

Linguagem e Memória na Demência de Alzheimer

Contribuições da Neurolingüística para a Avaliação da Linguagem

H. M. B. BEILKE



Orientação: Prof^a. Dr^a. Rosana do Carmo Novaes-Pinto (IEL/UNICAMP)

HUDSON MARCEL BRACHER BEILKE



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE ESTUDOS DA LINGUAGEM
DEPARTAMENTO DE LINGÜÍSTICA
Mestrado em Lingüística
Área de pesquisa: Neurolingüística
Linha de Pesquisa: Linguagem e Pensamento

LINGUAGEM E MEMÓRIA NA DOENÇA DE ALZHEIMER
Contribuições da Neurolingüística para a Avaliação de Linguagem

Dissertação de Mestrado apresentada como exigência parcial para obtenção do Grau de Mestre em Lingüística da Universidade Estadual de Campinas, sob orientação da Profa. Dra. Rosana do Carmo Novaes Pinto.

Campinas, SP
2009

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca do IEL -
Unicamp

B396L

Beilke, Hudson Marcel Bracher.

Linguagem e memória na doença de Alzheimer: contribuições da neurolingüística para a avaliação de linguagem / Hudson Marcel Bracher Beilke. -- Campinas, SP: [s.n.], 2010.

Orientador: Rosana do Carmo Novaes Pinto.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Estudos da Linguagem.

1. Memória. 2. Linguagem - Avaliação. 3. Alzheimer, Doença de. 4. Neurolingüística. I. Pinto, Rosana do Carmo Novaes. II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Estudos da Linguagem. III. Título.

tjj/iel

Título em inglês: Language and memory in Alzheimer's disease: contribution of neurolinguistics for the language evaluation.

Palavras-chaves em inglês (Keywords): Alzheimer's disease; Memory; Language evaluation; Neurolinguistics.

Área de concentração: Lingüística.

Titulação: Mestre em Lingüística.

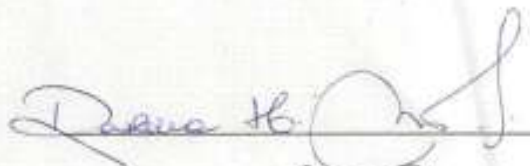
Banca examinadora: Profa. Dra. Rosana do Carmo Novaes Pinto (orientadora), Profa. Dra. Maria Irma Hadler Coudry, Prof. Dr. Lourenço Chacon Jurado Filho, Prof. Dr. Paulo Renato Canineu e Profa. Dra. Ivone Panhoca.

Data da defesa: 10/12/2009.

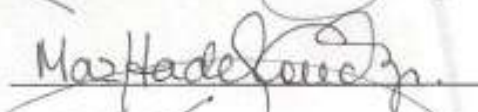
Programa de Pós-Graduação: Programa de Pós-Graduação em Lingüística.

BANCA EXAMINADORA:

Rosana do Carmo Novaes Pinto



Maria Irma Hadler Coudry



Lourenço Chacon Jurado Filho



Paulo Renato Canineu

Ivone Panhoca

IEL/UNICAMP
2009

A obra de arte que estampa a capa deste trabalho, nomeada “La Persistência de la Memoria¹”, de autoria de Salvador Dali (1931), é uma das principais obras do movimento surrealista. Por meio das figuras dos relógios moles e dependurados, o autor parece sugerir que o tempo é maleável, não é rígido e sim mutável, é relativo – como a memória.

¹ DALI, F.J.S. **Persistência da memória**. Óleo sobre tela 24x33cm. Nova Iorque, The Museum of Modern Art. (1931)

Dedicatória

Este trabalho é dedicado à **Profa. Dra. Rosana do Carmo Novaes Pinto**. Professora, orientadora e amiga, que acreditou e incentivou minha pesquisa desde o primeiro momento e contribuiu de forma decisiva na minha formação profissional e pessoal. Sou grato a tudo que fez.

Muito Obrigado.

Agradecimentos

Em primeiro, agradeço a Deus, por me constituir no que sou hoje e por colocar pessoas tão maravilhosas em meu caminho.

Aos Profs. Drs. Lourenço Chacon Jurado Filho e Maria Irma Hadler Coudry, agradeço pelas valiosas contribuições a esta dissertação, por ocasião da sua qualificação.

Aos neurologistas Prof. Dr. Benito Damasceno (FCM/UNICAMP) e Dr. Marcio Balthazar, pelas discussões sobre as avaliações cognitivas nas demências e pelos encaminhamentos dos pacientes com diagnóstico de doença de Alzheimer em fase inicial, sem os quais seria impossível algumas das discussões.

Ao Prof. Dr. Paulo Renato Canineu, grande amigo, parceiro de trabalho da clínica Santa Terezinha (Sorocaba, SP), agradeço pelas longas discussões sobre gerontologia, terapias não-farmacológicas, complexidade da dinâmica familiar, dentre outras. Considero sua presença na minha vida fundamental para prosseguir num caminho tão difícil que é o estudo e o acompanhamento de sujeitos demenciados.

Aos meus pais, Geraldo Beilke e Lourdes C. Bracher Beilke, que sempre acreditaram e me incentivaram a continuar os estudos, mesmo sem compreender onde tudo isso poderia me levar.

Aos meus irmãos Ricardo e Fernando e respectivas cunhadas Camila e Shizue, agradeço pelo apoio e torcida.

À Silvinha, minha namorada e amiga. Obrigado pelo apoio incondicional, amor e compreensão.

Aos amigos que fiz na UNICAMP, em especial, Gisleine Fonseca Batista, Rosangela Canoas Andrade, Tainara Nandim, Miriam Cazarotti, Francine Marson, dentre outros.

Aos professores do IEL: Sirio Possenti, Bernadete Abaurre, Maria Irma Hadler Coudry, Ester M. Scarpa e as professoras participantes do programa de pós-graduação do IEL: Alessandra Canapeli e Fernanda Freire, dentre outros, que de uma forma ou outra me ajudaram a construir esta pesquisa;

Às professoras da UNIMEP, que contribuíram para minha formação profissional: Regina Yu Shon Chun, Lucia F. Mourão, Christiane Couto e Helenice Nakamura (UNICAMP), Ana Paula de Freitas (UNIMEP), Cristina Lacerda (UFSCAR), Elenir Fedosse (UFSM) e também às professoras Evani A. Camargo, Ana Claudia Lodi e Silvana Perotino.

Aos sujeitos desta pesquisa AYG, APP, FPT, FV, LB, MIP, RS, ZRP, aos seus familiares e cuidadores; aos sujeitos AC, OR, DG, HL (*in memoriam*)

À CAPES e ao PROEX, pelo apoio financeiro à pesquisa e à participação em eventos científicos.

In Memoriam

A minha vózinha, “Dona Cida”, a mais doce e carinhosa, meu eterno agradecimento, por sempre ter me ensinado a compreender o real valor da vida.

We are all looking into the same room through
different windows. (Cytowic, 1996, p.8)

Sumário

Resumo.....	XXIII
Abstract.....	XXVII
Lista de Tabelas e Gráficos.....	XXIX
Dados Analisados em situação dialógica e durante aplicação de teste.....	XXX

Introdução.....	03
------------------------	-----------

Capítulo 1 – Envelhecimento: Normalidade e Patologia

1.1.	O que significa ser “velho” em uma cultura como a nossa?.....	09
1.2.	A Relação entre o Normal e o Patológico.....	17
1.3.	A Memória no Envelhecimento Normal.....	22
1.4.	A Linguagem no Envelhecimento Normal.....	23
1.5.	Considerações Finais deste Capítulo.....	28

Capítulo 2 – Demência de Alzheimer

2.1.	Considerações sobre a etiologia e a demografia das demências.....	33
2.2.	Curso clínico das demências.....	36
2.3.	Outros tipos de demências.....	37
2.4.	Demência do tipo Alzheimer (DA).....	39
2.4.1.	Breve histórico dos estudos sobre a DA.....	39
2.4.2.	Alzheimer e o primeiro quadro de DA descrito: Auguste D.....	40
2.4.3.	Questões para a semiologia da DA.....	44
2.4.4.	Critérios para o diagnóstico da DA: Pouca ou nenhuma atenção para as alterações da linguagem.....	46
2.4.4.1.	NINCDS-ADRA.....	47
2.4.4.2.	DSM-IV.....	48
2.5.	A linguagem na Avaliação da DA.....	49
2.5.1.	Alterações nos Quadros Iniciais.....	50
2.5.2.	Alterações nos Quadros Intermediários.....	52
2.5.3.	Alterações nos Quadros Avançados.....	52

Capítulo 3 – Linguagem & Memória

3.1.	Introdução.....	57
3.2.	O funcionamento integrado das funções cognitivas complexas: a noção de SFC.....	57
3.3.	Tipos de memórias.....	60
3.4.	Memória e Esquecimento.....	64
3.5.	Memória Discursiva.....	66
3.6.	Linguagem.....	69

Capítulo 4 –Análises e Discussões

4.1.	A Neurolingüística de orientação discursiva.....	75
4.2.	Aspectos Metodológicos da pesquisa: a abordagem Microgenética.....	77
4.3.	A relevância da abordagem qualitativa.....	78
4.4.	Avaliação Tradicional da Linguagem na DA	80
4.5.	Análise qualitativa de episódios dialógicos: Contribuições da Neurolingüística de orientação enunciativo-discursiva para a avaliação de Linguagem na DA.....	91
	Considerações Finais.....	115
	Referências Bibliográficas.....	121



Resumo



Resumo

A doença de Alzheimer é caracterizada pelo deterioro das funções corticais superiores, de padrão progressivo, gradual e persistente. O aumento dos estudos sobre este tema não se deve apenas à incidência estatística e à necessidade de intervir no seu curso, propiciando uma melhor qualidade de vida aos sujeitos, mas também porque a descrição e análise de seus *sinais* ou *sintomas* ajudam a compreender o funcionamento do cérebro e das funções superiores, neste trabalho compreendidas como um Sistema Funcional Complexo. Embora as alterações de memória sejam as mais evidentes, alterações de linguagem também estão presentes já nas fases iniciais da DA. Entretanto, por serem mais sutis, normalmente não chamam a atenção dos interlocutores do sujeito e não são detectadas nos testes, pois estes avaliam somente aspectos formais do sistema lingüístico (níveis fonético-fonológico, sintático e semântico), deixando de fora das análises os aspectos pragmáticos e discursivos, justamente onde alterações estariam ocorrendo. Avaliações que considerem esses aspectos contribuiriam significativamente para o diagnóstico diferencial das demências e para a avaliação de sua evolução. A *linguagem* é entendida, neste estudo, como um sistema simbólico, por meio do qual as funções mentais superiores são socialmente formadas e culturalmente transmitidas; como *atividade* e como *trabalho*. A *memória*, por sua vez, também é tida como prática social, historicamente constituída e organizada pela linguagem e esta, por sua vez, é fundamental para a socialização da(s) memória(s). Conceitos advindos da Análise do Discurso são convocados, uma vez que relacionam memória e linguagem, por meio do conceito de *memória discursiva*. Tendo as questões acima como cenário, as discussões teórico-metodológicas se desenvolveram à luz da Neurolingüística enunciativo-discursiva. Este trabalho objetiva demonstrar que a análise lingüística de episódios dialógicos, por meio da metodologia microgenética, pode contribuir tanto para a avaliação de linguagem na DA, como para orientar o acompanhamento terapêutico, pois revela aspectos do funcionamento da linguagem e da memória, contribuindo para a construção de teorias neurolingüísticas e neuropsicológicas, além de revelarem a capacidade dos sujeitos para reorganizarem aspectos de sua(s) memória(s), por meio de atividades significativas, pelo uso da linguagem, mostrando-se mais adequadas do que a avaliação por meio de baterias de testes, centradas no sistema da língua, que desconsideram variações individuais e outras variáveis importantes para a compreensão dos fenômenos. A pesquisa buscou ainda evidenciar que interlocutores *qualificados* podem intervir de forma a retardar a evolução da doença, por meio da proposição de atividades significativas para os sujeitos com DA.

Palavras-chave: Avaliação de Linguagem; Memória; Doença de Alzheimer; Neurolingüística



Abstract



Abstract

The Alzheimer Disease is characterized by the cognitive decline of the superior cortical functions, of gradual progressive and persistent development. The increase of the studies on this theme is not due only to the statistical incidence and to the necessity of interventions in the course of disease, in order to provide a better quality of life to the patients, but also because the description and analysis of its signals or symptoms help to understand the functioning of the brain and the mental functions, here understood as a Complex Functional System. Although the manifestations of memory defects are more evident, language alterations also are presented in the beginning of the disease course. However, by being subtler, usually they do not call the attention of the subject's interlocutors and are not detected in the tests, for these only evaluate formal aspects of the linguistic system (the phonetic-phonological, syntactic and semantic levels), leaving aside the pragmatic and discursive aspects, in which the changes might be occurring. Language evaluation that take into consideration those aspects would contribute significantly to the differential diagnosis of the dementias and to evaluate its evolution. Language, is understood in this study, as a symbolic system, by means of which the superior mental functions are socially formed and culturally transmitted, as *activity* and as *work* (as labor). Memory is also seen as a social practice, historically constituted and organized by language. Language, also, is fundamental to the socialization of the memory(ies). Concepts brought from the field of Discursive Analysis are evoked, for they relate memory and language, with the concept of Discursive Memory. Having the above issues as the scenario, the theoretical-methodological questions were developed, enlightened by the Enunciative-Discursive Neurolinguistics. The present work aims to show that the linguistic analysis of dialogical episodes, through the microgenetic methodology, may contribute either to the language evaluation in cases of AD or to the therapy, as they reveal aspects of language and memory functioning. They also contribute to the construction of neurolinguistics and neuropsychological theories, besides revealing the ability of the subjects to reorganize aspects of his/her memories, through meaningful activities, by the *real* language use, being more adequate than the evaluations carried out by means of test, centered in the language system, which do not consider individual variations or any other variation which are important to the understand the phenomena involved. The research also aimed to show that qualified interlocutors might interfere positively in the course of the disease, through the development of significant activities.

Key-word: Language Evaluation, Memory, Alzheimer's Disease, Neurolinguistics

Lista de Tabelas e Gráficos

Tipo	Descrição	Página
Gráfico 1.	Crescimento da população acima de 60 anos de idade nos últimos 10 anos e Diminuição da população entre 0 a 4 anos de idade	10
Gráfico 2.	Relação entre doença de Alzheimer e idade	35
Gráfico 3.	Paradigma Brown-Peterson – efeito do tempo de retenção na recordação da memória de trabalho	61
Tabela 1.	Visão Tradicional da linguagem dos idosos	28
Tabela 2	Freqüência relativa das demências	36
Tabela 3	Diagnóstico diferencial entre demência e depressão	38
Tabela 4	Transcrição realizada a partir de Hardy <i>et al.</i> (2006)	42
Tabela 5	Testes sugeridos pela ABN para avaliação das funções mentais	47
Tabela 6	Informações relativas aos sujeitos desta pesquisa	78
Tabela 7	Relação entre escore do MEEM e escolaridade	82
Tabela 8	Resultados obtidos pelos sujeitos desta pesquisa na aplicação do MEEM	82
Tabela 9	Resultados dos sujeitos desta pesquisa na aplicação do TFV	85
Tabela 10	Respostas dadas pelos sujeitos no TFV e sua pontuação correspondente	85
Tabela 11	Resultados dos sujeitos desta pesquisa no TNB	88
Tabela 12	Caracterização dos sujeitos da pesquisa e resultados do Teste de Similaridades	89
Tabela 13	Respostas dadas pelos sujeitos no teste de Similaridades	89
Figura 1	Auguste D, Nov/1902	40
Figura 2	Tentativas de escrita de Auguste D., Nov/1902	41
Esquema 1	Esquema do funcionamento da memória	61

Dados Analisados em situação dialógica e durante aplicação de teste

Tipo	Descrição	Página
Dado 1	Episódio dialógico com AC “Tem uma cicatriz aí!”	92
Dado 2	Episódio Dialógico com HL “Quer dormir comigo?”	94
Dado 3	Episódio dialógico com o sujeito DG “A fruta que eu mais gosto...”	97
Dado 4	Resposta do sujeito ZR para o teste de nomeação “Sua vida foi dançar”	98
Dado 5	Episódio dialógico com ZR “O filho do juiz”	99
Dado 6	Episódio dialógico com o sujeito FPT “Da fatia afásica dos analistas dos fenômenos de relacionamento apático”	100
Dado 7	Episódio Dialógico com AYG “Se é sexta-feira, eu não to sabendo... não, porque aposentado... a gente fica sem saber de nada.”	104
Dado 8	Episódio Dialógico com AYG “[...] perai... será que eu já matei algum antes do tempo?”	104
Dado 9	Episódio Dialógico com AYG “Porque eu sou coronel...”	107
Dado 10	Episódio Dialógico com MIP “Deu um black, aí eu sumi”	108



Introdução



Introdução

As reflexões acerca do tema deste trabalho tiveram início ainda durante minha graduação em Fonoaudiologia. A motivação principal não se deveu somente à necessidade de desenvolver um ensaio monográfico, mas especialmente por ter convivido com duas pessoas diagnosticadas com a doença de Alzheimer, até então desconhecida para mim: primeiro a avó de uma amiga (LC), que já conheci com a doença e, depois, meu próprio avô (RB), cuja memória foi aos poucos se deteriorando.

Naquele tempo eu cursava o quinto semestre do curso de Fonoaudiologia na Universidade Metodista de Piracicaba (UNIMEP) e estava iniciando um estágio em “avaliação de linguagem”.

Como meu avô morava em Garuva, no estado de Santa Catarina, não tínhamos contato muito freqüente e, a cada vez que eu o via, ele parecia estar mais “diferente”. Chamavam minha atenção alguns fatos, como quando às vezes ofendia as pessoas sem motivo, ou então quando achava que estava sendo roubado. Tinha momentos em que chorava sem motivo aparente e outros em que era afetuoso como nunca tinha sido.

LC passava longos dias com a família em Sorocaba, mesma cidade em que moro, o que me permitia acompanhar mais de perto suas dificuldades. Perguntava-me por que ela conseguia falar sobre determinado objeto, por exemplo, mas não conseguia nomeá-lo, como não reconhecia minha amiga como sendo sua neta ou ainda por que falava do filho caçula (paraplégico), como se ainda fosse uma criança. Talvez o momento mais surpreendente tenha sido quando a vi em frente ao espelho, com um semblante afetivo e alegre, com um cinzeiro nas mãos, dizendo para si mesma: “Isso aqui é seu? Pega! Pega! Se você não pegar, eu vou jogar no chão”. Não reconhecia no espelho sua própria imagem.

Quando iniciei o último ano da graduação, deveria escolher um tema para a monografia de conclusão de curso. Eu já havia trabalhado com surdez¹

¹ Participação, em Projeto de Iniciação Científica – Bolsista FAPESP, Título do Projeto: “O Papel da Língua de Sinais no Desenvolvimento Clínico e Escolar da Criança Surda”. Orientadora: Profa. Dra. Cristina Broglia Feitosa de Lacerda.

e com sujeitos laringectomizados², mas eram as questões sobre a Demência de Alzheimer que aguçavam mais a minha curiosidade.

O falecimento de LC e a vinda de meu avô para a casa de minha família foram fatos decisivos para que eu optasse por este tema de pesquisa – a Demência de Alzheimer (doravante DA) – que gerou o ensaio monográfico de conclusão de curso³.

Questões abordadas na monografia, bem como dados que foram analisados naquele trabalho, foram retomadas nesta dissertação, pois deram origem à pesquisa. Recorro a alguns daqueles dados porque os considero “singulares” para o desenvolvimento do tema. As análises, evidentemente, foram aprofundadas, em consequência de reflexões desenvolvidas nas disciplinas do Mestrado em Lingüística e em discussões de orientação.

Os objetivos desta dissertação são:

i) Apresentar criticamente questões relativas ao envelhecimento normal, uma vez que a DA está principalmente relacionada com a *idade*, discutindo também o peso que fatores sócio-culturais têm tanto para o diagnóstico quanto na evolução da doença.

ii) Caracterizar a demência de Alzheimer, contrapondo-a a outras demências, apresentando um breve histórico de sua descoberta e pesquisas e também uma síntese dos principais sinais, inferidos a partir da aplicação de testes neuropsicológicos.

iii) Discutir a relação linguagem/memória, sob a orientação da Neurolingüística enunciativo-discursiva, que compreende ambas como *trabalho*, para que se repense as avaliações de linguagem tradicionais, argumentando a favor das análises de episódios dialógicos.

iv) Enfatizar que as situações interativas – sobretudo as que se desenvolvem a partir de narrativas (relato autobiográfico, de fatos ocorridos etc), ao mesmo tempo em que revelam dificuldades próprias da patologia,

² Participação em Projeto de Pesquisa financiado pelo CNPq; Título do Projeto: “Grupo Terapêutico Fonoaudiológico: Repercussões do Trabalho Desenvolvido junto a Familiares de Laringectomizados Totais”. Orientadora: Profa. Dra. Lucia Figueiredo Mourão.

³ O trabalho foi realizado em dupla e tive a sorte de desenvolvê-lo juntamente com Fernanda Lopes dos Santos. Fomos orientados pelo Prof. Marcos H. Duran, neurologista, e também contamos com o auxílio de outros pesquisadores. Cito o Dr. Paulo R. Canineu (na época médico de meu avô), bem como docentes do curso de Fonoaudiologia, dentre as quais Profas. Dras. Ana Paula Freitas, Elenir Fedosse e Silvana Perotino.

podem propiciar condições para que os sujeitos reorganizem seus enunciados e suas memórias.

Para alcançar os quatro objetivos acima estabelecidos, esta dissertação foi organizada em quatro capítulos, descritos a seguir.

O **capítulo 1** trata do tema do envelhecimento⁴, intimamente relacionado à ocorrência da DA, contrapondo visões acerca do normal e do patológico. Por um lado, temos as concepções biologizantes, atestadas por metodologias quantitativas e estatísticas, que diluem o sujeito e o relacionam a um grupo “normal”, por meio de uma média aritmética, privilegiando-se um modelo de funcionamento “ideal”. Os sinais (ou *sintomas*) da DA são considerados como *desvios* de funções normais no processo de envelhecimento. Por outro lado, temos as concepções sócio-histórico-culturais que privilegiam o sujeito “real” e que compreendem a relação entre o *normal* e o *patológico* em continuidade, concebendo as mudanças como *alterações qualitativas* e não como sintomas, patológicos em si. Foucault e Canguilhem serão referências fundamentais para essa discussão, que também vai ancorar a reflexão sobre memória e linguagem no envelhecimento considerado normal.

No **capítulo 2**, buscamos caracterizar a demência do tipo Alzheimer, diferenciando-a de outras demências com sinais semelhantes, contrapondo as abordagens hegemônicas baseadas em manuais estatísticos como o NINCDS-ADRDA⁵ e o DSM-IV⁶ (que, como veremos, promovem uma “epidemia de diagnósticos”) às abordagens que relativizam os sinais (ou sintomas) e os consideram decorrentes, muitas vezes, do envelhecimento. Recorreremos à literatura sobre linguagem na DA para relacionar as alterações às diferentes fases de evolução da doença.

O **capítulo 3** apresenta, por um lado, um breve histórico do desenvolvimento da terminologia e da classificação relacionadas à memória e à

⁴ O aumento da longevidade, a diminuição da mortalidade, a melhora da qualidade de vida e da atenção primária à saúde – sobretudo a prevenção – são fatores que contribuíram para o interesse sobre o tema do envelhecimento, em vários campos de estudo, dentre os quais a Lingüística e a Fonoaudiologia.

⁵ O manual “NINCDS-ADRDA” tem a sigla do instituto onde foi desenvolvido: National Institute of Neurological and Communication Disorders and Stroke - Alzheimer’s Disease and Related Disorders Association.

⁶ O DSM IV, é a abreviatura de “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition” (Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais - Quarta Edição). Publicado pela Associação de Psiquiatria Americana (APA). É a principal referência de diagnóstico para saúde mental dos Estados Unidos.

linguagem, que revelam concepções componenciais (modulares), presentes nas baterias de avaliação. Por outro, apresenta conceitos ligados às noções de linguagem e memória como *atividade* e *trabalho* que caracterizam a Neurolingüística desenvolvida no IEL/UNICAMP.

O **capítulo 4** é dedicado às análises lingüísticas de enunciados de sujeitos com DA, orientadas pela Neurolingüística enunciativo-discursiva, sempre as contrapondo aos resultados de avaliações metalingüísticas, neste trabalho sintetizados em tabelas. Trata-se de uma pesquisa qualitativa da linguagem dos sujeitos, respaldada pela análise microgenética, que envolve um acompanhamento minucioso, atento às questões dialéticas (GÓES, 2000, p.7)⁷.

As considerações finais apresentam uma síntese das discussões realizadas e apontam para a necessidade de continuarmos insistindo em uma mudança de paradigma científico na área da saúde, para que o sujeito tenha papel central nas pesquisas, destituindo deste lugar o sintoma e a doença.

⁷ Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, vídeo-gravadas e posteriormente transcritas, que deram origem aos dados que serão apresentados ao longo do trabalho.

Capítulo 1

*Envelhecimento:
Normalidade e Patologia*

Capítulo 1

Envelhecimento: Normalidade e Patologia

O que é ser velho? [...] em nossa sociedade, ser velho é lutar para continuar sendo homem
(BOSI, 1994, p.18)

1.1. O que significa ser “velho” em uma comunidade como a nossa?

Segundo Aristóteles, a velhice não deveria ser entendida como *doença*, pois não é algo contrário à natureza. O envelhecimento humano é geralmente definido como um processo gradual, universal e irreversível, que acelera na maturidade e provoca alterações funcionais progressivas no organismo; é universal porque afeta todos os indivíduos de uma espécie de forma similar, sendo intrinsecamente associado a fatores ambientais e comportamentais. (NETTO, 1996).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a população idosa se define como aquela a partir dos 60 anos de idade para países em desenvolvimento e 65 para países desenvolvidos. Em 1982, em Viena, durante a assembléia mundial sobre o envelhecimento, a Organização das Nações Unidas (ONU) afirmou que o período compreendido entre 1975 e 2025 pode ser considerado como a “Era do Envelhecimento”. Vários fatores contribuem para o aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, para a inversão na pirâmide etária⁸: (i) diminuição da taxa de natalidade; ii) diminuição na taxa de mortalidade; (iii) aumento da expectativa de vida; e (iv) melhora de condições sócio-econômicas.

As pesquisas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) citam o trabalho de Carvalho & Andrade (2000, p.28), no qual os autores afirmam ser difícil caracterizar uma pessoa como “idosa” utilizando como único critério a idade. Paralelamente à evolução cronológica, coexistem fenômenos de natureza biopsíquica e social, importantes para a percepção da idade e do envelhecimento.

⁸ Segundo a síntese feita pelo IBGE, em 2007, a expectativa média de vida, entre 1997 e 2007, cresceu 3,4 anos, chegando hoje a 72,7 anos. Para as mulheres, subiu de 73,2 para 76,5 anos e para os homens de 65,5 para 69 anos.

Estimativas do IBGE indicam que a população idosa no Brasil poderá exceder 30 milhões de pessoas em um período de vinte anos, chegando a representar quase 13% da população – dado relevante, já que um índice superior a 7% indica que o país pode ser considerado “velho⁹”. O referido estudo de Carvalho & Andrade afirma que no início da década de 50 existiam cerca de 204 milhões de idosos no mundo. Quase cinco décadas depois, em 1998, este número alcançava 579 milhões – um crescimento de quase 8 milhões de pessoas idosas por ano.

A síntese dos indicadores sociais (IBGE, 2007) indica grande crescimento da população de idosos no Brasil: mais que o dobro do crescimento relativo à população total. No período compreendido entre 1997 e 2007 foi de 21,6%. Para a faixa etária de 60 anos, de 47,8%, e para 80 anos ou mais, 65%. O gráfico abaixo representa os dois extremos da pirâmide populacional, segundo a recém publicada síntese dos indicadores sociais (IBGE, 2008). Observa-se queda na proporção de crianças de até quatro anos de idade desde 1999. Na comparação entre 2007 e 2008, segundo o relatório, a redução foi de 1,4%. A tendência ao envelhecimento populacional se manteve. O relatório aponta ainda que há quase 21 milhões de pessoas com mais de 60 anos e que a proporção de brasileiros idosos aumentou 5,7% em 2008, em relação a 2007, crescendo mais de 23% nos últimos dez anos.

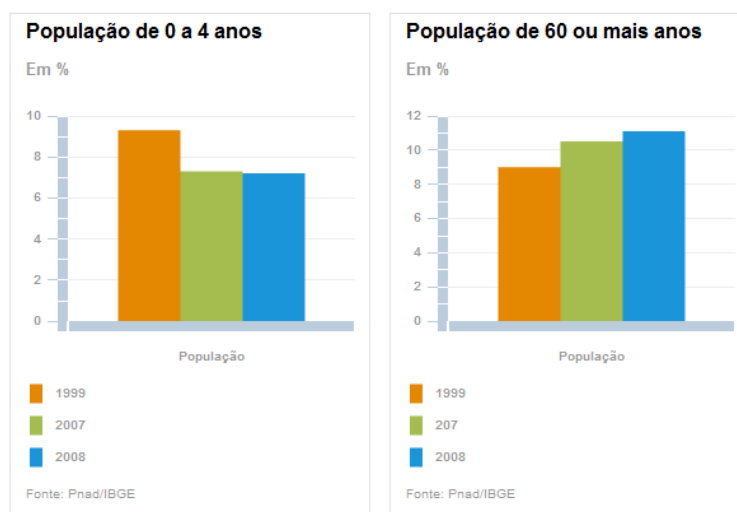


Gráfico 1. Crescimento da população acima de 60 anos de idade nos últimos 10 anos e diminuição da população entre 0 a 4 anos de idade - **Fonte:** Pnad/IBGE

⁹ Dado obtido de anotação de aula ministrada pelo Dr. Paulo Canineu, em 2008.

O relatório conclui que, com relação à idade, o Brasil continua a ser um país jovem, já que a faixa etária de 15 a 39 anos alcança os 41%. Entretanto, começa a apresentar mudanças significativas com relação aos adultos com mais de 40 anos. Estes já somam 34,3%, com um aumento de 4,5% em apenas um ano, comparando-se com 2007.

Há dados do relatório de 2007 que chamam a atenção, como o fato de que no Brasil 6,7 milhões de pessoas moram sozinhas, sendo 40,8% idosas. A situação de pobreza em que vivem cerca de 2,5 milhões de idosos, dentre os quais 1,2 milhões no nordeste brasileiro, é outro dado alarmante; o rendimento médio mensal domiciliar *per capita* é de até meio salário mínimo. A situação se torna mais problemática se observarmos que, em 53% dos domicílios com idosos, estes são responsáveis por mais da metade da renda familiar.

As informações acima estão relacionadas a uma importante afirmação de Bosi (1979, p.77), a respeito da velhice: “além de ser um destino do indivíduo, a velhice é uma categoria social. Tem um estatuto contingente, pois cada sociedade vive de forma diferente o declínio biológico do homem”. Algumas sociedades, segundo a autora, tratam o idoso como o *maior bem social*, nas quais ele possui “um lugar honroso e uma voz privilegiada”. A maior parte das sociedades industriais, capitalistas, entretanto, é maléfica para a velhice. No trecho a seguir, Bosi contrapõe a natureza do papel social do velho:

Nas sociedades mais estáveis um octogenário pode começar a construção de uma casa, a plantação de uma horta, pode preparar os canteiros e semear um jardim. Seu filho continuará a obra. Quando as mudanças históricas se aceleram e a sociedade extrai sua energia da divisão de classes, criando uma série de rupturas nas relações entre os homens e na relação dos homens com a natureza, todo sentimento de continuidade é arrancado de nosso trabalho. Destruirão amanhã o que construímos hoje. (BOSI, 1979, p. 77).

Se o idoso for de uma classe social favorecida, poderá defender-se pela acumulação de bens: “suas propriedades o defendem da desvalorização de sua pessoa”, diz a autora. Entretanto, muitas vezes, com o discurso dos mais jovens de que “só querem o seu bem”, afastam o idoso de seu lugar social, da direção de seus negócios. Trata-se, segundo Bosi (1979, p. 78), de um discurso de má-fé: “A moral oficial prega o respeito ao velho, mas quer convencê-lo a ceder seu lugar aos jovens, afastá-lo delicada, mas firmemente,

dos postos de direção. Que ele nos poupe de seus conselhos e se resigne a um papel passivo”.

Quanto aos idosos das camadas mais baixas da população, citamos um trecho de Novaes-Pinto (2009, p.17), no qual a autora reflete sobre a relação entre a aposentadoria e a (falta de) *qualidade de vida* na chamada *terceira idade* ou “melhor idade”:

A aposentadoria precoce muitas vezes é o fator que desencadeia alterações bruscas nesses círculos sociais. Uma minoria da população tem na aposentadoria uma chance de melhorar a qualidade de vida. Os idosos pertencentes às classes sociais mais elevadas conseguem enfrentar a velhice geralmente sem muitas preocupações econômicas, têm a oportunidade de viajar sem pressa para realizar antigos sonhos, alimentar-se bem, comprar os remédios geralmente caros indicados pelos médicos etc. Nestes casos, o termo recentemente criado “melhor idade” para substituir “terceira idade” parece ser adequado. Numa situação como a do Brasil, entretanto, não é absolutamente o que ocorre em larga escala. A aposentadoria passa a ser um motivo para mais preocupações, com a progressiva diminuição da renda e aumento de gastos com saúde. Os idosos passam a ser auxiliados pelos filhos, quando têm a sorte de poderem contar com isso. Ao mesmo tempo, tal situação os coloca em estado de constrangimento, de isolamento, ocasionando muitas vezes a depressão e, em pouco tempo, a presença de declínios cognitivos que, por sua vez, aumentam ainda mais o isolamento, a falta de interação, levando ao abandono pela família e pelos amigos. Infelizmente este parece ser o destino de uma boa parte dos idosos em nosso país.

