < 0,05$). A descrição da amostra foi efetuada pela média (M) e desvio padrão (DP), pois a distribuição dos dados que a caracterizam foi simétrica. O mesmo ocorreu com a distribuição dos percentuais de lembrança das histórias. Em virtude

da distribuição assimétrica dos escores do GDS-15 (Anexo E), os dados foram apresentados pela mediana (Md).

Os testes utilizados para verificar as hipóteses do estudo foram Análise de Variância (ANOVA-*Oneway*), *T-Student Test* para amostras independentes e para amostra pareada e o Qui-quadrado. Para avaliar a concordância entre as juízas utilizou-se o método de *Bland e Altman* e após foram calculados os intervalos de confiança de 95% da concordância.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Para testar as hipóteses do trabalho foram realizadas três diferentes análises. A primeira teve por objetivo verificar o efeito da Demência de Alzheimer no reconto das diferentes histórias, na qual foram consideradas as proposições lembradas, assim como os acréscimos, ou seja, inferências, reconstruções e interferências, referindo-se as hipóteses um e cinco do estudo.

A segunda análise objetivou verificar se o tipo de estrutura textual (situação, complicação, resolução e conclusão) influenciou o número de proposições lembradas dos diferentes grupos, ou seja, testou as hipóteses dois e três desta pesquisa. A terceira análise testou a hipótese de número quatro, comparando o percentual de lembranças entre o tipo de estrutura do hipertexto criada (situação ou complicação ou resolução ou conclusão) com a história linear correspondente.

3.1 Efeito da Demência de Alzheimer nos recontos das diferentes histórias

A Tabela 5 apresenta as médias (M) e desvios-padrão (DP) das proposições lembradas, por grupo, nas diferentes histórias. A comparação entre os três grupos, através do teste da ANOVA-*Oneway*, apresentou diferença significativa nos percentuais de lembranças de todas as histórias ($p < 0,001$). Conforme esperado, o grupo controle foi o que mais lembrou das proposições nas cinco histórias, seguido do grupo DA leve e DA moderada, respectivamente.

Os dois grupos de participantes com DA apenas não diferiram significativamente na história do cachorro, ou seja, na que finalizou na macrocategoria resolução, em vista de um desempenho um pouco melhor dos participantes com DA moderada, com relação a lembrança das demais histórias deste grupo. O grupo controle e o grupo DA leve apresentaram um desempenho em curva U nas histórias lineares, sendo que a história linear descritiva (professor/situação) e a com todos os elementos da narrativa (amigo/conclusão) obtiveram um escore mais alto do que as histórias do jogador (complicação) e a do cachorro (resolução).

Nos dois grupos de DAs também a história do velho homem favoreceu as lembranças; enquanto o grupo com DA moderada apresentou maior facilidade de recordação na história linear do cachorro (resolução).

Tabela 5

Percentual de Lembrança das Histórias

Histórias	DA leve	DA moderada	Controle	Total	P ***
Professor M(DP)	60,71 (18,40) ^a n = 12	33,77 (24,14) ^b n = 11	83,67 (11,00) ^c n = 14	61,39 (27,12) n = 37	< 0,001
Jogador M (DP)	46,79 (21,87) ^a n = 12	21,30 (21,10) ^b n = 13	80,51 (11,94) ^c n = 15	51,15 (30,94) n = 40	< 0,001
Cachorro M (DP)	50,69 (20,86) ^a n = 12	37,50 (18,63) ^a n = 12	80,35 (13,32) ^b n = 14	57,46 (25,24) n = 38	< 0,001
Amigo M (DP)	55,37 (25,86) ^a n = 11	21,97 (21,39) ^b n = 12	82,42 (14,36) ^c n = 15	55,50 (32,45) n = 38	< 0,001
VH M (DP*)	62,27 (23,53) ^a n = 12	29,64 (17,21) ^b n = 13	86,52 (15,25) ^c n = 15	60,76 (30,16) n = 40	< 0,001

Nota. * DP: Desvio-Padrão; ^{a, b, c} Letras iguais representam valores iguais; *** Diferença Significativa (p<0,001)

Na comparação do percentual de lembrança das histórias do experimento realizada entre os grupos com diagnóstico de Demência de Alzheimer, houve diferença estatisticamente significativa no reconto das histórias, exceto para a história linear do cachorro (p=0,116) (Anexo K, Tabela 15).

Nas histórias lineares do professor, do jogador e do amigo, os participantes com DA leve lembraram um maior número de proposições do que o grupo com DA moderada tendo diferença estatisticamente significativa (p=0,006, p=0,007 e p=0,003 respectivamente). Na história do velho homem, o grupo com DA leve obteve um percentual de recordação maior do que o grupo com DA moderada, obtendo diferença estatística (p=0,001) (Anexo K, Tabela 15).

Ao observar qualitativamente o reconto, verificou-se que o grupo controle obedeceu à seqüência do texto original. Ao contrário, os idosos com DA leve não

apresentaram o detalhamento da história que o grupo controle apresentou. Já o grupo com DA moderada lembrou do tema da história ou da história geral, sem lembrança dos detalhes.

A Tabela 6 mostra o total de acréscimos classificados em interferência, inferência e reconstrução, de cada grupo, em cada história. Nas histórias lineares do professor, do cachorro e do amigo não houve diferença estatisticamente significativa nos tipos de acréscimos dos diferentes grupos.

Tabela 6

Tipos de Acréscimos por Grupo em Cada História

Tipos de Acréscimos	Grupos	Professor n(%)	Jogador n(%)	Cachorro n(%)	Amigo n(%)	V.H. n(%)
Interferência	DA Leve	1 (8,3%)	1 (8,3%)	1 (8,3%)	1 (9,1%)	7 (58,3%)
	DA Moderada	0 (0%)	2 (15,4%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (15,4%)
	Controle	1 (7,1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (13,3%)
Inferência	DA Leve	3 (25,0%)	5 (41,7%)	3 (25,0%)	4 (36,4%)	3 (25,0%)
	DA Moderada	3 (27,3%)	1 (7,1%)	3 (25,0%)	3 (25,0%)	6 (46,2%)
	Controle	2 (14,3%)	0 (0%)	1 (7,1%)	1 (6,7%)	2 (13,3%)
Reconstrução	DA Leve	4 (33,3%)	4 (33,3%)	3 (25,0%)	5 (45,5%)	4 (33,3%)
	DA Moderada	3 (27,3%)	4 (30,8%)	5 (41,7%)	2 (16,7%)	7 (53,8%)
	Controle	1 (7,1%)	0 (0%)	1 (7,1%)	2 (13,3%)	1 (6,7%)

Nota. * n = número de ocorrências; V.H. = Velho Homem

Os acréscimos (reconstruções, inferências e interferências) para cada história realizada por cada grupo são apresentados no Anexo K, Tabelas 10 a 14. Os escores estão descritos pelas frequências relativas e pelas absolutas. Observou-se menor número de acréscimos para o grupo controle do que para os grupos com DA leve e com DA moderada em todas as histórias. O grupo com DA leve apresentou maior número de acréscimos nas histórias lineares do professor, jogador de futebol e amigo. O grupo com DA moderada apresentou maior número de acréscimos na história do cachorro.

Na história linear do professor, ocorreu igual número de inferências e de reconstruções, sendo maior do que as interferências (Anexo K, Tabela 10). Na história do cachorro, ocorreu maior número de reconstruções, seguido pela

inferência. Na história do amigo (Anexo K, Tabela 12), houve maior número de reconstruções seguido das inferências. Na história do jogador, houve mais inferências, seguidas das interferências (Anexo K, Tabela 13). Entre os tipos de acréscimos o que menos ocorrências teve foi a interferência.

A história do hipertexto foi dentre as cinco histórias a que apresentou maior número de acréscimos. O grupo de DA leve demonstrou mais interferência do que nas demais histórias, enquanto o com Demência de Alzheimer moderada apresentou maior número de reconstruções. A distribuição de acréscimos do grupo controle foi semelhante entre as três categorias de interferência, inferência e reconstruções, sem diferença estatística (Anexo K, Tabela 12).

3.2 Tipo de Estrutura da História em Hipertexto

Conforme observado no item 3.1 a recordação das histórias lineares apresentou uma curva em U nos grupos com DA leve e controle, tendo a lembrança favorecida na história descritiva e na com todos os elementos da narrativa. A análise através da razão de verossimilhança (*Likelihood Ratio*) verificou o efeito da estrutura construída pelos participantes na história em hipertexto (Tabela 7). Nesta análise observou-se que não houve diferença quanto ao tipo de estrutura (situação, complicação, resolução, conclusão) criada através do hipertexto – velho homem –, em cada grupo de participantes da pesquisa ($p=0,817$).

Tabela 7

Comparação das Estruturas da História em Hipertexto pelos Grupos

História	Grupos	Situação	Complicação	Resolução	Conclusão	Totais
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
V.H.	DA Leve (n=12)	1 (8,3%)	4 (33,3%)	6 (50,0%)	1 (8,3%)	12 (100%)
	DA Moderada (n=13)	0 (0%)	5 (38,5%)	7 (53,8%)	1 (7,7%)	13 (100%)
	Controle (n=15)	2 (13,3%)	6 (40,0%)	6 (40,0%)	1 (6,7%)	15 (100%)
Totais n(%)		3	15	19	3	40 (100%)

Nota. * n = número de participantes que escolher tal estrutura; V.H. = Velho Homem

Conforme a Tabela 7, os resultados não demonstraram diferença estatística, por isso realizou-se um levantamento qualitativo do número de manutenções e

avanços de estrutura realizados por cada participante, na história do Velho Homem. O objetivo desse levantamento foi verificar se os grupos diferiam entre si qualitativamente quanto à construção da história. Novamente, não houve diferença quanto à construção da estrutura textual da história do velho homem. Esse levantamento consta na Tabela 8, na qual estão apresentados dentro de cada grupo do experimento, bem como o total de manutenções de estrutura e avanços realizados.

