

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO - PUC-SP

Mariana Elza Tomaselli Emendabili

Um estudo de perspectivas teórico-clínicas nas demências: sobre a
relação linguagem, memória e sujeito

MESTRADO EM LINGÜÍSTICA APLICADA E ESTUDOS DA
LINGUAGEM

SÃO PAULO

2010

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO - PUC-SP

Mariana Elza Tomaselli Emendabili

Um estudo de perspectivas teórico-clínicas nas demências: sobre a
relação linguagem, memória e sujeito

MESTRADO EM LINGÜÍSTICA APLICADA E ESTUDOS DA
LINGUAGEM

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem sob a orientação da Profa. Dra. Maria Francisca Lier-DeVitto.

SÃO PAULO

2010

Comissão Julgadora

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação por processos de fotocopiadoras ou eletrônicos.

Assinatura: _____

Local: _____

Dedico esta dissertação ao meu avô Francisco, que já foi embora. E ao meu avô Tomás, que lentamente está partindo, mas já deixa saudades.

AGRADECIMENTOS

À Dra. Maria Francisca Lier-DeVitto, pela orientação dedicada e generosa. Por me ajudar a enfrentar momentos difíceis tanto na pesquisa, quanto na vida pessoal. Pela forma encantadora de conduzir o Grupo de Pesquisa.

À Dra. Rosana Landi, pela leitura atenta e sugestões para este trabalho. Por ter me acolhido no início desta escolha e por estar sempre disponível para discussões. Por ser, de fato, Mestre. Uma professora muito querida na minha formação.

À Dra. Luciana Carnevale, pela leitura deste trabalho. É um prazer reencontrá-la no meu percurso.

À Dra. Suzana Carielo da Fonseca, pela competência nas pontuações precisas na banca de qualificação. Pela forma fascinante de fazer a Clínica com afásicos e por ter permitido a minha entrada em seus projetos. Agradeço com muito carinho.

À Dr. Sônia Araújo, pela leitura desta dissertação e por participar deste momento importante para mim.

À Dra. Lucia Arantes, professora competente e querida que iluminou a minha trajetória na Clínica. É uma honra ter sido sua aluna.

À Dra. Lourdes Andrade, pela sua leitura fundamental da Clínica de Linguagem. Por ser muito especial na minha formação.

À Dra. Roseli Vasconcellos e Dra. Viviane Orlandi, professoras e companheiras da Clínica de Linguagem.

À Fernanda Fudissauku, colega, amiga e prima. Por todas as discussões sobre a Clínica de Linguagem e sobre a vida. Uma companhia essencial na minha formação e na batalha profissional.

À Evelin Tesser, pela confiança no seu encaminhamento e pela amizade.

Às antigas amigas do Grupo de Pesquisa, Melissa Catrini, Evelin Tesser, Fernanda Fudissauku, Tatiana Dudas, Juliana Marcolino, Caroline Lopes, Anna Eliza Fongaro, Milena Marchiori, pelas discussões e amizade.

Às novas amigas do Grupo de Pesquisa, Silvana, Sonia, Vera, Maria da Glória, Paula, Fabiana, Samar, pelas discussões futuras.

Aos meus pais, Flavio e Ana Luiza, por sempre me passarem segurança e terem acreditado e investido em mim. Obrigada pelo carinho, obrigada por tudo.

À minha querida irmã Fabiana, por estar sempre ao meu lado. Pela eterna amizade e incentivo.

À Giovanna, por me ajudar a “descontrair” em momentos tensos.

À Marcela, pela companhia, carinho e amizade. Pela sincera compreensão e paciência.

Aos meus queridos avós, Mimi e Tomás, por me permitirem enfrentar parte da minha questão com um outro olhar.

À minha segunda família: Ana Silvia, Lele, Filipo e Levi, por terem me acolhido e me dado suporte na realização deste trabalho.

Aos meus familiares queridos: Dado, Giulia, Nama, Elaine e Pietro. Obrigada pela força e carinho.

À Elaine, pela dedicação e amizade.

À Tathiane Paris, amiga querida e companheira de tempos de fonoaudióloga e de TCC. Foi com ela que meu empenho como pesquisadora ganhou força.

À Tu, amiga antiga e interessada pela minha pesquisa. Obrigada por me acompanhar neste empenho.

À Carol, Rê, Mé, Aninha, Quel e Biazinha, pela amizade antiga e pelo incentivo!