Segundo Bosi, há marcas deixadas também no tipo de interação que (não) se tem com ele. “Não se discute com o velho, não se confrontam opiniões com as dele, negando-lhe a oportunidade de desenvolver o que só se permite aos amigos: a alteridade, a contradição, o afrontamento e mesmo o conflito”, e a autora completa: “Se a tolerância com os velhos é entendida assim, como uma abdicação do diálogo, melhor seria dar-lhe o nome de banimento ou discriminação” (1979, p. 78). Preti (1991), a esse respeito, também afirma que essa categoria dos idosos é muitas vezes condenada ao silêncio e à reclusão, pois se trata de um grupo discriminado e marginalizado.

Embora já se tenha comprovado que a funcionalidade de um indivíduo aumenta com a idade, nas épocas de desemprego – particularmente no final do século XX e no início do século XXI – segundo Bosi, os velhos são

especialmente discriminados e obrigados a rebaixar sua exigência de salário e a aceitar empreitas pesadas e nocivas à saúde. A autora afirma que, na sociedade, assim como nos núcleos familiares, “aproveita-se dele o braço servil, mas não o conselho” (1979, p. 79). Essas questões dificilmente são consideradas quando se avalia um idoso que apresenta dificuldades com a memória ou mesmo quando se “recusa a interagir”.

Segundo o Ministério da Saúde (2006)¹⁰, dois equívocos devem ser evitados com relação ao envelhecimento: o primeiro seria considerar que alterações sejam sempre decorrentes do envelhecimento normal, o que poderia impedir a detecção precoce e o tratamento de certas doenças; o segundo seria afirmar que toda alteração seja patológica. Muitos sinais podem ser explicados pela natureza da senescência.

O declínio natural que começa, geralmente, a partir da sexta década da vida, não se restringe somente às alterações funcionais, mas a uma gama de alterações teciduais, celulares, moleculares e enzimáticas. Um exemplo disso é a perda de 0,2% ao ano de células nos tecidos cerebrais, no envelhecimento normal, e de maneira mais focada e intensa na DA. Cytowic (1996) afirma que, de acordo com estudos realizados a partir das autópsias, o cérebro humano perde peso e substância (cerca de 150g) depois dos 60 anos, mas a proliferação astrócita¹¹ distorce a significância até desta simples medida.

O autor chama a atenção para mitos relacionados à perda neuronal. A idéia de que perdemos um enorme número de neurônios desde o nascimento é supervalorizada. Há regiões em que essas perdas são mais acentuadas, como os córtices pré-frontais e temporais. Enquanto o córtex pré-frontal perde de 15 a 20%, o parietal praticamente não perde neurônios. As células piramidais e as do hipocampo são comprometidas talvez em cerca de 4% por década. Isso significa, portanto, que, na idade de 80 anos, entre 20 e 30% dessas células teriam morrido. O mais importante, enfatiza Cytowic, é que a perda de células não pode ser correlacionada diretamente à perda cognitiva. Há evidências

¹⁰Caderno de Atenção Básica – Envelhecimento e saúde da pessoa idosa (2006).

¹¹Os astrócitos são as células da neuroglia que possuem as maiores dimensões. Etimologicamente, significam “células em formato de estrela” (astro=estrela, cito=célula). Existem dois tipos de astrócitos: os protoplasmáticos e os fibrosos. Os primeiros predominam na substância cinzenta e os segundos predominam na substância branca do cérebro. Essas células têm por funções: a) o preenchimento das lacunas entre os neurônios; b) a regulação de diversas substâncias com potencial para interferir no funcionamento neural; e c) a regulação dos neurotransmissores.

histológicas que indicam perda neuronal em sujeitos que nunca apresentaram sinais de alterações cognitivas em vida.

Para Damasceno (1999), o envelhecimento normal do cérebro pode estar acompanhado de alterações mentais superponíveis às de uma demência incipiente, levando a uma complexidade para o diagnóstico, o qual não se apresenta de forma única e objetiva. As mudanças com características patológicas na DA podem ser similares às observadas em cérebros senis, mas têm frequência e distribuição diferentes. Segundo Netto (*op.cit.*), o envelhecimento patológico seria um sistema indutor e intensificador do processo normal.

Mansur & Radanovic (2004) também afirmam que as mudanças naturais da idade podem sofrer efeitos de problemas secundários, como acidentes vasculares cerebrais e doenças crônicas e/ou progressivas (como demência e depressão). A fragilidade física, segundo as autoras, em geral também contribui para a diminuição das habilidades comunicativas. Impedimentos na comunicação, por sua vez, podem ser secundários a cada um desses distúrbios e, conseqüentemente, dificultam a diferenciação do que é normal e do que é patológico no idoso. Ainda afirmam que mudanças estruturais e morfológicas decorrentes do envelhecimento normal são facilmente detectadas nos órgãos sensoriais, no sistema nervoso periférico e central, no sistema locomotor e na aparência. De modo geral, o organismo tende a perder tecidos e a se enrijecer.

Cytowic (1996) também concorda que, durante o envelhecimento, muitas habilidades sensoriais, motoras e cognitivas começam a declinar e podem ser marcantes na sétima década. Há exceções e variações, mas os cinco sentidos, em geral, se tornam menos exatos com o tempo e, em diferentes graus, impactam o funcionamento cognitivo.

Com relação à audição, o autor diz que na maioria dos casos ocorre uma perda periférica (na transmissão e na recepção dos sons) e também uma perda central (na transmissão neural pelo VIII par craniano). A coexistência desses comprometimentos cria um perfil auditivo para os idosos que pode resultar em dificuldades de compreensão da linguagem oral.

Cytowic (*op. cit.*), baseado nos trabalhos de Cohen & Lessell (1984), afirma que nos idosos também a *acuidade visual* diminui, assim como o

tamanho do campo visual e a sensibilidade ao contraste. Há mudanças na percepção das cores (por ex., a distinção azul/verde é pior que para vermelho/amarelo) e presença de estereopsia (dificuldade na distinção entre dois pontos) etc.

O autor também se refere às alterações olfativas e gustatórias, que têm sido relatadas na clínica, embora não sejam normalmente relacionadas ao estado mental e às causas de depressão. Certamente tudo isso influencia o fato de que os idosos estejam mais propensos que os jovens a uma mudança aguda no “estado mental”. Nas palavras de Cytowic (1996, p.384), “eles não vêem bem, não ouvem bem, não se sentem bem (...) e, facilmente ultrapassam a fronteira da normalidade desenvolvendo, por exemplo, encefalopatias, demências ou psicoses”. O autor concorda com Swihart & Pirozzolo (1988), que apontam para os efeitos cascata que o declínio sensorial pode ter sobre a cognição levando à depressão.

A respeito dessas perdas, Bosi afirma que “o velho sente-se um indivíduo diminuído, que luta para continuar sendo um homem”. Sobre as dificuldades inerentes ao processo de envelhecimento, a autora afirma:

O coeficiente de adversidade das coisas cresce: as escadas ficam mais duras de subir, as distâncias mais longas a percorrer, as ruas mais perigosas de atravessar, os pacotes mais pesados de carregar. O mundo fica eriçado de ameaças, de ciladas. Uma falha, uma pequena distração é severamente castigada. (p. 79)

Bosi ainda diz que, para se comunicar com seus semelhantes, o idoso precisa de artefatos (próteses, lentes, etc). Os que não podem comprar esses aparelhos ficam privados de comunicação. Não podem mais ensinar o que sabem e que lhes custou toda uma vida para aprender.

Segundo Cytowic, a maioria das transformações pelas quais o idoso sadio passa podem ser compensadas, havendo manutenção da funcionalidade. Embora cada fase da vida possa ser vista nessa perspectiva adaptativa, na velhice isso se caracteriza por uma base reduzida de recursos. Habilidades físicas e mentais podem estar diminuídas, assim como as cognitivas e sociais. A somatória dessas alterações, a co-existência e a evolução dessas mudanças variam de indivíduo para indivíduo e num mesmo indivíduo sob diferentes condições.

Bosi, ainda a esse respeito, adverte que nossas faculdades, para continuarem vivas, “dependem de nossa atenção à vida, do nosso interesse pelas coisas, enfim, dependem de um projeto”. E pergunta: “de que projeto o velho participa agora?” Segundo a autora, “durante a velhice deveríamos estar ainda engajados em causas que nos transcendem, que não envelhecem, e que dão significado a nossos gestos cotidianos. Talvez seja esse um remédio contra os danos do tempo”.

Para terminar esta reflexão, citamos um trecho no qual Bastide (1965, p. 83, *apud* BOSI, 1979, p. 80), discute questões relativas às chamadas demências senis, creditando-as às causas sociais e que, a nosso ver, explicam muitas das dificuldades nos diagnósticos e também a criação de uma categoria nosológica: o Comprometimento Cognitivo Leve (CCL), termo recém-criado e que revela a necessidade de se dar um nome a um estado, mesmo que resulte da incerteza com relação a qual categoria um fenômeno se encaixa:

Somos mesmo levados a nos perguntar se o velho conceito de demência senil, pretendo resultado de perturbações cerebrais, não se deva revisar completamente, e se essas pseudodemências não são resultados de fatores psicossociológicos agravados rapidamente, por colocação em instituições inadequadamente equipadas e dirigidas, como também por internações nos hospitais psiquiátricos, onde esses doentes muitas vezes abandonados a si mesmos, privados de estímulos psíquicos necessários, separados de todo interesse vital, não têm a esperar senão um fim que se convém em desejar rápido. Nós chegaremos mesmo a pretender que o quadro clínico das demências senis talvez seja um produto artificial, devido o mais das vezes à carência de cuidados e de esforços de prevenção e reabilitação.

Antes de apresentarmos o que, de forma geral, a literatura aponta como alterações de memória e de linguagem no envelhecimento, julgamos que seja fundamental uma reflexão acerca da relação entre o normal e o patológico, pois, como já foi dito, muitas características apresentadas pelos sujeitos com diagnóstico provável de DA são também características do envelhecimento normal.

Como aponta Canguilhem (1995), muitas vezes, não é claro o que é da ordem do normal ou do patológico, já que doença e saúde não são opostos e

sim um processo contínuo. O que pode ser saudável para uma pessoa pode ser doença para outra.

1.2. A relação entre o normal e o patológico

No item anterior, buscamos contrapor uma concepção biologizante do envelhecimento a uma visão que, sem desconsiderá-lo enquanto fenômeno biológico, também incorpora questões de natureza social e subjetiva.

A relação *normal/patológico* será abordada, a partir de agora, salientando-se as diferenças entre, por um lado, concepções respaldadas por metodologias quantitativas e estatísticas que diluem o sujeito quando o comparam a um grupo “normal”, tendo em vista um modelo de funcionamento “ideal” e, por outro lado, concepções sócio-histórico-culturais que privilegiam o sujeito “real”, compreendendo a relação *normal/patológico* em continuidade. Em outras palavras, uma abordagem na qual a mudança é vista como *alteração qualitativa* e não como um sintoma em si mesmo patológico.

Para tratar da relação entre o normal e o patológico – questão que deverá subsidiar as análises que serão feitas nos demais capítulos – recorreremos às formulações apresentadas por Foucault (1954/1975) e Canguilhem (1966/1982). Algumas questões colocadas por Durkheim dão início à nossa discussão, porque serviram de ponto de partida para as reflexões de Foucault, acerca da relação normal/patológico, às quais se contrapõe.

Durkheim (1893/1983 *apud* MOREIRA, 2002) define “normal” como aquilo que se repete de maneira igual, generalizada pela sociedade ou quando desempenha alguma função importante para sua adaptação ou evolução. O “patológico”, por sua vez, é aquilo que se repete no sentido contrário à harmonia (normalidade), o que se encontra fora dos limites permitidos pela ordem social e pela moral vigente. Toda a linha do seu pensamento pauta-se na premissa fundamental de que, a partir da observação, a sociedade “confina duas ordens de fatos bastante diferentes: aqueles que são os que devem ser e

aqueles que deveriam ser diferentes daquilo que são: os fenômenos normais e patológicos”¹².

Criticando Durkheim, segundo o qual a patologia é encarada ao mesmo tempo sob o aspecto negativo e virtual, Foucault (1975, p.73) afirma:

Negativo, já que é definida em relação a uma média, a uma norma, a um 'pattern', e que neste afastamento reside toda a essência do patológico: a doença seria marginal por natureza, e relativa a uma cultura somente à medida em que é uma conduta que a ela não se integra. Virtual, já que o conteúdo da doença é definido pelas possibilidades, em si mesmas não mórbidas, que nela se manifestam: para Durkheim, é a virtualidade estatística de um desvio em relação à média.

Foucault, ao contrário, analisa a doença pelo seu viés positivo, ressaltando os aspectos que subjazem aos negativos: “de um lado a doença apaga, abole e de outro lado exalta; a essência da doença não está somente no vazio criado, mas também na plenitude das atividades que vem preenchê-lo” (1975, p.24).

Para Foucault (2000), a normalidade é um conjunto de regras sociais, sem que haja um padrão *a priori*. O que é considerado loucura para alguns é, muitas vezes, a forma peculiar de vida de outros; o que foi considerado anormal em outra época, hoje pode ser não somente aceitável, mas recomendável. Muitos dos que foram considerados loucos em seu tempo, perseguidos, excluídos, hoje são tidos como gênios, grandes mestres. Segundo ele, para a sociedade, o louco era aquele cujo discurso não podia circular com o dos outros (FOUCAULT, 1999, p.10). O autor afirma que é somente na história que se pode descobrir o único *a priori* concreto.

Foucault (1999) ressalta que em seu tempo a palavra do louco já recebia certa atenção por parte de pesquisadores, os quais buscavam sentido para seu discurso (quem dizia, como era dito, porque era dito). Entretanto, foi apenas no final do século XX que aumentaram as pesquisas sobre o comportamento cognitivo, histórico e cultural de pacientes cérebro-lesados com repercussão na linguagem. O interesse de alguns pesquisadores, entretanto, não alterou o cotidiano desses sujeitos. Segundo Foucault (*op. cit.*), o discurso determina os

¹² Segundo Moreira (1999), há algum tempo, as patologias adentraram no discurso corrente das pesquisas em ciências sociais. Nota-se que a doença somente é real e tem valor de doença no interior de uma cultura que a reconhece como tal.

papéis do sujeito na sociedade, bem como os discursos políticos, religiosos, judiciários não podem ser dissociados de suas práticas e rituais. Pode-se inferir que o mesmo acontece com os sujeitos com DA, cujo discurso é comumente tido como “vazio de sentido e razão”. Esse termo também foi utilizado por Foucault para criticar a justificativa da sociedade ao interditar o discurso do louco, já que nem amigos nem familiares o consideram relevante. Vale salientar que, muitas vezes, até mesmo médicos e outros terapeutas desconsideram os sujeitos com DA como interlocutores; falam *sobre eles* com os acompanhantes, mas não *com eles*¹³.

Os discursos dos sujeitos *com demência* são avaliados com base nos discursos que circulam sobre a *demência* e, por isso mesmo, são considerados patológicos por princípio. Como veremos nos dados que serão apresentados no capítulo 4, nos enunciados de sujeitos diagnosticados com DA, verifica-se coerência e, a depender do grau de severidade e do curso da doença, apenas em alguns momentos tais enunciados denotam o que há de patológico.

Foucault (*op. cit.* p.73) afirma que a doença não deve ser considerada como um déficit que abrange radicalmente uma ou outra função: “há, no absurdo do mórbido, uma lógica que é preciso *desentranhar*, pois ela é, em última instância, a própria lógica da evolução normal”. Foucault visualiza o patológico ou a doença não como uma essência contra a natureza da “normalidade”, mas sendo a própria natureza da normalidade.

Canguilhem defendeu sua tese de doutorado em medicina que consistia de duas partes, cada qual orientada para uma grande questão. Na primeira parte, busca compreender a história da ciência, no intuito de analisar criticamente uma concepção acerca das relações entre o normal e o patológico como mera variação quantitativa do normal, o que satisfaz os interesses das abordagens tradicionais. A segunda parte é encabeçada pela questão: “Existem ciências do Normal e do Patológico?” Neste caso, a maior parte das referências é contemporânea da redação da sua tese e serve como

¹³ Um exemplo disso é a avaliação chamada CDR – Clinical Dementia Rating – que classifica a severidade da DA, aplicada aos familiares e/ou cuidadores. Em contraposição, destacamos a Neurolingüística de orientação discursiva, que, desde 1986, avalia a linguagem de sujeitos afásicos e com outras alterações de linguagem nas interações dialógicas com os sujeitos. Essa questão será retomada no capítulo 4.

fundamentação para os argumentos que sustentam sua posição particular, revelada na seguinte passagem:

O fato patológico só pode ser apreendido como tal – isto é, como alteração do estado normal – ao nível da totalidade orgânica; e, em se tratando do homem, ao nível da totalidade individual consciente, em que a doença torna-se uma espécie de mal. Ser doente é, realmente, para o homem, viver uma vida diferente, mesmo no sentido biológico da palavra. (CANGUILHEM, 1982, p.64)

As reflexões feitas a seguir são baseadas no trabalho de Novaes-Pinto (1999), no qual a autora ressalta algumas das principais contribuições de Canguilhem para a discussão acerca da relação entre o normal e o patológico. Para ele, “a doença não é somente desequilíbrio ou desarmonia; ela é também, e talvez, sobretudo, o esforço que a natureza exerce no homem para obter um novo equilíbrio”. (CANGUILHEM, 1995, p.19). Existe, para Canguilhem, um conceito qualitativo mais adequado para explicitar a relação entre o normal e o patológico – o conceito de “alteração”, ligado às noções de homogeneidade e de continuidade. Essa segunda noção – a de continuidade – não assume que normal e patológico são coincidentes, nem tampouco formas opostas.

Há, nos escritos de Canguilhem, reflexões importantes acerca dos métodos de investigação que seriam adequados para lidar com as alterações verificadas ao longo do tempo, o que nos leva a elegê-lo como uma referência importante quando se trata de doenças progressivas como a DA.

A respeito do tratamento *quantitativo* dispensado aos fenômenos orgânicos e mentais, Canguilhem (*op. cit.*, p.45) cita o trabalho de Claude Bernard (1937), para quem “toda doença tem uma função normal correspondente da qual ela é apenas a expressão perturbada, exagerada, diminuída ou anulada”. A visão de Bernard baseava-se em uma relação de *continuidade*, de natureza *qualitativa*, nas relações entre o normal e o patológico.

Canguilhem afirma que, mesmo quando Bernard se utiliza de critérios quantitativos para definir uma função patológica em relação a outra – normal –, sabe-se exatamente do que ele está falando. Bernard questionava o conceito de *média* da forma como era entendido pelos fisiologistas da época, para descrever conceitos puramente biológicos e que servia para validar resultados

como *científicos*, pelo critério da objetividade. Bernard afirmava que “a utilização das médias faz desaparecer o caráter essencialmente oscilatório e rítmico do fenômeno biológico funcional”, sendo que o resultado obtido pode muitas vezes levar a “*precisamente um número falso*”¹⁴. Baseando sua reflexão nos escritos de Bernard, Canguilhem afirma que:

Em fisiologia, não se deve jamais apresentar descrições médias de experiências, porque as verdadeiras relações dos fenômenos desaparecem nessa média; quando estamos diante de experiências complexas e variáveis, devemos estudar as diversas circunstâncias em que elas se processam e, em seguida, apresentar a experiência mais perfeita como *tipo*, porém que representará, sempre, um fato verdadeiro. (CANGUILHEM, 1995, p.118).

Para Bernard (*apud* CANGUILHEM 1995, p.118), em fisiologia, “o normal é definido muito mais como *tipo ideal* em condições experimentais determinadas, do que como média aritmética ou frequência estatística”. Estabelece, portanto, uma diferença básica entre *média aritmética* ou *frequência estatística*, por um lado, e *tipo ideal em condições experimentais determinadas*, por outro.

Há uma afirmação de Vendryès (1942), na qual se apóia Canguilhem, que podemos relacionar à questão do diagnóstico de uma doença, sobretudo da DA: “Não faço uma estatística sobre um certo número de indivíduos. Considero um único indivíduo”. Canguilhem questiona, a respeito dos desvios verificados em um único sujeito:

Mas será que devemos considerar qualquer desvio como anormal? Afinal, o modelo é, na realidade, produto de uma estatística. Geralmente é o resultado de cálculos de médias. Porém, os indivíduos reais que encontramos se afastam mais ou menos desse modelo, e é precisamente nisto que consiste sua individualidade. (...) A estatística não fornece nenhum meio para decidir se o desvio é normal ou anormal e a delimitação em torno da “média” permanece arbitrária (*op. cit.* p.120).

Mais adiante, CANGUILHEM (*op. cit.*, p.121–122) conclui:

¹⁴ Bernard exemplifica lembrando o que acontece ao medirmos as pulsações cardíacas num indivíduo durante o dia e tentarmos obter uma média – o resultado não irá corresponder aos números realmente observados neste indivíduo.

Tendo em vista a insuficiência dos dados numéricos biomédicos e diante da incerteza acerca da validade dos princípios a serem utilizados para estabelecer a separação entre o normal e o anormal, a definição científica da normalidade parece atualmente inacessível. Será ainda mais modesto, ou será, ao contrário, mais ambicioso afirmar a independência lógica dos conceitos de norma e de média e, conseqüentemente, a impossibilidade definitiva de fornecer o equivalente integral do normal anatômico ou fisiológico, sob a forma de média objetivamente calculada?

Ao refletir sobre as proposições de Quêtelet (1871), Canguilhem (*op. cit.*, p.123) afirma que, trabalhando com o conceito de “média típica”, diferentemente da “média aritmética”, é possível se chegar a um conceito de “homem médio”, que não é absolutamente um “homem impossível”¹⁵. Novaes-Pinto (2009) chama atenção para a relevância do conceito de *média típica* como solução para o dilema metodológico enfrentado pela neuropsicologia e pela neurolingüística. Entretanto, a autora afirma que esse conceito precisa ainda ser refinado para servir como parâmetro para as análises. Por esse motivo, embora reconheçamos sua importância, não o utilizaremos neste trabalho.

Considerando as questões acima apontadas, passaremos a apresentar como a literatura em geral refere-se à memória e à linguagem no envelhecimento normal.

1.3. A memória no envelhecimento normal

Damasceno (1999), quando trata de questões relativas à memória, afirma que o padrão de deterioração nos idosos normais assemelha-se ao encontrado nas fases iniciais da DA. Vários estudos mostram grandes diferenças entre jovens e idosos, quanto ao desempenho nos testes tradicionais que se propõem a avaliar a memória chamada “de trabalho” ou “operacional”, termos que serão mais adiante discutidos e analisados criticamente.

¹⁵ Para exemplificar que o conceito de média aritmética pode corresponder a um objeto não existente, diz que “Quando se mede a altura de várias casas pode-se obter uma altura média, mas de tal forma que pode não haver nenhuma casa cuja altura exata se aproxime da média”.

As interpretações sobre as diferenças ainda são matéria de debate. A presença de tarefas distratoras¹⁶, nas baterias de avaliação, geralmente revela maiores dificuldades dos idosos, provavelmente porque demandam um alto grau de atenção – por sua vez também necessária para o adequado funcionamento da memória. No que tange à memória recente, quando a recuperação do material é imediata, não ocorreriam diferenças entre idosos e jovens. Entretanto, quando feita após uma tarefa *distratora*, não há consenso entre os autores sobre o efeito da idade (PARKIN & WALTER, 1991; INMAN & PARKINSON, 1983). Verhaeghen (1999), por exemplo, defende que as dificuldades dos idosos se dêem mais em função da lentidão no processamento do que devido ao fato de serem tarefas simultâneas. Por outro lado, a quantidade de informações retidas diminui discretamente com a idade (MAYLOR *et al.*, 1999).

Em relação à memória de longa duração, estudos mostram que há diferenças significativas entre jovens e idosos. Entretanto, devemos ressaltar que tais estudos geralmente apóiam-se nos resultados de tarefas com lista de palavras (CERAD, Teste de aprendizagem auditivo verbal de REY).

1.4. A linguagem no envelhecimento normal

Nos últimos anos, tem aumentado sensivelmente o número de pesquisas sobre o envelhecimento, principalmente nas áreas da educação, antropologia, medicina, gerontologia, dentre outras.

No que se refere à linguagem do idoso, ainda existem poucos estudos. No Brasil, aqueles que se propõem a estudá-la baseiam-se, principalmente, no trabalho de Preti (1991), escrito há quase vinte anos, do qual se torna necessário destacar problemas e limites. De acordo com Novaes-Pinto (2009), trata-se, em primeiro lugar, de uma reflexão feita pelo autor sobre as características lexicais, sintáticas e semânticas de enunciados de apenas dois sujeitos idosos, ambos representantes de um grupo escolarizado (com terceiro

¹⁶ Tarefas distratoras são aquelas solicitadas aos sujeitos, enquanto realizam outra tarefa. Como exemplo, podemos citar um dos itens do MEEM, quando o sujeito deve “armazenar” três palavras (*tijolo*, *carro* e *tapete*) enquanto simultaneamente tenta solucionar um problema lógico-matemático.

grau completo) entrevistados no contexto do Projeto NURC¹⁷. É necessário ressaltar, ainda, que o referido projeto tem como objetivo descrever a variante culta da língua.

Segundo Preti (1991), poucas pessoas jovens têm paciência de ouvir um idoso, por sua disfluência, desorganização das narrativas e repetições. O autor afirma que essas são características da linguagem do idoso normal. Entendemos, no entanto, que essas características sejam próprias da *normalidade* em qualquer fase da vida, sobretudo quando se trata da linguagem falada em contextos mais informais.

Novaes-Pinto afirma que generalizar sobre a linguagem no envelhecimento, partindo da análise de enunciados de apenas dois sujeitos, com alto nível de escolarização e letramento, parece problemático, principalmente quando temos uma população de idosos, em sua grande maioria, com baixa escolarização.

As mudanças lingüísticas no envelhecimento parecem ser sutis e podem estar relacionadas às condições de saúde, presença de depressão e de outras alterações no funcionamento cognitivo, relacionadas às mudanças no plano físico, emocional e social, que exercem influência direta ou indireta no funcionamento da linguagem.

Quanto aos comprometimentos na linguagem no processo de envelhecimento, Cytowic (1996) afirma que geralmente o vocabulário dos idosos resiste a todos os tipos de comprometimento cerebral, especialmente em conversações casuais, em enunciados estereotipados e ritualizados¹⁸. Com relação à complexidade sintática, o autor afirma que esta é frequentemente aumentada¹⁹. A compreensão, entretanto, declina.

A análise dos aspectos semânticos e lexicais da linguagem dos idosos, segundo Burke & Harrold (1988, *apud* BRANDÃO & PARENTE, 2001), mostra

¹⁷Mais detalhes sobre os objetivos do projeto NURC podem ser conferidos em CASTILHO, A.T. de; PRETI, D. (orgs.). A língua falada culta na cidade de São Paulo. II Diálogos entre dois informantes. São Paulo: T. A. Queiroz/FAPESP, Projeto NURC-SP. (1987)

¹⁸A afirmação de Cytowic é interessante porque nos faz pensar que, mesmo quando há dificuldades de encontrar palavras nas afasias, não significa que o léxico foi perdido.

¹⁹Além de Cytowic, há outros autores (BRANDÃO & PARENTE, 2001) que afirmam que a complexidade sintática geralmente fica aumentada. Achemos esta afirmação controversa, mas seria necessário um estudo que analisasse os enunciados dos sujeitos em uma pesquisa longitudinal para comprovar que isso se dá, ou compreender como os autores definem 'complexidade sintática'.

que nem sempre são encontradas perdas ou prejuízos em relação às faixas etárias mais jovens, apesar de um provável declínio na produção, caracterizada pelo aumento da dificuldade de encontrar palavras.

Nicholas *et al.* (1985) afirmam que, em tarefas de nomeação por meio de figuras, idosos na faixa dos 70 anos têm desempenho pior do que jovens adultos. Estes autores realizaram vários estudos em que mostram que indivíduos na faixa etária dos 30 anos também têm desempenho pior do que os de 50, ocorrendo um leve declínio aos 60 e um substancial declínio aos 70 anos. Nomes próprios de pessoas, mesmo que bem conhecidos, são particularmente difíceis de serem recuperados com o avanço da idade (COHEN & BURKE, 1993; BRÉDART, 1994 *apud* NICHOLAS *et al.* 1985). Nicholas *et al.* (*op. cit.*) afirmam que, em geral, o léxico permanece disponível para os idosos e que adultos e idosos não diferem nas estratégias empregadas em tarefas de nomeação.

Nicholas *et al.* (1985) citam o trabalho de Goulet *et al.* (1994) para argumentar que ainda se desconhece o efeito de medicamentos e do declínio do estado geral de saúde na capacidade de nomeação dos idosos e defendem que se deveria considerar os múltiplos fatores envolvidos. Em resumo, com a idade, o acesso às palavras para a produção é mais difícil do que para os jovens e pode haver uma leve deterioração semântica. Condições de produção sob efeito de pressão, principalmente de tempo, como quando é solicitada uma resposta rápida, intensificam as dificuldades. É possível também que a habilidade para aprender novas palavras sofra um decréscimo com a idade.

Reconhecemos os limites teóricos e metodológicos dos trabalhos acima citados e apontamos para a necessidade de se avaliarem as hipóteses levantadas, contrapondo-as às análises de episódios dialógicos nos quais o léxico é efetivamente produzido em tarefas contextualizadas e significativas para os sujeitos.

Preti (1991) afirma que os fenômenos temporais e espaciais são decisivos para a organização dos referenciais durante toda a vida e seu potencial encontra-se diminuído no idoso, mesmo no envelhecimento normal. Isso, segundo o autor, promove um sistema de orientação todo voltado para o

passado²⁰. Segundo o autor, o discurso de idosos não difere fundamentalmente do discurso de indivíduos de outras faixas de idade; no entanto, as narrativas ocorrem com grande freqüência na fala de indivíduos mais velhos, por causa da tendência natural dos idosos em tornarem-se “contadores de estórias”.

Preti afirma ainda que o discurso do idoso é pouco denso quanto ao volume de informações e que há grande incidência de repetições, dentre outros; há uma dupla realidade (a passada e a presente). A valorização do passado resultaria no uso de itens lexicais “arcaicos” que demandam explicação quando utilizados, levando à inserção das longas estruturas parentéticas. Tais estruturas, segundo o autor, quebram o fluxo do enunciado, causando a impressão de que o idoso “perde o fio da meada” e que produz circunlóquios e digressões. Há nos enunciados freqüentes interrupções e a recorrência de anacolutos²¹.

Gamburgo (2008) critica as colocações feitas por Preti, dentre as quais a de que o idoso sempre se volta (ou se volta mais) aos fatos ocorridos anteriormente e que, por isso, se utilize com freqüência de verbos no passado e de itens lexicais *arcaicos* em seus enunciados.

Novaes-Pinto (2009) observa que as características destacadas por Preti talvez sejam marcantes nos enunciados dos idosos entrevistados no interior do projeto NURC, justamente porque o entrevistador pede a eles que falem sobre fatos ocorridos no passado. Trata-se da utilização do gênero narrativo como *método* para produzir material lingüístico para as análises. A autora enfatiza que mais pesquisas sobre o discurso dos idosos precisam ser feitas para esclarecer esta questão e chama a atenção para o fato de que, em geral, prevalece nas interações sociais uma “competência pragmática”, a menos que haja alterações cognitivas importantes incidindo sobre a atenção e sobre a memória, o que impediria operações meta e epilingüísticas durante a produção dos enunciados.

Preti aponta também que há descontinuidade em todos os níveis lingüísticos na produção dos enunciados dos idosos. No nível pragmático, há

²⁰ Segundo Labov (1994), uma das características do gênero narrativo é a utilização de verbos no passado. As entrevistas semi-estruturas, por exemplo, utilizam-se de recursos como o de apresentar perguntas do tipo: O que o senhor fez ontem? ou Como era a escola no seu tempo?

²¹ **Anacoluto** é o nome dado às irregularidades gramaticais na estrutura das frases. Muito frequente na oralidade, torna-se inaceitável no texto escrito mais formal. Geralmente consiste de sentenças que são interrompidas por outras, antes de apresentarem um sentido completo.

descontinuidade do tema – pela interferência de segmentos parentéticos. No sintático, há interrupção de frases; no nível lexical, há a presença de dificuldades na seleção, gerando, por sua vez, hesitações e pausas. O autor cita Helfrich (1979), para argumentar que em idade avançada as pausas tendem a aumentar, enquanto que o tempo de articulação tende a decrescer, o que pode indicar que “na velhice, não só os aspectos motores, mas também os cognitivos, do comportamento falado, tornam-se enfraquecidos”. De acordo com o autor, o excesso de pausas marca um ritmo construído “aos arrancos”. As pausas ocorrem em locais incomuns do enunciado, em razão das hesitações provocadas pelas falhas de memória e pela incerteza do que dizer e como dizer.