Tabela 8

Análise Qualitativa das Manutenções e Avanços de Estrutura Efetuados pelos Sujeitos

História	DA leve n=12	DA moderada n=13	Controle n=15	Total n=40
Velho Homem	17 manutenções	17 manutenções	24 manutenções	58 manutenções
	19 avanços	22 avanços	21 avanços	62 avanços

Nota. * n = número de participantes que escolher tal estrutura

Agrupamos as duas histórias lineares com características mais descritivas (professor/situação e jogador/complicação) e as duas histórias lineares com características mais narrativas (cachorro/resolução e amigo/conclusão). Observa-se que não houve diferença significativa entre as características, pois ocorreu um predomínio da complicação e da resolução.

Observou-se que nos grupos com DA ocorreu ligeira preferência pela história com características textuais de narrativa, entretanto não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,705$). No grupo controle, o número de participantes dividiu-se de forma semelhante entre as macrocategorias com características descritivas e narrativas.

3.3 História do Velho Homem x História Linear correspondente

Os resultados da Tabela 9 mostram a comparação do percentual de proposições lembradas pelos sujeitos nas histórias do velho homem e sua linear correspondente, com suas médias, desvios-padrão, significância (p). A análise realizada pelo *T-Student Test*, não demonstrou diferença estatisticamente

significativa entre a história do hipertexto e sua linear correspondente, em nenhum dos grupos.

O grupo com DA leve lembrou ligeiramente mais proposições da história linear do que da história do velho homem, contudo não houve diferença significativa ($p=0,929$). O grupo com DA moderada obteve escores de lembrança das histórias bastante semelhantes, com isso não houve diferença entre as recordações da história do velho homem e sua linear correspondente ($p=0,989$). O grupo controle lembrou de mais proposições da história do velho homem do que da linear correspondente, mesmo assim a diferença não se apresentou significativa ($p=0,50$).

Tabela 9

Comparação das Estruturas Textuais do Velho Homem e da Linear Correspondente

Grupos	Velho homem	Linear correspondente	P
	M(DP)	M(DP)	
DA Leve	58,84 (21,31)	59,32 (24,67)	0,929
DA Moderada	36,05 (25,50)	36,16 (21,86)	0,989
Controle	88,94 (11,42)	79,54 (11,61)	0,50

Nota. * M = média; DP = Desvio-Padrão

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO

Os participantes com demência mostraram-se sensíveis a tarefa de compreender um texto, tendo seu desempenho significativamente pior do que o dos idosos normais. Trabalhos como os de Braver, Rush, Satpute, Racine e Barch (2005); Chapman, Zientz, Weiner, Rosenberg, Frawley e Burns, (2002); Gély-Nargeot et al. (2002); Parente, Kieling, Rinaldi e Holderbaum (2005), de mesma forma, salientam que idosos sem demência lembram maior número de informações do que os com demência. Nesse sentido, provas de reconto de histórias são instrumentos eficazes para discriminar a patologia (Orange & Kertesz, 2000).

Gómez e White (2006) demonstraram que é possível realizar o diagnóstico diferencial entre o envelhecimento saudável e o início da demência combinando a avaliação da fluência verbal com o reconto de história. A estratégia de utilizar a leitura e a recordação para avaliar os pacientes indicaria se a capacidade de compreensão está declinando, apontando a classificação do estágio da demência. Orange e Kertesz (2000) sugerem que o discurso deveria ser incluído em baterias de avaliação, porque habilidades, como nomeação, seleção, organização e planejamento das informações, estão prejudicadas na DA.

Em um estudo realizado por Ortiz e Bertolucci (2005), em que testaram idosos com DA inicial e sem demência, os resultados apontaram para dificuldade precoce dos pacientes com demência de estágio inicial na compreensão tanto de sentenças quanto de texto. Essa dificuldade, segundo os autores, está relacionada ao declínio precoce dos subsistemas de memória e de atenção, mesmo quando os pacientes conseguem armazenar e recuperar as informações. Isso se dá globalmente e não em detalhes.

Ao observar qualitativamente o tipo de reconto, verificou-se que, nas histórias lineares, o grupo controle obedeceu à seqüência do texto original, com os detalhes constantes na história. Os idosos com DA leve não apresentaram o detalhamento da história que o grupo controle apresentou. Os achados são corroborados por estudos como o de Welland, Lubinski, e Higginbotham (2002) que investigaram a compreensão do discurso de pacientes com DA em estágio inicial e moderado. A conclusão a que os pesquisadores chegaram é que pacientes

com DA (leve e moderada) apresentam empobrecimento da compreensão, não tendo diferença significativa quando comparado a outro grupo com danos cerebrais. Os três grupos – DA leve, moderada e danos cerebrais – apresentaram uma compreensão da idéia principal da narrativa em detrimento dos detalhes.

A recordação dos pacientes com demência privilegia a idéia principal de texto em detrimento dos detalhes (Johnson, Storandt & Balota, 2003). Os autores estudaram a recordação de pacientes com DA e perceberam que, logo após ouvir uma história, os pacientes com DA apresentam prejuízo na recordação de suas proposições. Além disso, o esquecimento da idéia principal piorou naqueles com níveis mais avançados da demência.

Hudon et al. (2006) realizaram estudo com grupo de idosos saudáveis, com Declínio Cognitivo Leve e com Demência do tipo Alzheimer. O objetivo foi investigar a recordação de informações essenciais e de detalhes na DA. Os participantes foram avaliados quanto à recordação de texto e quanto ao falso reconhecimento de informações. Os resultados indicaram que a recordação de informações essenciais (idéia principal) e de detalhes decresce com o agravamento da demência.

No presente estudo, o grupo com DA moderada lembrou menos proposições do que o grupo com DA leve. Ainda, o padrão de recordação dos dois grupos apresentou diferença: os participantes com demência inicial lembraram da idéia principal e de alguns detalhes das histórias lineares; os idosos com demência em estágio moderado lembraram de elementos, como personagem principal ou ação ocorrida e realizaram maior número de acréscimos a história. Como o *déficit* da atenção está mais pronunciado na fase moderada da demência, ocorre dificuldade de manter as informações, ocasionada pelo prejuízo no desempenho da memória de trabalho (Berardi, Parasuraman, & Haxby, 2005; Johnson, Storandt & Balota, 2003; Perry & Hodges, 1999).

Nesta pesquisa a ocorrência de acréscimos na lembrança das histórias salienta a dificuldade dos participantes com DA na recordação das informações lidas. O tipo de acréscimo que os grupos com DA privilegiaram, nas histórias lineares, foi: na DA leve, reconstrução e inferência; e na DA moderada, reconstrução. Os sujeitos com demência leve realizaram comentários sobre fatos e eventos relacionados com a história original não-presentes na superfície textual, ou seja, inferência. Ainda, tanto o grupo com DA leve quanto com DA moderada

acrescentaram palavras ou expressões que não constavam na história construída ou lida. Esses dois tipos de acréscimos, na maioria das vezes, foram uma inserção da experiência pessoal dos participantes com DAs, sugerindo uso de recursos da memória episódica, como estratégia facilitadora para completar a tarefa de recordar a história, embora no estágio moderado esse subsistema de memória se apresente ainda mais prejudicado que no início da patologia. Segundo van Dijk (2004), a compreensão de um texto ocorre com a interpretação da informação lida através do conhecimento mais geral que possuímos. Pode-se pensar, neste caso, que os participantes com DA moderada utilizaram o subsistema de memória semântica, por apresentarem uma redução acentuada dos recursos da memória de trabalho e da memória episódica (Pignatti et al., 2005).

O grupo de DA leve, na história do hipertexto, realizou mais interferências. A ocorrência de interferência pode estar relacionada à dificuldade da atenção seletiva, especificamente dos processos inibitórios (Pignatti et al., 2005). Pode-se pensar que os idosos no estágio inicial da demência processaram as duas opções de frases, entretanto, no momento de lembrar a frase que escolheram para dar continuidade à história aparecem as dificuldades de memória de trabalho e da atenção. O grupo com DA moderada, na história do hipertexto, realizou mais reconstruções, seguidas das inferências. A realização das reconstruções sugere dificuldades de lembrar o que foi lido, estando ligada à diminuição de desempenho dos subsistemas de memórias declarativas (semântica e episódica) e da memória de trabalho. As inferências, pela definição, são comentários sobre fatos ou eventos relacionados com a história original e que não se encontravam na superfície textual do texto. Talvez pela dificuldade de recordar as proposições lidas, os sujeitos utilizaram vivências do passado, preenchendo a lacuna das informações lidas e não recuperadas.

No presente estudo, o relato das histórias lineares que representavam narração e descrição não diferiram significativamente. Na pesquisa de Gély-Nargeot et al. (2002), houve diferença significativa entre as duas classificações, tendo favorecido a recordação dos DAs a história que caracterizava uma narrativa. A ausência de diferença estatística no presente trabalho pode ter ocorrido por dois motivos.

Primeiro, os sujeitos com DA foram alocados em dois grupos distintos a fim de investigar diferenças quantitativas e qualitativas da gravidade da patologia;

e devido ao número reduzido de participantes nos dois grupos de demência a significância estatística não foi demonstrada. Talvez seja necessário um maior número de sujeitos nos grupos para essa confirmação.

Segundo é possível que a redundância da história descritiva (professor) tenha facilitado sua lembrança. Nesta história, as quatro frases oferecem adjetivos ao professor, enfatizado suas características virtuosas. É possível que descrições que envolvam número de informações diferentes tornem sua memorização mais árdua quando comparada à narrativa, cuja seqüência de ações possibilita encadeamento de idéias, facilitando o armazenamento na memória. Observa-se que, no caso das histórias do presente estudo, a redundância foi um elemento de coesão/coerência da descrição, assim como a seqüência canônica das macroestruturas na narrativa completa.

Ao analisar as histórias com pelo menos dois elementos de estrutura de narrativa, observou-se que as histórias do jogador (situação e complicação) e do cachorro (situação, complicação e resolução) apresentaram recordação de 46,79% e 50,69% respectivamente, sendo um percentual menor que a do amigo (situação, complicação, resolução e conclusão) que foi de 55,37%. Portanto, o aumento de elementos de macroestrutura narrativa auxiliou a lembrança de idosos sem demência e aqueles com demência leve, indicando que a estrutura da narrativa ajuda na associação de idéias.