À Izabel, Carlos e Tiago, por terem me acolhido.

Às fonoaudiólogas, Déia H., Deinha, Paulinha, Drica, Dani, Fê, Mari e Dri, pela força e por me ajudarem, mesmo que sem intenção, a pensar questões clínicas e institucionais.

Ao João e Graça, pelo apoio e interesse neste meu processo.

À DERDIC, por ser o lugar que me formou e me iniciou como clínica. Agradeço por permitir esta pesquisa.

Ao CNPq, pelo apoio financeiro que viabilizou esta pesquisa.

RESUMO

A perda de memória é o primeiro e mais importante sinal do aparecimento de quadros de demência. É recorrente, na literatura médica e fonoaudiológica, noção de linguagem como comportamento e/ou como veículo de representação internas (cognitivas). Nas demências, as falas, embora corretas do ponto de vista gramatical, são “falas vazias” (Landi, 2007), ou seja são falas sem sentido, alheias ao contexto interacional/social imediato. São “falas desmemoriadas”, sem passado. A causa da instalação desses quadros é remetida a um processo longo e lento de degeneração cerebral, cujo efeito maior, como disse, é a *perda de memória* que, na linguagem, se manifesta como sendo *uma fala sem sujeito*. Esta dissertação parte de uma teorização sobre a linguagem que toma distância da acima mencionada. Nela, há reconhecimento da autonomia das “leis de referência interna da linguagem” (Saussure, 1916). A linguagem não fica reduzida e submetida a outros domínios (orgânico e cognitivo/social). Nesse sentido, aproximo-me de pesquisadores do Grupo de pesquisa CNPq, liderada por Maria Francisca Lier-DeVitto e Lúcia Arantes, no LAEL e na DERDIC da PUCSP. Esta vertente teórica abre uma nova perspectiva para se pensar a relação linguagem – memória. Abre, também, a possibilidade de outro olhar para uma clínica que acolhe o sujeito com demência.

Palavras-chave: Linguagem, memória, demência.

ABSTRACT

Memory loss is the first and main signal of dementia diseases. The symptomatic speech manifestations are referred to in the medical e speech pathology and therapy as “empty speech” since although grammatically correct, speech does not convey meaning. It is said that words loose external reference. Language in such a view is nothing but behavior and vehicle of internalized concepts and information. Such a perplexing scenario is understood as caused by a neurological damage linked to a long and slow process of cerebral degeneration. The common organic-cognitive discursive trend, adopted and followed by different the two areas mentioned above, can be interpreted as a result of a steady and uniform conception of language as nomenclature (as a list of words and terms ready to represent concepts and to designate objects of the physical word). In this study not only representative essays and theoretical discussion in the areas of Medicine and Speech Therapy are examined, but also some in the field of Psychoanalysis and of Language Clinic. I depart from and try to sustain the point of view that language cannot be reduced a nomenclature. It is argued, after Saussure (1916) that language is a symbolic functioning. This study tries to shed light on the original clinical trend proposed to treat persons affected by dementia as a result of the theoretical approach adopted by researchers from the LAEL and CNPq Reseach Group: *Language acquisition, language pathology and language clinic*, that is supervised by Maria Francisca Lier-DeVitto and Lúcia Arantes at LAEL-PUCSPI as well as at DERDIC-PUCSP (Divisão de Educação e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação).

Keywords: Language, memory, dementia.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO 1 MEDICINA E ENVELHECIMENTO	13
1.1 A questão diagnóstica: envelhecimento normal; Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) e Declínio da Memória na Demência do Tipo Alzheimer (DTA).....	13
1.2 Envelhecimento: senescência e senilidade.....	17
1.3 O DSM IV e a Demência do Tipo Alzheimer	22
1.4 DTA: memória e seu funcionamento na Medicina.....	27
1.4.1 Memória, personalidade e aprendizagem.....	34
1.4.2 Um modelo neurofisiológico de formação da memória.....	37
1.4.3 A questão do esquecimento.....	39
CAPÍTULO 2 AS DEMÊNCIAS SOB A ÓTICA DA PSICANÁLISE	44
2.1 Messy: velhice e envelhecimento.....	44
2.1.1 Um outro estágio do espelho.....	48
2.2 Goldfarb: a demência em primeiro plano.....	50
2.2.1 Demência, memória e esquecimento.....	54
2.2.2 Uma palavra sobre a clínica.....	58
CAPÍTULO 3 FONOAUDIOLOGIA, DEMÊNCIA E PROPOSTAS TERAPÊUTICAS	60
3.1 A Neuropsicologia (e Neuropsicolingüística): um modelo de processamento	60
3.2 Sobre as falas de pessoas demenciadas.....	66
CAPÍTULO 4 CLÍNICA DE LINGUAGEM: NUMA OUTRA DIREÇÃO TEÓRICA E CLÍNICA	69
4.1 Uma passagem pela trajetória da Clínica de Linguagem	69
4.2 Língua e fala na Clínica de Linguagem.....	74
4.3 Uma posição teórica e clínica para atendimento de pessoas demenciadas.....	79
CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87