As questões relacionadas à “fluência” têm sido debatidas com relação às patologias e também com relação ao funcionamento considerado *normal*. Segundo Scarpa (1995), a fluência é uma “abstração metodológica”, assim como o “sujeito fluente” também é. Entretanto, é em relação a uma noção idealizada de fluência que os enunciados dos sujeitos idosos são caracterizados e julgados. A esse respeito, Marcuschi (1991) afirma que se alguém perguntar sobre o que se entende por “conversa de velhos”, certamente serão lembradas as seguintes características: “é uma conversa comprida, sem fio, arrastada, pausada, cheia de histórias, lembranças do passado e por aí afora”. Novaes-Pinto (2009b), a esse respeito, afirma que se trata de uma atitude preconceituosa e estigmatizadora e cita o trabalho de Alkmim (2001, p.40-41), para quem “a linguagem é mais do que um simples instrumento de comunicação; é também um componente decisivo na formação de preconceitos sociais”.

Marcuschi (*op. cit.*) faz tais considerações no prefácio do livro de Preti (1991) sobre a linguagem dos idosos, enfatizando que a “conversa de velhos” não se mostra como um evento caótico, “mas é organizado, regular e revelador, constituindo um fator central na construção da identidade social. Tão forte quanto fatores como classe social, religião, sexo e raça”. As estratégias utilizadas pelos idosos “em contextos de interação verbal constituem atividades com o objetivo de resistir e preservar sua imagem social no processo natural de envelhecimento”. Preti refere-se ao conceito de “preservação da face”, postulado por Goffman (1971).

Inserimos, abaixo, um quadro de Mansur e Radanovic (*op. cit.*), para exemplificar a visão tradicional acerca da linguagem dos idosos:

HABILIDADES INTACTAS	HABILIDADES QUE SE PERDEM COM A IDADE
Compreensão de palavras (vocabulário passivo)	Emprego ativo de vocabulário preciso (nomeação, conversação)
Fala e outras atividades automáticas	Produção de sintaxe complexa
Compreensão de frases simples	Compreensão de sentenças complexas
Tarefas que envolvam discriminação e reconhecimento	Tarefas que envolvam organização, iniciativa, planejamento
Capacidade para narrar	Eleição de relevância em narrativas espontâneas
Fluência	Produtividade (taxa de informações) e precisão referencial
	Retenção de conteúdos em recordação imediata e tardia

Tabela 1. Visão Tradicional da linguagem dos idosos.
Fonte: Mansur e Radanovic, (2006)

Como vemos, as autoras colocam as habilidades em oposição – as que estariam intactas e as que se perderiam com a idade –, remetendo à oposição entre o normal e o patológico, visão dominante na literatura tradicional.

1.5. Considerações finais deste capítulo

Buscamos apresentar, neste capítulo, questões que julgamos fundamentais para as demais reflexões desta dissertação, acerca da relação entre o normal e o patológico no envelhecimento. Como vimos especialmente em Canguilhem, o organismo busca um equilíbrio, o tempo todo, e vai se adaptando às mudanças inevitáveis em decorrência da idade e das perdas orgânicas e funcionais, algumas delas determinadas pela evolução filogenética, com o objetivo de preservar a vida, e outras que dependem das ações “conscientes” dos sujeitos para nela permanecerem, da forma mais íntegra possível, o que depende fortemente das interações sociais, possíveis apenas por meio da linguagem.

Nossas análises revelam que há instabilidades na progressão da doença e que as alterações em todos os domínios não se dão de forma linear, desde

que o sujeito lute contra a doença, buscando alternativas para se manter no jogo dialógico²². Voltaremos a essas questões ao longo deste trabalho.

²² Citamos, como exemplo, o estudo de caso do sujeito AJ, realizado por Canoas-Andrade (2009), com uma afasia que pode ser caracterizada como fluente e progressiva, resultante de lesões focais e difusas. A autora defende que as alterações anatômicas e fisiológicas no cérebro do sujeito, reveladas por exames tomográficos, não são compatíveis com as funções que ele ainda exerce, principalmente com relação à linguagem e à preservação de sua subjetividade. A progressão da doença tem sido retardada pela força das interações sociais nas quais AJ está inserido: a família, o trabalho realizado no CCA, dentre outros.

Capítulo 2

*Caracterizando
as Demências*

Capítulo 2

DEMÊNCIA DE ALZHEIMER

2.1. Considerações sobre a etiologia e a demografia das demências

A *demência* não deve ser considerada *uma doença*, mas um conjunto delas. Em outras palavras, deve ser compreendida como uma *síndrome*²³. Por ser decorrente de uma lesão difusa, pode apresentar múltiplas desordens, dificultando o diagnóstico que, segundo Cytowic (1996), depende substancialmente das análises sindrômicas, considerando-se o seu curso temporal, aliado às informações como *etiologia* e *demografia*.

O termo “demência” tem origem no latim (*de + mens*) e significa “sem mente”, que consideramos inadequado, uma vez que mesmo nas fases avançadas da síndrome ainda há, embora comprometido, um *estado mental* possível. Trata-se de mais um item semiológico que privilegia a falta ou ausência, característica de abordagens reducionistas de cérebro e de cognição, como ilustrada nas palavras de Sacks (1997, p.17):

A palavra favorita da neurologia é déficit, significando deterioração ou incapacidade de função neurológica, perda da fala, perda da linguagem, perda da memória, perda da visão, perda da destreza, perda da identidade e inúmeras outras deficiências e perdas de funções (ou faculdades específicas). Para todas essas disfunções (outro termo muito empregado), temos palavras privativas de todo tipo – afonia, afemia, afasia, alexia, apraxia, agnosia, amnésia, ataxia – uma palavra para cada função neural ou mental específica da qual os pacientes, em razão de uma doença, dano ou incapacidade de desenvolvimento, podem ver-se parcial ou inteiramente privados.

²³ A noção de síndrome é fundamental para a neuropsicologia, Caplan (1987/93) afirma que a noção forte de síndrome – aquela na qual todos os sintomas são co-ocorrentes – não contempla as variações individuais. Na concepção de síndrome enfatizam-se mais os modelos – historicamente organicistas – do que os sujeitos reais. Freud (1891/1973) faz uma crítica contundente à concepção localizacionista das perturbações neurológicas, que caracteriza a teoria hegemônica sobre as afasias, aproximando-se de uma concepção funcional das mesmas. Este passo permitiu a ele estabelecer o conceito de *aparelho de linguagem* para o psiquismo, deslocando-o do terreno do orgânico. Entretanto, o autor propõe que existam campos corticais de representação contínua, cujos correlatos neurais estariam em uma região que compreende o espaço entre as terminações dos nervos ópticos e acústicos, das regiões dos nervos cranianos e alguns nervos periféricos no hemisfério esquerdo. Trata-se de um aparelho equipado para associações, que vão além do território da linguagem. (FREUD, *op. cit.* p.102).

Para dar início à discussão acerca da etiologia, torna-se indispensável discorrer a respeito das diferentes lesões que levam ao diagnóstico – muitas vezes excessivo, principalmente da doença de Alzheimer.

Doenças causadas por patologias razoavelmente circunscritas podem afetar regiões remotas do cérebro (princípio da *diaschisis*), assim como lesões não-focais dificilmente significam que a patologia seja homogênea, uma vez que podem estar anatomicamente espalhadas, ainda que restritas a uma única estrutura²⁴.

Cytowic afirma que, em indivíduos com demência, esperam-se encontrar atrofia na Tomografia Computadorizada (TC) e na Ressonância Magnética Funcional (RMf), mas não há uniformidade dessas atrofia nas imagens. Por outro lado, o autor afirma que a presença de uma atrofia não significa, obrigatoriamente, prejuízo cognitivo. Cytowic critica o fato de radiologistas (que não são especialistas em fenômenos cognitivos) inferirem sobre o diagnóstico de demência, baseando-se em neuroimagens que revelam diminuição do córtex, aumento dos sulcos e, principalmente, redução da formação hipocampal, que poderiam ser explicados pela senescência.

Segundo Cytowic (*op. cit.*), na década de noventa, a incidência de demência era de 50 casos a cada 100.000 pessoas, correspondente a 0,05% da população, sem considerar a idade e o tipo de demência. Essa estimativa está muito abaixo do que se tem visto nos artigos científicos mais atuais. Como referência brasileira, o estudo de Herrera *et al.* (1998) indica que 7,1% da população idosa acima de 65 anos de idade tem o diagnóstico de DA.²⁵

O autor ainda revela que a maior prevalência das demências, em geral, está em pessoas acima de 75 anos, ocorrendo três vezes mais em mulheres e cinco vezes mais em mulheres com histórico de infarto do miocárdio. O fator “idade” é um dos mais relevantes, correlacionado com a ocorrência de DA. Inserimos um gráfico a seguir, que ilustra tal relação.

²⁴Uma alteração causada pela diminuição da mielina, ou falha no funcionamento de um neurotransmissor, seriam exemplos desse princípio.

²⁵ Os estudos de Herrera *et al.* (1998), realizados na cidade de Catanduva, SP, corroboram com as estatísticas internacionais de DA para idosos acima de 65 anos de idade em países em desenvolvimento. Muito provavelmente estes resultados sejam consequência do tipo de avaliação.

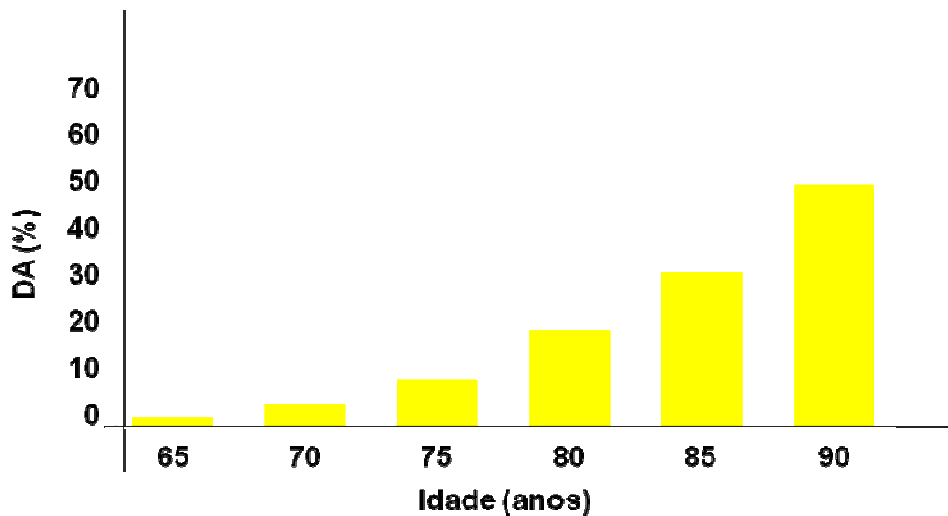


Gráfico 2. – Relação entre doença de Alzheimer e idade.
Fonte: Hebert *et al.* (1995)

Como vemos, o gráfico indica que cerca de 50% dos idosos acima de 90 anos têm DA. Contudo, podemos questionar se essa prevalência não seria decorrente do envelhecimento normal. Atualmente, sabe-se que os marcadores biológicos (placas senis e emaranhados neurofibrilares) da DA estão também presentes tanto no envelhecimento normal quanto em outras síndromes e patologias, dentre as quais citamos: doença de Parkinson, síndrome de Down, demência com corpos de Lewy, ataxia cerebelar e distrofias neuroaxionais.

Vários fatores levam ao diagnóstico excessivo da demência e, particularmente, da doença de Alzheimer (DA). Chuí (1989 *apud* CYTOWIC, 1996) afirma que somente de 35% a 80% dos casos são precisamente diagnosticados clinicamente, quando comparados aos resultados obtidos em autópsias.

Segundo Cytowic, o diagnóstico da DA é, em geral, *provável*. O autor critica a atribuição do rótulo de DA a qualquer declínio cognitivo no envelhecimento. Isso se dá, segundo ele, pela necessidade de se rotular o que não se conhece. Apenas com finalidade didática, inserimos abaixo um quadro, que sintetiza a freqüência relativa das demências:

Frequência relativa das demências	Frequência %
Doença de Alzheimer	50
Multi-infarto e outras desordens vasculares	15
Tumor e infecção	10
Pseudo-demências (tratáveis)	7
Demência alcoólica	7
Hidrocefalia com pressão normal	5
Intoxicação por drogas	3
Não diagnosticadas	3

Tabela 2: Frequência relativa das demências.

Fonte: Cytowic (1996, p.347)

2.2. Curso clínico das demências

O curso clínico das demências não segue padrão determinado. Os primeiros sinais podem ser sutis o suficiente para serem desconsiderados ou podem ser atribuídos a causas psicodinâmicas. As associações corticais toleram o impacto da patologia – pelo princípio da *adaptação* (ou reorganização funcional) – e, por isso, em geral, há demora para que o indivíduo procure ajuda profissional. Na maioria das vezes, o sujeito tende a minimizar os sintomas de esquecimento; só quando se tornam mais acentuados, percebidos pelas pessoas que convivem mais proximamente com eles, é que passam a ser motivo de preocupação. Em geral, são os familiares que insistem para que o indivíduo procure um médico.

Embora a memória seja a função mais perceptivelmente comprometida, denunciada pela frequência e tipos de esquecimento, análises minuciosas de dados obtidos com sujeitos em quadros iniciais podem revelar também o comprometimento de outras habilidades cognitivas, dentre as quais a linguagem.

Pode haver sinais associados às dificuldades de memória e de linguagem que corroboram o diagnóstico, dentre os quais a desorientação espacial e temporal, desinibição, mudança geral no comportamento, negligência na higiene, labilidade emocional, dificuldade de adaptação a uma situação nova.

Embora o foco principal desta dissertação seja a DA, entendemos que seja necessário caracterizá-la em relação aos outros tipos de demências, atentando para suas principais diferenças, bem como introduzir questões relativas a outros quadros comuns no envelhecimento, como a presença de

depressão no idoso, que propicia o aparecimento de sintomas frequentemente confundidos com a DA.

2.3. Outros tipos de demências

Há, essencialmente, dois grupos de demências: as *primárias* e as *secundárias*, sendo as primeiras relacionadas às alterações degenerativas do SNC (ou neurodegenerescências) e as segundas ao processo *normal* de envelhecimento²⁶.

Os principais tipos de demências primárias e progressivas são a DA, a demência com corpos de Lewy²⁷ e a demência fronto-temporal (também conhecida como demência de Pick)²⁸. São todas consideradas demências irreversíveis (cf. MÁRMORA, 2005).

Demências secundárias ou não progressivas compõem o segundo maior grupo. São elas: as demências vasculares²⁹, as demências por hidrocefalia de pressão normal, as de causas infecciosas (neuro-sífilis), as demências por

²⁶ Segundo a *American Psychiatric Association* (1989), trata-se de síndromes que ocorrem durante o processo de envelhecimento e que aumentam em função da idade.

²⁷ Pode ser facilmente confundida com a doença de Alzheimer. É causada pelo acúmulo de grande quantidade de substâncias chamadas de *corpos de Lewy* no córtex cerebral. O quadro clínico apresenta 3 fases: a primeira dura de 1 a 3 anos, caracterizada por esquecimento leve, períodos rápidos de delírios e falta de iniciativa no dia-a-dia. Na segunda fase, ocorre a piora das funções cerebrais cognitivas (memória, linguagem, orientação no tempo e no espaço) e dos delírios, com alucinações auditivas e visuais. Na fase mais avançada, ocorrem distúrbios psiquiátricos como psicose, agitação e confusão mental. Os sujeitos não toleram o uso de neurolépticos, como Haldol, Neozine e Melleril. Assim como na doença de Alzheimer, o diagnóstico é feito pelo médico, com exame clínico. O diagnóstico comprovado é feito por meio da biópsia cerebral.

²⁸ Esta patologia demencial foi descrita pela primeira vez por Arnold Pick, em 1892, em Praga, República Tcheca. Trata-se de um quadro degenerativo cerebral, no qual os sintomas estão associados à atrofia cerebral do lobo temporal esquerdo ou dos lobos fronto-temporais. É um tipo mais raro de demência, com menos de 5% de todos os casos. É raríssimo após a idade de 70 a 75 anos. Ocorre mais em pessoas entre 45 e 65 anos de idade. O quadro clínico pode ser de dois tipos, dependendo da região cerebral comprometida. Nos casos de comprometimento frontal, observa-se um sujeito falante, inquieto, despreocupado, com pouca iniciativa, com mudança de personalidade e alterações de linguagem (fala sem nexos, repetitiva). Nos casos de comprometimento fronto-temporal, verifica-se apatia, sexualidade exacerbada, mudança de hábito alimentar, podendo apresentar uma afasia de expressão e de compreensão. O diagnóstico provável também é clínico, comprovado apenas com a biópsia cerebral ou pela necrópsia.

²⁹ Obstruções recorrentes dos vasos de grandes diâmetros, podendo afetar tecidos suficientemente para causar alterações no funcionamento do cérebro. De início abrupto e processo flutuante, a etiologia deve-se a antecedentes de HAS (Hipertensão arterial sistêmica) e aterosclerose, o que a torna potencialmente reversível.

intoxicações³⁰ e as metabólicas³¹. Todas decorrem de alterações extrínsecas ao Sistema Nervoso Central (SNC) e podem ser reversíveis se o fator etiológico for controlado. O diagnóstico precoce/diferencial é muito importante para a reversão.

Vale mencionar, ainda, a existência das chamadas *pseudodemências*. Dentre elas, destaca-se a depressão (McGLONE *et al.*, 1990), cuja presença é responsável por muitos equívocos no diagnóstico. Há também tipos de afasia (transcortical sensorial, por exemplo) que podem ser confundidos com quadros demenciais. A depressão pode resultar da disfunção nos neurotransmissores, como a norepinefrina e a dopamina, que têm suas células de origem nos núcleos pigmentados na parte central do cérebro, sendo justamente os que são afetados pelas demências degenerativas.

Diferenças qualitativas, relacionadas ao modo de início da doença (instalação) e ao curso clínico, possibilitam distinguir os quadros e prover o tratamento adequado. Devido ao fato de ser a depressão um fenômeno comum no envelhecimento, ela deveria ser incluída nos diagnósticos diferenciais de qualquer demência. Na dúvida, geralmente os médicos se utilizam de medicamentos antidepressivos para avaliar a melhora.

Segue abaixo uma tabela elaborada por Bertolucci³² que visa contribuir para o diagnóstico diferencial entre DA e depressão:

Demência	Depressão
Habilidades sociais mantidas até mais tarde	Perda precoce do convívio social
Idéias de desvalia e desesperança ausentes	Idéias de desvalia e desesperança presentes
Humor variável	Humor deprimido
Dificuldades são minimizadas	Dificuldades são hipervalorizadas ou racionalizadas
Tenta engajar-se nas atividades dos testes	Resiste a engajar-se nas atividades

Tabela 3 – diagnóstico diferencial entre demência e depressão

Fonte: Bertolucci (2008)

³⁰ Intoxicações de causa polifármaca, por agentes exógenos (metais pesados, monóxido de carbono e manganês).

³¹ Anormalidades metabólicas são provocadas por falhas renais, hepáticas, pancreáticas, tireoidais. Produzem uma encefalopatia que pode ser reversível. Há ainda demências causadas por disfunções metabólicas congênitas, por deficiência de substratos essenciais, por HIV, por outros agentes infecciosos etc.

³² Tabela apresentada durante o simpósio, “Perda de Memória: Diagnóstico Diferencial e Tratamento”.

O idoso, geralmente, não se queixa de tristeza, mas por perceber que está sendo acometido por outras dificuldades, como “raciocinar e organizar as idéias”. Experiências clínicas mostram que, além de recorrente na doença de Alzheimer, a depressão também ocorre nas doenças de Parkinson, Pick e Huntington, bem como na demência por múltiplos infartos.

2.4. Demência do tipo Alzheimer (DA)

É consenso mundial que a DA é a principal demência cortical, responsável por 50 a 70% das demências, levando a alterações progressivas da linguagem, da memória, do julgamento e do raciocínio intelectual, tornando o indivíduo progressivamente cada vez mais dependente, necessitando da ajuda de outra pessoa para sua própria sobrevivência.

A demência do tipo Alzheimer (DA) foi primeiramente descrita pelo neurologista Alois Alzheimer, em 1906, quando analisou o caso de uma paciente chamada Auguste D., 51 anos de idade, em Frankfurt, que apresentava dano cognitivo progressivo, alterações mnêmicas e lingüísticas. Na necrópsia, Alzheimer observou que havia placas neuríticas (posteriormente denominadas placas senis) e emaranhados neurofibrilares, além de mudanças arterioscleróticas. Quando ainda não se acreditava que a histologia pudesse contribuir para o entendimento das doenças mentais, as demências eram creditadas ao envelhecimento normal. Influenciados pela psicanálise, os médicos achavam que a demência de Auguste D. era fruto de uma psicose, sem nenhuma causa orgânica.

2.4.1. Breve histórico dos estudos sobre a DA

Em 4 de novembro de 1906, Alois Alzheimer proferiu uma palestra na qual descreveu pela primeira vez uma forma de demência que, subseqüentemente, seguindo a sugestão de Emil Kraepelin, tornou-se conhecida como “Doença de Alzheimer” . Em sua palestra, na 37ª Conferência dos Psiquiatras do Sudoeste da Alemanha, em Tübingen, Alzheimer descreveu o caso de Auguste D., que apresentava dano cognitivo progressivo,

alucinações, ilusões e “incompetência psicossocial”. O termo epônimo, “Alzheimer”, originalmente usado para se referir à demência pré-senil, entrou em uso para a Demência Senil do Tipo Alzheimer (DSTA). A seguir, apresentaremos questões relativas ao caso de Auguste D. que, segundo Hardy (2006), foram reexaminadas por ocasião dos cem anos do trabalho de Alois Alzheimer.

2.4.2. Alzheimer e o primeiro quadro de DA descrito: Auguste D.

Julgamos relevante, para os propósitos deste trabalho, introduzir informações referentes ao trabalho de Alzheimer, bem como reflexões a respeito do primeiro quadro clínico descrito – o de Auguste D. (vide Figura 1, abaixo) – para compreender como a DA foi incorporando, ao longo do tempo, outros sintomas que levaram à sua caracterização como síndrome³³.



Figura 1: Auguste D, Nov/1902.
Fonte: Hardy *et al.*, (2006)

Alzheimer nasceu em 14 de junho de 1864, em Markbreit, Alemanha, pequena vila próxima a Würzburg. Os interesses nas pesquisas de Alzheimer foram extensos e incluíam não somente demências de origens degenerativas e vasculares, mas também as psicoses, as epilepsias e o controle de natalidade, dentre outros.

Em 19 de dezembro de 1995, foi comemorado o 80º aniversário da morte de Alzheimer, em sua cidade natal, com a inauguração de um museu e

³³ As informações a seguir foram extraídas, principalmente, do artigo de Hardy (2006) intitulado “100 anos da doença de Alzheimer”.

centro de conferência, onde tinha sido sua casa. Na época, foi também realizada uma busca intensiva pelos antigos arquivos de Auguste D. Segundo Maurer *et al.* (2007), apenas dois dias após o 80º aniversário da morte de Alzheimer seus arquivos foram encontrados. Um deles continha um texto publicado por Perusini em latim e sua tradução, bem como fragmentos de entrevistas, anotações sobre o caso clínico, detalhes sobre o curso de sua doença e um relatório sobre sua morte, incluindo um diagnóstico histopatológico. Havia no conjunto de documentos uma pequena folha de papel escrita a mão por Auguste D. Tratava-se de uma tentativa de escrita de seu nome, datada por Alzheimer, cujas anotações diziam: “desordem da escrita amnésica”, sintoma nomeado pelo próprio Alzheimer (Figura 2, abaixo).

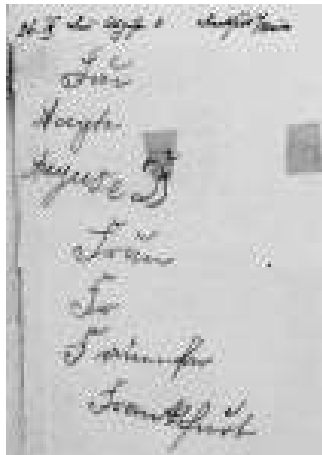


Figura 2: Tentativas de escrita de Auguste D., Nov/1902
Fonte: Hardy *et al.*, (2006)

Em 25 de novembro de 1901, Auguste D. foi aceita no Hospital de Frankfurt, onde foi examinada por Alzheimer, apresentando um conjunto de sintomas que incluíam redução da compreensão e da memória, afasia, desorientação, comportamento imprevisível, paranóia, alucinações auditivas e dano “parassocial” pronunciado.

Anotações feitas à mão por Alzheimer, que começaram a ser feitas em 26 de novembro de 1901, documentam em detalhes os sintomas de sua paciente durante os primeiros quatro dias de estadia no hospital. Ele fez perguntas simples e transcreveu as respostas de Auguste D. A seguir, apresentamos alguns dos dados obtidos por Alzheimer.

O contexto se dá quando Auguste D. senta-se na cama com uma expressão impotente e desamparada e o Dr. Alois Alzheimer conduz o primeiro contato com a paciente.

Enunciado	
Alzheimer	Qual o seu nome?
Auguste D.	Auguste
Alzheimer	Sobrenome?
Auguste D.	Auguste
Alzheimer	Qual o nome do seu marido?
Auguste D.	Auguste, eu acho
Alzheimer	Seu marido?
Auguste D.	Ah, meu marido. (ela olha como se não tivesse entendido a pergunta).
Alzheimer	Você é casada com o senhor Auguste, Sra. D ?
Auguste D.	Sim, sim, Auguste D.
Alzheimer	Há quanto tempo está aqui?
Auguste D.	(Ela parece estar tentando se lembrar e depois responde) 3 semanas.
Alzheimer	O que é isto? (Alzheimer mostra um lápis).

Tabela 4 – Transcrição realizada a partir de Hardy *et al.* (2006).

Ao mostrar-lhe alguns objetos (caneta, bolsa, chave, diário e cigarro) estes foram nomeados de forma correta. Há relatos das dificuldades de Auguste D. para responder a perguntas simples, mesmo em situações contextualizadas. Alzheimer relata que, durante um almoço, ela comia couve-flor e carne de porco. Quando questionada sobre o que estava comendo, ela respondeu: “espinafre”. Quando estava mastigando a carne, Alzheimer perguntou o que estava comendo e ela respondeu: “batatas”.

Para avaliar a memória, Alzheimer perguntou quais objetos lhe haviam sido mostrados anteriormente e ela não se lembrou de nenhum deles, após um período curto de tempo.

Quando foi solicitado a Auguste D. que escrevesse seu nome, ela segurou o caderno de uma tal maneira, que ele teve a impressão de que havia uma perda no campo visual direito. Nova solicitação de escrita do seu nome foi feita e Auguste escreveu a palavra “Fräu” (senhora), mas imediatamente se esquecia do que estava fazendo e foi necessário repetir cada palavra durante a tarefa.

Alzheimer afirmou que se tratava de um diagnóstico de perturbação da linguagem escrita, ou “desordem de escrita amnésica”. O pesquisador

observou que à noite sua fala espontânea piorava, contendo o que ele chamava de “descarrilhamentos parafásicos” e perseverações.

No que se refere à leitura, Auguste D. passava de meados de uma linha para a outra e/ou repetia a mesma linha três ou mais vezes. Ela lia corretamente as letras, mas parecia não entender o que lia. Ela acentuava as palavras de um jeito inadequado (*anormal*, nas palavras de Hardy *et al.*). De repente, durante a tarefa, ela disse: “Twins. Eu conheço o Senhor Twins” e repetiu a palavra “Twins” durante toda a entrevista.

Em 1903, Alzheimer deixou Frankfurt e, após uma curta temporada em Heidelberg, mudou-se para a Clínica Psiquiátrica Real, em Munique (cujo diretor era o Dr. Kraepelin), mas continuou a acompanhar o caso de Auguste D. até sua morte em Frankfurt, em 08 de abril de 1906, solicitando logo após que seus registros e seu cérebro fossem enviados para Munique, a fim de estudar o caso.

Em 1907, Alzheimer (1907 *apud* MAURER *et al.* 2007, p.1548) apresentou uma palestra sob o título “Uma séria doença característica do córtex cerebral”, na qual descreveu “o caso da paciente que foi mantida sob observação profunda durante a institucionalização” e também as descobertas histopatológicas de seu cérebro. Alzheimer relatou as seguintes alterações:

In the centre of an otherwise almost normal cell there stands out one or several fibrils due to their characteristic thickness and peculiar impregnability (...) numerous small miliary foci are found in the superior layers. They are determined by the storage of a peculiar material in the cortex”. (ALZHEIMER 1907, *apud* MAURER *et al.* 2007, p.1548).

Segundo Maurer *et al.* (*op. cit.*), Alzheimer prossegue afirmando: “all in all we have to face a peculiar disease process. Such peculiar disease processes have been verified recently in considerable numbers”.

2.4.3. Questões para a semiologia da DA

A semiologia das demências é fortemente marcada pela etiologia da doença, sobretudo pelos determinantes biológicos³⁴. Por mais que se saiba, atualmente, sobre fatores que pré-determinam ou contribuem para o aparecimento de uma demência do tipo Alzheimer, os pesquisadores afirmam que se trata, de fato, de uma síndrome, com grande variação individual na ocorrência dos sinais.

Uma questão que se coloca, frente ao aumento no número de casos diagnosticados, como vimos no início deste capítulo, é se o conjunto de sinais e sintomas postulados por Alzheimer foi ampliado porque houve maior rigor nas pesquisas, sobretudo nas descrições dos casos, ou se a metodologia adotada para o diagnóstico foi, parcialmente, a grande responsável pelo aumento demográfico de casos de DA verificado nas últimas décadas.

Na época em que Kraepelin deu o nome de Alzheimer à doença, o termo era usado apenas para casos em que o paciente tinha menos de 65 anos de idade. Tratava-se, de fato, de uma demência precoce. Hoje, mais de cem anos após a morte de Alzheimer, Hardy afirma que a “nova era” iniciou-se com a descoberta de que a maioria dos casos de demência senil seriam, de fato, Demência de Alzheimer. O que era, portanto, uma “curiosidade neurológica rara”, passou a ser a principal causa das demências e, conseqüentemente, a mais pesquisada.

Quanto à idade em que a doença se instala, Cytowic (1996) chama a atenção para o fato de que Auguste D. tinha apenas 51 anos quando foi diagnosticada e o próprio Alzheimer se referia ao quadro como demência pré-senil. De fato, o corte de 65 anos para definir demência pré-senil ou senil é arbitrário, já que não se deve levar em conta apenas a instalação da doença, mas seu curso temporal.

³⁴ Hardy afirma que, infelizmente, ainda não se tem até hoje dados sobre a história da família de Auguste D. que possam contribuir para uma melhor compreensão da doença, sobretudo dos fatores genéticos envolvidos. Há esperança de que, com o desenvolvimento de técnicas para análise do DNA, um dia se possa saber mais sobre isso. O que se sabe, até o momento, é que Auguste D. era uma “homozigoto da apolipoproteína E3”.

Blessed, Tomlinson & Roth (1968, *apud* HARDY *et al.*, 2006³⁵) observaram que a maioria dos casos diagnosticados como demências senis apresentaram, nos exames histológicos, as placas e emaranhados neurofibrilares, características da DA. Percebeu-se, então, que a separação entre demência do tipo Alzheimer (< 65 anos) e Demência Senil (> 65 anos) não ajudava a compreender a biologia da doença, o que por sua vez impedia de compreender as causas da demência nos mais velhos. A separação nosológica relativa à idade foi abandonada e este é um dos fatores que fizeram com que houvesse um aumento muito grande no número de casos diagnosticados.

É interessante ressaltar que, na descrição original da síndrome demencial, Alzheimer (1907) notou, além das alterações de memória e de comportamento, alterações de linguagem, dentre as quais descreveu “um distúrbio parafásico”.

Apesar da ênfase original nas alterações de linguagem, como parte da sintomatologia da doença de Alzheimer, a maioria das descrições da síndrome, até muito recentemente, focalizaram apenas déficits cognitivos globais e/ou alteração da memória, sem nenhum reconhecimento de alterações de linguagem.

As duas primeiras edições do DSM, por exemplo, não fazem qualquer referência às *alterações de linguagem* na DA. Foram mencionadas pela primeira vez apenas em sua terceira edição, como “alteração lexical”. Na quarta edição tais alterações são consideradas como critério para o diagnóstico, mas desta vez como “afasia”, apesar deste termo estar tradicionalmente relacionado às lesões focais³⁶. A seguir, tratamos mais

³⁵ Blessed, G., Tomlinson, B. E., And Roth, M. The association between quantitative measures of dementia and of senile change in the cerebral grey matter of elderly subjects. *Br. J. Psychiatry* 114, 797–811. 1968

³⁶ Após quinze anos da publicação dos principais manuais estatísticos classificatórios internacionais em psiquiatria e saúde mental – CID e DSM, – houve uma expansão de categorias. A CID-10 (1993) passou a incluir 100 categorias, contra 30 na versão anterior (CID-9, 1978), enquanto o DSM-IV (1994) passou de 265 (DSM-IV) para 297 categorias. Isso significou, conseqüentemente, uma explosão de diagnósticos. Segundo Cytowic (1996), este tipo de manobra corresponde à tentativa de se forçar um conjunto de sintomas a se encaixar em uma determinada categoria. O autor critica essa tendência na ciência e afirma que “às vezes não sabemos o que está errado com o paciente, mas isso não nos dá o direito de rotular ou chamá-los de loucos; nem tampouco de diagnosticar uma doença que não existe”. Cytowic acredita que “em alguns casos, apenas o tempo vai trazer uma resposta” sobre o diagnóstico.

especificamente dos critérios que têm sido utilizados, na clínica, para o diagnóstico da DA.