A análise do desempenho do grupo com DA moderada e seu maior percentual de lembrança na história do cachorro faz pensar na influência do grau de emoção da narrativa. May, Rahhal, Berry e Leighton (2005) apontam que conteúdos de cunho emocional possibilitam aos idosos maior associação destas informações, fazendo com que a diferença de recursos de memória, devido à idade, desapareça, isto é, o processamento emocional mantém-se estável apesar do passar dos anos. Os resultados do estudo de Blessing, Keil, Linden, Heim e Ray (2006) sugeriram que a aquisição e a manutenção da afetividade estão preservadas na demência, mesmo com o prejuízo da memória declarativa (explícita).

Das quatro histórias lineares entende-se que, a história do cão foi a que evidenciou maior apelo emocional. Presume-se que, além do apelo emocional, a possível identificação de informações mais próximas do cotidiano dos participantes possibilitou a associação das informações ligadas com situações vivenciadas pelos idosos, de cunho episódico.

Por último, segue-se a análise do efeito do hipertexto foco desta pesquisa. O padrão de recordação dos grupos da amostra diferiu entre si, assim como ocorreu nas histórias lineares em que os idosos sem demência apresentaram recordação literal das proposições da história do velho homem. Os DAs em estágio leve lembraram da idéia principal e alguns detalhes. Por fim, os sujeitos com demência moderada recordaram menos proposições que o grupo com DA leve, com perda de detalhes e realização de acréscimos, ou seja, o grupo com DA leve se beneficiou da estrutura da história em hipertexto, lembrando, em média, mais de 60% das proposições da história do velho homem, enquanto os moderados lembraram de menos de 30%, não demonstrando ganho com a estrutura do hipertexto.

O benefício dos DA leves pode ser decorrente de sua capacidade preservada de associação de frases. No início da demência, os recursos de memória episódica e de trabalho apresentam *déficit*, ao contrário da memória semântica ainda preservada; no estágio moderado, os recursos desses diferentes tipos de memória encontram-se prejudicados. Alguns autores como Grossmann et al. (1996) defendem que a dificuldade de entender uma sentença está relacionada, em parte, aos prejuízos da capacidade de armazenar na memória de trabalho. Pode-se pensar que, através da associação entre as frases, a memória semântica compensa a dificuldade de memória de trabalho dos sujeitos em estágio inicial da demência.

A atenção seletiva é o primeiro dos processos atencionais a apresentar declínio na demência. No início da patologia, há diminuição da capacidade em dirigir a atenção a um estímulo somente e não a outro (Pignatti et al., 2005). Por isso, supõe-se que essa dificuldade atencional interferiu na tarefa de codificar, interpretar e recuperar a informação lida. O tipo de acréscimo mais realizado pelos DAs leve na história do hipertexto evidencia a dificuldade de focar a atenção na tarefa proposta.

Por outro lado, o grupo com DA moderada não se beneficiou da história em hipertexto, quando comparado ao grupo com DA leve. Os sujeitos com demência moderada realizaram maior número de acréscimos à história, principalmente, reconstruções e inferências. O maior número de frases do hipertexto, necessário para a escolha da continuidade da história, exige maiores recursos atencionais. Tais capacidades podem estar bastante prejudicadas nos sujeitos com DA moderada, de forma que, ao invés de auxiliar, interferiram na recordação.

Em suma, os resultados podem ser resumidos da seguinte maneira: (a) houve diferença significativa na lembrança entre os grupos, pois quanto mais grave a Demência de Alzheimer mais prejuízo ocorre à compreensão textual; (b) as histórias lineares mostraram que a estrutura canônica da macrocategoria beneficiou os participantes com DA leve e os idosos do grupo controle; (c) o hipertexto auxiliou a recordação dos participantes do grupo controle e dos com DA leve e não ajudou a lembrança dos sujeitos com DA moderada; (d) o tipo de acréscimo mais freqüente para os sujeitos em estágio inicial foi reconstrução e inferência nos recontos das histórias lineares e interferência no hipertexto. A reconstrução foi o acréscimo mais realizado pelos participantes com DA moderada nas histórias lineares; e reconstrução, seguida da inferência, no hipertexto.

Os tipos de acréscimos realizados pelos participantes são explicados pelas dificuldades cognitivas em virtude da síndrome demencial de que estão acometidos. Os participantes em estágio inicial da demência apresentaram interferência na história do hipertexto. Isso se deve ao desempenho relativamente preservado da memória de trabalho, da memória episódica e da memória semântica, fazendo com que eles lembrem das proposições recém lidas. Os participantes em estágio moderado da demência realizaram reconstruções e inferências na história do hipertexto, devido ao *déficit* das memórias de trabalho e episódica, dificultando a lembrança das proposições da história. Entretanto, os recursos de memória semântica apresentam-se relativamente preservados na DA moderada, fazendo com que os participantes utilizem-se deles para completar a história.

4.1. Considerações Finais

A partir dos resultados, percebe-se que o hipertexto apresenta-se como instrumento sensível aos idosos com demência. Os resultados mostraram que há diferença na lembrança dos idosos saudáveis, dos com DA leve e com demência moderada. Por isso, o hipertexto pode servir como diagnóstico diferencial para os idosos com suspeita de demência.

Cada vez mais, estudos sobre intervenções cognitivas evidenciam a necessidade de planejar o tratamento caso a caso (Wilson, 1997). Neste estudo, ficou evidente que a escolha de frases pelo idoso com DA leve auxilia a compreensão do texto, fazendo com que eles utilizem os recursos da memória

semântica ainda existentes. Dessa forma, situações de comunicação que façam o idoso selecionar e/ou escolher um tópico parecem ser eficazes para mantê-lo funcional por um período mais prolongado.

REFERÊNCIAS

- Abreu, I. de, Forlenza, O., & De Barros, H. (2005). Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(3), 131-136.
- Abrisqueta-Gomez, J., Brucki, S., Canalli, F., Oliveira, E., Ponce, C., Vieira, V., & Bueno, O. (2002). Neuropsychological Rehabilitation Program in Cognitive Impairment and Dementia. *Neurological Rehabilitation: Proceeding of the 3rd World Congress*, 399-407.
- Almeida, O., & Almeida, S. (1999). Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. *Arquivos Neuropsiquiátricos*, 57(2-B), 421-426.
- American Psychological Association (2000). *Publication manual* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Appell, J., Kertesz, A., & Fisman, M. (1982). A Study of Language Functioning in Alzheimer Patients. *Brain and Language*, 17, 73-91.
- Baddeley, A.D., Baddeley, H.A., Bucks, R.S., & Wilcock, G.K. (2001). Attentional control in Alzheimer's disease. *Brain*, 124, 1492-1508.
- Bayles, K. (2003). Effects of working memory deficits on the communicative functioning of Alzheimer's dementia patients. *Journal of Communication Disorders*, 36(3), 209-219.
- Berardi, A.M.; Parasuraman, R., & Haxby J.V. (2005). Sustained Attention in Mild Alzheimer's Disease. *Developmental-Neuropsychology*, 28(1), 507-537.
- Blessing, A., Keil, A., Linden, D.E.J., Heim, S., & Ray, W. J. (2006). Acquisition of affective dispositions in dementia patients. *Neuropsychologia*, 44, 2366-2373.
- Bonini, A. (1999). Reflexões em torno de um conceito psicolinguístico de tipo de texto. *Delta*, 15(2), 301-318.
- Bottino, C. (2005). O tratamento de longo prazo está indicado para pacientes com doença de Alzheimer? *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(6), 341-342.
- Bourgeois, M., Camp, C., Rose, M., White, B., Malone, M., Carr, J., & Rovine, M. (2003). A Comparison of training strategies to enhance use of external aids by persons with dementia. *Journal of Communication Disorders*, 36, 361-378.

- Brandão, L., & Parente, M.A. (2004). Compreensão e produção do discurso oral em portadores da Doença de Alzheimer. In K. O. Zazo (Ed.), *Distúrbios neurológicos adquiridos*. São Paulo, Brasil: Manole.
- Braver, T.S., Rush, B.K., Satpute, A.B., Racine, C.A., & Barch, D.M. (2005). Context Processing and Context Maintenance in Healthy Aging and Early Stage Dementia of the Alzheimer's Type. *Psychology and Aging*, 20(1), 33-46.
- Cadilhac, C., Virbel, J., & Nespoulous, J-L. (1995). *Compréhension et mémorisation de textes de différentes structures par des sujets normaux et pathologiques: "le vieil homme"*. Isbergues: L'Ortho-Edition.
- Chapman, S.B., Zientz, J., Weiner, M., Rosenberg, R., Frawley, W., & Burns, M.H. (2002). Discourse changes in early Alzheimer disease, mild cognitive impairment, and normal aging. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 16(3), 177-186.
- Charchat, H. Nitrini, R., Caramelli, P., & Sameshina, K. (2001). Investigação de Marcadores Clínicos dos Estágios Iniciais da Doença de Alzheimer com Testes Neuropsicológicos Computadorizados. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(2), 305-316.
- Charchat-Fichman, H., Caramelli, P., Sameshima, K., & Nitrini, R. (2005). Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(12), 79-82.
- Chaves, M.L.F., & Izquierdo, I. (1992). Differential diagnosis between dementia and depression: a study of efficiency increment. *Acta Neurological Scandinavial*, 85, 378-382.
- Conselho Federal de Psicologia (2000). Resolução para pesquisa com seres humanos. Resolução 016/2000, Brasília.
- De Salles, J., & Parente, M.A.M.P. (2004). Compreensão textual em alunos de segunda e terceira séries: uma abordagem cognitiva. *Estudos de Psicologia*, 9(1), 71-80.
- Dias, C.A. (1999). Hipertexto: evolução histórica e efeitos sociais. *Ciência da Informação*, 28(3), 269-277.
- Duong, A. Giroux, F., Tardif, A., & Ska, B. (2005). The heterogeneity of picture-supported narratives in Alzheimer's disease. *Brain and Language*, 93, 173-184.
- Fávero, L. (2002). *Coesão e Coerência Textuais*. São Paulo, Brasil: Editora Ática.
- Fávero, L., & Koch, I.V. (2005). *Linguística Textual: Introdução*. São Paulo, Brasil: Cortez Editora.