INTRODUÇÃO

Meu interesse pela condição sintomática da fala dos pacientes com demência foi despertado quando realizei, como fonoaudióloga-em-formação, atendimentos durante estágio acadêmico em Hospital de Itapeverica da Serra. O efeito desconcertante de suas falas me afetou de forma decisiva – foi essa afetação que, afinal, gerou interrogações que deram origem a esta dissertação. Fato é que esse efeito desconcertante não pode ser atribuído a desarranjos gramaticais ou prosódicos e sim ao fato de muitos falantes se perderem em seu próprio dizer. As respostas dos pacientes, apesar de muitas vezes corretas do ponto de vista estrutural, eram inadequadas. Muitas foram as ocasiões em que eu ficava com o incômodo de estar frente a alguém cuja fala que não parecia ser dirigida a mim, embora seu olhar e gestos indicassem que o contrário. Tal situação fazia com que outros profissionais e cuidadores ignorassem as falas dessas pessoas e os desconsiderassem como falantes¹. Esse efeito de “fuga de sentido”, de esvaziamento enunciativo, não impediu que eu reconhecesse que essas falas desconcertantes não eram “tão vazias” assim: elas não eram pareciam neutras, mesmo porque eram faladas por um (aquele) falante.

Nesse mesmo período de atendimento, o Hospital propôs que eu desenvolvesse, com os pacientes demenciados, uma *terapia específica para alterações de deglutição*. O argumento era que uma clínica dirigida por questões de linguagem era inviável, inútil até, tendo em vista a natureza progressiva da degeneração neurológica na Demência do Tipo Alzheimer (DTA); um quadro que é caracterizado como de *declínio da memória*, como veremos. Contudo, o que não se esclarecia era a necessidade de realização de um “trabalho de deglutição” - note-se que o problema era de “memória”. Incomodava-me, mais que tudo, a desistência, contida nessa proposta, dos profissionais em relação ao sujeito.

Como eu disse acima, os acontecimentos lingüísticos na DTA me interrogaram: pacientes demenciados falam e o que dizem é carregado de vivências subjetivas. Entendo que, mesmo sendo a DTA uma doença progressiva, enquanto houver fala, haverá, nelas, indícios da presença de um sujeito - o que abre a

¹ Dudas, T. L. (2009) discute a questão da dessubjetivação, quando aborda o problema da institucionalização de pessoas com Paralisia Cerebral.

possibilidade, a meu ver, enlace e diálogo entre pessoas (TESSER, 2007; LIER-DeVITTO & FONSECA, 2008). Não se deve supor, a partir de tais considerações, que eu tenha afirmando que a Clínica de Linguagem possa levar o paciente a recuperar uma condição lingüístico-discursiva anterior ao aparecimento da DTA, nem que eu ignore ser a DTA um quadro progressivo. Posso assegurar que a Clínica de Linguagem tem recursos para, no diálogo, movimentar a fala de pacientes demenciados e, portanto, de sustentá-lo na posição de sujeito, de falante.

Foi em momento posterior à minha introdução na clínica que redigi um primeiro trabalho de monografia (EMENDABILI, a sair). Nele, dou os primeiros passos na reflexão sobre a relação entre memória e linguagem. Certamente, ambos os termos serão abordados nesta dissertação, uma vez que a Clínica de Linguagem assume posição teórica bem diversa daquela sustentada na Medicina e na Fonoaudiologia em que *memória* é “espaço de estocagem de experiências internalizadas”. Nesta dissertação, quando se diz “memória”, fala-se em *lembrança* e, também, em *esquecimento*. Portanto, torna-se preciso implicar o mecanismo que determina sua mobilidade - recalçamento e a emergência de materiais mnemônicos.