2.4.4. Critérios para o diagnóstico da DA: pouca ou nenhuma atenção para as alterações de linguagem

Em geral, a anamnese é feita por um neurologista e/ou neuropsicólogo, com o auxílio de um informante confiável – um familiar, um amigo que conviva bastante com o sujeito, que geralmente é quem apresenta a queixa de que o indivíduo está “esquecido” ou com alterações de comportamento.

Geralmente é solicitada uma bateria de exames laboratoriais³⁷ e feita uma avaliação resumida da condição neurológica e mental. Estudos de imagem podem também colaborar significativamente para o diagnóstico³⁸. Se, ainda assim, o diagnóstico continuar incerto, geralmente recomenda-se uma avaliação neuropsicológica completa, que consiste na aplicação de sub-testes de diferentes baterias. A esse respeito, para Nitrini *et al.* (2005) há pelo menos duas limitações com relação à avaliação de linguagem na DA: (1) são utilizados os mesmos instrumentos desenvolvidos para a avaliação das afasias; e (2) o fato de se restringirem aos aspectos metalingüísticos, relacionados ao sistema formal da língua (fonético/fonológicos, semântico/lexicais), deixando de fora das análises os níveis pragmático e discursivo, justamente onde alterações estariam ocorrendo (COUDRY, 1986, NOVAES-PINTO, 1999), o que contribuiria significativamente para o diagnóstico diferencial das demências e para a avaliação da evolução da DA (BEILKE & NOVAES-PINTO, 2007; NOVAES-PINTO & BEILKE, 2009).

Nitrini *et al.* (2005) chamam ainda a atenção para o fato de que os testes desconsideram a heterogenidade cultural; além de terem sido elaborados para sujeitos com alta escolaridade, freqüentemente jovens e crianças.

Em geral, os testes são muito longos e cansativos, o que certamente também influencia o desempenho dos sujeitos. O fato de muitas vezes o sujeito perceber que está indo mal gera ansiedade, e ele acaba errando inclusive

³⁷ Geralmente solicita-se exames como hemograma completo, testes de função hepática e renal, tireoidiana, vitamina B12, ácido fólico, homocisteína, glicemia e lípidos.

³⁸ Podem ser solicitados, dentre outros, a Tomografia Computadorizada e a Ressonância Magnética Funcional.

aquilo que em outras situações não erraria³⁹, como Coudry já vem apontando desde seus primeiros estudos (COUDRY 1986/1988).

Apenas a título de exemplo, listamos alguns dos testes sugeridos pela ABN (Associação Brasileira de Neurologia), geralmente utilizados nas avaliações de DA:

Funções Cognitivas	Testes
Global	Mini-exame do Estado Mental; Informação-Memória-Concentração de Blessed; CASI-S
Memória	Recordação tardia do CERAD ou de objetos apresentados como figuras
Atenção	Teste de trilhas; extensão de dígitos
Linguagem	Testes de nomeação de Boston, do ADAS-Cog ou do NEUROPSI
Função Executiva	Fluência Verbal; Desenho do relógio
Conceituação e Abstração	Semelhanças do CAMDEX ou do NEUROPSI; arranjo de figuras do WAIS-R
Habilidades Construtivas	Desenhos do CERAD; desenho do relógio

Tabela 5 – Testes sugeridos pela ABN para avaliação das funções mentais
Fonte: Nitrini *et al.* (2005)

A seguir, passamos a elencar os principais critérios para o diagnóstico da DA, segundo dois dos manuais validados cientificamente, chamando a atenção para o fato de que as alterações de linguagem não são consideradas ou são consideradas apenas superficialmente – e, muitas vezes, equivocadamente.

2.4.4.1. NINCDS-ADRDA

O manual “NINCDS-ADRDA” tem a sigla do instituto onde foi desenvolvido: National Institute of Neurological and Communication Disorders and Stroke - Alzheimer’s Disease and Related Disorders Association. A demência é estabelecida por exame clínico e confirmada por avaliação neurológica, com a aplicação de testes neuropsicológicos, dentre os quais o

³⁹ No caso de idosos, óculos e aparelhos auditivos mal adaptados também podem influenciar os resultados.

Mini Exame do Estado Mental (doravante MEEM) ou similar. O diagnóstico, segundo este protocolo, é feito se forem observados os seguintes sinais:

i) Déficit de duas ou mais áreas da cognição; ii) piora progressiva da memória e de outras funções cognitivas; iii) ausência de distúrbio da consciência; iv) início entre 40 e 90 anos de idade; e v) ausência de doenças sistêmicas ou cerebrais que poderiam provocar déficit progressivo da memória ou de outras funções cognitivas.

Nota-se que alterações de linguagem não são, neste manual, necessariamente sinais que levam ao diagnóstico de DA, uma vez que qualquer outra alteração, além da memória, pode servir como critério definidor: uma apraxia ou uma agnosia de qualquer tipo, por exemplo.

Essa ausência da linguagem como sinal presente na DA é, a nosso ver, reflexo da sua ausência nos testes de avaliação ou, então, da presença apenas da avaliação dos seus níveis formais (fonético/fonológico, lexicais e sintáticos) que, geralmente, não estão comprometidos nas fases iniciais. Como veremos mais adiante, há desde o início do quadro comprometimentos na organização semântico/pragmático/discursiva, desconsiderada das análises.

2.4.4.2. DSM-IV

A seguir, passamos a elencar os principais critérios para o diagnóstico da DA, segundo o DSM-IV:

DSM-IV	
A.	Desenvolvimento de múltiplos déficits cognitivos manifestados por:
1.	deficiência de memória, e
2.	presença de um (ou mais) dos seguintes transtornos cognitivos:
a.	afasia (transtorno de linguagem)
b.	apraxia (transtorno na habilidade em realizar atividades motoras, apesar de a função motora permanecer intacta)
c.	agnosia (transtorno na habilidade de reconhecer ou identificar objetos, apesar de a função sensorial permanecer intacta)
d.	transtornos da função executiva (planejamento, organização, seqüenciamento
e.	abstração)
B.	Os déficits cognitivos dos critérios A1 e A2 provocam significativa deficiência da função social ou ocupacional e representam importante declínio em relação ao nível anterior de funcionamento.
C.	O curso caracteriza-se pelo início gradual e declínio cognitivo progressivo.
D.	Os déficits cognitivos dos critérios A1 e A2 não são devidos a nenhuma outra condição capaz de provocar déficits progressivos de memória e cognição.

Podemos perceber que a linguagem, embora considerada no diagnóstico como uma das funções que podem estar alteradas, não é decisiva para o diagnóstico. Como a avaliação é feita por meio das baterias de testes, apenas alterações lexicais (normalmente consideradas “alterações de memória semântica”) são observadas e acabam servindo de *índice* do estado cognitivo da doença – de suas fases, colaborando com o diagnóstico⁴⁰.

2.5. A linguagem na avaliação da DA

Embora a doença tenha sido descrita em 1906, por Alzheimer, os primeiros trabalhos sobre a DA foram realizados apenas no início dos anos 80 por Cummings e Benson (1983) e mesmo os mais atuais não têm abordado o fenômeno de forma abrangente.

Segundo Rodrigues (2003), a maioria dos estudos das alterações de linguagem na doença de Alzheimer foi limitada ao nível da função lexical. Estes estudos – dentre os quais os que se interessam pela *anomia* – são concernidos em *como* o paciente com DA *processa* palavras. Os dados mostram consistentemente que a DA envolve um “discurso pobre” ou um “vocabulário restrito”, bem como a alteração da produção e compreensão das palavras, segundo resultados de testes padrão⁴¹, embora enfatizem uma diferença significativa entre a *anomia* manifestada pelo paciente com lesão focal e “a deterioração do discurso associada com a mudança orgânica difusa”, na demência senil⁴².

Embora a maioria das pesquisas sobre alteração de linguagem em DA se restrinjam ao nível lexical, alguns estudos também têm investigado os níveis sintático e/ou semântico e as alterações pragmáticas e discursivas. Rodrigues (2003) cita o trabalho de Appell *et al.* (1982) para afirmar que todas as funções da linguagem, não somente o nível lexical, estão comprometidas, quando comparadas a idosos saudáveis.

⁴⁰ A esse respeito, Noguchi (1998) cita os trabalhos de Bayles & Kasniak (1987) e de Cummings, Benson, Hill & Head, 1985).

⁴¹ O autor cita, como exemplos, os trabalhos de Barker & Lawson (1968); Bayles & Tamoeda (1983); Cummings *et al.* (1985); Ernst *et al.* (1970); Gewirth, Shindler & Hier (1984); Martin & Fedio (1983); Miller & Hague (1975) e Pearce & Miller (1973).

⁴² A esse respeito, Rodrigues (2003) cita os seguintes trabalhos: Critchley (1964), Joynt (1984); Rochford (1971) e Stengel (1964).

Coudry & Morato (1990) afirmam que a natureza dos sintomas das afasias e das alterações de linguagem nas demências parece ser de ordens distintas. Entretanto, a literatura concorda que ambas apresentam *sintomas* neurolingüísticos semelhantes: anomia, dificuldades para encontrar palavras, produção de parafasias, presença de ecolalias, repetições, confabulações etc. Cytowic (1996) afirma que as alterações lingüísticas não são globais e que nem todos os aspectos da fala são simultaneamente afetados. Com a progressão da doença, há piora das parafasias, a compreensão sofre e é difícil associar indivíduos à conversa.

2.5.1. Alterações nos quadros Iniciais

Há evidências de que alterações de linguagem estejam presentes, já nas fases iniciais (Damasceno 1999; Nitrini *et al.*, 2005; Coudry & Morato (1990); Noguchi (1998); Mansur & Radanovic, 2004; Beilke & Novaes-Pinto, 2007). Ocorre que, por serem mais sutis, normalmente não são notadas nas entrevistas iniciais, nem detectadas nos testes neuropsicológicos.

Damasceno (1999) afirma que, dentre as várias alterações da linguagem que aparecem nas fases iniciais da DA, destacam-se perturbações em processos de significação, alterações nas relações de sentido, problemas com pressupostos interpretativos, violação de leis conversacionais ou discursivas, dificuldades com operadores argumentativos, alterações de mecanismos de coesão e coerência textual, dificuldades com acesso e manutenção de tópicos.

Dentre os poucos trabalhos em Lingüística que avaliam mais adequadamente as alterações de linguagem presentes desde o início do quadro demencial, destacam-se o de Noguchi (1998), Cruz (2004/2008) e o de Mármora (2005), que chamam a atenção para as alterações discursivas e pragmáticas.

Segundo Noguchi (*op. cit.*), na fase *inicial* da doença, além da *anomia*, há produção de parafasias e de neologismos, além de dificuldades para iniciar e acompanhar conversações em situação complexa (situações de humor, sarcasmo e analogias verbais), o que poderá levar a repetições e a digressões. Os aspectos fonológicos e sintáticos estão preservados, assim como as habilidades da compreensão auditiva para a conversa e para a leitura oral.

Segundo Hecaén (1964)⁴³, a fase inicial da DA possui similaridades com a afasia semântica, pois apresenta preservadas a articulação, repetição e compreensão de unidades lexicais individuais, mas com dificuldades para a compreensão do sentido das frases. Bayles (1982) afirma que nessa fase o sujeito com DA apresenta dificuldade no desenvolvimento de sucessões de idéias (uma idéia não leva a outra). Os sujeitos “percebem suas dificuldades” e desenvolvem estratégias para ocultar seus déficits. Constantinidis & Richards (1985) dizem que a linguagem é elíptica e pleonástica; o sujeito tem dificuldades para encontrar palavras, empobrecimento do vocabulário e há presença de parafasias semânticas, que evidenciam a desorganização do campo semântico. Para Damasceno (1999), a fase inicial da DA é acompanhada de problemas semântico-lexicais similares aos encontrados na afasia semântica ou na afasia transcortical sensorial. O sujeito esquece ou troca palavras, mostrando linguagem elíptica com empobrecimento do vocabulário, sendo o que resta constituído especialmente de substantivos de baixa freqüência e nomes próprios. Há parafasias semânticas, pleonasmos, excesso de dêiticos e perífrases. Segundo Damasceno, a função epilingüística está mantida, uma vez que o sujeito ainda “mantém o insight” sobre seus erros. Resumindo, trata-se de dificuldades semântico-discursivas, segundo o autor, que interferem na interpretação de metáforas, provérbios, moral de estórias e material humorístico, que tendem a piorar no curso da doença, levando à violação de leis conversacionais, perda da função epilingüística e início de alterações fonológicas e sintáticas.

Nossos dados nos levam a questionar as afirmações desses autores, principalmente com relação à produção de parafasias. Nicholas *et al.* (1985), por exemplo, referem que nessa fase inicial o léxico possa estar preservado, embora haja problemas de “acesso” ao campo semântico.

⁴³ As referências bibliográficas sobre as descrições lingüísticas na DA foram exploradas a partir do estudo feito por Noguchi (1998).

2.5.2. Alterações nos quadros Intermediários

Na fase *moderada* ou *intermediária*, os sujeitos com DA passam a produzir erros parafásicos, em suas atividades discursivas. Os neologismos começam a ser mais comuns e a compreensão oral parece estar mais comprometida, lembrando os sinais presentes nas afasias transcorticais sensoriais ou na afasia de Wernicke.

Segundo Bayles (1982), há comprometimento da memória – principalmente em atividades como a de recontar histórias – e verifica-se a presença de frases “vazias de sentido” ou irrelevantes. Verifica-se, ainda, o comprometimento na repetição de frases (os sujeitos mantêm a “imagem fonológica”, mas não entendem a frase). Nessa fase ocorre o início das alterações sintáticas e fonológicas, além da intensificação dos problemas semânticos já existentes.

A “fala vazia”, semelhante à encontrada na afasia de Wernicke, com produção maior de conjunções, pronomes sem antecedentes nominais (problemas com a referência) e presença de parafasias semânticas são outras das alterações de linguagem na DA na fase intermediária, segundo Nicholas *et al.* (1985).

Segundo Bayles & Kasniak (1987), o sujeito com DA tem comprometimento na nomeação, não respeita leis conversacionais e raramente corrige seus erros. Com relação à leitura/escrita, Overman & Geoffrey (1987) referem que também na leitura em voz alta o sujeito substitui palavras umas pelas outras e a escrita “não tem sentido”. Há produção de erros ortográficos e gramaticais que não são percebidos pelos sujeitos e, portanto, não há auto-correção.

2.5.3. Alterações nos quadros avançados.

Nas fases *avançadas*, todas as funções lingüísticas estão comprometidas, com acentuada redução da expressão oral, assemelhando-se a uma afasia global. O sujeito pode chegar a ficar mudo ou restringir-se a repetir palavras que ouviu ou pronunciou. Bayles (*op. cit.*) afirma que o sujeito

apresenta, nessa fase, desorientação temporal e espacial e não reconhece pessoas de seu círculo familiar.

Constantinidis & Richard (1985) afirmam que há presença de parafasias fonêmicas, do tipo daquelas características das afasias de Wernicke e, também, que a desintegração motora afeta a linguagem, a grafia e a atividade oral espontânea.

Hier, Hagenlocker, Shindler (1985 *apud* NOGUCHI, 1998) afirmam que o sujeito, nessa fase, apresenta distúrbio lexical acentuado, manifestado por jargões, fala extremamente lacônica ou mesmo mutismo e simplificações da sintaxe. Também compara a linguagem nessa fase ao que se observa nas afasias globais.

No próximo capítulo, passaremos a explicitar os fundamentos teóricos que respaldam nossas análises, com relação aos dois processos que são focos desta dissertação: a memória e a linguagem, bem como os conceitos que são fundamentais para tratar de suas relações.

Capítulo 3

Linguagem & Memória

Capítulo 3

LINGUAGEM & MEMÓRIA

*A memória, não é nem sensação, nem julgamento, mas um estado ou qualidade de um deles, quando o tempo já passou... Toda memória, então, implica a **passagem do tempo**. Portanto, só as criaturas vivas que são conscientes do tempo podem lembrar, e elas fazem isso com aquela parte que é consciente do tempo. (ARISTÓTELES, apud SMOLKA, 2000).*

3.1. Introdução

Neste capítulo, abordaremos criticamente questões teóricas acerca da *memória e da linguagem* que vão perpassar as análises apresentadas no Capítulo 4, contrapondo abordagens modulares e mecanicistas que predominam na literatura tradicional às que as concebem enquanto “trabalho” e “atividade”, que caracterizam a Neurolingüística de orientação enunciativo-discursiva (COUDRY & MORATO, 1990; NOGUCHI, 1998; MÁRMORA, 2005; CRUZ, 2007)

Enfatizamos a necessidade de apresentar, inicialmente, o conceito de Sistema Funcional Complexo (doravante SFC), explorado por Luria, oposto à metáfora do cérebro como um computador. A nosso ver esta questão é fundamental para explicitar a concepção dinâmica e plástica de seu funcionamento e, portanto, da natureza da relação entre memória e linguagem.

3.2. O funcionamento integrado das funções cognitivas complexas: a noção de SFC

O conceito de SFC, elaborado por Anokhin e amplamente discutido por Luria (1973), assume que o funcionamento de todas as regiões do cérebro seja “solidário”. Segundo Damasceno (1990), “o modelo luriano de funcionamento neuropsicológico do cérebro pressupõe um sistema dinâmico, plástico, produto da evolução sócio-histórica e da experiência social do indivíduo, internalizada, sedimentada no cérebro”. Também pressupõe que cada uma das funções

mentais ou psíquicas seja, por sua vez, concebida como um sistema complexo. Sobre esta questão, Luria, afirma que:

(...) não estão 'localizadas' em estreitas e circunscritas áreas do cérebro, mas ocorrem por meio da participação de grupos de estruturas cerebrais operando em conjunto, cada uma das quais concorre com a sua própria contribuição particular para a organização desse sistema funcional (LURIA, 1981, p.27).

Parece relevante discutir estas questões, antes mesmo de tratarmos dos conceitos de memória e de linguagem, para deixar claro que a separação que se faz e que mantemos é meramente didática, principalmente quando referimos a tipos de memória. Quanto mais complexos os aspectos de memória envolvidos, mais complexas as estruturas lingüísticas a ela relacionadas. O mesmo pode ser dito a respeito da linguagem: quanto mais complexos os gêneros discursivos e as funções lingüísticas (para fins argumentativos, por exemplo), mais sua organização será dependente da memória.

Além da noção de SFC, brevemente apresentada acima, não se pode desconsiderar, com relação ao funcionamento cerebral, as questões de variação individual. Damásio (1997) acredita que, apesar dos avanços das neurociências e de todo o conhecimento que a “década do cérebro⁴⁴” trouxe a respeito do funcionamento cerebral, os resultados têm mostrado que o processamento de uma função não depende de áreas isoladas, mas do trabalho de muitas áreas ligadas como sistemas, trabalhando em sintonia. As descobertas, segundo o autor, ainda não explicam a maior parte das variações entre diferentes sujeitos e as observadas na produção de um mesmo sujeito, nem sua relação com os fatores sociais, históricos e culturais que são constitutivos das funções cognitivas complexas (NOVAES-PINTO, 1999, p.20). Em outras palavras, como afirma Mecacci (1987), a ciência estuda um “cérebro médio” que, na verdade, não existe.

Baddeley (2004) afirma que a memória não é um órgão como o coração, mas uma *aliança de sistemas* trabalhando conjuntamente, permitindo aprender com o passado e predizer o futuro. Izquierdo (2004) afirma que cada sujeito é diferente de seu semelhante, pois a memória é uma coleção *pessoal* de

⁴⁴ 1991-2000 - Década oficialmente destinada aos estudos do cérebro.

lembranças, distinta dos demais indivíduos. O autor aponta, como exemplo, o fato de que todos recordamos dos nossos pais, mas cada um de nós teve pais diferentes. Todos nós lembramos vagamente da casa onde passamos nossa primeira infância, mas cada um de nós teve sua própria casa e sua própria infância. Segundo Bakhtin (1929/1997), a noção de *contra-palavra* explicita exatamente o fato de que cada indivíduo é *sujeito* porque é constituído por *contra-palavras* (memórias discursivas – enunciados dos *outros*) que o diferenciam dos demais, que sintetizam o que o autor postula sobre polifonia.

A noção de *subjetividade* é uma das mais importantes nos estudos enunciativo-discursivos de linguagem, como apontou Coudry desde seus primeiros trabalhos, na década 80. Como veremos mais adiante, é exatamente a subjetividade o que mais se abala nas demências.

A seguir, apresentaremos uma síntese dos diferentes *rótulos* encontrados na literatura tradicional para diferenciar tipos de memórias. É importante salientar que não existe consenso em torno de modelo que explique o funcionamento da memória. Cada um deles veicula diferentes concepções acerca do funcionamento cerebral que fundamentam os protocolos neuropsicológicos de avaliação.

Segundo Oliveira & Bueno (1993), a divisão da memória em componentes foi feita primeiramente por William James, no século XVIII, para facilitar a compreensão do fenômeno – com fins meramente didáticos. James subdividiu a memória em *memória primária* e *memória secundária*. A memória primária permaneceria por um curto prazo de tempo e dela fariam parte eventos pertencentes ao "presente psicológico" que, após serem percebidos, ainda não deixaram a consciência. A memória secundária pertenceria ao "passado psicológico" e deixa de ser presente ao ausentar-se da consciência. Oliveira & Bueno afirmam que estes conceitos passaram a ser conhecidos mais tarde como *memória de curto prazo* e *memória de longo prazo*, respectivamente, o que revela que as descrições iniciais foram, de certa forma, simplificadas e se tornaram redutoras.

Vemos que, à medida que os fenômenos eram estudados, os pesquisadores sentiam a necessidade de subdividir a memória em outras categorias, para dar conta das idiosincrasias teóricas e dos casos estudados.

3.3. Tipos de memória

Segundo Balthazar (2008), a memória é um dos domínios cognitivos mais estudados na neuropsicologia, principalmente quando o interesse está centrado nas demências e justamente por ser o primeiro declínio percebido tanto nos quadros de DA quanto de Comprometimento Cognitivo Leve (referido na literatura como CCL)⁴⁵. Trata-se de um sistema não-unitário que, no entanto, é o mais afetado. O autor cita o trabalho de Tulving (1987), que subdivide a memória em cinco componentes principais: i) episódica, ii) semântica, iii) memória de trabalho (working memory), iv) sistema de representação perceptual e v) memória procedural.

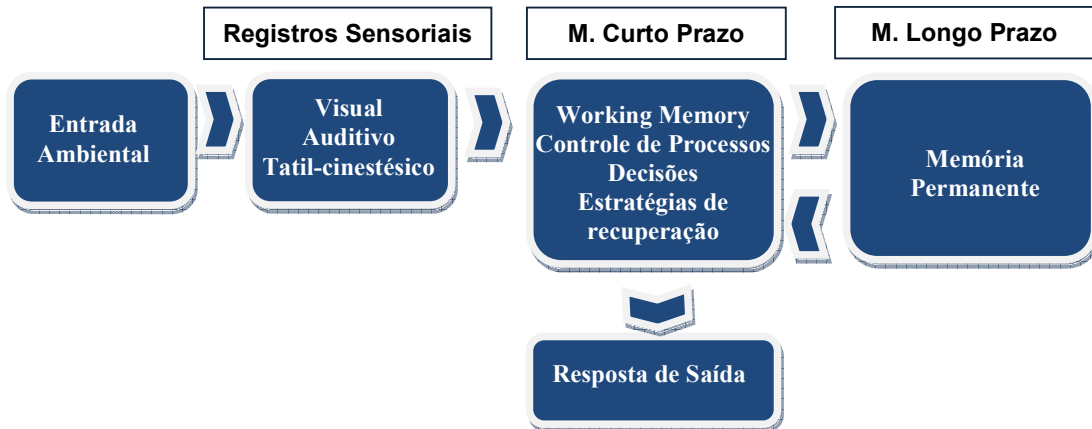
Outro modelo sistêmico bastante utilizado para compreender tais fenômenos classifica a memória quanto à *modalidade da informação* – que pode ser visual, auditiva e/ou tátil; quanto às *fases do processamento* – memória de curto prazo (registro) e memória de longo prazo (consolidação) – e quanto ao *nível de complexidade* – memória para estímulos simples (como exemplo a dor da picada de um inseto) ou memória para informações complexas (relações entre diversos elementos).

Segundo Baddeley (2004), durante a década de 60, intensas controvérsias levaram a uma vasta gama de modelos muito semelhantes. Eles tendiam a assumir três tipos de memórias: memória sensorial, memória de curto prazo e memória de longo prazo. Baddeley cita o modelo chamado *modal*, proposto por Atkinson e Shiffrin, segundo o qual

the information comes in from the environment through a parallel series of brief sensory memory stores and goes into a common short-term store. This is assumed to act as a working memory, capable of manipulating information and relate it to long-term storage. Indeed the short-term store forms a crucial link in this model. Without it, neither the learning of new material nor the recollection of old information is possible (BADDELEY, 2004, p.14)

⁴⁵ Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) é uma categoria recém-criada para dar conta de uma fase pré-clínica da doença de Alzheimer (BALTHAZAR, 2008). Em outras palavras, não está em princípio ligado à patologia, podendo ser relacionado ao envelhecimento normal. Por um lado, há evidências de alterações, por outro, não chega a comprometer as atividades da vida diária.

Colocamos abaixo um quadro que sintetiza o funcionamento da memória, segundo Baddeley, para ilustrar sua natureza componencial.



Esquema 1. Esquema do funcionamento da memória
Fonte: BADDELEY, (2004, p.15.)

Quanto às fases de “processamento”, segundo o modelo, a memória de *curto-prazo* guarda temporariamente tanto a informação percebida, quanto aquela gerada no decurso de processos mentais, que decaem muito rapidamente, a menos que seja reutilizada/reactivada. O volume de informação a recordar influencia significativamente a capacidade de memorização (paradigma de Brown-Peterson, *apud* INMAN & PARKINSON, 1983). Abaixo, um gráfico que representa a relação entre a quantidade de informações (3, 5 e 9 itens) e o tempo de retenção desses itens.

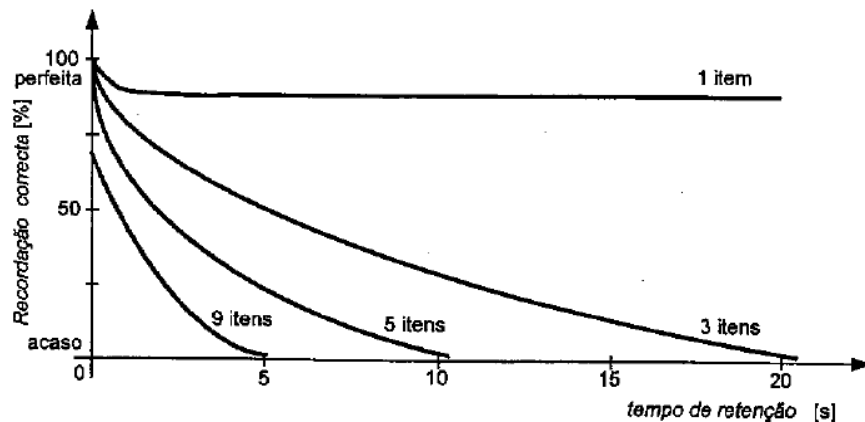


Gráfico 3. Paradigma de Brown-Peterson: Efeito do tempo de retenção na recordação da memória de trabalho, sem repassagem.

FONTE: Brown and Peterson, (1959 *apud* INMAN & PARKINSON, 1983)

A memória de trabalho (*working memory*), nesse modelo, atuaria apenas como um gerenciador. Izquierdo (2002) a define como um “processador onde se desenrolam as operações mentais”. Um bom exemplo de sua função, segundo o autor, seria lembrarmos de um número de telefone apenas durante o tempo suficiente para discá-lo. A memória de trabalho é processada fundamentalmente pelo córtex pré-frontal⁴⁶. Questionamos a afirmação de Izquierdo de que este tipo de memória *não deixa traços e não produz arquivos* apenas por não ser consciente. Os estudos sobre o funcionamento psíquico realizados por Freud e sucessores argumentam que a maior parte das associações realizadas pelos sujeitos são inconscientes.

No que se refere à memória de longo-prazo, o modelo a divide, segundo Baddeley (*op. cit.*), em *declarativa* e *não-declarativa*. A memória *declarativa* (também chamada *explícita*) armazena informações relativas a fatos e acontecimentos e subdivide-se ainda em *episódica* e *semântica*.

Balthazar (2008), baseado nas diferentes descrições de Tulving, define a *memória episódica* como a capacidade de codificar experiências pessoais e recuperar os eventos de forma consciente. O autor enfatiza que esta é, de longe, a mais estudada na DA e no CCL e seu comprometimento é um distúrbio *sine qua non* para o diagnóstico.

A *memória semântica* pode ser resumidamente definida como a capacidade de adquirir e reter conhecimento geral sobre o mundo, sobre os significados básicos e fatos, bem como reter as palavras e seus significados. Portanto, seu comprometimento significa a perda dos conceitos que o sujeito tinha no seu repertório de conhecimento. Segundo Balthazar (*op. cit.*) a *memória semântica* no CCL não é suficientemente investigada e alguns estudos são controversos a respeito.

Tanto a memória episódica quanto a semântica requer, para seu funcionamento, quer na aprendizagem (retenção) quer na evocação (lembança) o trabalho adequado da *memória de trabalho* – o que, por sua vez,

⁴⁶ Izquierdo (2002) afirma a esse respeito, que primatas têm uma memória de trabalho tão boa quanto a nossa, devido ao córtex pré-frontal trabalhar conjuntamente⁴⁶ com os córtices entorrinal, parietal superior, giro cingulado anterior e hipocampo. Esse processo parece depender exclusivamente da atividade elétrica dos neurônios do córtex pré-frontal. O autor nos lembra que o córtex pré-frontal recebe axônios procedentes de regiões cerebrais responsáveis pela regulação dos estados de ânimo, dos níveis de consciência e das emoções. Isso explica a correlação entre dificuldades de memória de trabalho e estados de desânimo, tristeza e melancolia – ou seja, impede que gravemos na memória novas informações.

pressupõe um córtex pré-frontal preservado. A *memória não-declarativa*, também chamada memória procedural, é considerada “implícita”, sendo relativa ao conhecimento do “modo de fazer”, não estando relacionada com a evocação consciente de informações.

Diversas abordagens podem ser utilizadas, segundo Balthazar, para se estudar a memória semântica, como testes de *priming*, *fluência verbal* e *testes de nomeação*. Embora esses expedientes metodológicos possam indicar comprometimentos, tanto com relação à memória, quanto com relação à linguagem, entendemos que eles reduzem a linguagem a aspectos formais do sistema lingüístico e reduzem a memória a um dicionário mental (listas de palavras).

Chamamos a atenção para o fato de que o conceito de memória presente nesses modelos é totalmente fragmentado, para dar conta de seus múltiplos aspectos e funções. Segundo Bahktin, o principal problema das teorias não está em se postular um modelo para explicar um fenômeno, mas de certa forma “esquecer-se” de que se trata de um modelo quando se pretende explicar o “todo”, “o real”. Nas palavras de Bahktin (1929/1997, p. 292) “[...] este tipo de abstração científica é justificado, mas com a condição expressa de ser concebido como uma abstração e não ser tomado por um fenômeno real e concreto, com o risco de cair na ficção [...]”. Embora o autor se referisse ao estruturalismo lingüístico quando fez essa crítica, o mesmo pode ser dito com relação aos esquemas que pretendem explicar a memória e seu funcionamento.

Em geral, os modelos neuropsicológicos/neurolingüísticos de funcionamento cerebral e das funções superiores excluem o sujeito, uma vez que este, em geral, enfraquece o próprio modelo. Em outras palavras, o sujeito nessas teorias “atrapalha”. Como veremos no próximo capítulo, a neurolingüística de orientação enunciativo-discursiva contribui para a teorização sobre o funcionamento do cérebro, da linguagem, da memória e de outras funções complexas, ao privilegiar justamente o sujeito e sua (inter)ação com o outro e sobre a realidade (inter)subjetiva.

3.4. Memória e esquecimento

[...] faça o que sua perspicácia e seu coração sugerirem. Há pouca ou nenhuma esperança de recuperar sua memória. Mas um homem não consiste apenas em memória. Ele tem sentimentos, vontades, sensibilidades, existência moral [...] E é ali [...] que você poderá atingi-lo e observar uma profunda mudança. Trecho da carta de Luria em resposta a Sacks, sobre seu paciente Jimmie “O Marinheiro Perdido” (SACKS, 2000, p.49).

La memoria irrumpe en la actualidad del acontecimiento (COURTINE, 1981, p.50)

Como vimos anteriormente, o sintoma mais relevante na DA é o comprometimento da memória. Em outras palavras, o que chama a atenção no início do quadro e que leva os familiares a procurarem a ajuda de um médico é justamente a percepção de que o sujeito está “esquecido”.