- Fleischman, D., Wilson, R., Gabrielli, J., Schneider, J., Bienias, J., & Bennet, D. (2005). Implicit memory and Alzheimer's disease neuropathology. *Brain*, 128, 2006-2015.
- Folstein, M. F. F., Susan E., & McHugh, Paul R. (1975). Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
- Foltz, P.W. (1996). Comprehension, Coherence and Strategies. in Hypertext and Linear Text. In J-F.Rouet, J.J. Levonen, A. Dillon & R.J. Spiro (Eds.), *Hypertext and Cognition*, (pp.109-136). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Forlenza, O. (2005). Tratamento farmacológico da doença de Alzheimer. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(3), 137-148.
- Francés, I., Barandiarán, M., Marcellán, T., & Moreno, L. (2003). Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. *Anais Sistemas Sanitarios Navar*, 26(3), 405-422.
- Gély-Nargeot, M., Ska, B., & Touchon, J., (2002). Text Structure and Content Modulate the Recall of Patients with Dementia of the Alzheimer's Type. *Brain and Cognition*, 48(2-3), 371-375.
- Gómez, R.G., & White, D.A. (2006) Using verbal fluency to detect very mild dementia of the Alzheimer type. *Archive of Clinical Neuropsychology*, 21(8), 771-775.
- Grossman, M., D'Esposito, M., Hughes, E., Onishi, K., Biassou, N., White-Devine, T., & Robinson, K.M. (1996). Language comprehension profiles in Alzheimer's disease, multi-infarct dementia, and frontotemporal degeneration. *Neurology*, 47(1), 183-189.
- Holderbaum, C., Rinaldi, J., Brandão, L., & Parente, M.A.M.P. (2006). A intervenção cognitiva para pacientes portadores de demência do tipo Alzheimer. In M.A.M.P. Parente (Ed.), *Envelhecimento e Cognição* (pp. 259-273). Porto Alegre, Brasil: Artmed Editora.
- Hodges, J.R. (2006). Alzheimer's centennial legacy: origins, landmarks and the current status of knowledge concerning cognitive aspects. *Brain*, 129, 2811-2822.
- Hodges, J.R. Salmon, D.P., & Butters, N. (1992). Semantic memory impairment in Alzheimer's disease: failure of access or degraded knowledge? *Neuropsychologia*, 30, 301-314.
- Hudon, C., Belleville, S., Gély-Nargeot, M.-C., Souchay, C., & Chertkow, H. (2006). Memory for Gist and Detail Information in Alzheimer's Disease and Mild Cognitive Impairment. *Neuropsychology*, 20(5), 566-577.
- Hughes, C.P., Berg, L., Danziger, W.L., Coben, L.A., & Martin, R.L. (1982). A new clinical scale for the staging of dementia. *British Journal of Psychiatry*, 140, 566-572.

- 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*, 17(1), 82-92.
- Katz, S., Ford, A.B., Moskowitz, R.W., Thompson, H.M. & Svec, KH. (1963). Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardised measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*, 185: 914-919.
- Kintsch, W., & Kozminsky, E. (1977). Summarizing stories after reading and listening. *Journal of Educational Psychology*, 69(5), 491-499.
- Kintsch, W., & van Dijk, T.A. (1978). Toward a model of text comprehension and production. *Psychological Review*. 85(5), 363-394.
- Koch, I.V., & Travaglia, L. (2004). *A Coerência textual*. São Paulo, Brasil: Editora Contexto.
- Kotler-Cope, S., & Camp, C. (1990). Memory interventions in aging populations. In E. Lovelace (Ed.), *Aging and Cognition: mental processes, self awareness and interventions*. Amsterdam: Elsevier Science Publisher.
- Labov, W., & Waletzky, J. (1967). Narrative Analysis: oral versions of personal experience. In J. Helm (Ed.), *Essays on the verbal and visual arts* (pp. 12-44), Seattle, USA: University of Washington Press.
- Landow, G.P. (1995). *Hipertexto: la convergencia de la teoria crítica contemporánea y la tecnología*. Barcelona, Espanha: Ediciones Paidós.
- Levinoff, E., Saumier, D., & Chertkow, H. (2005). Focused attention deficits in patients with Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *Brain and Cognition*, 57, 127-130.
- Lindeboom, J., & Weinstein, H. (2004). Neuropsychology of cognitive ageing, minimal cognitive impairment, Alzheimer's disease, and vascular cognitive impairment. *European Journal of Pharmacology*, 490, 83-86.
- Maia, A.L.G., Godinho, C., Ferreira, E.D., Almeida, V., Schuh, A., Kaye, J., & Chaves, M.L.F. (2006). Aplicação da versão brasileira a escala de avaliação clínica da demência (Clinical Dementia Rating – CDR) em amostras de pacientes com demência. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 64(2-B), 485-489.
- Mansur, L.L., Carthery, M.T., Caramelli, P., & Nitrini, R. (2005). Linguagem e Cognição na Doença de Alzheimer. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(3), 300-307.
- Matlin, M. (2004). *Psicologia Cognitiva*. Rio de Janeiro, Brasil: LTC.
- May, C.P; Rahhal, T.; Berry, E.M., & Leighton, E.A. (2005). Aging, source memory, and emotion. *Psychology & Aging*. 20, 571-578.

- McKhann, G., Drachman, D., Folstein, M., Katzman, R., Price, D., & Stadlan, E. (1984). Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: Report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology*, 34, 939-944.
- Menor, J., Peraita, H., & Elosúa, R. (2001). *Transtornos de la memoria en la enfermedad de Alzheimer*. Madrid, Espanha: Editorial Trotta.
- Miller, E. (1989). Language impairment in Alzheimer type dementia. *Clinical Psychology Review*, 9, 181-195.
- Nachmias, C., & Nachmias, D. (1996). Research Designs: Experiments. In C. Nachmias & D. Nachmias (Eds.), *Research Methods in the social sciences*, (pp. 97-124). London, England: Arnold.
- Neri, M., Iacomo, S., Renzetti, C., & Vreese, L.P. (2001). Cognitive Training in Aging and Disease (Cotrad). *Archieve Gerontology and Geriatri*, 7, 285-293.
- Nitrini, R., Caramelli, P., Bottino, C., Damasceno, B., Brucki, S., & Anghinah, R. (2005). Diagnóstico de Doença de Alzheimer no Brasil. *Arquivo de Neuropsiquiatria*, 63(3-A), 713-719.
- Orange, J.B., & Kertesz, A. (2000). Discourse analyses and dementia. *Brain and Language*, 71, 172-174.
- Ortiz, K., & Bertolucci, P.H. (2005). Alterações de linguagem nas fases iniciais da doença de Alzheimer. *Arquivo de Neuropsiquiatria*, 63(2-A), 311-317.
- Parente, M.A.M.P., Capuano, A., & Nespoulous, J.L. (1999). Ativação de modelos mentais no recontar de histórias por idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(1), 157-172.
- Parente, M.A.M.P., Kieling, C.C., Rinaldi, J., & Holderbaum, C.S. (2005). The impact of the interactivity of the Hypertext in the recall of aged and of Alzheimer's patients. *Revue Parole*.
- Parente, M.A.M.P. (Ed.) (2006). *Cognição e Envelhecimento*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Pellanda, N.M., & Pellanda, E.C. (Eds.) (2000). *Ciberespaço: um hipertexto com Pierre Lévy*. Porto Alegre, Brasil: Artes e Ofícios.
- Peng, F.C.C. (2003). Is dementia a disease? *Gerontology*, 49, 384-391.
- Perry, R.J., & Hodges, J.R. (1999). Attention and executive deficits in Alzheimer's disease: a critical review. *Brain*, 122, 383-404.
- Pignatti, R., Rabuffetti, M., Imbornome, E., Mantovani, F., Alberoni, M., Farina, E., & Canal, N. (2005). Specific impairments of selective attention

- in mild Alzheimer's disease. *Journal Clinical Experimental Neuropsychological*, 27, 436-448.
- Pliszka, S.R. (2004). Transtornos Cognitivos. In S.R. Pliszka (Ed.), *Neurociência para o clínico de saúde mental* (pp. 195-203), Porto Alegre, Brasil: Artmed Editora.
- Ralph, M., Pettersson, K., Graham, N., Dawson, K., & Hodges, J. (2003). Homogeneity and heterogeneity in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: a cross-sectional and longitudinal study of 55 cases. *Brain*, 126, 2350-2362.
- Ramage, A., & Holland, A. (2001). *Language in normal aging and age-related neurological disorders* (Vol.2). Elsevier
- Salkind, N.J. (2000). *Exploring research*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Smith, E., & Jonides, J. (1999). Storage and Executive processes in the frontal lobes. *Science*, 283(5408), 1657-1665.
- Squire, L.R (1986). Mechanisms of memory. *Science*, 232, 1612-1619.
- Squire, L., & Kandel, E. (2003). A memória e as bases biológicas da individualidade. In L. Squire & E. Kandel, *Memória: da mente às moléculas* (pp.211-232), Porto Alegre, Brasil: Artmed Editora.
- Squire, L., & Morgan-Zola, S. (1988). Memory: brain system and behaviour. *TINS*, 11(4), 170-175.
- Squire, L., & Morgan-Zola, S. (1991). The medial temporal lobe memory system. *Science*, 253(5026), 1380-1387.
- Trabasso, T., & van den Broek, P. (1985). Causal thinking and the representation of narrative events. *Journal of memory and language*, 24, 612-630.
- Trabasso, T., van den Broek, P., & Suh, S. (1989). Logical Necessity and Transitivity of Causal Relations in Stories. *Discourse Processes*, 32, 1-25.
- Tulving, E. (2002). Episodic memory: from mind to brain. *Annual Review of Psychology*, 53, 1-25.
- Tulving, E., & Schacter, D. (1990). Priming and human memory system. *Science*, 247(4940), 301-306.
- Valdois, S., Joannette, Y., Poissant, A., Ska, B., & Dehault, F. (1990). Heterogeneity in the cognitive profile of normal elderly. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 12(4), 587-596.
- van den Broek, P. (1990). The causal inference maker: towards a process model of inference generation in text comprehension. In D.A. Balota,

- G.B. Flores d'Arcais, K. Rayner (Eds.), *Comprehension Processes in Reading*, (pp.423-445), London, England: Lawrence Erlbaum Associates.
- van Dijk, T.A. (2004). *Cognição, discurso e interação* (I.V. Koch, Trans and Ed.). São Paulo, Brazil: Contexto.
- Vieira, A. (2001). Do conceito de estrutura narrativa à sua crítica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 14(3), 599-608.
- Vigliocco, G. (2002). Psychology of Tip-of-the-tanghe. In *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Science* (Vol. 23, pp. 15759-5762). Elsevier.
- Welland, R.J., Lubinski, R., & Higginbotham, D.J. (2002). Discourse Comprehension Test performance of elders with dementia of the Alzheimer type. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 45(6), 1175-1187.
- Wilson, B. (1997). Cognitive Rehabilitation: How it is and it might be. *Journal of International Neuropsychological Society*, 3, 487-496.
- Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M.B., & Leirer, V.O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.