Demências são quadros definidos e muito estudados na área médica, que as circunscreve como um processo degenerativo do cérebro. A Neurologia ocupa-se, portanto, do diagnóstico e da indicação de tratamento medicamentoso. Se admitirmos ser inegável que a Medicina determina a etiologia das demências (sua causa orgânica), não menos certo é, também, que “a etiologia não esgota a questão” (FONSECA, 2002), mesmo porque não há correlação entre quadros degenerativos e a heterogeneidade sintomática em que singularidades imprevisíveis emergem. Em outras palavras: não há correlação estável e biunívoca entre causa e efeito. Não se espera da Medicina que ela teorize sobre a linguagem e sobre o sujeito – elementos articulados que respondem por instabilidades, pelo inesperado.

No campo médico, *mente* (não um sujeito) comparece como parceira fiel do *organismo*. Linguagem é matéria sensível (audível) em que se manifesta a mente. Pode-se entender que as falas “sem sentido” sejam infalivelmente referidas à seqüência clássica:

degeneração cerebral → declínio de processos cognitivos → sintomas na fala

Nesse enquadre, portanto, *linguagem* é função cognitiva (não tem funcionamento autônomo) - ela que garante a reprodução do modelo que reduz a linguagem a uma “excrescência do cerebral-mental” (FONSECA, 2002). Nessa seqüência apóia-se a afirmação de que na DTA é *déficit de memória, de atenção e perda de habilidades intelectuais, por efeito da degeneração cerebral*. Embora seja fato irrefutável que nas demências há processo cerebral degenerativo, não será este o caminho que guiará a discussão que realizarei nesta dissertação. Esse passo torna-se possível quando se distingue a esfera do organismo das esferas da linguagem e do sujeito. Nesse sentido, alinho-me a autores como Messy (1999) e Goldfarb (2006), que mobilizam uma reflexão não-organicista sobre as demências e o envelhecimento.

A crescente demanda por terapia de linguagem e o destaque que esse quadro tem tido nos últimos tempos, entre pesquisadores de diferentes áreas do conhecimento, parecem caminhar na contramão da experiência que tive durante minha formação e dar suporte às minhas inquietações primeiras. Na Clínica de Linguagem², as demências começaram a ser estudadas no início deste século XXI. Merece destaque a discussão de Landi (2007) sobre a linguagem na DTA. No capítulo 1, apresento a caracterização dos quadros de demência na Medicina e discussões referentes ao diagnóstico – opção que me pareceu necessária, uma vez que demências são quadros disparados por afecções cerebrais e, também, como veremos, porque importa clinicamente reconhecer que há nuances de “perda de memória” que oscilam entre o normal e o patológico. Finalmente, como demências são quadros que se ligam ao envelhecimento, não poderei evitar de tecer considerações sobre isso.

² Grupo de Pesquisa CNPq, *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*, coordenado pela Profa. Dra. Maria Francisca Lier-DeVitto, no LAEL/PUCSP e na Deric.

CAPÍTULO 1 MEDICINA E ENVELHECIMENTO

1.1 A questão diagnóstica: envelhecimento normal; Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) e Declínio da Memória na Demência do Tipo Alzheimer (DTA)

“Problemas de memória” são sinais primeiros e as características mais notáveis nas demências. Na esfera Médica (mas não só nela), esse sintoma abre a porta para a *avaliação cognitiva* do paciente porque, esclarece Bertolucci (2005), ele remete a uma dificuldade que aparece no início do processo demencial. Afirma-se, nesse âmbito de discussões, que as falhas de memória são os sintomas que anunciam uma “progressiva dificuldade de memória recente” (BERTOLUCCI, 2005, p. 303)³. Diz o autor que as queixas dos indivíduos, nesses momentos iniciais, se parecem com aquelas que são corriqueiras em idosos: dificuldades para *lembrar nomes de pessoas* com quem não convivem muito, esquecimentos de recados, números de telefone e de lugares onde guardam objetos.