Para Izquierdo (2002), não se lembrar de algumas coisas é necessário e inevitável para uma vida saudável. Todo mundo esquece, por exemplo, um guarda-chuva, um aniversário ou uma reunião importante, de vez em quando. Algumas pessoas, evidentemente, com mais frequência do que outras. Entretanto, segundo o autor, isso em si não é motivo para preocupação. Por mais fantástico que seja o cérebro humano, seria impossível guardar tantas informações. Sacks (1995) cita, como exemplo de um caso patológico, o sujeito estudado por Luria (em *The mind of a mnemonist*) que nunca se esquecia de nada. Seu sofrimento era tão grande – ou pior – quanto o de alguém que não se lembra de “nada”.

O esquecimento é o sinal (sintoma) “visível” de que algo não vai bem. Foucault (1986 *apud* Novaes-Pinto, 1999), a esse respeito, diz que o sintoma é duplamente significado. É, ao mesmo tempo, o sinal da doença e sua essência. Esta questão justifica a reflexão que retomamos de Izquierdo, acerca do esquecimento e que sintetizamos a seguir.

Há fatores internos (biológicos, orgânicos e psíquicos⁴⁷) e fatores externos (interferências sócio-culturais) que explicam a ocorrência dos esquecimentos. Segundo Izquierdo (2002), o hipocampo é conhecido como a

⁴⁷ O funcionamento psíquico pode ser responsável pelo esquecimento e, ao contrário de considerar o esquecimento como patológico, consiste num mecanismo que visa proteger o sujeito de sofrimentos, pois bloqueia a memória de experiências negativas vividas. Entretanto, por não ser o enfoque desta dissertação, esta questão não será aprofundada.

área responsável pela formação de novas memórias e, dentre outras funções, pelo controle do estresse. Small *et al.* (2006) notaram que o estresse leva o organismo a liberar cortisol, que excita neurônios no hipocampo levando-os à morte e, conseqüentemente, alterando a memória. Como vimos no capítulo 2, a DA e a depressão estão freqüentemente relacionadas. Sabe-se (SMALL *et al.*, *op. cit.*) que comportamentos afetivos e atividade física diárias transformam a capacidade de responder ao estresse, diminuindo a liberação de cortisol.

No que diz respeito aos fatores externos, considerados “fenômenos de interferência”, estes podem também contribuir para a ocorrência do esquecimento. A entrada de outra informação eventualmente não correlacionada obscurece ou substitui uma informação menos recente, interferindo com a informação que se deseja evocar⁴⁸. Há interferências de ordem sincrônica (pela realização simultânea de tarefas) e diacrônica (por excertos de informações adquiridas em instantes diferentes). Como veremos no próximo capítulo, quando apontamos para os resultados de testes de memória, aquilo que é da ordem do normal – visto que todos esquecemos quando há situações de interferência – passa a ser sinal do patológico⁴⁹.

Segundo Izquierdo, precisamos nos esquecer para lembrarmos; precisamos que algo se apague para que possa ser evocado como lembrança. A memória – dentre várias funções – é o trabalho de evocação de um traço perdido. Lembrar é criar um caminho ilusório de volta ao traço perdido que, embora não possa ser reencontrado tal como restou inscrito, é (re) criado pelo processo de busca operado no trabalho da memória. Acrescentamos que isso só é possível *via* linguagem. Por isso, do ponto de vista da Lingüística, torna-se necessário conceber a memória como um “evento discursivo” (Smolka, 2000).

⁴⁸ Izquierdo (2004) dá o seguinte exemplo: Você está conversando com alguns amigos e, em dado momento, quando você pretende acrescentar algo sobre o tema em discussão, toca o telefone. Tal interferência afeta a situação dialógica anterior. Pode-se esquecer por completo o que se estava dizendo, sendo necessário recorrer aos outros, perguntando, por exemplo: “do que eu estava falando mesmo”?

⁴⁹ Embora não seja o enfoque desta dissertação, o funcionamento psíquico pode ser responsável pelo esquecimento e, ao contrário de considerar o esquecimento como patológico, consiste num mecanismo que visa proteger o sujeito de sofrimentos, uma vez que bloqueia as memórias de experiências negativas vividas.

3.5. Memória discursiva

[...] o discurso constitui lembranças e esquecimentos, que ele organiza e mesmo institui recordações, que (n)ele se torna um lócus da recordação partilhada – ao mesmo tempo para si e para o outro – lócus, portanto, das esferas pública e privada. Sob os mais diversos pontos de vista, a linguagem é vista como o processo mais fundamental na socialização da memória [...] Assim, a linguagem não é apenas instrumental na (re)construção das lembranças; ela é constitutiva da memória, em suas possibilidades e seus limites, em seus múltiplos sentidos, e é fundamental na construção da história. (SMOLKA, 2000. p.187)

A relação entre memória e linguagem explicitada por Smolka é compatível com a concepção discursiva que orienta o nosso trabalho e todos os outros realizados no IEL/UNICAMP,

Courtine (1981, p.51) afirma que o termo "memória discursiva" é diferente daquele da concepção psicológica, cuja medida psicométrica é o principal interesse. A noção de memória discursiva diz respeito à existência histórica de um enunciado nas práticas discursivas reguladas por um instrumento ideológico.

A noção de "memória discursiva", introduzida por Courtine (1981, p.49), é um dos conceitos que têm sido explorados no tratamento da relação entre linguagem e memória no campo das demências e dos declínios cognitivos (COUDRY & MORATO 1990; CRUZ, 2004; MÁRMORA, 2005; BEILKE & NOVAES PINTO, 2007). Para Maingueneau (1998, p.96), a memória discursiva é considerada como uma interação verbal que se desenvolve no tempo, que participa constantemente de novos discursos; "é toda palavra, todo enunciado e toda enunciação de um passado discursivo, os quais foram constituídos na cultura". Essas questões podem ser sintetizadas no conceito de "interdiscurso", ou seja, um conjunto de discursos (de um mesmo campo discursivo ou de campos distintos e ainda de épocas diferentes) ou de "unidades discursivas" com as quais ele entra em relação. Segundo Courtine (1981), o interdiscurso é o lócus do discurso, atravessado por outros, pelo tempo e pela história, pelo qual o sujeito enunciador dá coerência "ao fio do discurso". Analisando os dados de sujeitos diagnosticados com demência do tipo Alzheimer, especialmente aqueles em quadros iniciais, a aplicação desse conceito parece

ser produtiva para compreender os enunciados em que aparentemente se flagra a perda desse “fio”, como veremos em dados que serão apresentados no próximo capítulo. Para Maingueneau (1991, *apud* CRUZ, 2005), a perda da memória está intrinsecamente ligada à perda das condições de produção do que é memória, que inclui as interações sociais do sujeito, realizadas pela linguagem.

Segundo Courtine (*op. cit.* p. 55) a memória se configura como um plano de organização do corpus discursivo. Como exemplo, pode-se afirmar que é a constituição de um discurso transversal que regula o enunciado. A partir do domínio da memória, se pode focar os processos que garantirão a referência para um sujeito enunciativo e permitem o prenúncio e a co-referência.

Nesse mesmo círculo de pensamento discursivo, Bakhtin (1929/1997, p.122) acredita que existam dois tipos de memórias interligadas – ao mesmo tempo, individual e coletiva:

A memória que tenho do outro e de sua vida difere, em sua essência, da contemplação e da lembrança da minha vida: essa memória vê a vida e seu conteúdo de uma forma diferente, e apenas ela é produtiva (a lembrança e a observação da minha própria vida podem fornecer-me os elementos de um conteúdo, mas não podem suscitar uma atividade geradora da forma e do acabamento).

Com isso, Bakhtin parece sugerir que somente a memória pode assegurar o acabamento estético do outro. Nesse sentido, a “constituição da memória do eu se daria na confluência da memória do outro”. E esse “outro”, com relação ao idoso, é o “eu” visto na perspectiva do passado, que é justamente o que possibilita ao idoso reconstituir, no presente, uma identidade, dar-lhe uma forma de acabamento estético: “só ela é capaz de conhecer, preservar e reconstituir o outro. [...] e tudo isso é feito a fim de que minha própria memória das coisas do mundo e da vida se torne, por sua vez, memória estética. [...]”.

O acabamento estético do discurso propiciado pela memória, mencionado pelo autor (BAKHTIN, 1929/1997), pode ser aplicado tanto à forma material assumida pelo discurso narrativo dos idosos, quanto aos efeitos de sentido que tais formas evocam, não de uma forma finita, mas aberta a um

número infinito de novas significações. Segundo Beilke (2009)⁵⁰, cabe dizer que reorganizar/recuperar a memória de sujeitos com diagnóstico de DA, por meio de práticas dialógicas, significa recuperar sua subjetividade, como Coudry já havia afirmado a esse respeito no trabalho conduzido com sujeitos afásicos.

Vygotsky (1999) caracteriza a memória como uma função mental superior, distinguindo dois tipos: (i) a *memória natural* ou *imediate, involuntária*; que consiste na evocação a partir da influência direta dos estímulos externos, comum em todos os seres vivos, e (ii) a *memória mediada, lógica, voluntária*, caracterizada pela recordação indireta, pela ação dos signos. As características deste tipo, segundo o autor, são especificamente humanas e possuem implicações relevantes. Braga (2002) considera que a principal contribuição de Vygotsky aos estudos da memória seja a teoria acerca de sua natureza, como mediação semiótica. O signo para Vygotsky é, ao mesmo tempo, social e histórico: “(...) se acredita que essas operações com signos são produto das condições específicas do desenvolvimento social (1991, p.44)”.

Nos primeiros anos de vida da criança, a memória é uma das funções psíquicas centrais, ao redor da qual as demais se organizam. O pensamento da criança pequena é, então, fortemente determinado pela sua memória. Um dos exemplos citados por Vygotsky refere-se ao desenvolvimento do conceito nas crianças. Ao lhe perguntarem “o que é um caracol?” ela responde que “é pequeno/escorregadio e pode ser esmagado com o pé”; se pergunta sobre “o que é uma avó”, ela responde que “tem um colo macio”. O ato de pensar, então, se dá pela recordação de dados concretos e não ainda pela estruturação lógica; o pensamento infantil é sincrético e dependente da memória. “Para a criança pequena, *pensar é recordar* (VYGOTSKY, 1999, p.44). Durante o desenvolvimento da criança, perto da adolescência, produz-se uma mudança decisiva. As relações interfuncionais variam, então, em sentido oposto: “[...] se para a criança pequena pensar é recordar, para o adolescente recordar é pensar” (*op. cit.* p.46). Memorizar passa a ser *estabelecer e encontrar relações lógicas*. O autor afirma que a memorização dos adultos se

⁵⁰ BEILKE, H.M.B.; *A narrativa na demência de Alzheimer: reorganização da linguagem e das memórias por meio de práticas dialógicas*. In: Simpósio: Neurolingüística: linguagem nas afasias e demências – 57º. Seminários do GEL. Ribeirão Preto/SP 2009.

dá em bases novas e superiores, por meio de uma forma qualitativamente superior de mediação, na qual os signos são internalizados.

Considerando-se tanto memória quanto linguagem como atividades sócio-históricas e culturais, como vimos acima, principalmente quando abordamos o conceito de memória discursiva, e considerando-se ainda o seu funcionamento num sistema complexo, como vimos quando explicitamos a noção de SFC (LURIA, 1973), passaremos a seguir a definir tanto uma como outra enquanto *trabalho* subjetivo e dialógico.

Mármora (2005), apoiada na proposta de Franchi (1977) sobre o conceito de linguagem, de Luria sobre o SFC, já referido nesta dissertação, e do conceito de *memória-trabalho*, desenvolvido por Bosi (1973/1995), concebe a memória “como trabalho”. Do ponto de vista neuropsicológico, essa concepção é compatível com um sistema cerebral dinâmico e plástico (segundo a autora, *distribuído* e não localizado estritamente). A autora afirma que conceber a memória enquanto processo constitutivo de experiências vividas e reconstruídas por meio de novas experiências intersubjetivas e culturais, contrapõe-se a um conceito de memória como um depósito de informações que podem ser acessadas em diferentes situações.

Bosi (1995), quando se refere ao conceito de *memória-trabalho*, afirma que o processo de lembrar não é, em geral, espontâneo e livre, mas envolve esforços e dedicação do sujeito autor e narrador. Mármora (2005) cita o trabalho de Goldberg (2002), que propõe o conceito de “memória trabalhadora”, pois a concebe como um processo constante e múltiplo, que incorpora o papel do indivíduo. Tanto o conceito de “memória como trabalho” quanto o de “memória trabalhadora” são mais adequados para a neurolinguística de orientação enunciativo-discursiva do que o de “memória de trabalho”, que é um termo redutor, pois exclui a atividade do sujeito e seu papel na formação das memórias.

3.6. Linguagem

A linguagem é concebida, nesta pesquisa, como uma das funções mentais superiores, que se constitui nas relações intersubjetivas e constitui o

sujeito enquanto ser social. Para alguns dos principais estudiosos da psicologia e da neurologia soviética (VYGOTSKY, 1988 & LURIA, 1986), a linguagem é um sistema simbólico que representa um salto qualitativo na evolução da espécie e é o que nos torna humanos. Esses autores defendem que, somente por meio da linguagem, as funções mentais superiores são socialmente desenvolvidas e culturalmente difundidas, “ultrapassando a barreira do sensorial, penetrando na essência mais profunda das coisas” (LURIA, 1986). Assim como explicitamos a noção de “memória como trabalho”, as palavras de Franchi (1977, p.92) – autor que fundamenta a neurolingüística desenvolvida no IEL (COUDRY 1986/88) – enfatizam o conceito de “linguagem como trabalho”:

A linguagem não é um dado ou um resultado; mas um trabalho que ‘dá forma’ ao conteúdo variável de nossas experiências, trabalho de construção, de retificação do ‘vivido’ que, ao mesmo tempo, constitui o simbólico mediante o qual se opera com a realidade e constitui a realidade como um sistema de referências em que aquele se torna significativo.

O sujeito, por meio da linguagem, interage com o outro e se apropria dos modos de ação, dos papéis e funções sociais. É no curso dessas ações, mediadas pelo outro e pelos signos, nas relações sociais, que vão sendo constituídas as funções psicológicas e a formação do sujeito, sendo essencial para a orientação e organização dessas funções, e por participar da constituição do pensamento. A linguagem propicia transformações na atenção, memória e raciocínio (GÓES, 1996).

Luria (1976) afirma que a linguagem age decisivamente na organização do pensamento, notadamente quando esta assume função planejadora. Sua concepção de SFC é essencial para compreendermos que memória e linguagem não podem ser tidas como funções independentes, mas mutuamente constitutivas.

Segundo Novaes-Pinto (2009), a filosofia da linguagem desenvolvida por Bakhtin (1929/1997) é compatível tanto com a concepção de SFC quanto com a orientação discursiva de linguagem. Destaca-se, dentre os conceitos bakhtinianos, o de dialogia, que perpassa todos os outros conceitos e que, como veremos no capítulo 4, orienta o trabalho com os sujeitos com diagnóstico de DA.

Bakhtin propôs a *interação* como solução dialética para os impasses dualistas e dicotômicos que caracterizam a maior parte dos estudos sobre a linguagem e que também estão presentes nos estudos sobre o cérebro humano, sobretudo no debate *orgânico/biológico/interno* x *sócio-cultural/psicológico/externo* (NOVAES-PINTO, 1999/2009).

Bakhtin afirma que existe uma confusão terminológica no pensamento lingüístico, resultando em um menosprezo pelo que o autor considera a *unidade real* da comunicação verbal, ou seja, o enunciado⁵¹. A fala somente existe *na forma concreta dos enunciados de um indivíduo*.

As fronteiras do enunciado concreto, compreendido como uma unidade da comunicação verbal é determinada pela **alternância dos sujeitos falantes/locutores**. Todo enunciado comporta um começo absoluto e um fim absoluto: antes de seu início, há os enunciados dos outros, depois de seu fim, há os enunciados respostas dos outros (ainda que seja como uma compreensão responsiva ativa do outro). O enunciado não é uma unidade convencional, mas uma unidade real, estritamente delimitada pela alternância dos sujeitos falantes, e que termina por uma transferência da palavra ao outro, por algo como um mundo “dixi” percebido pelo ouvinte, como sinal de que o locutor terminou”. (BAKHTIN, 1929/1997 p.293).

Delari-Jr (2008), baseando-se nos escritos de Bakhtin, afirma que nas relações intersubjetivas não há alternância de “orações”, tampouco somente de “palavras”. As pessoas produzem *enunciados* que possibilitam e solicitam uma tomada de atitude por parte do outro. A alternância move-se pela construção e/ou reivindicação de uma réplica, cujas conseqüências são posicionamentos concretos diante da realidade humana, no cotidiano, tanto quanto naquilo em que necessitamos ir além das categorias do cotidiano. Esta característica de alternância permitiu a Bakhtin explorar outro aspecto definidor do enunciado, qual seja, o *acabamento*.

Segundo Bakhtin (*op. cit.*) “cada réplica por mais breve e fragmentária que seja, possui um acabamento específico, que expressa a posição do

⁵¹ Bakhtin conceitua o enunciado como resultante de uma “memória discursiva”, ou seja, repleta de enunciados que já foram proferidos em outras épocas, em outras situações interacionais, as quais o locutor inconscientemente toma como base para realizar a enunciação do momento, para formular seu discurso. A enunciação caracteriza-se pela alternância de atos de fala, numa relação dialógica. Esta alternância é uma das peculiaridades do enunciado. A outra é a sua conclusibilidade específica, ou seja, um falante termina o seu enunciado para dar lugar à fala do outro e é isto que permite a possibilidade de resposta (posição responsiva).

locutor, sendo possível responder/tomar, com relação a essa réplica, uma posição responsiva”.

Segundo Delari-Jr, o conceito de acabamento elaborado por Bakhtin (1929/1997, p.299) é entendido como “a alternância dos sujeitos falantes vista do interior”. Bakhtin considera que o acabamento relaciona-se i) ao tratamento exaustivo do objeto de sentido; ii) ao *intuito*, ou *querer dizer* do locutor e iii) às formas típicas de estruturação do gênero discursivo. Esses conceitos serão melhor explicitados no próximo capítulo, ao longo das análises dos episódios dialógicos, para tratar dos enunciados dos sujeitos com DA⁵².

⁵² Para Delari-Jr (2008), o primeiro elemento diverge em relação aos diversos campos de atividade humana. Por exemplo, nos campos cujos gêneros refletem uma natureza padronizada, o acabamento é praticamente pleno, ao passo que nos gêneros que permitem a expressão da criatividade, pode-se falar só em um acabamento mínimo. O segundo relaciona-se à vontade de dizer do sujeito e é através dessa intenção verbalizada que é possível medir a conclusibilidade do enunciado, ou seja, somos capazes de perceber quando o outro finalizou seu enunciado, para que possamos tomar o nosso. O terceiro fator, o mais importante dos três para Bakhtin, está relacionado à escolha do gênero discursivo pelo sujeito, advinda de sua intenção comunicativa. Esta escolha é determinada em relação à esfera pela qual o discurso transitará, por seu conteúdo temático, pelas condições de produção e pela composição dos participantes.

Capítulo 4

A Contribuição da Neurolinguística para a Avaliação de Língua na DA

Capítulo 4

A CONTRIBUIÇÃO DA NEUROLINGÜÍSTICA PARA A AVALIAÇÃO DE LINGUAGEM NA DA

Meus objetos estão desaparecendo e meus amanhãs são incertos. Então para que eu vivo? Vivo para cada dia. Vivo o presente. Num amanhã próximo, esquecerei que estive aqui diante de vocês e que fiz este discurso. Mas o simples fato de eu vir a esquecê-lo num amanhã qualquer não significa que hoje eu não tenha vivido cada segundo dele. Esquecerei o hoje, mas isso não significa que o hoje não tem importância (GENOVA, 2009).

4.1. A Neurolingüística Discursiva (ND)

Neste item, serão apresentadas questões teórico-metodológicas que visam contrapor, de um lado, as abordagens neuropsicológicas e neurolingüísticas tradicionais e, por outro, a Neurolingüística de orientação enunciativo-discursiva ou Neurolingüística Discursiva (ND), que se iniciou com o trabalho de Coudry, na década de 80, no Instituto de Estudos da Linguagem (IEL/UNICAMP).

As avaliações tradicionais da linguagem nas patologias são, em geral, fortemente orientadas por modelos formais. Coudry (1986/1988) chama a atenção para o fato de que nem o estruturalismo, nem o gerativismo devem ser aplicados diretamente no campo das patologias de linguagem, primeiramente porque ambos têm outros conteúdos programáticos e, principalmente, porque deixam de lado questões individuais e subjetivas. Estas questões são fundamentais para a perspectiva teórica e metodológica da Neurolingüística enunciativo-discursiva.

Lebrun (1983), autor convocado por Coudry (1986/1988) para tratar dos limites metodológicos das abordagens tradicionais das afasias, afirma que, em geral:

[...] solicita-se que os pacientes manejem a linguagem, isto é, usem-na em seu valor intrínseco e não como meio de comunicação. O paciente tem que repetir palavras ou sentenças, fazer sentenças com palavras especificadas pelo examinador, contar o significado de palavras ou provérbios,

dizer palavras que pertençam a uma categoria semântica previamente estipulada. Todas essas tarefas são metalingüísticas. Nomear ou indicar objetos pedidos pelo examinador também são provas metalingüísticas, desde que o paciente deva dizer qual a palavra usada para designar determinado objeto ou indicar a que objeto uma dada palavra se refere. Metalinguagem é diferente de linguagem como objeto, que é o uso da linguagem para a comunicação, para transmitir informação de natureza não verbal. Como é mostrado em outros trabalhos sobre afasia [...] a metalinguagem pode ser marcadamente mais prejudicada do que a linguagem como objeto. (LEBRUN, 1983, p.99-100).

Jakobson (1954) foi o primeiro lingüista a se interessar pelo debate sobre a linguagem nas patologias, convocando os lingüistas a estudarem os fenômenos relacionados às afasias. Segundo o autor, os fatos de linguagem devem ser interpretados de acordo com as dificuldades dos sujeitos para selecionar e/ou combinar os elementos lingüísticos (traços em fonemas, fonemas em morfemas, morfemas em palavras, palavras em frases e estas em enunciados). Os postulados de Jakobson têm sido retomados e ampliados por Coudry (2009) para tratar da linguagem nas patologias. A autora enfatiza as operações realizadas nos planos paradigmático e sintagmático como resultantes da projeção de um eixo sobre o outro. Trata-se, portanto, de uma abordagem também dinâmica, que concebe a língua como um sistema aberto, incompleto e que resulta do trabalho realizado pelo sujeito. Embora dificuldades com o sistema da língua sejam raras nos dados de sujeitos com DA em fase inicial, é possível em alguns momentos observar trocas lexicais e presença de anacolutos, mas não se pode afirmar que isso seja conseqüência da DA. Nem mesmo a freqüência parece ser relevante. Em fases mais avançadas, entretanto, tais dificuldades (parafasias fonético-fonológicas, lexicais/semânticas, jargões neologizantes, circunlóquios e digressões etc.) têm sido relatadas na literatura, como vimos no capítulo 2.

Conceitos advindos da Análise do Discurso já se constituíam como uma das bases de Coudry (1986/1988), na fundação da Neurolingüística enunciativo-discursiva. Dentre os trabalhos da autora, citamos o que foi realizado com Possenti (COUDRY & POSSENTI, 1983), no qual afirmam que para analisar o discurso patológico deve-se levar em consideração o discurso não patológico. Segundo Coudry e Possenti, são redutoras as avaliações

metalingüísticas focadas nas regras formais da língua que, geralmente, servem para avaliar a linguagem nas patologias. Coudry (1986/1988) enfatiza a importância de estudos longitudinais e qualitativos dos enunciados que emergem em situações de uso efetivo de linguagem, nos episódios dialógicos, que são os que de fato permitem a compreensão do funcionamento (real) da linguagem.

A seguir, serão apresentados aspectos metodológicos desta pesquisa, bem como as análises realizadas tendo como pressupostos os conceitos de linguagem e de memória “como trabalho”, abordados no capítulo anterior.

4.2. Aspectos metodológicos da pesquisa

Para o desenvolvimento desta pesquisa, foram acompanhados 15 sujeitos, ao longo dos últimos 3 anos (2007 a 2009), que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: i) diagnóstico provável e/ou inicial de doença de Alzheimer, segundo o DSM-IV, obtido por médico responsável; ii) idade igual ou superior a 60 anos de idade. Devido ao grande volume de dados obtidos em episódios dialógicos com esses 15 sujeitos e em função do limite de tempo imposto a esta pesquisa, foi necessário procedermos a um recorte. Foram selecionados os dados de 8 sujeitos, sendo 5 mulheres e 3 homens, com idades entre 62 e 93 anos, com tempo de doença de 2 a 3 anos e escolaridade entre 0 e 11 anos (1 sujeito analfabeto, 3 com ensino fundamental, 1 com ensino médio e 3 com ensino superior). A seleção destes sujeitos se justifica pelos enunciados produzidos nos episódios dialógicos, que consideramos *singulares* (ABAURRE, 1996), pelas divergências observadas com relação aos seus resultados nos testes neuropsicológicos.

Ressaltamos que apenas dados de avaliações neuropsicológicas do sujeito APP serão trazidos para esta discussão, não sendo confrontados a episódios dialógicos, pois objetivam ilustrar uma questão específica: APP foi a única pessoa analfabeta avaliada.

Nesta dissertação, os sujeitos selecionados serão referidos por siglas contendo duas ou três letras maiúsculas (ex. AC, MIP), enquanto as siglas iniciadas com “I” seguido de duas letras minúsculas se referirão ao interlocutor/pesquisador (ex. Ihb e Iln), como se faz tradicionalmente nas

pesquisas desenvolvidas na área de neurolingüística do IEL/UNICAMP. Como nas interações com os sujeitos desta pesquisa, muitas vezes, participaram membros da família, optamos por designá-los por duas ou três letras minúsculas (ex. na). Assim, temos como sujeitos desta dissertação AC, HL, DG, ZR, FPT, AYG, MIP e APP, cujas principais características estão sintetizadas no quadro que se segue:

Sigla	Idade	Sexo	Tempo de Doença	Escolaridade/Anos
AC	84	F	3	≥ 9
HL	80	F	3	1-4
DG	93	M	3	1-4
ZR	72	F	3	1-4
FPT	64	M	3	≥ 11
AYG	80	M	2	≥ 11
MIP	62	F	3	≥ 11
APP	67	F	2	Analfabeta

Tabela 6 – Informações relativas aos sujeitos desta pesquisa

AC, HL, DG e ZR foram atendidos por geriatra em clinica particular na cidade de Sorocaba, São Paulo. AYG, MIP e APP foram assistidos no ambulatório de Neurologia da FCM/UNICAMP e FPT foi atendido por neurologista particular na cidade de Campinas, São Paulo.

As entrevistas foram semi-estruturadas e video-gravadas. Os 8 sujeitos selecionados tiveram seus dados transcritos e posteriormente analisados. As transcrições foram discursivas, respeitando-se as características da linguagem oral e inspiradas pelas normas do projeto NURC (Estudo da Norma Lingüística Urbana Culta, CASTILHO & PRETI, 1986-1987, p.9-10) e pelo modelo do BDN (Banco de Dados em Neurolingüística, desenvolvido por COUDRY).

4.3. A relevância da abordagem qualitativa

Segundo Perroni (1995), “é preciso (...) reconhecer que a própria opção por uma metodologia é ditada pela teoria abraçada, com todas as suas crenças e pressupostos a respeito da natureza de seu objeto de estudo”.

Muitas críticas já foram feitas com relação ao fato de que os testes metalingüísticos avaliam apenas o sistema da língua e, mesmo assim, de

forma muito reduzida, centrando-se nos aspectos formais (COUDRY, 1986/1988; COUDRY & POSSENTI, 1989; NOVAES-PINTO, 1999). Os resultados, geralmente, recebem ainda tratamento estatístico, a fim de serem validados cientificamente.

Perroni (1995) afirma que a metodologia experimental é a que mais facilmente “cai na ilusão da objetividade”, por ser baseada numa visão antropofóbica, dissociada do homem. Muitos recorrem ao método experimental pelas vantagens que se teria para obter informações que não poderiam ser obtidas apenas pela observação. Em segundo lugar, pelo fato de outros pesquisadores poderem aplicar os testes com um grande número de sujeitos (princípio da *replicabilidade*), o que levaria, por sua vez, à *generalidade*. Seria possível tomar os sujeitos como representantes de um processo uniforme na mente humana. A autora afirma que o controle das variáveis, entretanto, não significa que se está obtendo um resultado inquestionável.

Outra questão a ser considerada com relação à avaliação metalingüística tradicional diz respeito a como o sujeito lida com a situação de teste e isto, certamente, é desprezado nas análises. A título de exemplo, citamos o enunciado da filha de MIP que revela que seu pai “instruía” sua mãe para que se saísse bem nos testes de memória: “[...] Não; é que hoje nós fomos na consulta e ela passa por aqueles testes. E aí meu pai fica falando pra ela “*que dia é hoje?*”, “*quantos anos você tem?*”, que é pra ver se quando ela chega lá, ela lembra, lá dentro, entendeu? E aí... só que ela não leva a sério e debocha da gente... É que na verdade ela tem dificuldade de lidar com isso aí.”

Uma alternativa às análises quantitativas e estatísticas é a abordagem microgenética, que procura destacar um evento em particular (ou *micro-evento*), por meio do qual se possam compreender processos mais gerais. O que importa é entender não somente *o que* acontece, mas *como* acontece; não os *produtos* e sim os *processos*, que por sua vez têm gênese nas relações com o outro e com a cultura, sendo essas relações relevantes e passíveis de investigação, conforme afirma Góes (2000, p.4):

(...) essa análise não é micro porque se refere à curta duração dos eventos, mas sim por ser orientada para as minúcias indiciais – daí resulta a necessidade de recortes num tempo que tende a ser restrito. É genética no sentido de ser histórica, por focalizar o movimento durante processos e relacionar

condições passadas e presentes, tentando explorar aquilo que, no presente, está impregnado de projeção futura.

Assim, os dados são analisados "qualitativamente", considerando-se sempre a evolução de cada sujeito no contexto das relações interindividuais, tendo em vista sua condição sócio-histórica. Segundo Smolka (1997 p. 36-39):

O "sujeito" (cognitivo) que nos fala Vygotsky é eminentemente semiótico, cultural, constituído nas relações com os outros. O "sujeito" na perspectiva de Vygotsky só pode ser compreendido na sua relação com o signo e, mais especificamente, com a linguagem. Para nós o importante é pensar o movimento dinâmico de constituição que envolve e faz emergir sujeito/discurso/conhecimento/sentido, o que implica considerar a dimensão histórico-cultural – que tem lugar somente no terreno interindividual – e indagar sobre suas condições de produção.

Para nos contrapormos às análises discursivas de episódios dialógicos, que são o tema central deste capítulo, apresentaremos mais adiante exemplos de avaliação realizada segundo princípios estruturalistas, em que se toma a *língua*, o sistema formal, como foco de investigação. Alguns foram selecionados para ilustrar os limites descritivos das alterações que pretendem revelar.

4.4. Avaliação tradicional da linguagem na DA⁵³

Apresentaremos, neste subitem, tabelas que sintetizam resultados quantitativos obtidos pelos 8 sujeitos desta pesquisa em avaliações tradicionais e que serão posteriormente confrontados aos episódios dialógicos, com o objetivo de argumentar a favor das análises qualitativas que privilegiam as interações dialógicas como expedientes metodológicos para a compreensão das dificuldades observadas na DA.

Nitrini *et al.* (2005) criticam a utilização dos mesmos testes de linguagem destinados à avaliação das afasias para a avaliação das demências

⁵³ A reflexão que se segue foi publicada no artigo de Novaes-Pinto & Beilke (2008), na "Revista Estudos da Língua(gem)". Informações completas da publicação em Referências Bibliográficas, ao final desta dissertação.


e dos declínios cognitivos⁵⁴. Além desta questão, na grande maioria das vezes há uma tradução quase-literal dos testes, geralmente elaborados em inglês, sem uma adaptação cultural adequada. Pesa, ainda, o fato de serem feitos em uma variedade padrão de língua, muitas vezes idealizada, voltada para indivíduos com alta escolaridade e grau de letramento, conforme apontado por Coudry (1986/1988)

Para avaliar as dificuldades dos sujeitos e relacioná-las às patologias, geralmente neuropsicólogos, neurologistas, geriatras, fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, dentre outros, aplicam um dos testes mais conhecidos na área, mundialmente utilizado para o diagnóstico das demências: o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), elaborado por Folstein, Folstein & Mchugh (1975).

Julgamos ser relevante apresentá-lo neste texto para que posteriormente seja comparado aos episódios dialógicos, nos quais as mesmas funções (orientação, memória, atenção, raciocínio lógico-matemático, linguagem e função executiva) podem ser avaliadas. O quadro abaixo apresenta as funções e suas respectivas pontuações.