ANEXO A



Instituto de Psicologia
PPG da Psicologia

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Individual

O presente estudo visa contribuir para o esclarecimento de algumas questões sobre a compreensão de textos em idosos, a fim de auxiliá-los na criação de estratégias para melhorar essa atividade, tendo em vista o gradual envelhecimento da população brasileira e mundial. O instrumento de avaliação que será utilizado consiste de histórias que devem ser recontadas à examinadora, e esta irá gravar o relato.

Pelo presente consentimento, declaro que fui informado(a), de forma clara e detalhada, dos objetivos e da justificativa da pesquisa, tenho o conhecimento de que receberei esclarecimentos de qualquer dúvida sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados com a pesquisa. Além disso, terei total liberdade para aceitar ou não participar do estudo e total liberdade para retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso me traga qualquer prejuízo. As informações oferecidas serão mantidas em caráter confidencial e o(s) paciente(s) não ser(ão) identificado(s).

Concordo em participar do presente estudo, bem como autorizo, para fins de pesquisa, a utilização dos dados coletados. O pesquisador responsável por este Projeto de Pesquisa é a Profa. Dra. Maria Alice Parente, juntamente com a estudante Juciclara Rinaldi. Caso necessite entrar em contato com a equipe, este será feito pelo **telefone 3316-5111**, no **PPG da Psicologia do Desenvolvimento da UFRGS**, com endereço na Av. Ramiro Barcelos, 2600 na cidade de Porto Alegre/RS.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2006.

Assinaturas:

Participante

Pesquisadora

ANEXO B



Instituto de Psicologia
PPG da Psicologia

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Institucional

O presente estudo visa contribuir para o esclarecimento de algumas questões sobre a compreensão de textos em idosos, a fim de auxiliá-los na criação de estratégias para melhorar essa atividade, tendo em vista o gradual envelhecimento da população brasileira e mundial. O instrumento de avaliação que será utilizado consiste de histórias que devem ser recontadas à examinadora, e esta irá gravar o relato.

Pelo presente consentimento, a Instituição _____ declara que foi informado(a), de forma clara e detalhada, dos objetivos e da justificativa da pesquisa, tendo o conhecimento de que receberá esclarecimentos de qualquer dúvida sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados com a pesquisa. Além disso, terá total liberdade para aceitar ou não que os pacientes da Instituição participem do estudo e total liberdade para retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso traga qualquer prejuízo a essa Instituição. As informações obtidas serão mantidas em caráter confidencial e o(s) paciente(s) não ser(ão) identificado(s).

Concordo em participar do presente estudo, bem como autorizo, para fins de pesquisa, a utilização dos dados coletados junto ao(s) paciente(s). O pesquisador responsável por este Projeto de Pesquisa é a Profa. Dra. Maria Alice Parente, juntamente com a estudante Juciclara Rinaldi. Caso necessite entrar em contato com a equipe, este será feito pelo **telefone 3316-5111**, no **PPG da Psicologia do Desenvolvimento da UFRGS**, com endereço na Av. Ramiro Barcelos, 2600 na cidade de Porto Alegre/RS.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2006.

Assinaturas:

Instituição

Pesquisadora

ANEXO C



Instituto de Psicologia
PPG da Psicologia

Miniexame do Estado Mental (MEEM)

(Reprodução para fins de pesquisa)

Número do Participante: _____

Data: ____/____/____

Orientação

Dia Total: 5 pontos

- Data de hoje: () 0 ponto
 () 1 ponto
 Dia da semana: () 0 ponto
 () 1 ponto
 Mês: () 0 ponto
 () 1 ponto
 Ano: () 0 ponto
 () 1 ponto
 Estação do ano: () 0 ponto
 () 1 ponto

Localização Total: 5 pontos

- Local: () 0 ponto
 () 1 ponto
 Andar: () 0 ponto
 () 1 ponto
 Cidade: () 0 ponto
 () 1 ponto
 Estado: () 0 ponto
 () 1 ponto
 País: () 0 ponto
 () 1 ponto

Registro

- Pente Rua Azul: () 0 ponto
 () 1 ponto
 () 2 pontos
 () 3 pontos

Cálculo/Atenção

Usa-se um ou outro teste

- 100 – 7 (5 vezes): () 0 ponto
 (100 93 86 79 () 1 ponto
 72 65) () 2 ponto
 () 3 pontos
 () 4 pontos
 () 5 pontos

(ou)

Seqüência: 5 8 2 6 9 4 1

- () 0 ponto
 () 1 ponto
 () 2 ponto
 () 3 pontos
 () 4 pontos
 () 5 pontos

Evocação

- Pente Rua Azul: () 0 ponto
 () 1 ponto
 () 2 pontos
 () 3 pontos

LinguagemLinguagem: Total: 9 pontos

- Relógio / Caneta: () 0 ponto
 () 1 ponto
 () 2 pontos

- Nem aqui, nem ali, nem lá: () 0 ponto
 () 1 ponto

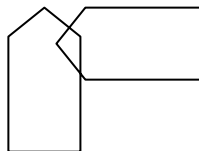
- Pegue papel com mão () 0 ponto
 direita, dobre e () 1 ponto
 coloque no chão () 2 pontos
 () 3 pontos

Siga a instrução: **“Feche os olhos”**

- () 0 ponto
 () 1 ponto

- Escreva uma frase () 0 ponto
 () 1 ponto

- Copiar o desenho () 0 ponto
 () 1 ponto



Escore Total do MMSE:/ 30 pontos

Escolaridade > 4 anos = 24 (S = 81, E = 68). Escolaridade < 4 anos = 17

Fonte: Folstein e cols. (1975), adaptado por Chaves & Izquierdo (1992)

ANEXO D



Instituto de Psicologia
PPG da Psicologia

Questionário Sociodemográfico

Data: ____/____/____

Número do Participante: _____

Telefone de Contato: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Local de Nascimento:

Cidade: _____

Estado: _____

País: _____

Anos de Escolaridade: _____ (anos completos – aprovados)

Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

Estado Civil: (1) Solteiro (2) Casado (3) Viúvo (4) Divorcio (5) Outros

Medicações: _____

Tipo de Instituição (caso paciente institucionalizado): () privada () pública

Nome da Instituição: _____

Caso o pacientes não seja institucionalizado responder sobre itens sobre o responsável:

1. Escolaridade do responsável familiar (em anos): _____ anos.

2. Nome: _____

3. Relacionamento: _____

4. Endereço: _____

5. Telefone: _____

ANEXO E



Instituto de Psicologia
PPG da Psicologia

Escala Reduzida de Depressão Geriátrica de Yesavage (GDS-15)

(Reprodução para fins de pesquisa)

Número do Participante: _____

Data: ___/___/___

Selecione a resposta que mais se aproxima do seu estado durante a semana, marcando-a

1. Encontra-se satisfeito com a sua vida em termos gerais? () Sim () Não
2. Tem abandonado muitos de seus interesses e atividades? () Sim () Não
3. Sente que a sua vida está vazia? () Sim () Não
4. Você se aborrece com freqüência? () Sim () Não
5. Você se sente de bom humor a maior parte do tempo? () Sim () Não
6. Tem medo que algum mal vá lhe acontecer? () Sim () Não
7. Você se sente feliz a maior parte do tempo? () Sim () Não
8. Você sente que sua situação não tem saída? () Sim () Não
9. Você prefere ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas? () Sim () Não
10. Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria? () Sim () Não
11. Você acha maravilhoso estar vivo? () Sim () Não
12. Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias? () Sim () Não
13. Você se encontra cheio de energia? () Sim () Não
14. Você acha que sua situação é sem esperança? () Sim () Não
15. Você acha que a maioria das pessoas está melhor do que você? () Sim () Não

TOTAL: _____ **Pontos**

As seguintes respostas valem 1 ponto:

- | | | | | |
|---------|---------|---------|----------|----------|
| (1) não | (4) sim | (7) não | (10) sim | (13) não |
| (2) sim | (5) não | (8) sim | (11) não | (14) sim |
| (3) sim | (6) sim | (9) sim | (12) sim | (15) sim |

<= 5 pontos = ausência de depressão

5 a 10 pontos = depressão leve a moderada (até esse escore os pacientes poderão ser admitidos no estudo)

>10 pontos = depressão grave

Fonte: Yesavage, Brink, Rose, Lun., Huang, Adey, & Leirer, 1983. (adaptado para o Brasil por Almeida & Almeida, 1999).