Para Bertolucci, as alterações de memórias, contudo, não ocorrem da mesma maneira no envelhecimento normal, no Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) e nas demências. No CCL, que afeta pessoas normais, elas não são significativas, não afetam o dia-a-dia da pessoa, ou seja, elas *não comprometem a funcionalidade do sujeito* (BERTOLUCCI, 2005, p. 296), que mantém autonomia na execução das atividades da vida diária e nem chega, na maioria das vezes, a se dirigir a uma clínica⁴. Pessoas demenciadas - ou com suspeita de terem iniciado o processo demencial - são acompanhados por cuidadores e procuram ajuda profissional. As queixas de que: “*memória está de fato declinando*” e que o “*o funcionamento básico do dia-a-dia*” está prejudicado (BERTOLUCCI, 2005, p. 296) são freqüentes.

A idéia de *declínio* é decisiva, do ponto de vista médico, na realização de um diagnóstico diferencial entre DTA e CCL. No primeiro caso, há declínio gradual da capacidade de memória. No segundo caso, admite-se haver relação entre uma

³ O comprometimento de memória é, nas pesquisas dessa área, apontado como a “causa segunda” dos sintomas na fala (a causa primeira é o dano cerebral).

⁴O autor declara, apoiado em outros autores, que, em grande parte dos idosos: “*a memória e a cognição em geral mantêm-se estáveis*” (STORANDT, et al., 2002 apud BERTOLUCCI, 2005, p. 297).

“queixa de dificuldade de memória, com a correspondente alteração em testes objetivos e a *preservação dos aspectos gerais da cognição*” (PETERSEN, STEVENS, GANGULI, 1999; apud BERTOLUCCI, 2005, p. 299) (ênfase minha). Ou seja, o declínio em quadros de CCL não leva, na opinião da grande maioria dos estudiosos, ao “prejuízo dos aspectos gerais da cognição”, isto é, neste caso o que está afetado é “apenas” a memória. A linguagem, praxias, orientação, função executiva, a percepção das suas próprias dificuldades e tudo que decorre dos processos cognitivos estão intactos.

Há duas formas de abordagem da CCL. De acordo com Okamoto e Bertolucci (2001/2002⁵), *não há* consenso sobre a afirmação de que esse quadro não evolua para a demência. Para alguns autores, a *queixa de memória* presente no CCL não corresponde uma *alteração significativa da memória*. Sendo assim, o CCL não seria um anúncio de doença, mas sinal de um processo de envelhecimento normal (designado como *senescência*). Para outros pesquisadores, diferentemente, o CCL é assumido como “*momento de transição entre o envelhecimento normal e os estágios muito iniciais da demência*”⁶ e corresponderia, então, a um estágio intermediário entre *senescência* e *senilidade*. Nesse caso, o CCL seria um indicador de risco de instalação de um processo demencial.

Quatro são os modos de avaliação de quadros que envolvem declínio de memória. Vejamos:

1) *exame clínico* e uma investigação do histórico do paciente. Investiga-se a história da doença (ARANTES, 2001) em busca de sinais que possam ser tomados como precursores (indicadores de risco) do quadro de demência. Estes sinais seriam esquecimentos que afetem o funcionamento da vida diária do sujeito, desorientações temporo-espaciais, esquecimentos e perda de memórias.

⁵ Disponível em: http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu_5_01.htm

⁶ Revista Brasileira de Psiquiatria, 2005.

Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462005000100017&script=sci_arttext.

2) *aplicação de testes* voltados para a possibilidade de correlacionar a queixa do paciente (de prejuízo da memória) com seu desempenho nas tarefas estruturadas para avaliar a memória⁷. Segundo Hamdan (2008), os testes neuropsicológicos confiáveis para o diagnóstico diferencial são: Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), escalas funcionais como a Escala funcional de Pfeffer e o Teste de Desenho do Relógio (TDR).

De fato, o que parece definir de forma mais segura um quadro de demência é a *correlação positiva entre comprometimento na vida diária e alteração de memória*. Dito de outro modo, o indicador mais aceito de comprometimento de memória na demência é observacional: *prejuízo no desempenho da rotina diária*. Mas, para diferenciar de modo “mais objetivo” e “cientificamente mais confiável” CCL de DTA, recorre-se ao critério de “grau” de desempenho em testes (a metodologia invocada é, portanto, quantitativa). Convém assinalar que esses graus não são postos numa seqüência, já que com freqüência, não se aceita que o CCL evolua numa DTA.