Mini Exame do Estado Mental – MEEM (Adaptado de: Folstein, M.E. <i>et. al.</i> J Psychiat. Res. 1975. :12. p.189-198)		
Função Avaliada	Solicitação / Tarefa	Pontuação
Orientação Temporal (10 pontos)	Dia da semana	1 ponto
	Dia do mês	1 ponto
	Mês	1 ponto
	Ano	1 ponto
	Hora aproximada	1 ponto
Orientação Espacial (10 pontos)	Local Geral	1 ponto
	Local Específico	1 ponto
	Bairro	1 ponto
	Cidade	1 ponto
	Estado	1 ponto
Repetição (3 pontos)	Repetir e memorizar as palavras <i>caneca, tijolo e tapete</i>	1 ponto para cada item correto
Atenção e Cálculo (5 pontos)	Solicitar ao paciente que subtraia 7 de 100 por cinco vezes	1 ponto por resultado correto
	Ou soletrar a palavra <i>mundo</i> , de trás para frente	
Evocação (3 pontos)	Lembrar as três palavras repetidas anteriormente	1 ponto para cada item correto
	Nomeação <i>caneta</i>	1 ponto

⁵⁴ Fica implícito na afirmação dos autores, nos parece, que os testes seriam adequados para avaliar as afasias, o que seria uma afirmação também problemática. De qualquer forma, a percepção pelos autores a respeito da inadequação dos testes em nada modifica os procedimentos de avaliação na clínica.

Linguagem (8 pontos)		<i>Relógio</i>	1 ponto
	Repetição	<i>Nem aqui, nem ali, nem lá</i>	1 ponto
	Compreensão Auditiva	Pegue esse papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão	1 ponto para cada item correto
	Compreensão Escrita	Feche os olhos	1 ponto
	Escrita	Escrever uma frase	1 ponto
Função Executiva (1 ponto)	Solicitar que faça um desenho 		1 ponto
Total de Pontos			30 pontos

A tabela a seguir sintetiza os escores esperados para cada faixa de escolaridade.

ESCORE	ANOS DE ESCOLARIDADE
30	>11 Anos
28	9-11 Anos
26	5-8 Anos
25	1-4 Anos
20	ANALFABETO

Tabela 7 – Relação entre escore do MEEM e escolaridade
Fonte: Bertolucci (2002)

Observa-se que um sujeito altamente escolarizado não poderá errar nenhuma das tarefas do teste. Inserimos, abaixo, outra tabela na qual apresentamos os resultados obtidos pelos sujeitos desta pesquisa no MEEM, com objetivo de compará-los posteriormente aos enunciados de episódios dialógicos.

Sigla	Idade	Sexo	Tempo de Doença	Escolaridade /Anos	MEEM Obtido	MEEM Esperado
AC	84	F	3	≥ 9	20	28
HL	80	F	3	1-4	22	25
DG	93	M	3	1-4	20	25
ZR	72	F	3	1-4	21	30
FPT	64	M	3	≥ 11	25	30
AYG	80	M	2	≥ 11	28	30

MIP	62	F	3	≥ 11	26	30
APP	67	F	2	0	18	20

Tabela 8 – Resultados obtidos pelos sujeitos desta pesquisa na aplicação do MEEM

Não se pode perder de vista que, de acordo com o DSM-IV, todos os oito sujeitos acima teriam o diagnóstico provável de DA.

Chamamos atenção, primeiramente, para os dados de APP. Seu escore (18 pontos) nos faria pensar que seu desempenho foi o pior de todos. Comparativamente, entretanto, podemos afirmar que no MEEM ela se saiu até melhor que os demais sujeitos com maior nível de escolaridade, se levarmos em conta a diferença entre os pontos obtidos (18) e os pontos esperados (20). Analisando a tabela acima, vemos que é AC quem apresenta a maior diferença entre pontos obtidos (20) e esperados (28). Essa diferença, por sua vez, também não parece ser muito significativa quando contrapomos suas dificuldades no teste àquelas reveladas nos episódios dialógicos, como veremos no dado 4, mais adiante.

Além do caso de APP, destacamos o de DG. Na época de sua avaliação, ele tinha 93 anos de idade, o que nos faz questionar seus resultados, tendo em vista a discussão realizada no capítulo 1, a respeito do envelhecimento normal.

Outro teste – talvez o mais utilizado depois do MEEM – em versões sintéticas da avaliação de DA, é o de fluência verbal (TFV), de Isaacs & Kennie (1973), que consiste em enumerar, no tempo de um minuto, o máximo de palavras de uma categoria (animais, frutas, cidades etc.). Os baixos escores no TFV têm servido nas pesquisas para indicar problemas de função executiva (planejamento de ações e solução de problemas). Questionamos a validade do instrumento para este fim, uma vez que o TFV parece se configurar apenas como outro teste de memória – do tipo semântica⁵⁵.

Se a noção de “fluência verbal” é fundamental para afirmar sobre alterações de linguagem e pode contribuir para o diagnóstico diferencial da DA – já que revela comprometimentos no funcionamento simultâneo da linguagem e da memória –, propomos que se analisem os enunciados dos sujeitos em situações reais de comunicação ou mesmo durante a resolução de problemas.

⁵⁵ Trata-se de uma tarefa metalingüística que revela apenas um tipo de conhecimento enciclopédico da língua, a habilidade de armazenamento de um “léxico mental autônomo”.

A fluência no TFV restringe-se ao funcionamento de um único tipo de rede paradigmática, na qual os elementos simplesmente se substituem, sem conexão com os processos de seleção e combinação de elementos lingüísticos⁵⁶. A linguagem falada contém grande volume de elementos como pausas, prolongamentos, hesitações, repetições etc., essenciais para a organização do discurso e que revelam a ocorrência de atividades epilingüísticas. Estas atividades são simultâneas às atividades lingüísticas e geralmente não interrompem o fio do discurso. Elas permitem ao sujeito mudar/corriger o rumo de seu dizer, adaptar o enunciado ao outro – inclusive monitorando o grau de formalidade, o uso do vocabulário, as estratégias de persuasão etc. Estes processos fazem parte de uma competência pragmática e discursiva, que é justamente o que pode estar alterada no início dos quadros de DA.

Não basta comprovar que nos enunciados dos sujeitos há pausas e hesitações, já que estes fenômenos são constitutivos do normal. Segundo Scarpa (1995), a noção de fluência é um mito, já que a disfluência é constitutiva da fluência. Deve-se analisar a sua produção em função do “todo do enunciado”, buscando verificar se pausas e outros fenômenos como repetição, produção de circunlóquios, digressões, dentre outros, revelam dificuldades do sujeito para nomear, para se lembrar de fatos, se há a perda do “fio da meada”, mudanças bruscas e inesperadas de tópicos, quebra de regras conversacionais etc. Analisados esses fatores, de fato os enunciados poderiam revelar dificuldades que fogem a uma “média típica⁵⁷”, característica da linguagem de sujeitos *reais*, não de sujeitos *ideais* e podem se constituir como fator mais seguro para o diagnóstico da DA do que os resultados de testes como o TFV.

Com relação aos resultados do TFV para os mesmos sujeitos desta pesquisa, segue abaixo a tabela 7⁵⁸

⁵⁶ Agradeço a contribuição do Prof Dr. Lourenço Chacon J. Filho a essa discussão, por ocasião da defesa de dissertação.

⁵⁷ Conforme sugere Canguilhem (1995), para tratar da relação entre o normal e o patológico, quando descarta a média estatística.

⁵⁸ As variáveis relativas a idade, sexo, tempo de doença e escolaridade serão repetidas em todas as tabelas para permitir observar possíveis correlações.

Sigla	Idade	Sexo	Tempo de doença	Escolaridade /Anos	TFV Obtido	TFV Esperado
AC	84	F	3	≥ 9	10	13
HL	80	F	3	1-4	8	9
DG	93	M	3	1-4	7	9
ZR	72	F	3	1-4	5	9
FPT	64	M	3	≥ 11	9	13
AYG	80	M	2	≥ 11	10	13
MIP	62	F	3	≥ 11	10	13
APP	67	F	2	0	6	9

Tabela 9 – Resultados dos sujeitos desta pesquisa na aplicação do TFV

Embora todos os sujeitos tenham obtido resultados inferiores aos esperados, que serviriam para corroborar o diagnóstico de DA, veremos mais adiante nos dados 2, 4 e 5 que a fluência varia de acordo com o contexto dos enunciados e pode revelar processos epilingüísticos que estão em andamento, o que nos permite compreender melhor outras dificuldades – como selecionar palavras – o que não ocorre nas tarefas metalingüísticas, pois os sujeitos têm apenas um minuto para enumerá-las.

É relevante mencionar que a instrução dada aos sujeitos é a de que eles têm um minuto para enumerar “animais”. Geralmente, as respostas não incluem categorias como insetos, pássaros, peixes, etc, restringindo-se a animais domésticos ou a animais de grande porte: cachorro, gato, vaca, boi, leão, dentre outros, como podemos observar na tabela que se segue.

Sigla	Respostas dada pelos sujeitos no teste de Fluência Verbal	Pontos
AC	<i>gato, cachorro, galinha, boi, vaca, cavalo, porco... serve da água? Peixe, baleia, tubarão.</i>	10
HL	<i>cachorro, gato, passarinho, cavalo, zebra, galinha, vaca, boi. Já tá bom?</i>	8
DG / lhb	Eu gosto de tudo quanto é tipo de animal, [lhb- Mas fale pra mim todos os animais que vier à mente] tem <i>cachorro, gato...</i> esses vivem aqui com a gente. Na fazenda tem <i>vaca, gado, galinha, papagaio,</i> que mais? <i>cachorro, porco...</i>	7
ZR	<i>cachorro, gato...</i> Não gosto de gato...Sabe, uma vez um gato (risos) me arranhou no rosto e... [lhb- fale os animais dona Z.] Ah, tem um monte: <i>cavalo, boi... vaca</i>	5
FPT	<i>cachorro, gato, coelho... papagaio, jabuti... leão, onça...mariposa... formiga</i>	9
AYG	<i>cavalo, vaca, boi, onça, tigre, leão, avestruz, galinha, cachorro, coelho</i>	10
MIP	Vaca, cavalo, cachorro, gato, coelho, leão, vaca, boi, lebre, elefante... Boi eu já falei? Cachorro? leão, macaco...	10
APP	<i>galinha, cachorro, gato, papagaio, vaca, leão</i>	6

Tabela 10 - Respostas dadas pelos sujeitos no TFV e sua pontuação correspondente

Na tabela acima, podemos observar que os piores escores são de ZR (5), APP (6) e DG (7). Como já vimos anteriormente, a escolaridade é uma variável que está mais diretamente correlacionada com o baixo desempenho dos sujeitos nos testes metalingüísticos. Destacamos, contudo, que tanto ZR quanto DG buscaram contextualizar suas respostas e, com isso o tempo de um minuto foi insuficiente para que listassem outros animais. No caso de DG, ele adequadamente afirma que *cachorro* e *gato* “vivem aqui com a gente” e os demais “tem na fazenda”. No caso de ZR, ao listar *cachorro* e *gato*, ela se lembra de uma estória e começa a narrar: “Não gosto de gato... Sabe, uma vez um gato (risos) me arranhou no rosto e...”. Como se tratava de uma pesquisa em que era necessário manter o mesmo procedimento de avaliação para todos os sujeitos, o interlocutor (Ihb) interrompe ZR, retomando a tarefa: “fale os animais dona Z”. No tempo restante, ela só conseguiu dizer mais três nomes. Uma das críticas que se pode fazer a esse tipo de teste é que os resultados não permitem avaliar o que de fato os sujeitos conseguem fazer e quais são os processos preservados e/ou alternativos dos quais lançam mão para solucionar a tarefa. A esse respeito, lembramos o exemplo clássico de Goldstein (1948, *apud* LEBRUN, 1983) de uma mulher que apresentava dificuldades para listar nomes de animais até que, repentinamente, diz: “um urso polar, um urso marrom, um leão, um tigre”. Quando questionada porque havia mencionado esses animais, respondeu que eram os primeiros que via ao entrar no zoológico de sua cidade. Este exemplo ilustra o fato de que um sujeito pode contornar suas dificuldades durante o teste, remetendo-se à lembrança de um fato vivido. Segundo Lebrun (1983), as tarefas de nomeação demandam o uso da metalinguagem, que estaria comprometida nas afasias.

Outro teste bastante utilizado mundialmente com a pretensão de avaliar “linguagem” é o Teste de Nomeação de Boston (TNB), de Kaplan, Goodglass e Weintraub (1983). O instrumento é composto de 60 figuras desenhadas em preto e branco, escolhidas segundo critério de frequência de ocorrência no léxico do inglês. Utilizar-se de desenhos para testar a capacidade de nomeação configura uma escolha de um tipo de significação imagética que pode influenciar no grau de dificuldade na realização da tarefa e, portanto, em seu êxito ou fracasso, principalmente num contexto de menos “tolerância” ou

dialogicidade. Nesse sentido, Mansur (2006) observa que “devemos levar em consideração que as dificuldades com a representação bi-dimensional, assim como a clareza e redundância da informação visual podem influenciar o desempenho”, de modo particular nos indivíduos com menor grau de educação formal⁵⁹. A esse respeito, para Forigo (2008), “se não é possível afirmar que esta característica influencia diretamente no êxito na nomeação da imagem, é patente que o grau de indexicalidade do desenho (característica que na situação de testes é tratada como a “qualidade” do desenho) desempenha um papel importante na realização da tarefa, alterando o grau da função referencial da imagem apresentada”.

Santaella & Nöth (1997, *apud* FORIGO, 2008⁶⁰), no campo de estudos da semiótica imagética, afirmam que o processo de se atribuir sentido ou de se determinar um referente a partir de uma figura não é tão simples quanto parece, já que as figuras desenhadas a mão constituem um processo artesanal que depende da habilidade de um indivíduo para “plasmar o visível”. Novaes-Pinto (1999) acredita que o fato de diversas figuras serem “mal desenhadas” possa interferir nas tarefas de nomeação, mesmo em sujeitos não-afásicos, que não reconhecem os referentes. A autora discutiu os resultados de sub-testes da Bateria de Boston, dentre os quais os testes de nomeação. A crítica apontava para diferentes questões, dentre as quais ressaltamos, em primeiro lugar, a má qualidade dos desenhos; os sujeitos erravam muitas vezes porque não reconheciam as figuras (ex. *aspargo, tripé* etc). A segunda questão diz respeito à escolha dos objetos a serem nomeados: de 60 figuras, grande parte diz respeito ao léxico de uma língua padrão, escolarizada, com muitas palavras de baixa frequência (e.g. *pergaminho, harpa, esfinge, ábaco, unicórnio; dardo*, etc.). Em terceiro lugar, a metodologia de aplicação desconsidera na pontuação quando o sujeito acessa o nome a partir de um *prompt* dado pelo examinador, justificando que o sujeito não conseguiu acessar o léxico porque teria *perdido* sua representação mental. Sabemos, entretanto, que muitas vezes o sujeito

⁵⁹ Segundo Mansur e Radanovic (2006), no caso de indivíduos pouco escolarizados com lesões cerebrais, situação freqüente em nosso país, corre-se o risco de se considerar déficit o que na realidade é desconhecimento.

⁶⁰ Relatório Parcial de Iniciação Científica, de Forigo (2008): “A significação imagética no contexto das baterias de avaliação de afasias e diagnóstico de demências e declínios cognitivos”. Informações completas ver Referências Bibliográficas

não nomeia na situação do teste e poucos minutos depois nomeia o mesmo objeto em situação de comunicação.

Os resultados, evidentemente, apontam para a existência de uma população muito grande de afásicos com *anomia* ou *dificuldades de encontrar palavras*; uma porcentagem muito maior do que observamos com relação aos mesmos sujeitos em situações dialógicas. A seguir, apresentamos os resultados dos mesmos sujeitos no TNB.

Sigla	Idade	Sexo	Tempo de doença	Escolaridade /Anos	TNB Resultados Obtidos	TNB Total de Pontos
AC	84	F	3	≥ 9	39	60
HL	80	F	3	1-4	37	60
DG	93	M	3	1-4	37	60
ZR	72	F	3	1-4	11	60
FPT	64	M	3	≥ 11	40	60
AYG	80	M	2	≥ 11	45	60
MIP	62	F	3	≥ 11	39	60
APP	67	F	2	0	15	60

Tabela 11 – Resultados dos sujeitos desta pesquisa no TNB

Todos apresentaram muitas dificuldades em comum, geralmente em palavras de baixa frequência na língua: *ábaco, paleta, iglu, pergaminho, aspargo, unicórnio, pelicano, castanha, castor, dardo*, dentre outros. Mansur *et al.* (2006) atribuem grande parte das dificuldades com o TNB à escolarização. Esta é, na opinião dos autores, a variável que mais interfere no desempenho do teste. Entretanto, não vêem como problema que o TNB seja aplicado aos brasileiros sem qualquer adaptação, desde que se leve em conta essa variável na análise dos resultados. Um dos dados do referido estudo foi corroborado por esta pesquisa: a utilização de pistas fonêmicas (prompt) beneficiou apenas as pessoas com mais de 8 anos de escolaridade. A explicação para isso parece ser óbvia: a pista fonêmica só auxilia no caso do sujeito conhecer a “palavra alvo”⁶¹.

⁶¹ Novaes-Pinto & Beilke (2009) tratam de questões relativas a avaliação de linguagem na DA e apresentam dados de sujeitos de língua inglesa com objetivo de enfatizar que não se trata apenas de problemas de adaptação cultural e/ou tradução, mas as dificuldades são decorrentes, principalmente, da má qualidade dos desenhos e da falta de orientação aos sujeitos do que se espera com a aplicação dos testes.

Além dos testes de nomeação e das listas de palavras para serem memorizadas⁶², há um teste de categorização (teste de similaridades) que demanda que se gerem hiperônimos, a partir de pares de palavras. Assim, se as palavras forem “maçã” e “banana”, por exemplo, o sujeito deve dizer “frutas”; para “barco” e “carro”, deverá dizer: “meios de transporte”, e assim por diante. O teste faz parte do CAMCOG, que compõe a bateria CAMDEX (The Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly, de ROTH *et.al.*, 1986).

A realização adequada desta tarefa deveria evidenciar, segundo os autores, a capacidade preservada para abstrair, perceber traços relevantes de cada objeto e, posteriormente, generalizar. A tarefa em si seria interessante e possivelmente ajudaria a inferir sobre as dificuldades do sujeito – sobretudo a respeito das relações semânticas – não fossem outras variáveis, sobre as quais comentaremos mais adiante. Vejamos, a seguir na tabela 12, os resultados dos oito sujeitos desta pesquisa no referido teste e na tabela 13 os enunciados dos sujeitos.

Sigla	Idade	Sexo	Tempo de doença	Escolaridade /Anos	Similaridades Resultados Obtidos	Similaridades Resultados Esperados
AC	84	F	3	≥ 11	4	8
HL	80	F	3	1-4	4	8
DG	93	M	3	1-4	4	8
ZR	72	F	3	1-4	6	8
FPT	64	M	3	≥ 11	6	8
AYG	80	M	2	≥ 11	8	8
MIP	62	F	3	≥ 11	4	8
APP	67	F	2	0	4	8

Tabela 12 – Caracterização dos sujeitos da pesquisa e resultados do Teste de Similaridades

Pares	Respostas do sujeito AC	Pontos
Maça x Banana	<i>É pra comer</i>	1
Camisa x Casaco	<i>Pra vestir</i>	1
Carro x Barco	Um anda na terra e o outro anda na água	0
Mesa x Cama	<i>Móveis</i>	2
Pares	Respostas do sujeito HL	Pontos
Maça x Banana	<i>Os dois têm casca</i>	1
Camisa x Casaco	<i>São feitos de tecido</i>	1
Carro x Barco	Os dois andam	1

⁶² Listas de palavras muito utilizadas são as do “Rey Auditory Verbal Learning Test”, desenvolvido por André Rey, na França, em 1960.

Mesa x Cama	<i>Pode ser feito de madeira</i>	1
Pares	Respostas do sujeito DG	Pontos
Maça x Banana	<i>Eu gosto das duas...</i>	0
Camisa x Casaco	<i>As duas são vestimentas</i>	2
Carro x Barco	<i>Uma serve pra trabalhar e a outra pra se divertir</i>	0
Mesa x Cama	<i>São móveis</i>	2
Pares	Respostas do sujeito ZR	Pontos
Maça x Banana	<i>São frutas</i>	2
Camisa x Casaco	<i>As duas servem pra nos vestirmos</i>	1
Carro x Barco	<i>Os dois têm motor</i>	1
Mesa x Cama	<i>São movies</i>	2
Pares	Respostas do sujeito FPT	Pontos
Maça x Banana	<i>Tem casca, são nutritivos</i>	1
Camisa x Casaco	<i>Roupa</i>	2
Carro x Barco	<i>São sistemas de locomoção diferentes</i>	2
Mesa x Cama	<i>Fazem parte da mobília</i>	2
Pares	Respostas do sujeito AYG	Pontos
Maça x Banana	<i>São frutas</i>	2
Camisa x Casaco	<i>Roupas</i>	2
Carro x Barco	<i>Meios de transporte</i>	2
Mesa x Cama	<i>Mobília</i>	2
Pares	Respostas do sujeito MIP	Pontos
Maça x Banana	<i>Maçã e banana... são frutas de comer</i>	2
Camisa x Casaco	<i>Pra vestir</i>	1
Carro x Barco	<i>São meios de transporte</i>	2
Mesa x Cama	<i>Podem ser de madeira, plástico</i>	1
Pares	Respostas do sujeito APP	Pontos
Maça x Banana	<i>As duas coisas são pra comer</i>	1
Camisa x Casaco	<i>A camisa é pra usar no dia-a-dia e o casaco no frio</i>	0
Carro x Barco	<i>Um anda na água e outro na terra, não é?</i>	1
Mesa x Cama	<i>Um é pra sentar e o outro é pra dormir</i>	1

Tabela 13. Respostas dadas pelos sujeitos no teste de Similaridades

Observamos que AYG e FPT foram os que se saíram melhor neste teste. Não podemos deixar de lembrar que alguns tipos de categorização estão fortemente correlacionados a tarefas escolares. A explicação provável para que todos os outros tenham “ido mal”, do ponto de vista dos objetivos do teste, é que não o tenham entendido, mesmo tendo recebido exemplos de como deveriam responder. O próprio protocolo enfatiza a necessidade de se explicar bem a tarefa ao sujeito, dando exemplos até garantir que ele compreenda o que deverá fazer.

A seguir, passaremos a discorrer sobre as análises qualitativas de episódios dialógicos e sobre o papel dos interlocutores na reorganização da linguagem e da memória nos quadros de DA.

4.5. Análise qualitativa de episódios dialógicos: A relevância da interação

A seguir, apresentaremos análises de episódios dialógicos com os sujeitos desta pesquisa, nos quais há enunciados que julgamos singulares, pois permitem avaliar suas dificuldades lingüísticas, bem como inferir sobre a relação linguagem-memória. Os dados mostram que o trabalho de reorganização da linguagem possibilita também a reorganização da memória.

Nos processos dialógicos, torna-se fundamental a mediação do “interlocutor qualificado”, aquele que pode intervir favoravelmente na interação verbal, de forma a retardar os efeitos da DA: o “parceiro da comunicação verbal⁶³” (cf. BAKHTIN, 1929/1997); aquele que ajuda a construir a significação por meio dos sucessivos *acabamentos* que vai dando aos *enunciados* dos sujeitos, tentando alcançar seu *querer-dizer*, apesar de muitas vezes seu discurso estar (aparentemente) à deriva. Ressaltamos que o interlocutor qualificado não é necessariamente um profissional da área da saúde, embora todo profissional desta área tenha a obrigação de estar qualificado para interagir com o sujeito, buscando compreendê-lo. Pode ser o acompanhante, os membros de sua família, os amigos de seu círculo social, e nesse sentido, a orientação à família sobre como e por que interagir com os sujeitos é fundamental.

A seguir, passaremos às análises dos episódios dialógicos e o **dado 1** foi selecionado para iniciar a discussão, justamente por ilustrar o tipo de interação travada pela irmã de AC.

⁶³ Ressaltamos que, sempre que necessário, recorreremos às categorias bakhtinianas descritas no capítulo 3 nas análises dos episódios dialógicos.

Dado 1: Episódio Dialógico com AC⁶⁴
“Tem uma cicatriz aí!”⁶⁵

Contexto: Este episódio aconteceu na residência de **AC**, estando presentes também sua irmã (denominada aqui por *na*) e o pesquisador (Ihb). A entrevista discorreu sobre questões de sua vida e de seu cotidiano.

Turno	Sigla	Enunciado	Observações
1	Ihb	Quantos anos a senhora está nessa casa?	
2	AC	Ah faz...faz quantos anos?	Sorri, olha para a irmã.
3	AC	Assim, definitivamente, definitivamente, faz o quê? Uns seis meses...	
4	na	[uns quinze anos ...	
5	na	Não AC, desde que o Antônio morreu, você, você saiu de lá e veio pra cá.	
6	AC	[meu marido morreu...	
7	AC	Daí vim pra cá, ainda tem a casa em Sorocaba, e eu ficava lá...	Estão em Sorocaba
8	Na	Você lembra o que aconteceu com o Antonio? Que ele morreu?	
9	A	Antonio... aconteceu que... ele gostava de dirigir com a direção quase aqui * então um dia, numa baixada ** assim deu um sapetão e deu um negócio assim no...no pescoço E ficou doente e precisou fazer uma operação e logo ele morreu...	*Aponta para a altura do peito **faz gesto indicativo
10	na	Mas escute, e você não tava junto?	
11	AC	Não, ele tava sozinho.	
12	Na	Mas escute, veja sua mão, * a mão direita aí **.	AC olha para sua mão; olha novamente...
13	na	Tem uma cicatriz aí, o que aconteceu?	
14	AC	Ah esse aqui foi um acidente.	
15	na	Então como foi esse acidente?	
16	AC	Deixa ver se lembro agora, eu não lembro agora mais, eu sei que depois ele começou ir com o carro pra lá e pra cá, pra lá e pra cá * e daí nós pulamos lá, com o carro tudo, o carro virou assim e eu fiquei com a mão para baixo, e ele morreu na hora	* Gesto indicativo com as mãos **** Ac sorri

⁶⁴ O referido dado foi analisado em Beilke & Novaes-Pinto (2007), quando retomam alguns dos pressupostos sobre linguagem e memória de autores que as definem como *trabalho* em uma perspectiva sócio-histórica e cultural, como vimos no Capítulo 3.

⁶⁵ Inspirados por Luria e Oliver Sacks, que atribuem um título a cada um dos casos que compõem suas obras, os episódios dialógicos apresentados neste capítulo receberam um nome, geralmente extraído dos enunciados dos próprios sujeitos. Isso está também em acordo com o que vem sendo feito no BDN, fonte de dados para os trabalhos realizados e orientados por Coudry no IEL/UNICAMP.

Neste episódio, o processo dialógico foi fundamental para o resgate da memória. A irmã de **AC** (*na*), não contradiz seus enunciados, à medida que vão sendo produzidos. Ao contrário, vai dando a eles sucessivos acabamentos, interpelando de forma adequada, o que permite que ela re-organize tanto seus enunciados como também sua(s) memória(s). Nota-se que, no início do diálogo, ao ser indagada sobre o marido (linha 8), **AC** diz que ele teve um acidente, ficou doente, precisou fazer uma operação e logo morreu (linha 9). Mais adiante, depois de se “lembrar” que também estava no carro, na hora do acidente, diz que ele “morreu na hora” (linha 16). As afirmações parecem ser contraditórias, pois AC afirma inicialmente que “ele estava sozinho”⁶⁶. Entretanto (ainda na linha 9), percebe-se que, quando ela descreve o momento do acidente, o relato é de alguém que estava presente, mesmo que ela negue (linha 11). Dá detalhes, como o fato de ter sido “numa baixada”, quando o carro “deu um sapetão” e faz também gestos indicativos, dêiticos, quando diz “assim” (linha 9).

Sua irmã chama a atenção para o fato de que existe uma cicatriz em sua mão direita (linhas 12 e 13). Contudo, não bastou apenas **AC** olhar a cicatriz, mas foi também necessário o enunciado da irmã “tem uma cicatriz aí, o que aconteceu?” (linha 13), para que a lembrança do acidente voltasse, de forma mais clara e com detalhes, como se observa no último enunciado de **AC**: “Deixa ver se lembro agora, eu não lembro agora mais, eu sei que depois ele...”. A construção conjunta foi fundamental para que AC estabelecesse a relação entre um “signo” (não-verbal: *a própria cicatriz* e verbal: ao enunciar *cicatriz*) e aquilo a que ele remete.

Vale ressaltar, ainda com relação ao dado acima, à produção de *sapetão* (quando ela descreve o momento em que o carro, em uma baixada, parece perder a direção), que poderia ser explicada por duas diferentes hipóteses. A primeira seria analisar *sapetão* como uma parafasia (ou neologismo), o que certamente seria analisado, numa abordagem tradicional, como um sintoma da DA. Entretanto, podemos dizer que pode se tratar apenas de variação lingüística, uma variante da palavra *sopetão*.

⁶⁶ É evidente que este dado poderia ser explorado com relação ao funcionamento psíquico, uma vez que o bloqueio da lembrança está diretamente ligado a um evento traumático, o da morte do marido e ao fato de que ela sobreviveu. Não nos deteremos, porém, nesta análise, neste trabalho.

Dado 2: Episódio dialógico com HL

“Quer dormir comigo?”

Contexto: Este episódio aconteceu na própria residência de HL, durante o qual estavam presentes também sua filha (denominada aqui *tl*) e o pesquisador (Ihb). A entrevista tinha o objetivo de avaliar os mesmos itens do MEEM, de forma dialógica, contextualizando as tarefas.

Turno	Sigla	Enunciado	Observações
01	Ihb	Que dia é hoje, H.L. <i>tl</i> ?	Repete a pergunta, enfatizando.
02	HL	Não sei.	
03	Ihb	E a hora, que horas são?	Repete novamente a pergunta.
04	HL	É cedo, né?	São quase 16 horas.
05	Ihb	Onde a senhora mora HL?	Repete, falando mais alto.
06	HL	Santo Amaro. Quer dormi comigo? ⁶⁷	HL esboça um sorriso.
07	Ihb	Quando a senhora faz aniversário?	
08	HL	Não lembro	Olha para <i>tl</i>
09	<i>tl</i>	Vai mãe faz uma força ai pra lembrar.	
10	HL	É ... dia 19 de agosto de...	
11	Ihb	Mil novecentos e...	Prompt.
12	HL	Vinte e sete.	
13	Ihb	Quantos anos a senhora têm?	
14	HL	Sô nova né. Tenho poucos anos.	
15	Ihb	O que a senhora mais gosta de fazer?	
16	HL	Tricô e vender roupa.	
17	Ihb	Como a senhora está de saúde?	
18	HL	Eu tô boa.	
19	Ihb	A senhora não tem nenhum problema?	
20	HL	Não, eu só não escuto muito bem.	

Além de certa desorganização temporal, percebida quando questionada a respeito do dia e hora da entrevista, é o enunciado “Quer dormir comigo?” que chama a atenção. O investigador não demonstra estranhamento ou constrangimento, durante a produção do enunciado, e segue em frente com a próxima pergunta: Quando a senhora faz aniversário?

O não questionamento ou retomada do enunciado de HL, com o objetivo de compreendê-lo, talvez possa ser considerado como uma forma de interdição ao discurso do sujeito, como se o que ela havia dito não merecesse resposta, já que não fazia parte do questionário – este sim considerado “validado” por

⁶⁷ Infelizmente não me ocorreu, naquele momento, de explorar o enunciado de HL, o que poderia ter dado mais pistas sobre suas dificuldades lingüísticas e cognitivas e mesmo para questionar o significado do enunciado naquele contexto.

uma comunidade acadêmica. Embora esse enunciado possa ser atribuído ao campo do patológico, já que se nota também outras dificuldades cognitivas, não seria totalmente impossível imaginar uma outra significação. O sujeito HL enuncia “*Qué dormir comigo?*”, na tentativa, talvez irônica, de questionar o direito de seu interlocutor perguntar tanta coisa sobre sua vida particular.

Embora possível, parece improvável supor que **HL** estivesse fazendo uma brincadeira com seu interlocutor (note-se, entretanto, que isso acontece no enunciado “Sô nova, né? Tenho poucos anos”), ou que estivesse realmente fazendo-lhe um convite. O último enunciado de **HL** (linha 20) – de que seu problema se reduziria a não escutar bem – também não condiz com os relatos feitos pelos familiares e com os exames neurológicos, assim como “fazer tricô e vender roupas”, embora tenham sido atividades realizadas por ela no passado, não são mais realizadas no presente, como **HL** afirma (linha 16). Enunciados como os referidos acima parecem apontar para alterações características de quadros iniciais de DA e envolvem tanto a linguagem quanto a memória.

Foucault (1999) questiona a razão de um enunciado aparecer no lugar de outro. Na construção do discurso, a depender das formações discursivas, deve-se saber sobre o quê falar num determinado momento, conhecer a situação que exige tal decisão; as distintas opções de ação e as conseqüências imediatas ou futuras de cada uma das ações. No caso de HL, alterações podem ocorrer por conta das degenerações cerebrais (predominantemente nos lobos frontais), afetando principalmente as funções executivas mais complexas, dentre as quais a tomada de decisão com relação ao que pode/deve ser dito. O enunciado em excesso, na hora errada, seria um *signal*, como diz Foucault, da presença da doença. Um significante duplamente significado.

Entretanto, enunciados em excesso, na hora errada, não denotam necessariamente *doença*. Apenas a título de exemplo, passamos a descrever um caso ocorrido entre um técnico de futebol (E.L.) e uma jornalista esportiva (M.R.), na saída do aeroporto de São Paulo⁶⁸. É importante destacar que essa entrevista se deu logo após a derrota do time de E.L., o que poderia resultar em sua demissão do cargo.