ANEXO F

Escore Clínico da Demência (CDR)

(Reprodução para fins de pesquisa)

Saudável 0	Questionável 0,5	Leve 1	Moderada 2	Grave 3
Memória				
sem perda ou esquecimento inconstante e leve	esquecimento leve e consistente; recordação parcial de eventos	perda de memória moderada, mais acentuada para eventos recentes; o defeito interfere com atividades do dia-a-dia	perda de memória grave; apenas material firmemente aprendido é mantido; material novo é rapidamente perdido	perda de memória grave; apenas recordações fragmentadas estão presentes
Orientação				
Completamente orientado	Completamente orientado, com ligeira dificuldade nas relações temporais	Alguma dificuldade com relações temporais; orientado para local e pessoa ao exame, mas pode estar geograficamente desorientado	Usualmente desorientado em tempo, com frequência para local	Apenas orientado para pessoas
Juízo + resolução de problemas				
Capaz de solucionar bem tarefas do dia-a-dia; bom julgamento em relação a desempenho no passado	Dificuldade questionável para solucionar problemas, semelhanças, diferenças	Dificuldade moderada para lidar com problemas, complexo, juízo social preservado	Capacidade gravemente comprometida para lidar com problemas semelhanças, diferenças; juízo social usualmente comprometido	Incapaz de fazer julgamento o solucionar problemas
Assuntos Comunitários				
Funciona independentemente em seu nível habitual em trabalho, compras, negócios e assuntos financeiros, trabalho voluntário e grupos sociais	Comprometimento questionável ou leve, se houver, nessas atividades	Incapaz de funcionar independentemente nessas atividades ainda que esteja envolvido em algumas; pode parecer normal em avaliação superficial	Sem pretensão de funcionamento independente fora de casa	Sem pretensão de funcionamento independente fora de casa
Casa + hobbies				
Vida em casa, hobbies, interesses intelectuais bem preservados	Vida em casa, hobbies, interesses intelectuais bem preservados ou apenas levemente comprometidos	Comprometimento de atividades em casa leve, mas definitivo; tarefas mais difíceis são abandonadas; hobbies e interesses mais complexos são abandonados	Apenas tarefas mais simples são preservadas; interesses bastante reduzidos, parcialmente mantidos	Sem atividade significativa em casa fora de seu próprio quarto
Cuidado pessoal				
Totalmente capaz de se autocuidar	Totalmente capaz de se autocuidar	Precisa de assistência Ocasional	Precisa de ajuda para se vestir, com higiene e para manter aparência	Precisa e muita ajuda com cuidado pessoal; freqüentemente incontinente

Fonte: Hughes e cols., 1982 (tradução para o português de Almeida et al., 1995).

Regras para Avaliação do Escore Clínica da Demência (CDR)

(Reprodução para fins de pesquisa)

Memória (M) é a categoria primária, todas as outras são categorias secundárias (CS).

1. Se pelo menos 3 CS são = M então CDR = M .
2. Se 3 ou mais CS são > (ou <) a M então CDR = maioria das CS > (ou <) M.
3. Sempre que 3 CS têm pontuação de um lado de M e as outras duas têm pontuações do outro lado o CDR = M.
4. Se M = 0,5 e 3 ou mais CS são pontuadas ≥ 1 então CDR = 1.
5. Se M = 0,5 o CDR não pode ser = 0, só pode ser 0,5 ou 1.
6. Se M = 0 então CDR = 0 exceto se 2 ou mais CS forem $\geq 0,5$ então CDR = 0,5.

Situações pouco habituais podem ocorrer na DA ou surgirem noutros tipos de demências. Estas situações devem ser pontuadas da seguinte forma:

- a) Quando 4 CS se encontram de um lado de M, distribuídas uniformemente por 2 pontuações, CDR = à pontuação mais próxima de M (ex.: M e outra CS = 3, 2 CS = 2 e 2 CS = 1; CDR = 2)
- b) Quando a 1 ou 2 CS é dada a mesma pontuação de M, CDR = M, desde que não mais de 2 CS estejam de um dos lados de M.
- c) Quando $M \geq 1$, CDR não pode ser = 0; nesta circunstância, CDR = 0,5 quando a maioria das CS são = 0.

ANEXO G

Avaliação do Desempenho em Atividades da vida diária (ADL/IADL)

(Reprodução para fins de pesquisa)

ADL: Índice de atividades rotineiras do paciente

1. Tomar banho (esponja, chuveiro ou banheira):
 - (I) Não precisa de ajuda.
 - (A) Precisa de ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (costas ou pernas).
 - (D) Precisa de ajuda para higiene completa (ou não toma banho).

2. Vestir-se:
 - (I) Pega as roupas e veste-se sem nenhuma ajuda.
 - (A) Pega as roupas e veste-se sem ajuda, com exceção para amarrar os sapatos.
 - (D) Precisa de ajuda para pegar as roupas ou para se vestir, ou fica parcial ou completamente não vestido.

3. Ir ao banheiro:
 - (I) Vai ao banheiro, faz a higiene e se veste sem ajuda (mesmo usando um objeto para suporte como bengala, andador, cadeira de rodas, e pode usar urinol à noite, esvaziando este de manhã).
 - (A) Recebe ajuda para ir ao banheiro, ou para fazer a higiene, ou para se vestir depois de usar o banheiro, ou para uso do urinol à noite.
 - (D) Não vai ao banheiro para fazer suas necessidades.

4. Locomoção:
 - (I) Entra e sai da cama, assim como da cadeira, sem ajuda (pode estar usando objeto para suporte como bengala ou andador).
 - (A) Entra e sai da cama ou da cadeira com ajuda.
 - (D) Não sai da cama.

5. Continência:
 - (I) Controla a urina e movimentos do intestino completamente por si próprio.
 - (A) Tem acidentes ocasionais.
 - (D) Supervisão ajuda a manter controle de urina ou intestino, cateter é usado, ou é incontinente.

6. Alimentação:
 - (I) Alimenta-se sem ajuda.
 - (A) Alimenta-se, com exceção no caso de cortar carne ou passar manteiga no pão.
 - (D) Recebe ajuda para se alimentar ou é alimentado parcial ou completamente por meio de tubos ou fluidos intravenosos.

Legenda: (I) independente, (A) necessita de assistência, (D) dependente.

IADL: Atividades instrumentais da vida diária
--

1. Telefone:

(I) capaz de olhar os números, discar, receber e fazer chamadas sem ajuda.

(A) É capaz de receber chamadas ou ligar para a telefonista em uma emergência, mas necessita de um telefone especial ou ajuda para pegar o número ou discar.

(D) É incapaz de usar o telefone (escreva _ não se aplica _ se o paciente nunca recebeu uma chamada ou usou o telefone).

2. Locomoção fora de casa:

(I) É capaz de dirigir seu próprio carro, ou andar em um ônibus ou em um táxi sozinho.

(A) É capaz de se locomover fora de casa, mas não sozinho.

(D) É incapaz de se locomover fora de casa.

3. Compras:

(I) É capaz de tomar conta de todas as compras, desde que o transporte seja providenciado.

(A) É capaz de fazer compras, mas não sozinho.

(D) É incapaz de fazer compras.

4. Preparar a comida:

(I) É capaz de planejar e preparar uma refeição completa.

(A) É capaz de preparar pratos simples, mas incapaz de cozinhar uma refeição completa sozinho.

(D) Incapaz de preparar qualquer comida. (Se o paciente nunca foi responsável por preparar uma refeição, pergunte algo sobre como fazer sanduíche, pegar uma fruta para comer, etc. Verificar se essas atividades diminuíram e marcar da mesma forma).

5. Trabalho doméstico:

(I) É capaz de fazer o trabalho doméstico pesado (exemplo: limpar o chão).

(A) É capaz de fazer o trabalho doméstico leve, mas precisa de ajuda nas tarefas pesadas.

(D) É incapaz de fazer qualquer trabalho doméstico.

6. Medicação:

(I) É capaz de tomar as medicações na dose e na hora certa.

(A) É capaz de tomar as medicações, mas precisa ser lembrado, ou alguém precisa preparar a medicação.

(D) É incapaz de tomar sozinho suas medicações.

7. Dinheiro:

(I) É capaz de fazer as compras de coisas necessárias, preencher cheques e pagar contas.

(A) É capaz de fazer as compras de uso diário, mas necessita de ajuda para usar o talão de cheques e para pagar as contas.

(D) É incapaz de lidar com dinheiro.

Legenda: (I) independente, (A) necessita de assistência, (D) dependente.

Fonte: Katz et al. (1963) (tradução para o português de Márcia Scazufca).

ANEXOS H



Instituto de Psicologia
PPG da Psicologia

Proposições das Histórias Lineares**HISTÓRIA DO PROFESSOR**

O PROFESSOR ERA INTELIGENTE
ELE ENSINAVA NA UNIVERSIDADE
SUAS AULAS ERAM DIVERTIDAS
E ELE ERA MUITO PACIENTE

HISTÓRIA DO PROFESSOR DIVIDIDA EM PROPOSIÇÕES

- (1) A HISTÓRIA TEM PROFESSOR
 - (2) [1], INTELIGENTE
 - (3) [1] ENSINAVA
 - (4) [3] NA UNIVERSIDADE
 - (5) [1] PACIENTE
 - (6) [1] DAVA AULAS
 - (7) [6] DIVERTIDAS
-

HISTÓRIA DO JOGADOR DE FUTEBOL

O JOGADOR DE FUTEBOL ERA TALENTOSO

UM DIA ELE SE MACHUCOU

POR ISSO ELE PRECISOU FAZER EXERCÍCIOS DIFÍCIEIS

TODOS NO TIME O ADMIRAVAM POR ISSO

HISTÓRIA DO JOGADOR DE FUTEBOL DIVIDIDA EM PROPOSIÇÕES

(1) A HISTÓRIA TEM JOGADOR

(2) [1] ERA DE FUTEBOL

(3) [2] ERA TALENTOSO

(4) [1] SE MACHUCOU

(5) UM DIA [4]

(6) ELE FAZIA

(7) [6] EXERCÍCIOS

(8) EXERCÍCIOS ERAM DIFÍCIEIS

(9) [4] POR ISSO [6]

(10) TODOS ADMIRAVAM

(11) [10] O JOGADOR

(12) [11] NO TIME

(13) [7] POR ISSO [10]

HISTÓRIA DO CACHORRO

O CACHORRO ERA UM VIRA-LATA
DESDE PEQUENO ELE VIVIA NAS RUAS
UMA MANHÃ ELE ACORDOU COM MUITA FOME
ENTÃO FOI PROCURAR COMIDA NA VIZINHANÇA.