3) *avaliações neuropsicológicas* são, também, consideradas altamente eficientes já que podem acessar, diz Bertolucci, outras áreas da cognição. Sustenta-se, por exemplo, que a relação entre memória e linguagem é diretamente proporcional. Os testes neuropsicológicos são tarefas que visam medir uma dada função psicológica superior⁸ para relacioná-la com uma estrutura cerebral. Em linhas gerais, a meta é:

- **Clarificar e diagnosticar** uma perturbação ou doença cerebral;
- **Classificar** a severidade clínica para pacientes com perturbações cognitivas ligeiras e severas;

⁷ Em (1) e (2) supõem-se risco de evolução para a Doença de Alzheimer. Isso não quer dizer que todos os idosos testados evoluíram para um quadro demencial. Essa avaliação não pode precisar, contudo, quais deles seriam candidatos a se tornarem demenciados.

⁸ Memória (curto-prazo e longo-prazo); Atenção, Concentração e distratibilidade; Capacidade de aprendizagem e resolução de problemas; Funções de raciocínio lógico e abstrato; Linguagem (capacidade de expressão e compreensão); Organização e coordenação viso-espacial; Capacidades de planejamento, síntese e organização.

- Monitorar a evolução de alguém em tratamento neuropsicológico. Alguns testes e provas são utilizados para realizar a avaliação⁹.

4) *análises comparativas* entre dados referentes à queixa do paciente e o que dele dizem informantes confiáveis. Nesse tipo avaliação, discrepâncias são privilegiadas e a *alienação do paciente em relação à sua própria condição* (a anosognosia) é assumida como sinal de desenvolvimento de quadro de quadros de demência¹⁰.

Note-se que o “acompanhante” é parâmetro na tomada de uma decisão médica: ele é informante “confiável” a quem se atribui *maior percepção* da condição do sujeito que “não é mais o mesmo”, que “sabe pouco de si” já que tem um problema de memória. Segundo Landi, na literatura sobre as demências, o discurso é organicista-cognitivista: gira em torno da questão “não-consciência/consciência de si?” (LANDI, 2007, p. 88). Essa dicotomia é redutora, afirma ela, pois “não abrange a heterogeneidade das respostas que uma pessoa possa dar” (LANDI, 2007, p. 88). Quer dizer, uma vez desqualificada ou destituída da posição de sujeito-falante, o que a pessoa diz importa pouco – ela perde estatuto psicológico, social e jurídico e sua fala é escutada como *vazia*. Enfim, o prejuízo da redução da demência a uma questão de maior/menor consciência de si é o apagamento de linguagem e, portanto, da relação do sujeito com um dizer. A discussão sobre as demências passa, no campo da Neurologia, por outra que envolve a distinção entre *envelhecimento x CCL x DTA*, isso porque há necessidade clínica de tomada de decisão sobre normal vs. patológico. A dificuldade parece ser, antes de tudo, diagnóstica.

⁹ Ver nota no final desta capítulo – ali explico a natureza das avaliações.

¹⁰ Bertolucci (2005) acompanha Tabert (2002), Albert (2002) e Borukhova-Milov et al. (2002) quando afirma que quando o informante percebe as dificuldades de memória do paciente, mais do que o próprio idoso, é muito provável que um quadro de demência se desenvolva. Nestes casos, o paciente teria uma anosognosia, i.e., “não consciência de sua doença”, um sintoma que aponta para a *deterioração cognitiva*.

1.2 Envelhecimento: senescência e senilidade

Groisman (2002) afirma que a área da Gerontologia se depara com a dificuldade de delimitar envelhecimento normal e envelhecimento patológico. O autor lembra que, do ponto de vista biológico, o envelhecimento sempre envolve degeneração e cita Masoro (1999):

[envelhecimento] é um estágio de degeneração do organismo, que se iniciaria após o período reprodutivo. Essa deterioração, que estaria associada à passagem do tempo, implicaria uma diminuição da capacidade do organismo para sobreviver (MASORO, 1999, apud GROISMAN, 2002, p. 66).

O problema aparece, diz o autor, quando se tenta marcar “o início desse processo, ou medir o grau desse envelhecimento/degeneração”. *Mais precisamente, assinala Groisman, o critério cronológico, que é utilizado para a definição de envelhecimento é “falho e arbitrário”: pessoas com a “mesma idade cronológica podem estar em estágios completamente distintos de envelhecimento.”*¹¹. Sendo assim, ele propõe que se considere que “o envelhecimento não [seja] definido pela idade de uma pessoa, mas pelos *efeitos que essa idade teria causado a seu organismo*” (GROISMAN, 2002, p. 66).