⁶⁸ O trecho transcrito foi retirado de entrevista apresentada pelo canal Record.

Turno	Sigla	Transcrição	Observações
1	MR	Você vai embora de taxi?	
2	EL	Porque você quer saber? Você é minha mulher, minha amante? Você quer dormir comigo? Quer ir para o motel?	
3	MR	Não, não. Estou perguntando se você vai com o carro do Corinthians ou de taxi. ⁶⁹	
4	EL	Eu vou embora do jeito que eu quiser	

Neste discurso, assim como no episódio de HL (dado 2), o que mais se destaca é o enunciado: “Você quer dormir comigo? Quer ir para o motel?” Desta vez, entretanto, foi produzido por um indivíduo considerado *normal*. Esse episódio causou grande impacto na imprensa esportiva de todo Brasil.

O que diferencia os dois episódios, além do diagnóstico de DA do sujeito HL, são as condições de produção. EL estava visivelmente alterado, com a derrota de seu time e com a possibilidade de perder seu emprego. Na entrevista, a repórter faz perguntas que em um primeiro momento parecem não estar de acordo com a situação. Ao invés de perguntar à jornalista: “o que você tem com isso?” ou dizer algo como: “*não interessa*”, EL diz: “Por que você quer saber? Você é minha mulher, minha amante? Você quer dormir comigo? Quer ir para o motel?”. Apesar da pergunta grosseira, machista e indelicada de EL, a interlocutora se vê compelida a responder. Não questiona o discurso de EL. Ao contrário, esclarece sua pergunta inicial. Consideradas todas as condições de produção do discurso de EL – estado emocional, cansaço, frustração pela derrota, dentre outras, seus enunciados revelam seu papel social, seu poder, a imagem que tem de si e de sua superioridade, possivelmente o que pensa sobre as mulheres ou sobre as mulheres que trabalham como repórteres etc. Apesar de todas as críticas que o fato recebeu, em momento algum foi questionada a sua sanidade mental ou colocada a hipótese de uma patologia.

A análise do **dado 2** pode contribuir para a teorização sobre os processos cognitivos complexos, ao revelar aspectos do funcionamento da linguagem e da sua relação com a memória, além de permitir compreender variações individuais, uma vez que as funções cognitivas são histórica, social e culturalmente constituídas.

⁶⁹ Nessa pergunta parece estar implícito que ele está demitido.

Como podemos observar nos dois dados até aqui apresentados, não há alterações fonéticas e fonológicas, sintáticas e semânticas propriamente ditas. Como vimos no Capítulo 2, Noguchi (1998) afirma que tais alterações no sistema da língua só começam a aparecer e a se intensificar à medida que a doença vai progredindo e servem, nas avaliações, como índice do estado clínico, ou seja, possibilitam demarcar suas fases de evolução.

Passemos ao dado 3, que se refere a um episódio dialógico com o sujeito DG.

Dado 3: Episódio dialógico com o sujeito DG
“A fruta que eu mais gosto...”

Contexto: Neste episódio, **DG** está conversando com o fonoaudiólogo **Ihb**, na presença de sua filha, **fd**. A situação ocorre na cozinha, que é o lugar onde DG passa a maior parte do seu tempo.

Turno	Sigla	Enunciado	Observações
01	<i>Fd</i>	Pergunta que fruta ele mais gosta?	A filha, dirigindo-se a <i>Ihb</i> .
02	<i>Ihb</i>	Que fruta o senhor mais gosta?	
03	DG	Fruta?...de fruta....eu gosto de jaboticaba.	
04	<i>Ihb</i>	Hummm...jaboticaba eu adoro jaboticaba.	
05	DG	Jaboticaba!	<i>fd</i> pede que <i>Ihb</i> repita, pois a resposta estaria incorreta.
06	<i>Ihb</i>	Qual é a fruta que o senhor olha e fala: – essa que eu mais gosto de todas...	Atendendo à solicitação da filha.
07	DG	Fruta? Olha aqui eu vo dizê para você, eu gosto de diversas frutas.	
08	<i>fd</i>	A fruta que o senhor come todo dia.	Note-se que <i>fd</i> modificou a pergunta.
09	DG	A fruta que eu como todo dia? Não sei o que eu como todo dia...	Inclinando a cabeça para trás em direção à filha.
10	<i>Fd</i>	Ah, pai... a fruta que o senhor pega. BANANA. Todo dia ele come banana.	Dirigindo-se primeiro ao pai e depois à <i>Ihb</i> .

Vimos, ao longo do Capítulo 1, que muitas vezes os enunciados dos sujeitos diagnosticados com DA são prontamente atribuídos ao patológico. Basta o diagnóstico e é como se tudo o que é dito pelo sujeito carecesse de sentido ou não fosse apropriado. É exatamente o que se percebe no dado acima. A pergunta feita a **DG** foi a respeito da sua fruta favorita (linhas 1 e 2) e não sobre a que comia todos os dias. A resposta adequada, para a filha de **DG**,

era a que ela esperava. Mesmo após responder “jabuticaba” (linha 3), sua filha insiste com o interlocutor Ihb para que repita a pergunta (o que ele faz na linha 6). De qualquer forma, o desfecho (linha 10) indica que muito provavelmente sua fruta favorita é mesmo jabuticaba. Na linha 9, o fato de dizer “A fruta que eu como todo dia? Não sei o que eu como todo dia” não significa necessariamente que haja um problema de memória, mas talvez que ele apenas deseje “acertar” a resposta da pergunta, como se a filha a soubesse e ele não.

A seguir, são apresentados dois dados de **ZR**. O primeiro foi obtido durante a aplicação do TNB (dado 3) e o segundo em uma situação dialógica (dado 4). O objetivo de voltar à questão da avaliação metalingüística, neste momento, é apenas para evidenciar a diferença na competência lingüística do mesmo sujeito em cada situação. Verifica-se que **ZR** tem grande dificuldade para selecionar a palavra-alvo: *cama*, no TNB, assim como ocorreu com todas as demais figuras. No entanto, no episódio dialógico (dado 4) revela competência discursiva.

Dado 4: Resposta do sujeito ZR para o teste de nomeação “Sua vida foi dançar”

Turno	Sigla	Enunciado	Observações
01	ZR	Eu não gosto muito de ficar sem trabalhar sem... sem...pegar minhas roupas... El... para dançar...	El = enunciado ininteligível
02	Ihb	Sua vida foi dançar, né dona ZR ?	
03	ZR	Não, tem mais coisas...	
04	Ihb	Olha só, dona ZR , aqui tem umas figuras, eu queria que a senhora dissesse o que que é isso...	
05	ZR	Isso aqui?	Apontando a figura e pedindo confirmação.
06	Ihb	É.	
07	ZR	Cã...Cãlan?	Risos
08	Ihb	Isso aqui é uma cã...	Prompt para “cama”.
09	ZR	Cara...	
10	Ihb	O que é isso aqui?	
11	ZR	É...não é?... Cara...	
12	Ihb	Pra que serve isso aqui?	
13	ZR	Pra... /s/... /s/.... pode falar?	Faz um gesto como se estivesse arrumando a cama.
14	Ihb	Pode, isso aqui não serve para dormir? é uma cã...?	Prompt fonético e pista semântica
15	ZR	Cama.	

Como vemos, mesmo para uma palavra de alta frequência na língua: *cama*, ZR só acerta após o fornecimento da pista semântica, associada ao prompt fonético. Neste caso, a solicitação feita a ela para nomear uma figura, além de descontextualizada, interrompeu o desenvolvimento de um tópico discursivo selecionado por ela mesma. Note-se que a demanda se deu exatamente quando ela produzia o enunciado: “não... tem mais coisas...”

No **dado 4**, em que há uma narrativa produzida em situação dialógica entre ZR e Ihb, podemos perceber que, apesar das pausas e hesitações, seus enunciados são muito próximos do que consideramos normal, embora haja evidências de dificuldades nos processos de seleção e combinação das unidades lingüísticas, como veremos a seguir.

Dado 5: Episódio dialógico com ZR “O filho do juiz”

Turno	Sigla	Enunciado	Observações
01	Ihb	O que a senhora gostava de fazer quando era jovem?	
02	ZR	Ahnn.. olha aqui, eu? Eu faço tudo.	
03	Ihb	A senhora me disse que gostava de fazer uma coisa, que era “dançar”...	
04	ZR	Dançar, sapatear sé... su... de “ros”... férias de escola, danço... tudo, sapateava, aí minha meu /m/pai quase queria morrer, porque eu era doida, era nova e sapateava, ia pra festa fora da cidade, de longe.	
05	Ihb	E o Abelardo, gostava?	
06	ZR	O Abelardo, quando começamos quase morreu de ciúmes... do.... filho do juiz.	

Apesar de ter obtido baixos escores no TNB (11/60) e no TFV (5/9), ZR, durante o episódio dialógico, não apresentou dificuldades significativas na nomeação e nem se mostrou tão “disfluente”. O dado evidencia o trabalho que ela realiza sobre os recursos da língua para produzir seus enunciados. Um exemplo deste trabalho, neste dado, é quando diz: “Dançar, sapatear **sé... su...** de **ros...** **férias** de escola, danço... tudo, sapateava, aí **minha meu /m/ pai** quase queria morrer, porque eu era doida, era nova e sapateava, ia pra festa fora da cidade, de longe”. Não se pode afirmar, com toda a certeza, que *sé* e *su* sejam tentativas de selecionar um pronome, mas pensamos que seria razoável propor esta análise, considerando-se que logo em seguida ela produz “*de ros*” e também porque mais adiante ZR transita entre *minha*, *meu* e */m/*

antes de produzir “pai”. A dificuldade de operar no eixo da seleção (tanto no nível da seleção fonêmica, quanto no nível da seleção lexical) tem conseqüências no eixo da combinação das unidades, levando à produção de enunciados com anacolutos (cf. nota 22). Tais dificuldades são explicadas como a projeção de um eixo sobre o outro no funcionamento real da linguagem (JAKOBSON, 1954; COUDRY, 2008).

Embora já tenhamos dito (cf. nota 71) que não nos deteremos na análise de questões referentes ao funcionamento psíquico dos sujeitos desta pesquisa, este dado merece um comentário a esse respeito, pois talvez alguns dos enunciados de ZR só possam ser efetivamente compreendidos se considerarmos a possibilidade de associações afetivas (cf. Luria, 1986), *enlaces afetivos*), inconscientes, como em: “O Abelardo, quando começamos quase morreu de ciúmes... do... filho do juiz”. Podemos interpretar que a expressão referencial “o filho do juiz” tenha sido produzida em função da dificuldade de ZR com a seleção de nomes próprios – muito comum tanto nas afasias, quanto nas demências. Estranhamos quando ZR proferiu este enunciado porque Abelardo, seu esposo, era “filho do juiz”. Entretanto, ele tinha um irmão – *um outro* filho do juiz. Isso nos deixa sem saber, ao certo, a quem de fato ela se referia. Além disso, a expressão referencial “o filho do juiz” pode remeter a um valor social que, naquela época, tenha tido uma relevância a ponto de fixar uma referência, mesmo que no dado em questão apareça de forma ambígua.

O dado apresentado a seguir (dado 5) traz um diálogo, embora seu início tenha se dado a partir de questões do MEEM. O episódio ocorreu com um sujeito com 65 anos de idade, professor universitário, com diagnóstico de demência em fase considerada “intermediária” da DA.

Dado 6: Episódio dialógico com o sujeito FPT
“Da fatia afásica dos analistas dos fenômenos de relacionamento apástico”

Linhas	Sigla	Enunciado	Observações
1	lhb	Qual seu nome?	
2	FPT	FPT	sigla do nome
3	lhb	Qual a data do seu aniversário, seu F.?	
4	FPT	09 de fevereiro de 1943	
5	lhb	Que dia estamos?	

6	FPT	02 de março	olhou para o relógio e diz
7	lhb		eu falei os meses do ano para tentar ajudar
8	FPT	está quase aprendendo...	Ironicamente responde
9	lhb	o senhor acha que tem dificuldade de memória?	
10	FPT	“Em primeiro lugar, essa questão de dificuldade de memória é relativa. Depende... porque cada pessoa é diferentemente afetada por movimentos de perda, de perda....de perda....de perda de... assunto, quer dizer... no meu caso, foge das condições de certas áreas, em outros centros estariam sendo mais importantes, quer dizer... existe interesses distintos, você vai fazer uma avaliação do... o... . Aqui nós temos [...]”	
11	lhb	Onde você está?	
12	FPT	Da fatia afásica dos analistas dos fenômenos de relacionamento apático, para apresentar qualquer coisa que .. parece que tem uma linha paralela que .	
13	lhb	atrapalha para pensar?	
14	FPT	é..... tenho que pensar uma linha de pensamento... tem um chupinzinho que...	Parecia se sentir incomodado com a câmera. (enquanto escrevo)
15	lhb	O que é mais difícil para o senhor?	
16	FPT	escrever, porque trabalha bem as idéias, apesar das dificuldades	

O fato de FPT ser altamente letrado certamente influencia muito os enunciados que produz, como podemos observar, principalmente, nas linhas 10 e 12. Embora inicie sua fala de forma bastante apropriada, dizendo: “Em primeiro lugar, essa questão de dificuldade de memória é relativa. Depende... porque cada pessoa é diferentemente afetada por movimentos de perda”, logo FPT passa a produzir enunciados com circunlóquios, o que, aparentemente leva a digressões, como no trecho seguinte: “...afetada por movimentos de perda, de perda....de perda....de perda de... assunto, quer dizer... no meu caso, foge das condições de certas áreas, em outros centros estariam sendo mais importantes, quer dizer... existe interesses distintos, você vai fazer uma avaliação do... o... . Aqui nós temos...”

As repetições e hesitações observadas: “de perda, de perda.... de perda....de perda de... assunto, quer dizer...” podem ser interpretadas como

indícios de processos epilingüísticos e como estratégias discursivas, para se ganhar tempo, até que a palavra pretendida seja selecionada. Embora tenha completado seu enunciado com “perda do assunto”, talvez estivesse de fato se referindo à perda da memória, que era o tópico discursivo introduzido pelo interlocutor. Depois dessa pausa, entretanto, ele perde o “fio do discurso” (COURTINE, 1981, como vimos no Capítulo 3) e passa a produzir aquilo que Bayles (1995, *apud* NOGUCHI, 1998) chama de “falas vazias”. Como veremos adiante, não se trata propriamente de “falas vazias”, uma vez que o sentido não é dado apenas pelo que é produzido verbalmente, mas é construído na interação dialógica com o outro e dependente da interação entre funções lingüísticas/cognitivas/psíquicas.

Coudry (2007) incorpora em suas análises justamente a questão psíquica, quando afirma que:

um sujeito é afásico quando lhe faltam recursos de produção, sem, no entanto, lhe faltar a função cognitiva/ psíquica de poder traduzir, por meio de processos alternativos de significação, o que quer dizer. Faz isso por meio de palavras que não são ditas, palavras ditas, segmentos de palavras, não-palavras e palavras que involuntariamente se apresentam, entremeadas pela presença do corpo, de gestos, percepções, objetos, ações, condições que caracteriza a linguagem em estado de afasia.

Embora a autora esteja se referindo às afasias, o mais importante aqui é considerar a dimensão psíquica dos fenômenos lingüísticos/cognitivos, tanto nas afasias, quanto nas demências.

O dado 6 pode ser considerado “singular” (no sentido atribuído por ABAURRE, 1996), uma vez que parece revelar fenômenos que são tanto da natureza da linguagem, quanto da memória e, ainda, no caso de FPT, o funcionamento psíquico de um sujeito que ainda tenta se manter no jogo da linguagem. Da linguagem, destacamos as dificuldades de seleção - muito semelhantes ao que ocorre nas afasias e que, segundo Luria (1986), não podem ser explicadas apenas como uma questão de memória. Nas palavras do autor, “trata-se menos de insuficiências da memória do que de resultados do excesso de palavras e conceitos que emergem involuntariamente e que dificultam substancialmente o ato da escolha (LURIA, 1986, p. 89)”. O dado permite entrever o trabalho realizado por FPT para preservar seu papel como

sujeito no jogo dialógico. A seguinte passagem de Foucault (1969), acerca da dispersão do sujeito, parece ser apropriada para traduzir as dificuldades de FPT:

O discurso, assim concebido, não é a manifestação, majestosamente desenvolvida, de um sujeito que pensa, que conhece, e que diz: é, ao contrário, um conjunto em que podem ser determinadas a dispersão do sujeito e sua descontinuidade em relação a si mesmo. É um espaço de exterioridade em que se desenvolve uma rede de lugares distintos. (FOUCAULT, 1969, p.62)

Na fase intermediária da doença, sabemos que geralmente os lobos frontais já estão mais comprometidos, e isso explicaria esse problema de monitoramento da linguagem e também de outras funções (atenção, percepção) e, principalmente, da memória.

Embora FPT utilize-se de palavras como “avaliação” (linha10) e “afásica” (linha 12), estas palavras não estão logicamente relacionadas ao fio do discurso, mas certamente com as condições de produção do discurso: ele estava sendo acompanhado terapeuticamente no IEL, no Centro de Convivência de Afásicos. No episódio, aparecem também indícios relatados na literatura, relacionados às fases intermediárias (Capítulo 2), dentre os quais a produção de segmentos parafásicos ou neológicos, como em “apásticos”, para “afásicos”.

Como, nesta pesquisa, optamos por analisar enunciados de sujeitos com DA em fase inicial, parafasias e neologismos são praticamente inexistentes no *corpus* selecionado. Vimos até aqui, que os sujeitos, nos quadros iniciais, geralmente produzem enunciados nos quais o sistema formal da língua está preservado (fonético-fonológico, lexical, gramatical). Já com relação às dimensões semântica, pragmática e discursiva, há alterações que variam de acordo com o tipo de tarefa, com o fato de ser uma situação de teste ou um episódio dialógico, idade do sujeito, tópico discursivo e, sobretudo, de variáveis como letramento⁷⁰.

⁷⁰ Talvez seja o letramento a variável que mais contribua para que se possa compreender porque alguns sujeitos, apesar de estarem mais comprometidos do ponto de vista neurológico (casos comprovados por neuroimagem), se mantenham por mais tempo no jogo dialógico da linguagem. Os neuropsicólogos têm se referido a esse respeito utilizando o termo “reserva cognitiva”. Nesta pesquisa, os sujeitos com maior nível de letramento são AYG, MIP, e FPT.

Os dados 7, 8 e 9 referem-se aos enunciados de AYG, um sujeito com elevado nível de letramento e escolaridade, médico e militar aposentado. Foram selecionados para esta pesquisa dados que ilustram alterações pragmáticas, geralmente, não detectadas nas baterias de testes, como já abordaram os trabalhos de Coudry e Morato (1990), Damasceno (1990), Noguchi (1998) e Beilke & Novaes-Pinto (2007).

O primeiro deles (dado 7) ilustra também uma das características presentes na fala de sujeitos com diagnóstico provável de DA, que contribui para o diagnóstico diferencial de depressão.

DADO 7 – Episódio Dialógico com AYG

“Se é sexta-feira, eu não to sabendo... não, porque aposentado... a gente fica sem saber de nada.”

Turno	Sigla	Transcrição	Observações
01	lhb	E, o senhor acha que sente dificuldade dessa memória recente, que sua esposa fala?	
02	AYG	Eu não tenho dificuldade... eu só vim porque...	Rindo
03	lhb	Por exemplo, quando você pede “pega pra mim”, naquele momento ele já esqueceu, ou não?	lhb se dirige à esposa de AYG
04	Yo	Não, só pode pedir pra ele pega uma coisa, né?	
05	lrn	E por exemplo... Uma coisa que aconteceu semana passada, por exemplo, hoje é...que dia da semana é hoje?	Dirigindo-se à AYG
06	AYG		Faz sinal de não com a cabeça
07	lrn	Mais ou menos, que dia o senhor acha que é?	
08	AYG	Se é sexta-feira, eu não to sabendo não... porque aposentado... a gente fica sem saber de nada.	Rindo
09	lrn	Mas, por exemplo vocês têm visita de domingo? Ou alguma coisa que mude a rotina?	
10	AYG	Não, não tem nada de especial. Domingo a gente vai à missa ou sábado	
11	lrn	Vocês foram à missa no último domingo?	
12	AYG	No sábado.	
13	lrn	O senhor ta falando que foi na missa no sábado, então quantos dias faz?	
14	AYG	Foi sábado. Faz cinco dias.	
15	lrn	Cinco dias?	
16	AYG	É... não tem que fazer.	
17	lhb	Agora é mais ou menos, em torno de que horas pro senhor?	
18	AYG	... agora?	
19	lhb	Que horas são, mais ou menos, agora?	
20	AYG	... onze horas?	Dirigindo-se à esposa
21	lrn	Que horas vocês almoçam, mais ou menos, todo dia?	
22	AYG	Depois do meio dia sempre.	
23	lrn	Quem cozinha na casa do senhor?	
24	AYG		Olha para a esposa

25	lrm	E hoje não vai ter almoço, então?	
26	AYG	Ela compra feito	Rindo

Observamos que AYG menospreza suas dificuldades (linha 02 e 08), ao contrário de sujeitos com depressão, que as supervalorizam (cf. BERTOLUCCI, 2008)⁷¹. Ao mesmo tempo, seus enunciados “Se é sexta-feira, eu não to sabendo não... porque aposentado... a gente fica sem saber de nada” (linha 08) e “é... não tem que fazer” (linha 16) também nos remetem ao que já foi discutido no Capítulo 1, quando tratávamos do papel social dos idosos numa sociedade como a nossa, nas quais pouco a pouco vão perdendo seus espaços nos diversos círculos sociais. A aposentadoria pode ter como uma de suas conseqüências a perda ou afrouxamento das referências temporais (linhas 14), não sendo, portanto, por si só, sinais da doença.

Os enunciados do **dado 8**, a seguir, nos parecem *singulares* (ABAURRE 1996), à medida que revelam possíveis alterações pragmáticas e discursivas do sujeito AYG:

DADO 8 – Episódio Dialógico com AYG
“[...] peraí... será que eu já matei algum antes do tempo?”

Turno	Sigla	Transcrição	Observações
01	lrm	Tem filhos?	
02	AYG	Tenho*, três... Tinha**... tinha cinco...	*Faz sinal de sim com a cabeça **Olha para a esposa que faz cinco com a mão
03	lhb	Qual o nome deles?	
04	AYG	(vou lembrar os nomes..., deixa eu ver...) José Carlos, Mariana, Fernando... Será que eu tô esquecendo de algum?*	*Dirigindo-se a esposa
05	yo		Faz sinal de cinco com as mãos, sorrindo.
06	lhb	O senhor falou três, ou seja, dois... Aconteceu alguma coisa?	

⁷¹ Durante a pesquisa foram constatados outros casos em que os sujeitos menosprezam os sinais iniciais da doença, principalmente as falhas de memória. A filha de MIP, por exemplo, relata: “o pai tinha muita dificuldade de levar ela para se tratar, porque ela achava que não tinha nada... que a gente que tava criando isso”.

07	yo		Faz sinal de seis com as mãos, para lhb
08	AYG	Não!	
09	yo	Eram seis!	
10	lhb	Eram seis, o que aconteceu? São três filhos que o senhor falou agora o nome...	
11	AYG	é... os outros eu não sei...perai... será que eu já matei algum antes do tempo?*	*rindo

Neste episódio, AYG responde a seus interlocutores (lhb e yo) de maneira jocosa, mesmo se tratando de um assunto importante – a constituição de sua família. Não nos surpreendemos tanto pelo fato de AYG ficar em dúvida se tinha três ou cinco filhos (linha 02) ou ainda quando perguntou se teria esquecido de algum, após nomear apenas três deles (linha 04). Esperávamos um esforço, por parte dele, para responder à pergunta de lhb: “Eram seis, o que aconteceu? São três filhos que o senhor falou agora o nome...”. Entretanto, ele nos dá como resposta: “os outros eu não sei... será que eu já matei algum antes do tempo?”. Nos surpreendemos porque era como se estivesse falando de qualquer coisa, não de filhos. Esse estranhamento se deu principalmente em função do contexto de produção desse discurso: era a primeira entrevista com AYG para avaliar suas dificuldades.

Devemos ressaltar que AYG nunca demonstrou interesse nas interações conosco, infringindo um dos princípios conversacionais básicos: o de cooperação. Sempre parecia menosprezar a situação interativa que buscávamos estabelecer. Atribuíamos esse comportamento em parte às características pessoais, mas também ao fato de tentar ocultar suas dificuldades reais (linha 03 e 11).

Embora AYG estivesse no papel de entrevistado ou avaliado, é interessante notar como ele busca preservar sua identidade e manter uma assimetria que provavelmente exerceu (como militar e médico), ao longo da vida. AYG parece não se ver como alguém que deva responder quando perguntado. Também observamos que, com um simples olhar, solicita que sua esposa responda em seu lugar, como se fosse obrigada a lhe tirar daquela situação, para evitar seu constrangimento (linhas 04, 05 e 07).

O dado 9, a seguir, ocorreu durante a mesma entrevista, quando Ihb perguntou a AYG se ele ainda dirigia e que quando soubemos que sua carteira de habilitação estava vencida.

DADO 9 – Episódio Dialógico com AYG
“Porque eu sou coronel...”

Turno	Sigla	Transcrição	Observações
01	Ihb	Então, porque senão vai causar uma dor de cabeça maior, ser parado na pista, o cara vai...	
02	AYG	Posso contar pra ele?	Esfrega a mão no rosto e se dirige a Eayg
03	yo	Pode, pode.	
04	AYG	Porque eu sou coronel... da polícia. Então...	
05	yo	Mas, transgredir uma coisa não é bom, a gente tem que andar de acordo com os conformes.	
06	AYG	Mas, eu não to querendo transgredir, só tô explicando porque eu não me importo.	
07	yo	Mas usar de uma posição não está certo.	
08	AYG	Eu já usei quando?	
09	yo	Eu to falando pra frente. Se tem as regras, vamos usar as regras, porque é o certo.	

Observamos que o papel da esposa (yo) passa a ser também de “cúmplice”, quando ele lhe pergunta se pode contar ou não porque ele estava dirigindo com a carteira de habilitação vencida. Apesar de o tempo todo yo afirmar que não é correto se utilizar da posição de coronel como justificativa para não renovar a carteira, o *não-dito*, as expressões faciais e a entonação utilizadas podem ser interpretadas no sentido contrário. É como se a diferença entre os dois fosse que yo “saiba” o que pode e o que não pode/deve ser dito em uma situação como esta.

AYG parece infringir as máximas conversacionais postuladas por Grice (1975) – Quantidade, Qualidade, Relevância e Modo⁷² - e, sobretudo, o princípio de Cooperação, o qual rege todas as máximas. Suas respostas são sempre lacônicas, “debochadas” e isso nos faz questionar se são características de sua personalidade ou se, de fato, essas características já estão sublinhadas pela doença. Relembramos aqui a afirmação de Foucault

⁷² As máximas de Grice são quatro: a de *Quantidade* (faça com que sua contribuição seja tão informativa quanto necessário); *Qualidade* (não diga o que você acredita ser falso); *Relevância* e *Modo* (Seja claro, evite ambigüidades, seja breve, seja ordenado). O princípio que rege todas elas é o de cooperação.

(1975, p.24), que parece adequada para explicitar o que o caso de AYG nos revela: “de um lado a doença apaga, abole e de outro lado exalta; a essência da doença não está somente no vazio criado, mas também na plenitude das atividades que vêm preenchê-lo”.

O **dado 10** será o último a ser analisado nesta dissertação e foi escolhido, dentre outras razões, porque acreditamos que ele ilustre bem a influência que têm os diagnósticos para a vida dos sujeitos. Os enunciados de MIP evidenciam algumas de suas dificuldades e nos remetem à questão da subjetividade, abalada pela doença ou, talvez, pelo impacto do diagnóstico, como argumentamos a seguir. O dado transcorre com a participação de *ns*, filha de MIP.

DADO 10 - Episódio Dialógico com MIP

“Deu um Black, aí eu sumi”

Turno	Sigla	Transcrição	Observações
01	lhb	Quantos anos a senhora tem?	
02	MIP	Oitenta.	
03	<i>ns</i>	Nestas perguntas ela sempre se confunde. É sessenta e dois.	
04	MIP	Sessenta e dois?	(questionando a filha)
05	<i>ns</i>	É sessenta e dois, mãe.	
06	MIP	Ta bom, então.	(rindo)
Recorte no dado			
07	lhb	Até que idade a senhora estudou?	
08	MIP		Silêncio
09	lrm	Fez até que série?	
10	<i>ns</i>	Fez primário, ginásio, colégio... Você conheceu o pai no colégio, depois você fez faculdade. Fez faculdade do quê mãe?	
11	MIP	((silêncio)) junto com seu pai.	
12	<i>ns</i>	Não. Você fez faculdade de que curso?	
13	MIP		((silêncio))
14	<i>ns</i>	O pai fez arquitetura. E você?	
15	MIP		((silêncio)) risos
16	<i>ns</i>	Matemática. E, depois o que você fez com a matemática?	
17	MIP	Parei!	
18	<i>ns</i>	Não! Ela deu aula 25 anos. Professora universitária da (...). Ela se aposentou lá, aí começou a dar esses brancos, por isso ela se aposentou. Na aula, de repente ela parava, ela não sabia onde tava, ela colocava um exercício na lousa... vinte anos que ela dava o mesmo exercício, de repente não sabia mais resolver... aí, todo mundo achou que era depressão.	(...) cita o nome da Universidade onde MIP deu aulas
19	lrm	A senhora lembra dessa época? A senhora começou a ter dificuldade... Lembra disso?	
20	MIP		faz sinal que “sim”

			com a cabeça
21	lhb	Que sentimento que a senhora tinha? O que acontecia?	
22	MIP	Olha... eu tava saindo da escola, a Silvia tava comigo...	
23	ns	A Silvia dava aula com ela.	
24	MIP	e...ai deu um (gesto com os braços)... deu um "black"...ai eu sumi!	
25	lhb	Como assim?	
26	MIP	Num...num...num via mais nada.	
27	lhb	Olha... eu tava saindo da escola, a Silvia tava comigo...	
28	ns	Deu um branco?	
29	lhb	É, um branco.	
30	ns	Não entendia o que estava acontecendo?	
31	MIP		faz sinal de "não" com a cabeça
32	lhb	nunca teve AVC, epilepsia, nada?	
33	ns	Não. Então, foi por causa desse branco que deu pra ela na faculdade, que ela parou de trabalhar.	
34	lhb	Conseguiu vir embora sozinha naquele dia?	
35	ns	Conseguiu, depois voltou tudo ao normal... foi uma coisa rápida, momentânea... ela entrou em desespero, chamou uma professora, a Silvia, para ajudar a terminar a aula e depois disso ela falou "não quero mais dar aulas".	
36	MIP	Por causa do Alzheimer	depois dessa fala, ri
37	lhb	A senhora acha que tem Alzheimer?	
38	MIP		ri e faz sinal que sim com a cabeça
39	lrm	A senhora conhece esta doença?	
40	MIP	Ô!	Risos

Como vimos anteriormente (Capítulo 2), uma das características que pode ser revelada nos episódios dialógicos e contribuir para o diagnóstico diferencial entre DA e depressão é o fato de o sujeito menosprezar suas dificuldades⁷³. Isso ocorre com MIP, como foi observado em um enunciado da filha, em episódio não incluído nesta dissertação (transcrito na nota 71): "o pai tinha muita dificuldade de levar ela para se tratar, *porque ela achava que não tinha nada*; que a gente que tava criando isso". Este sinal (sintoma), aliado aos resultados dos testes metalingüísticos (ver tabelas 7 a 10)⁷⁴ indicam falhas de memória, desorientação temporal, dificuldades com nomeação, etc.

⁷³ Esta discussão foi feita, principalmente, na análise do dado 8. A nota 74 se refere a MIP, sujeito do dado 10, aqui apresentado.

⁷⁴ Resultados de MIP nos testes: MEEM (26), TFV (10), TNB (39), Semelhanças CAMCOG (4/8). Embora consideremos o seu resultado no MEEM muito bom, os parâmetros de aplicação do instrumento demandam que um sujeito com mais de onze anos de escolarização acerte 100% das questões do teste.

corroborando um diagnóstico de *provável* DA. Muitos desses *sinais* também estão presentes nos enunciados de MIP, nas situações dialógicas.

Como exemplo de desorientação temporal, podemos citar as dificuldades de MIP com as coordenadas temporais. Ihb pergunta a ela sobre sua idade e ela diz: “oitenta anos”. Sua filha a corrige, dizendo “sessenta e dois”. MIP demonstra um estranhamento: “Sessenta e dois?”. A filha confirma e ela diz: “tá bom, então”.

Chamamos a atenção aqui para alguns detalhes do caso de MIP. Dentre todos os sujeitos avaliados, ela é a mais nova e também não apresenta dificuldades com o sistema da língua (não produz parafasias, não tem dificuldades com a seleção de palavras) e nem produz circunlóquios ou digressões.

De acordo com a literatura, portanto, estaria numa fase inicial da DA. Entretanto, a literatura também afirma que “o diagnóstico depende substancialmente das análises sindrômicas, considerando-se o seu curso temporal, aliado às informações como *etiologia* e *demografia*” (CYTOWIC, 1996). O DSM IV, no seu item C, prevê como condição necessária para o diagnóstico que seu curso seja caracterizado “pelo início gradual e declínio cognitivo progressivo”. É justamente com relação a isso que destacamos nossa incerteza com relação ao diagnóstico de MIP. Entre o momento da entrevista (em janeiro de 2008) e a época em que as primeiras queixas foram manifestadas passaram-se, pelo menos, cinco anos. Este período teria sido suficientemente longo para que ela tivesse piorado sensivelmente, mesmo considerando-se que estava medicada.