HISTÓRIA DO CACHORRO DIVIDIDA EM PROPOSIÇÕES

- (1) TINHA CÃO
 - (2) [1] VIRA-LATA
 - (3) [1] VIVIA
 - (4) [3] NAS RUAS
 - (5) [4] DESDE PEQUENO
 - (6) [1] ACORDOU
 - (7) [6] COM FOME
 - (8) [7] UMA MANHÃ
 - (9) [1] PROCURAR
 - (10) [9] COMIDA
 - (11) [10] NA VIZINHANÇA
 - (12) [7] ENTÃO [10] PROCURAR COMIDA VIZINHANÇA
-

HISTÓRIA DO MEU AMIGO

MEU AMIGO ESTAVA BRAVO
AO MEIO DIA SUA ESPOSA NÃO TINHA FEITO O ALMOÇO
E ELE IA SE ATRASAR PARA O TRABALHO
ENTÃO RESOLVERAM IR ALMOÇAR NO RESTAURANTE DA
ESQUINA.

HISTÓRIA DO MEU AMIGO DIVIDIDA EM PROPOSIÇÕES

- (1) TINHA AMIGO
 - (2) [1] BRAVO
 - (3) ESPOSA NÃO FEZ ALMOÇO
 - (4) [1] TINHA ESPOSA
 - (5) [3] AO MEIO DIA
 - (6) ELE IA SE ATRASAR
 - (7) [6] PARA TRABALHO
 - (8) AMIGO E ESPOSA ALMOÇARAM
 - (9) [8] NO RESTAURANTE
 - (10) [9] DA ESQUINA
 - (11) [7] ENTÃO [9]
-

ANEXO I



Instituto de Psicologia
PPG da Psicologia

História do Hipertexto com as opções de escolha

HISTÓRIA DO VELHO HOMEM

UM HOMEM ERA VELHO

1 ELE VIVIA SOZINHO

2 UM DIA ELE FICOU PRESO NO TELHADO

1 UM DIA ELE TROPEÇOU NUMA PEDRA

2 ELE NÃO GOSTAVA DE CRIANÇAS

1 ENTÃO UM MENINO SALVOU O HOMEM

2 PORQUE A ESCADA CAIU NO CHÃO

1 PORQUE ELE ERA MUITO RANZINZA

2 UM DIA ELE PERDEU SEUS ÓCULOS

1 PORQUE ELE ESTAVA DISTRAÍDO NA RUA

2 E UM MENINO AJUDOU O VELHO A LEVANTAR

1 E ELE COMEÇOU A GRITAR POR SOCORRO

2 E OS BOMBEIROS VIERAM SOCORRER O HOMEM

1 PORQUE OUVIU O HOMEM GRITANDO

2 E O HOMEM AGRADECEU O MENINO

História do Velho Homem dividida em proposições
--

- (1) ELE VIVIA
 - (2) [1] SOZINHO
 - (3) ELE FICOU PRESO
 - (4) [3] NO TELHADO
 - (5) [4] UM DIA
 - (6) ELE TROPEÇOU
 - (7) [6] NUMA PEDRA
 - (8) [7] UM DIA
 - (9) ELE GOSTAVA NÃO
 - (10) [9] DE CRIANÇAS
 - (11) [9, 10]
 - (12) MENINO SALVAR HOMEM
 - (13) [7] ENTÃO [12]
 - (14) A ESCADA CAIU
 - (15) [14] NO CHÃO
 - (16) [4] PORQUE [14]
 - (17) ELE ESTAVA DISTRAÍDO
 - (18) [17] NA RUA
 - (19) [8] PORQUE [17]
 - (20) O MENINO AJUDOU
 - (21) [20] O VELHO
 - (22) [21] LEVANTAR
 - (23) [7] E O [22]
 - (24) VELHO RANZINZA
 - (25) [24] ELE VIVIA SOZINHO
 - (26) ELE VIVIA SOZINHO PORQUE [24]
 - (27) ELE PERDEU
 - (28) [27] OS ÓCULOS
 - (29) ÓCULOS ERAM SEUS
 - (30) [28] UM DIA
 - (31) [30] PORQUE [18]
 - (32) O VELHO GRITAR
 - (33) [32] POR SOCORRO
 - (34) [4] E O VELHO GRITAR POR SOCORRO
 - (35) BOMBEIROS SOCORRER
 - (36) [35] VELHO
 - (37) O MENINO OUVIU
 - (38) [37] HOMEM
 - (39) HOMEM GRITANDO
 - (40) [12] PORQUE OUVIU [32]
 - (41) O HOMEM AGRADECEU
 - (42) [41] MENINO
-

História do Velho Homem – oito possibilidades de construção da história divididas em proposições

1ª. Opção de construção da história do VH: macrocategoria Situação

Um homem era velho
 Ele vivia sozinho
 Ele não gostava de crianças
 Porque ele era muito ranzinza

(1.1) HAVIA UM HOMEM
(1.2) O HOMEM ERA VELHO
(1) [1.2] VIVIA
(2) [1] SOZINHO
(9) [1.2] GOSTAVA NÃO
(10) [9] DE CRIANÇAS
(24) [1.2] RANZINZA
(26) [10] PORQUE [24]

Número de proposições desta possibilidade de construção: 8

2ª. Opção de construção da história do VH: macrocategoria Complicação

Um homem era velho
 Ele vivia sozinho
 Ele não gostava de crianças
 Um dia ele perdeu seus óculos

(1.1) HAVIA UM HOMEM
(1.2) O HOMEM ERA VELHO
(1) [1.2] VIVIA
(2) [1] SOZINHO
(9) [1.2] GOSTAVA NÃO
(10) [9] DE CRIANÇAS
(27) [1.2] PERDEU
28) [27] OS ÓCULOS
(29) ÓCULOS ERAM SEUS
30) [28] UM DIA

Número de proposições desta possibilidade de construção: 10

3ª. Opção de construção da história do VH: macrocategoria Complicação

Um homem era velho
 Ele vivia sozinho
 Um dia ele tropeçou numa pedra
 Porque ele estava distraído na rua

(1.1) HAVIA UM HOMEM
(1.2) O HOMEM ERA VELHO
(1) [1.2] VIVIA
(2) [1] SOZINHO
(6) [1.2] TROPEÇOU
(7) [6] NUMA PEDRA
(8) [7] UM DIA
(17) [1.2] ESTAVA DISTRAÍDO
(18) [17] NA RUA
(19) [8] PORQUE [18]

Número de proposições desta possibilidade de construção: 10

4ª. Opção de construção da história do VH: macrocategoria Resolução

Um homem era velho
 Ele vivia sozinho
 Um dia ele tropeçou numa pedra
 E um menino o ajudou a levantar

(1.1) HAVIA UM HOMEM
(1.2) O HOMEM ERA VELHO
(1) [1.2] VIVIA
(2) [1] SOZINHO
(6) [1.2] TROPEÇOU
(7) [6] NUMA PEDRA
(8) [7] UM DIA
(20.1) HAVIA MENINO
(20) [20.1] AJUDOU
(21) [20] O VELHO
(22) [21] LEVANTAR
(23) [7] E [22]

Número de proposições desta possibilidade de construção: 12

5ª. Opção de construção da história do VH: macrocategoria Complicação

Um homem era velho
 Um dia ele ficou preso no telhado
 Porque a escada caiu no chão
 E ele começou a gritar por socorro

(1.1) HAVIA UM HOMEM
(1.2) O HOMEM ERA VELHO
(3) [1.2] FICOU PRESO
(4) [3] NO TELHADO
(5) [4] UM DIA
(14.1) HAVIA UMA ESCADA
(14) [14.1] CAIU
(15) [14] NO CHÃO
(16) [4] PORQUE [15]
(32) [1.2] GRITAR
(33) [32] POR SOCORRO
(34) [15] E [33]

Número de proposições desta possibilidade de construção: 12

6ª. Opção de construção da história do VH: macrocategoria Resolução

Um homem era velho
 Um dia ele ficou preso no telhado
 Porque a escada caiu no chão
 E os bombeiros vieram socorrer o velho

(1.1) HAVIA UM HOMEM
(1.2) O HOMEM ERA VELHO
(3) [1.2] FICOU PRESO
(4) [3] NO TELHADO
(5) [4] UM DIA
(14.1) HAVIA ESCADA
(14) [14.1] CAIU
(15) [14] NO CHÃO
(16) [4] PORQUE [15]
(35.1) HAVIA BOMBEIROS
(35) BOMBEIROS SOCORRER
(36) [35] VELHO
(36.1) [4] E [36]

Número de proposições desta possibilidade de construção: 13

7ª. Opção de construção da história do VH: macrocategoria Resolução

Um homem era velho
 Um dia ele ficou preso no telhado
 Um menino salvou o homem
 Porque ouviu o homem gritando

(1.1) HAVIA UM HOMEM
(1.2) O HOMEM ERA VELHO
(3) [1.2] FICOU PRESO
(4) [3] NO TELHADO
(5) [4] UM DIA
(12.1) HAVIA UM MENINO
(12.2) [12.1] SALVAR
(12) [12.2] HOMEM
(37) [12.1] OUVIU
(38) [37] HOMEM
(39) [12] GRITAR
(40) [12] PORQUE [39]

Número de proposições desta possibilidade de construção: 12

8ª. Opção de construção da história do VH: macrocategoria Conclusão

Um homem era velho
 Um dia ele ficou preso no telhado
 Um menino salvou o homem
 O homem agradeceu o menino

(1.1) HAVIA UM HOMEM
(1.2) O HOMEM ERA VELHO
(3) [1.2] FICOU PRESO
(4) [3] NO TELHADO
(5) [4] UM DIA
(12.1) HAVIA UM MENINO
(12.2) [12.1] SALVAR
(12) [12.2] HOMEM
(41) [1.2] AGRADECEU
(42) [41] MENINO

Número de proposições desta possibilidade de construção: 10

ANEXO J



Instituto de Psicologia
PPG da Psicologia

Regras para avaliação das proposições de cada história

<i>Palavras originais das histórias</i>	<i>Palavras assemelhadas do reconto</i>
História do Professor	
Ensinava	Dava aulas / lecionava
Universidade	Faculdade
Paciente	Paciencioso
Inteligente	Competente
Suas aulas	As aulas dele
História do Cachorro	
Vivia	Acordou
Uma manhã	Um dia / Uma noite
Então	E foi / Aí / Daí um dia
Vizinhança	Nas ruas
Vira-lata	Vivia nas ruas
Acordou	Se levantou
Procurar comida	Comer comida / procurava alimento
Comida	Alimentação
Desde pequeno	Desde criança
Com fome	esfomeado
História do Amigo	
Ao meio dia	Um dia
Então	Aí
Almoçar no restaurante da esquina	Almoçar fora
Almoço	comida
Atrasar	Chegar tarde
Amigo	Um senhor
Por isso	Então
Trabalho	serviço
História do Jogador de Futebol	
Precisou	Teve / Foi obrigado
Time	Amigos / Do campo / O pessoal / equipe / colegas
Por isso	Então / E aí
Machucou	“Pisou”
Exercícios difíceis	Exercícios especiais
	Exercícios de recuperação
	Exercícios reforçados / físicos
Jogador de futebol	Jogador tava jogando bola
Se machucou	Se pisou
História do Velho Homem	
Velho	Ele
Ele	homem
Um dia	Certo dia
Velho	Homem