Essa reflexão, portanto, nos leva de volta às questões discutidas no capítulo 2, a respeito dos sinais e da própria síndrome da DA. O afrouxamento dos critérios faz com que se inclua cada vez mais sujeitos com dificuldades como as de MIP no grupo da DA. Isso explicaria também o aumento da incidência de DA na população, que chega a 7,1%, de acordo com Herrera *et al.* (1998) para sujeitos acima de 65 anos de idade.

Mesmo considerando-se a hipótese de que MIP não tenha DA, tanto ela quanto a filha parecem já ter assimilado o diagnóstico, como vemos nos enunciados que reproduzimos novamente a seguir, dos quais destacamos, principalmente, as linhas 36, 38 e 40:

Turno	Sigla	Transcrição	Observações
32	lhb	nunca teve AVC, epilepsia, nada?	
33	ns	Não. Então, foi por causa desse branco que deu pra ela na faculdade, que ela parou de trabalhar.	
34	lhb	Conseguiu vir embora sozinha naquele dia?	
35	ns	Conseguiu, depois voltou tudo ao normal... foi uma coisa rápida, momentânea... ela entrou em desespero, chamou uma professora, a Sílvia, para ajudar a terminar a aula e depois disso ela falou “não quero mais dar aulas”.	
36	MIP	Por causa do Alzheimer	depois dessa fala, ri
37	lhb	A senhora acha que tem Alzheimer?	
38	MIP		ri e faz sinal que sim com a cabeça
39	lrn	A senhora conhece esta doença?	
40	MIP	Ó!	Risos

O nome da doença acaba servindo como uma espécie de *âncora* (é *por causa do Alzheimer*) para o paciente e sua família (Sacks, 1997) e alivia a ansiedade gerada pela ignorância do desconhecido (Porter, 1995). Isso fica evidente nos últimos enunciados de MIP (linhas 38 e 40).

lhb lhe pergunta se nunca tinha tido AVC ou crises de epilepsia (linha 32), de alguma forma já questionando se os sinais apresentados seriam mesmo de DA. Isso se deve, principalmente, aos relatos da própria MIP e de sua filha sobre o que consideravam ser o início do quadro: quando MIP passou mal durante uma aula e teve uma crise de ausência (linhas 18 a 24). Observa-se, ainda, que após este mal estar súbito, há o relato de que ela teria “voltado ao normal”.

Cabe, ainda, ressaltar que os primeiros sinais, além do esquecimento, segundo a filha, dizem respeito ao estranhamento quanto às suas narrativas. Segundo *ns*, ela começou a “misturar histórias” (linha 8): “Então... é que ela começou a confundir situações e a esquecer coisas”. (...) “Misturar uma história com outra e criar uma terceira” (linha 10).

No dado, a principal narradora da história de MIP é a filha. É ela quem conta que curso a mãe fez na faculdade, que deu aulas durante vinte e cinco anos, que se sentiu mal enquanto estava trabalhando e alguém a ajudou. MIP responde que se lembra do aconteceu e só a partir daí passa ela mesma a narrar. Primeiramente acena com a cabeça, afirmando que se lembrava e logo

em seguida completa: “Olha... eu tava saindo da escola, a Silvia tava comigo...” (linha 22) e... ai deu um... deu um *black*... aí eu sumi! (linha 24)⁷⁵.

O enunciado de MIP “deu um black e aí eu sumi” se configura para nós também como um dado singular, primeiramente porque se trata de uma narrativa, do ponto de vista do sujeito sobre o que lhe sucedeu. Nos faz lembrar do enunciado de Auguste D. - famoso caso do Dr. Alzheimer (*apud* HARDY, 2006) que sintetizou como se sentia após ter sido acometida pela doença, dizendo: “Eu me perdi de mim mesma”. Ambos os enunciados nos levam a refletir sobre uma das principais características das demências: o impacto da doença ou de seu diagnóstico sobre a subjetividade.

Vale ressaltar, ainda, que apesar de seus enunciados serem bastante reduzidos, MIP conserva algumas das características do gênero narrativo (Labov, 1967, *apud* PERRONI, 1992), como o verbo no passado (linhas 14, 16, 18), a presença de marcadores de encadeamento do discurso (linha 16), a presença do fato inédito (linhas 14, 16 e 18), que se refere ao momento em que ela teve um “branco” (apesar de ter dito *black*, talvez com o significado de “black out”). Assim como no **dado 1** (de AC), portanto, vemos que o fato de reconstruir conjuntamente a narrativa possibilitou que MIP recordasse alguns eventos passados.

Muito ainda se poderia dizer a respeito de cada um dos dados que foram acima apresentados. Não se pode afirmar que as análises feitas neste capítulo sejam exaustivas ou, mesmo, conclusivas. Buscamos ressaltar como as análises microgenéticas de episódios dialógicos revelam (ou não) indícios da DA e salientando que, na maioria das vezes, não são os enunciados dos sujeitos que são vazios de sentido, mas os números que estão contidos nas tabelas e que tem a pretensão de significar.

Nas **considerações finais**, a seguir, buscamos sintetizar de que forma a reflexão apresentada até aqui contribui para as questões de avaliação e de acompanhamento terapêutico de sujeitos com diagnóstico provável de DA.

⁷⁵ O Prof. Dr. Lourenço Chacon, por ocasião da defesa desta dissertação, chamou a atenção para o fato que *branco* e *black* apresentam também similaridades fonológicas que podem explicar a substituição de um por outro.

Capítulo 5

Considerações Finais

Considerações Finais

“Eu me perdi de mim mesma”
(Auguste D – primeira paciente avaliada pelo Dr. Alzheimer, 1902)

“Deu um black e eu sumi”
(MIP – avaliada no CCA, 2008)

O aumento dos estudos relacionados à Demência de Alzheimer não se deve apenas à incidência estatística e à necessidade de intervir no seu curso, propiciando uma melhor qualidade de vida aos sujeitos, mas também porque a descrição e a compreensão de seus *sinais* ou sintomas ajudam a entender o funcionamento do cérebro e suas funções, das quais destacamos a memória e a linguagem, por sua vez um dos campos de interesse da Neurolingüística.

Nosso objetivo principal, neste trabalho, era o de refletir sobre questões concernentes à avaliação de linguagem na DA, contrapondo aspectos teóricos e metodológicos das abordagens tradicionais aos da Neurolingüística enunciativo-discursiva, ressaltando que os resultados quantitativos e estatísticos, que se pretendem objetivos e científicos, muitas vezes são *vazios de significado*.

Ao eleger os episódios dialógicos como *lócus* de avaliação da linguagem, analisando minúcias indiciais que revelam enunciados singulares, argumentamos que é possível descrever tanto as alterações no sistema formal da língua (parafasias fonético-fonológicas, lexicais, anacolutos), quanto aspectos discursivos que possam estar comprometidos, gerando circunlóquios, digressões ou infringindo regras pragmáticas que regem a conversação.

No diálogo, que Bakhtin caracteriza como forma básica da interação verbal, é possível avaliar todos os sinais que são relevantes para o diagnóstico da DA: problemas com as coordenadas temporais e espaciais, agnosias, dificuldade na solução de problemas, déficit de atenção, perda do fio do discurso, menosprezo pelas dificuldades com a memória, considerando ainda variáveis que são descartadas nos estudos tradicionais e que têm a ver com a subjetividade: como o sujeito lida com as dificuldades, o nível de letramento, o seu papel social como idoso de uma determinada comunidade etc.

Para que essas evidências pudessem emergir nas análises, refletimos sobre a relação entre o normal e o patológico e sobre os processos biológicos e sociais do envelhecimento (Capítulo 1); sobre a história da evolução dos estudos sobre a Demência de Alzheimer e o afrouxamento dos critérios para a inclusão dos sujeitos, relacionado ao que vimos chamando na área de Neurolingüística enunciativo-discursiva como uma *epidemia de diagnósticos*, que caracteriza a área médica atualmente (Capítulo 2). Para essas reflexões presentes nos dois primeiros capítulos, elegemos como referências fundamentais autores como Canguilhem, Foucault, Sacks, Luria, Bosi, Netto e Cytowic.

Discutimos também a terminologia tradicionalmente utilizada para dar conta dos múltiplos aspectos de funções complexas como a memória e a linguagem e a semiologia vigente para se referir ao comprometimento dessas funções na DA, bem como a descrição das fases da doença (Capítulo 3).

Com relação à linguagem, ancoramos nossa discussão nas reflexões da Neurolingüística enunciativo-discursiva, com destaque para os trabalhos de Coudry, Coudry & Possenti e Novaes-Pinto. Com relação à memória, sobretudo, nos respaldamos nos estudos de Vygotsky, Smolka, Cruz e Mármora e em trabalhos de autores da Análise do Discurso, com ênfase para Courtine e Maingueneau.

Assim como a linguagem não é um dado ou resultado (Franchi, 1992), a memória também não é. Não se trata de um depósito de informações, de registros de impressões. Para que memórias sejam formadas e, posteriormente, “resgatadas”, é preciso que se construam *sentidos*.

Discutimos a diferença entre conceber a memória “de trabalho” e a memória “como trabalho”, assim como concebemos a linguagem, como *atividade* e como *trabalho*, visto que os sujeitos operam sobre os recursos da língua, selecionando aqueles que são necessários para realizar seu *querer-dizer* – como afirma Bakhtin – outro autor que tem um papel fundamental para esta dissertação, pelo valor que dá às interações verbais. A interação verbal, em suas palavras, é a solução dialética para o dilema entre as teorias formais, que focam as análises na língua, e as teorias que vêem o sujeito como fonte ou origem dos enunciados. Sua teoria sobre a polifonia está em consonância com o conceito de memória discursiva, postulado por Courtine, e dá conta do que a

literatura neuropsicológica tradicional chama de *memória episódica* e de *memória semântica* – uma dissociação da memória declarativa, feita na literatura tradicional, que não se sustenta empiricamente, já que as palavras ou orações não existem a não ser nos enunciados reais, como afirma Bakhtin.

As reflexões de Courtine (1981) são fundamentais para compreender os discursos nas demências e a recepção desses discursos numa sociedade logocêntrica como a nossa. As condições de produção são circunstâncias nas quais os “sujeitos do discurso” interagem e passam a constituir a fonte das relações discursivas.

Longe de encerrar todas as controvérsias discutidas ao longo desta dissertação, na tentativa de dissolver as dicotomias entre normal e patológico, cérebro e mente, metodologias biologizantes e metodologias histórico-culturais, acreditamos que esta dissertação não seja um ponto de chegada, mas um *porto de passagem* – emprestando a expressão utilizada por Geraldi (1991)⁷⁶, - visto que ainda há muito para se fazer na área, não só relativamente à avaliação mas, principalmente, com relação aos acompanhamentos terapêuticos.

Normalmente os sujeitos com doença Alzheimer nem chegam a ser encaminhados para fonoaudiologia, dentre outras terapias, a não ser quando precisam de cuidados envolvendo problemas respiratórios, motores e alimentares (disfagia). Isso decorre de um determinismo quanto às possibilidades reais frente à evolução da doença e porque geralmente segue-se um único paradigma para todos os sujeitos, prevendo a duração de cada fase e dando sempre o mesmo prognóstico.

Terminamos esta dissertação com as palavras de MC⁷⁷, que ilustram o papel do que chamamos de interlocutor qualificado, quando esclarece o papel de sua esposa: “Olha, eu acho que tem coisa que eu lembro e tem coisa que ela lembra pra mim”. Ela o auxilia na (re)construção dos sentidos e isso faz com que ele se lembre.

⁷⁶ Portos de Passagem (1991) é o título do livro de João Wanderley Geraldi, que resultou de sua tese de doutorado (1988)

⁷⁷ Os dados de MC não fizeram parte desta dissertação por não se tratar de um caso de DA. MC apresenta dificuldades de memória em decorrência de uma cirurgia de cerebelo para extração de um tumor, que surgiu em decorrência de uma rara doença auto-imune. MC é do sexo masculino, casado, médico aposentando com 59 anos na época da sua avaliação. O enunciado foi produzido quando o sujeito foi questionado se lembrava de detalhes dos filmes que assistiam no cinema.

Por todas as considerações feitas aqui, o enfoque da pesquisa não esteve na doença, mas nos sujeitos, em suas possibilidades e limites. A experiência que tivemos com os sujeitos desta pesquisa, alguns ao longo de anos (aproximadamente de três a quatro anos) tem revelado que muito se pode fazer para retardar o impacto da doença. Sujeitos que têm a sorte e a possibilidade de contarem com *interlocutores qualificados* (profissionais da saúde, familiares, acompanhantes e amigos de seus círculos sociais) continuam lutando para se manterem como sujeitos no jogo da linguagem e, conseqüentemente, da vida.



Referências Bibliográficas



Referências Bibliográficas

- ABAURRE, M.B.M. *Os estudos lingüísticos e a aquisição da escrita*. Em: Castro, M. F. P. (org.), **O Método e o Dado no Estudo da Linguagem**. Campinas: Editora da Unicamp. p. 111-163.1996
- ALCKMIM, T. Variação lingüística. *In*: MUSSALIM, F.; BENTES, A. **Introdução a lingüística: domínios e fronteiras**. Cortez, SP, 2001. p.40-41
- ALZHEIMER, A. **Über einen eigenartige Erkrankung der Hirnrinde**. **Allgemeine zeitschrift für psychiatrie und psychiatrisch-gerichtliche medizien**. Vol.64, p.146–148. 1907.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistic manual of mental health disorder**. Washington: American Psychiatric Press Inc, 1952.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistic manual of mental health disorder**. 2th edition. Washington: American Psychiatric Press Inc, 1968.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistic manual of mental health disorder**. 3th edition. Washington: American Psychiatric Press Inc, 1980.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistic manual of mental health disorder**. 4th edition. Washington: American Psychiatric Press Inc, 1994.
- APPELL, J.; KERTESZ, A.; FISMAN, M. A study of language functioning in Alzheimer's patient. *In*: **Brain and Language**, vol.17, p.73-91 1982.
- ARISTÓTELES. **Memória da reminiscência**. 1986.
- AU R., JOUNG P., NICHOLAS M., OBLER L., KASS R., ALBERT M. Naming ability across the adult lifespan. *In*: **Aging and Cognition**. 1995; 2: 300-311.
- BADDELEY, A. **Your memory – A user's guide – new illustrated** Ed: Firefly Books. 4^o.ed. 2004.
- BALTHAZAR, M. L. F. Organização cerebral da memória léxico-semântica: aspectos neuropsicológicos, de neuroimagem estrutural e modelo de organização cerebral. *In*: **Tese de Doutorado**, FCM/UNICAMP. 2008.
- BAKHTIN, M. **Estética da criação verbal**. 2. Ed. Trad. do francês de Maria Ermantina Galvão G. Pereira. São Paulo: Martins Fontes. 1929/1997.
- BAYLES K.A. Language function in senile dementia. *In*: **Brain and Language**. 1982. p. 265-280.
- BAYLES K.A.; KASNIAK, A. M. **Communication and cognition in normal aging and dementia**. Londres: Tylor and Francis. 1987.
- BAYLES, K.; TAMOEDA, C.K. Confrontation naming impairment in Dementia. *In*: **Brain and Language**, 19:98-114,1983
- BEILKE, H.M.B. **A narrativa na demência de Alzheimer: reorganização da linguagem e das memórias por meio de práticas dialógicas**. *In*: Simpósio: Neurolingüística: linguagem nas afasias e demências – 57^o. Seminários do GEL. Ribeirão Preto/SP 2009.

- BEILKE, H.M.B. Considerações sobre a relação *Linguagem-Memória*, à luz da análise lingüística dos enunciados de sujeitos com diagnóstico de demência de Alzheimer. *In: LÍNGUA, LITERATURA E ENSINO* – Maio/2007 – Vol. II.
- BEILKE, H.M.B.; NOVAES-PINTO, R.C. **On the relation Language-Memory: considerations based on the linguistic analysis of data of patients with the diagnosis of Alzheimer's Dementia.** In: II Composium Internacional da IALP (International Association of Logopedics and Phoniatics). Anais do II Composium Internacional da IALP. SP. 2007.
- BEILKE, H.M.B.; CANINEU, P.; NOVAES-PINTO, R. Re-significando o Papel da Fluência Verbal nas Avaliações da Doença de Alzheimer. In: **Anais do IV Congresso Brasileiro de Cérebro, Comportamento e Emoções.** Bento Gonçalves, RS, 2008.
- BOSI, E. **Memória e sociedade: lembranças de velho**, São Paulo, T.A. Queiroz, 1979/1994.
- BURKE, D.; HARROLD, R. Automatic and Effortful Semantic Processes in Old Age: experimental and naturalistic approaches. In: LIGHT, L.L.; BURKE, D.M. (Eds.). **Language, Memory, and Aging.** p.100-116. Cambridge University Press, 1988.
- BLESSED, G., TOMLINSON, B.E., AND ROTH, M. The association between quantitative measures of dementia and of senile change in the cerebral grey matter of elderly subjects. *Br. J. Psychiatry* 114, 797–811. 1968.
- BRAGA, ES. **Memória e Narrativa – da dramática constituição do sujeito social.** Tese de Doutorado. IE/UNICAMP. Campinas, SP. 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. In: **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília: Ministério da Saúde, 2006, nº19.
- BRANDÃO, L.; PARENTE, M.A.M.P. Os estudos da linguagem do idoso neste último século. *In: Estud. interdiscip. envelhec.*, Porto Alegre, v.3, p.37-53, 2001.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** *Rio de Janeiro:* Forense Universitária. 1966/1995.
- CANOAS-ANDRADE, R. Questões Neuropsicológicas e Neurolingüística de uma afasia fluente e progressiva: inferências a partir de um estudo de caso para a clínica fonoaudiológica. *In: Dissertação de Mestrado.* IEL/UNICAMP, 2009.
- CAPLAN, D. **Neurolinguistics and Linguistics Aphasiology.** Cambridge: Cambridge University Press. 1987/1993
- CASTILHO, A.; PRETI, D. **A linguagem falada culta na cidade de São Paulo.** São Paulo: T.A. Queiroz Editor. FAPESP, v.2. 1986.
- COHEN, MM.; LESSELL, S. Neuro-ophthalmology of aging. In: ALBERT, ML. (ed). **Clinical Neurology of Aging.** New York: Oxford University Press. p. 313-44. 1984.
- CONSTANTINIDIS J, RICHARD J. Alzheimer's disease. In Fredericks JAM, editor. **Handbook of clinical neurology**, Vol. 2 (46): Neurobehavioral disorders. Amsterdam: Elsevier Publisher. p.247-282. 1985.

- COUDRY, M.I.H. **O Diário de Narciso**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1986/1988/2001.
- COUDRY, M.I.H.; POSSENTI, S. Avaliar discursos patológicos. In: **Cadernos de Estudos Lingüísticos**. nº5. 1989.
- COUDRY, M.H.; MORATO E.M. **Alterações neurolingüísticas na Demência do tipo Alzheimer**. Congresso Brasileiro de Psiquiatria Biológica, 1990
- COUDRY, M.H. Linguagem e Afasia: uma abordagem discursiva da neurolingüística. In: **Cad. Est. Ling.** (42), 2002.
- CONSTANTINIDIS, J.; RICHARDS, J. Alzheimer's Disease. In: VINKEN, P.J. *et al.* **Handbook of Clinical Neurology**, 46, Ed. Jam Fredericks, 1895.
- COURTINE, J.J. Analyse du discours politique (le discours communiste adressé aux chrétiens). In: **Langages**. 62. Paris: Didier-Larousse, 1981.
- CUMMINGS, J.L.; BENSON, D.F. **Dementia: a clinical approach**. Boston: Butterworths. 1983
- CUMMINGS, J. L.; BENSON, D. F.; HILL, M. A.; READ, S. *Aphasia in dementia of the Alzheimer type*. In: **Neurology**, 29, 315-323. 1985.
- CYTOWIC, R. **The Neurological Side of Neuropsychology**: Bradford Books, 1996.
- CHUÍ, HC. Dementia: A review emphasizing clinicopathologic correlation and brain-behavior relationships. In: **Archives of Neurology**. Vol. 46. p. 806-14. 1989.
- CRUZ, F. M. **Uma perspectiva enunciativa das relações entre linguagem e memória no campo da neurolingüística**. Tese de Mestrado, UNICAMP: Campinas/ S.P. 2004.
- DALI, F.J.S. **Persistência da memória**. Óleo sobre tela 24x33cm. Nova Iorque, The Museum of Modern Art. 1931
- DAMASCENO, B. P. Neuropsicologia da atividade discursiva e seus distúrbios, In: **Cadernos de Estudos Lingüísticos**, 19, Campinas, IEL, UNICAMP, 147-157.1990.
- DAMASCENO, B. P. Envelhecimento cerebral: O problema dos limites entre o normal e o patológico. In: **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, vol.57, no.1, 1999. p.78-83.
- DAMASCENO, B. P. Demência de Alzheimer. Medial Master. In: **Anais de atualização médica**, v. 4, p.39- 44, 2000.
- DAMASIO, A. What a difference a decade makes. *Current Opinion*. In: **Neurology**, n. 20, Iowa: Rapid Science Publishers, 1997, p. 177-178.
- DELARI-JUNIOR, A. **Enunciado como unidade da comunicação verbal**. 2008. In: <http://www.scribd.com/doc/10283268/Sobre-o-enunciado-como-unidade-em-Bakhtin-por-Delari>. Acesso em 03/08/09.
- DURKHEIM, E. **Lições de sociologia: a moral, o direito e o Estado**. São Paulo: T. A. Queiroz; Ed. da USP, 1983.

- FEDOSSE, E. **Processos alternativos de significação de um sujeito afásico**. Tese de Doutorado em Linguística. Instituto de Estudos da Linguagem/UNICAMP, Campinas, SP. 2008.
- FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. "Mini-Mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinicians. In: **Journal of Psychiatric Research**. v. 12, p. 189-98. 1975.
- FORIGO, D. A significação imagética no contexto das baterias de avaliação de afasias e diagnóstico de demências e declínios cognitivos. **Relatório Parcial de Iniciação Científica**, PIBIC/CNPq, 2008.
- FOUCAULT, M. **Doença Mental e Psicologia**. 2a. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1954/1975.
- FOUCAULT, M. **A Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense, 1969/1986/2000.
- FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. S. Paulo: Loyola, 1999.
- FRANCHI, C. **Hipóteses para uma Teoria Funcional da Linguagem**. Tese de Doutorado. UNICAMP. Campinas. SP. 1977.
- FREUD, S. **La afasia**, Buenos Aires: Nueva Visión, 17-48, 1891/1973.
- GENOVA, L. **Para sempre Alice**: Nova Fronteira. 2009
- GOFFMAN, E. **Relations in public**. New York: Penguin, 1971.
- GÓES, M. C. R. de. *A abordagem microgenética na matriz histórico-cultural: Uma perspectiva para o estudo da constituição da subjetividade*. In: **Cadernos Cedes**, ano XX, nº 50, 2000.
- GOLDSTEIN, K. **Language and language disturbances: aphasic symptom complexes and their significance for medicine and theory of language**. NY: Grune & Stratton; 1948. P.1-20
- GOULET P.; SKA, B.; KHAN, H. Is there a decline in picture naming with advancing age? **Journal of Speech and Hearing Research**, 37: 629-44. 1994.
- GRICE, P. **Speech Acts**. New York: Academic Press. 1975. p.41-58
- HARDY, J. A Hundred Years of Alzheimer's Disease Research. In: **Neuron** 52, 3-13, 2006.
- HECAEN, H. Mental symptoms associated with tumors of the frontal lobe. In J. M. Warren & K. Akert (Eds.), **The frontal granular cortex and behavior**. New York: McGraw-Hill.1964.
- HERRERA JUNIOR, E.; CARAMELLI, P.; NITRINI, R. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva, estado de São Paulo, Brasil / Population epidemiologic study of dementia in Catanduva city: state of São Paulo, Brazil. In: *Rev. psiquiatr. clín.* (São Paulo); 25(2):70-3, 1998.
- HIER, D.B.; HAGENLOCKER, K.; SHINDLER, A.G. Language disintegration in dementia: effects of etiology and severity. In: **Brain and Language**, 25,1985.
- IBGE. **Síntese de indicadores sociais – uma análise das condições de vida da população brasileira**. 2007.

IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílio – PNAD. Síntese dos indicadores sociais.** 2008.

INMAN, V. W., PARKINSON, S. R. Differences in Brown–Peterson recall as a function of age and retention interval. In: **Journal of Gerontology**, 38, p.58-64 LET.1983.

ISAACS, B. & KENNIE, A.T. The set test as an aid to the detection of dementia in old people. **Br. J. Psychiatry**, 123, p. 467-470, 1973.

IZQUIERDO, I. **A arte de esquecer.** 1. ed. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, v.1. 140p. 2004.

IZQUIERDO, I. **Memória.** ArtMed, 2002.

JAKOBSON, R. Dois aspectos da linguagem e dois tipos de afasia. In: JAKOBSON, R. **Lingüística e Comunicação:** Cultrix,1954/1981

KAPLAN, E. F., GOODGLASS, H., & WEINTRABU, S. **The Boston Naming Test** (2nd ed.). Philadelphia: Lea and Febiger, 1983.

LABOV, W. **Principles of linguistic change.** Oxford/Cambridge, Blackwell. 1994.

LACERDA, C. B. F. de. **Questões metodológicas e as pesquisas em educação especial.** In: III Congresso Brasileiro Multidisciplinar de Educação Especial, 2002, Londrina. Anais do III Cong. Bras. Multidisciplinar de Educação Especial. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2002.

LEBRUN, Y. **Tratado de afasia.** São Paulo: Panamed Editora, 1983, p. 34-39.

LURIA, A. R. **The Working Brain.** Harmondsworth, England: Penguin. 1973.

LURIA, A. R. **Pensamento e Linguagem: as últimas conferências de Luria.** Porto Alegre: Ed. Artes Médicas. 1976.

LURIA, A. R. **Fundamentos de Neuropsicologia.** São Paulo: EDUSP. 1981

MAINGUENEAU, D. **Termos-chave da análise do discurso:** UFMG. Belo Horizonte, 1998.

MANSUR, L.L.; RADANOVIC, M. Desenvolvimento da linguagem no adulto e no idoso In: **Neurolingüística – Princípios para prática clínica.** São Paulo: Edições Inteligentes, 2004.

MANSUR, L. L.; RADANOVIC, M.; ARAÚJO, G. C.; et. al. Teste de nomeação de Boston: desempenho de uma população de São Paulo. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, Barueri (SP), v. 18, n. 1, p. 13-20, jan-abr, 2006.

MARCHUSCHI, L. A. Apresentação. In: PRETI, D. **A linguagem dos idosos.** São Paulo: Contexto, 1991, p. 9 – 13.

MAURER, K.; VOLK, S.; GERBALDO, H. Auguste D and Alzheimer’s disease. In: **The Lancet**; 349: 1546–49. 2007.

MARMORA, C.H.C. Hipótese funcional para (a)praxia no curso da doença de Alzheimer. Tese de doutorado, IEL/UNICAMP. Campinas, SP. 2005.

MECACCI, L. **Conhecendo o cérebro.** São Paulo: Nobel.1987.

MILLER, B.L.; CHANG,L.; OROPILLA, G.; MENA, I. Alzheimer’s disease and frontal lobe dementias. In: COFFEY, C.E.; CUMMINGS, S.L. **Textbook of**

- geriatric neuropsychiatry**. 1st edition. Washington: American Psychiatric Press Inc, 1994. p. 398- 404.
- MOREIRA, F.W.S.. Concepções de normalidade e patologia em educação especial. In: **ESPAÇO**, Rio de Janeiro: n. 18/19, p. 21-27, dez./jul., 2002.
- MCGLONE, J.S.; GUPTA, D.; HUMPHREY, S.; OPPENHEIMER, T.; Screening for early dementia using memory complaints from patients and relatives. In: **Arch. Neurol.** 47: 1189-1193.1990.
- NETTO, M. P. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**, São Paulo: Ed. Atheneu, 1996.
- NITRINI, R.; CAMELLI, P.; BOTTINO, C.M.C.; DAMASCENO, B.P. *et. al.* **Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil - Avaliação cognitiva e funcional.** In: **Arq Neuropsiquiatria**. 2005.
- NICHOLAS, M., OBLER, L., ALBERT, M. AND HELM-ESTABROOKS, N. Empty speech in Alzheimer's disease and fluent aphasia. In: **Journal of Speech and Hearing Research**, 28, 405-10.1985.
- NOGUCHI, M.S. **A Linguagem na doença de Alzheimer: Considerações sobre um modelo de funcionamento Lingüístico**. Dissertação de mestrado. UNICAMP. 1998.
- NOVAES-PINTO, R.C. **A contribuição do estudo discursivo para uma análise crítica das categorias clínicas**. Tese de Doutorado. IEL/Unicamp. 1999.
- NOVAES-PINTO, R.C; BEILKE, H.M.B. Avaliação da Linguagem na Demência de Alzheimer. In: **Estudos da Língua(gem) - Estudos em Neurolingüística**, volume 6, número 2, ISSN:1808-1355, 2009.
- OBLER L. Language through the life-span. In: Berko-Gleason (ed.) **The development of language**. E. Ohio: Merril Publishing Company, Howell Company, 2001, pp.455-488.
- OLIVEIRA, M.G.M.; BUENO, O.F.A. **Neuropsicologia da memória humana**. *Psicol. USP*, 1993, vol.4, n.1-2, p.117-138. ISSN 1678-5177.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.
- OVERMAN, C.A.; GEOFFREY, V.C. Alzheimer's Disease And Other Dementias:. MUELLER, H.G. & GEOFFREY, V.C. In: **Communication Disorders**. In Aging. Gallaudet University Press, Washington D.C.1987.
- PARKIN, A.J.; WALTER, B.M. Aging, short-term memory, and frontal dysfunction . *Psychobiology*. 19(2) :175-179.1991
- PERRONI, M.C. (1995). O que é dado em aquisição da linguagem?. In CASTRO, M. F. (Org.): **O Método e o Dado no Estudo da Linguagem**. Campinas: Editora da Unicamp, p. 55 – 86, 1995.
- PÊCHEUX, M. Análise Automática do discurso. In: F. Gadet e t. Hak (orgs.) **Por uma análise automática do discurso. Uma introdução à obra de Michel Pêcheux**. Campinas: Ed. Unicamp, 1975.

- Peterson, L. R., e Peterson, M. J. Short-term retention of individual itens. In: **Journal of Experimental Psychology**, 58, 193-198. 1959.
- PORTER, R. "Expressando sua enfermidade": a linguagem da doença na Inglaterra georgiana. In: BURKE, P.; PORTER, R. **Linguagem, indivíduo e sociedade: história social da linguagem**. São Paulo: Ed. Unesp, 1993.
- PRETI, D. **A linguagem dos idosos**. São Paulo: Contexto, 1991.
- RODRIGUES, C. A dissolução da linguagem na demência do tipo Alzheimer. In: RODRIGUES, C.; TOMITCH, L.M.B. *et al.* **Linguagem e Cérebro Humano**. Ed: Artmed. 2003.
- SACKS, O. **Um antropólogo em Marte**. Ed. Companhia das Letras. 1995.
- SACKS, O. **O homem que confundiu sua mulher com um chapéu**. Ed. Companhia das Letras. 1997/2000.
- SANTAELLA, M. L.; NÖTH, W. **A imagem. Cognição, semiótica, mídia**. São Paulo: Iluminuras, 1997.
- SCARPA, E.M. Sobre o Sujeito Fluente. In: **Cadernos de Estudos Lingüísticos**, Campinas, (29), p.163-184. 1995.
- SMALL, G.W.; SILVERMAN D.H.S.; SIDDARTH P. *et al.* Effects of a 14-day healthy longevity lifestyle program on cognition and brain function. **The American journal of geriatric psychiatry**. 2006; 14(6): 538-45.
- SMOLKA, A L. Esboço de uma perspectiva teórico-metodológica no estudo dos processos de construção de conhecimento. In: Smolka, A. L. B. e Góes, M. C. R (orgs.), *A significação nos espaços educacionais*. Campinas, editora Papyrus. 2000.
- SWIHART, A. A., & PIROZZOLO, F. J. (1988). The neuropsychology of aging and dementia: Clinical issues. In: H. A. Whitaker (Ed.), **Neuropsychological studies of nonfocal brain damage** (pp. 1-60). New York: Springer-Verlag.
- TULVING, E. Introduction: Multiple memory systems and consciousness. **Human Neurobiology**. 6, 67-80. 1987.
- VENDRYÈS, P. *Vie et Probabilité*. Albin Michel, Paris. 1942.
- VERHAEGHEN, P. The effects of age-related slowing and working memory on asymptotic recognition performance. In: **Aging, Neuropsychology, and Cognition**, 6,201-213 CS; RS. 1999.
- VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente**. SP, Martins Fontes, 1987.
- VYGOTSKY, L. S. **Pensamento e linguagem**. São Paulo: Martins Fontes,1991.
- VYGOTSKY, L. S. **Teoria e método em psicologia**. Trad. Claudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes, 1996.