ANEXO K

Tabelas dos Acréscimos

Acréscimos (Inferências, Interferências e Reconstruções)

Tabela 10

Acréscimos da História do Professor

Professor	Número de Acréscimos	DA leve n = 12	DA moderada n = 11	Controle n = 14
Inferências	0	9 (75%)	8 (72,7%)	12 (85,7%)
	1	2 (16,7%)	1 (9,1%)	2 (14,3%)
	2	1 (8,3%)	2 (18,2%)	-
Reconstruções	0	8 (66,7%)	8 (72,7%)	13 (92,9%)
	1	3 (25%)	3 (27,3%)	-
	2	1 (8,3)	-	1 (7,1%)
Interferência	0	11 (91,7%)	11 (100,0%)	13 (92,9%)
	1	1 (8,3%)	-	1 (7,1%)

Tabela 11

Acréscimos da História do Cachorro

Cão	Número de Acréscimos	DA leve N = 12	DA moderada n = 12	Controle n = 14
Inferências	0	9 (75,0%)	9 (75,0%)	13 (92,9%)
	1	3 (25,0%)	3 (25,0%)	1 (7,1%)
Reconstruções	0	9 (75%)	7 (58,3%)	13 (92,9%)
	1	1 (8,3%)	4 (33,3%)	1 (7,1%)
	2	1 (8,3%)	-	-
	3	-	1 (8,3%)	-
	5	1 (8,3%)	-	-
Interferência	0	11 (91,7%)	12 (100%)	14 (100%)
	3	1 (8,3%)	-	-

Tabela 12

Acréscimos da História do Amigo

Amigo	Número de Acréscimos	DA leve n = 11	DA moderada n = 12	Controle n = 15
Inferências	0	7 (63,6%)	9 (75,0%)	14 (93,3%)
	1	3 (25%)	2 (16,7%)	-
	2	-	1 (8,3%)	1 (6,7%)
	3	1 (9,1%)	-	-
Reconstruções	0	6 (54,5%)	10 (83,3%)	13 (86,7%)
	1	5 (45,5%)	-	1 (6,7%)
	2	-	2 (16,7%)	1 (6,7%)
Interferência	0	10 (90,9%)	12 (100%)	15 (100%)
	1	-	-	-
	2	1 (9,1%)	-	-

Tabela 13

Acréscimos da História do Jogador

Jogador	Número de acréscimos	DA leve n = 12	DA moderada n = 13	Controle n = 15
Inferências	0	7 (58,3%)	12 (92,3%)	15 (100%)
	1	4 (33,3%)	1 (7,7%)	-
	2	1 (8,3%)	-	-
Reconstruções	0	8 (66,7%)	9 (69,2%)	15 (100%)
	1	2 (16,7%)	3 (23,1%)	-
	2	1 (8,3%)	-	-
	3	1 (8,3%)	-	-
	5	-	1 (7,7%)	-
Interferência	0	11 (91,7%)	11 (84,6%)	15 (100%)
	1	-	2 (15,4%)	-
	6	1 (8,3%)	-	-

Tabela 14

Acréscimos da História do Velho Homem (VH)

VH	Número de Acréscimos	DA leve n = 12	DA moderada N = 13	Controle n = 15
Inferências	0	9 (75%)	7 (53,8%)	13 (86,7%)
	1	3 (25%)	6 (46,2%)	2 (13,3%)
	2	-	-	-
Reconstruções	0	8 (66,7%)	6 (46,2%)	14 (93,3%)
	1	1 (8,3%)	3 (23,1%)	1 (6,7%)
	2	2 (16,7%)	2 (15,4%)	-
	3	-	2 (15,4%)	-
	4	1 (8,3%)	-	-
Interferência	0	5 (41,7%)	11 (84,6%)	13 (86,7%)
	1	3 (25%)	2 (15,4%)	-
	2	3 (25%)	-	2 (13,3%)
	4	1 (8,3%)	-	-

Tabela 15

Comparação da Lembrança dos Participantes com DA Leve e Moderada

Histórias	DA leve	DA moderada	p
Professor	60,71 (18,40) ^a	33,77 (24,14) ^b	0,006
Jogador	46,79 (21,87) ^a	21,30 (21,10) ^b	0,007
Cachorro	50,69 (20,86) ^a	37,50 (18,63) ^a	NS*
Amigo	55,37 (25,86) ^a	21,97 (21,39) ^b	0,003
Velho homem	62,27 (23,53) ^a	29,64 (17,21) ^b	0,001

Nota. ^{a, b} Letras iguais representam valores iguais; * NS: não houve diferença significativa

ANEXO L



Instituto de Psicologia
PPG da Psicologia

Glossário

Atenção dividida: mecanismo que permite que consigamos engajar-nos em mais de uma tarefa ao mesmo tempo e deslocamos nossos recursos de atenção para distribuí-los prudentemente, conforme necessário.

Atenção seletiva: mecanismo atencional que permite dirigir a atenção a um estímulo, e não a outro. O foco de atenção concentrado em estímulos informativos específicos aumenta nossa capacidade para manipular aqueles estímulos para outros processos cognitivos, como a compreensão verbal ou a resolução de problemas.

Atenção sustentada: ou vigilância é a habilidade de focar a atenção em uma tarefa sem parar, por um período de tempo.

Avaliação: situação da trama no contexto da narrativa.

Complicação: apresentar uma série de eventos que servem para desenvolver a ação nas narrativas.

Compreensão textual: quando existe a relação significativa entre palavras, frases, parágrafos, contido na narrativa, e os elementos importantes para que ocorre o processo, como percepção, idéias, imagens e emoções.

DA: Demência de Alzheimer é a forma mais comum de demência provocada por alterações nos neurônios colinérgicos e suas projeções. Síndrome de início insidioso, degenerativa e progressiva, que provoca principalmente alterações cognitivas e motoras.

DA possível: similar à DA provável, mas o diagnóstico de DA possível pode ser efetuado na presença de doenças sistêmicas ou cerebrais que não correspondam à causa do quadro demencial.

DA provável: quadro demencial, de início insidioso e progressivo, que causa alterações cognitivas, porém não provocado por outras doenças sistêmicas ou

cerebrais. Uma vez que o diagnóstico definitivo de DA só é possível em exames *post mortem*, excluindo-se outras causas dos déficits cognitivos, utiliza-se a denominação DA provável.

Declínio Cognitivo Leve: dificuldades cognitivas, sem prejuízo social e/ou ocupacional, sendo insuficientes para diagnóstico de demência.

Hipertexto: é composto de corpos de textos conectados. Refere-se a um tipo de texto eletrônico, um novo modo de edição e uma idéia de leitura e escrita não-linear em sistemas informatizados. Oferece a facilidade de conexão entre idéias, além da flexibilidade da tecnologia da informação, centrada no leitor, torná-lo colaborador e participante, podendo escolher seu próprio trajeto pelo sistema.

Intervenção cognitiva: abordagem que visa a estimular funções cognitivas. Esse termo tem sido empregado no lugar de reabilitação cognitiva quando prognóstico de melhora é bastante limitado.

Memória de curto prazo: tipo de memória que opera com uma quantidade determinada de informações durante um curto intervalo de tempo. Também é conhecida por memória imediata ou primária.

Memória de longo prazo: sistema que apresenta capacidade ilimitada de armazenamento de informações durante um período de tempo indeterminado. Também conhecida por memória secundária.

Memória de procedimento: consiste da capacidade de se memorizar como se realizam determinadas tarefas essencialmente motoras (por exemplo, andar de bicicleta, jogar tênis ou lavar pratos).

Memória de trabalho: sistema ativo, com capacidade limitada de armazenamento temporal. Funcionalmente, permite que informações sejam manipuladas durante a execução de tarefas cognitivas.

Memória episódica: tipo de memória que armazena informações relativas a experiências pessoais. É marcada por componentes espaciais e temporais, importantes na recordação dessas experiências.

Memória explícita: ou declarativa. Consiste em um sistema de memória acessível à consciência e a outros processos cognitivos, que armazena eventos, fatos ou conhecimentos. Deste sistema fazem parte os sistemas de memórias episódica e semântica.

Memória implícita ou não-declarativa: sistema de memória não acessível à consciência, responsável pela formação de hábitos e de atos automatizados. Este sistema não faz referência a informações espaciais e temporais, ao contrário da memória explícita.

Memória semântica: tipo de memória composto por conhecimentos gerais e consolidado na ausência de referências de tempo e de contexto.

Moral ou conclusão: elemento opcional, em que o narrador avalia a narrativa de acordo com seu ponto de vista.

Narrativa: gênero discursivo em que o falante apresenta o objetivo de contar um ou mais eventos para o ouvinte. Geralmente os eventos narrados apresentam introdução, complicação e resolução.

Orientação ou situação: primeiro elemento da narrativa que expõe a ação inicial da trama.

Pré-ativação ou priming: consiste em um armazenamento de informações em um nível de processamento basicamente perceptual e inconsciente e opera facilitando a detecção ou identificação de um estímulo com o qual se tenha tido um contato recente.

Proposições: unidades que representam o significado dos textos. São constituídos por um predicado e um ou dois argumentos. O predicado pode ser um verbo, adjetivo, advérbio ou conectivo de sentença. Os argumentos podem exercer diversas funções, como as de agente, paciente, instrumento, objeto, fonte ou meta.

Resolução: quarto elemento, em que o falante aponta a resolução da trama.

Situação ou Orientação: primeiro elemento da narrativa que expõe a ação inicial da trama.