Groisman chama Canguilhem (1978) ao dizer que “a nossa sociedade tende a confundir saúde com juventude” (GROISMAN, 2002, p. 67). No que concerne à velhice, há indícios de uma contradição porque, de um lado, “ela parece ter sido concebida como uma espécie de doença, pois é medida justamente pelo grau de degeneração que causou ao organismo”; e de outro lado, a Gerontologia parece negar esse aspecto ao afirmar que o “envelhecimento é uma fase normal da vida. “Sendo assim, deve-se procurar “identificar e combater as patologias que ocorressem na velhice (e não a própria velhice), para prolongar a vida humana.”

¹¹ O autor indica ainda o fato (médico) de que os organismos envelhecem de maneiras diferentes considerando-se os tecidos, ossos, órgãos, nervos e células. Groisman mostra que as várias tentativas de medir o envelhecimento (definir marcadores biológicos de idade) têm sido frustradas.

(GROISMAN, 2002, p. 67). Porém, para que isso venha a ser possível, acrescenta o autor, *normas* do que seria saudável em cada etapa da vida do sujeito precisam ser estabelecidas. Essa necessidade traz embutida em si:

o ambicioso projeto de se medir a 'idade real'. A idade, no caso, seria também uma medida da 'saúde' do indivíduo e uma quantificação do que ainda lhe restaria de vida (GROISMAN, 2002, p. 67).

A necessidade de estabelecer estas normas advém da necessidade da medicina de quantificar para poder estabelecer o limite entre a normalidade e a patologia. Mas, isto não é possível, uma vez que no âmbito do humano está em jogo a subjetividade e o imprevisível e não apenas o organismo, assim esta quantificação ficaria imprecisa porque haveria uma resistência que o heterogêneo impõe.

Como se pode ler na citação acima, o projeto seria ambicioso (ou mesmo impossível de ser realizado) porque resultados das pesquisas médicas apontam para a grande heterogeneidade de manifestações no processo de envelhecimento, mostram que não há, portanto, uma "idade real" ou envelhecimento padrão. Além disso, a clínica sinaliza, como vimos, para dificuldades diagnósticas.

Groisman (a partir de HABER, 1986), informa, ainda, que médicos do século XVIII e do início do século XIX não concebiam a *velhice* como uma "categoria separada de pacientes e (...) a terapêutica (...) não considerava diferenças de idade" (HARBER, 1986 apud GROISMAN, 2002, p. 69). Isso significa que o envelhecimento não era assumido como uma categoria abstrata, mas considerado caso a caso e o enfraquecimento não era, em princípio, algo a ser amenizado ou curado. Desse modo, o envelhecimento, a fragilidade e o adoecimento eram abordados como acontecimentos previsíveis e antecipáveis na trajetória de um corpo (mais precisamente, aquela parte do percurso que compreende uma limitação de vitalidade):

ao nascer, o organismo [é] agraciado com um suprimento de energia, que [utiliza] para crescer e se desenvolver. À medida que este suprimento [diminuí]a o corpo, já na idade adulta, [é] capaz apenas de se manter. Finalmente, a sua energia gasta, e o corpo

[decai] lentamente. Com sua energia drenada (...) o indivíduo velho seria incapaz de sustentar o equilíbrio vital entre o corpo e o ambiente. *O adoecimento seria, portanto, um inevitável e esperado aspecto desse estágio da vida* (GROISMAN, 2002, p. 69) (ênfase minha).

A partir do século XIX (com Bichat, Broussais, Charcot e Louis) a concepção de velhice recebe outra visada, assim como o tratamento de pacientes idosos. A velhice deixa de ser vista como “resultado [natural] do avanço dos anos ou da diminuição da energia” e passa a ser pensada a partir de “condições fisiológicas e anatômicas singulares” (GROISMAN, 2002, p. 69). Desde Bichat, o corpo envelhecido é “um corpo morrendo”, em extinção. Charcot (1881) acrescenta a isso que a velhice é “uma patologia”. A noção de velhice é, assim, aproximada de uma condição patológica: nesse contexto histórico, envelhecimento e doença caminham lado a lado. Pode-se entender, portanto, porque os autores dessa época procuraram elucidar bases clínicas para a senescência. Afirmava-se que “aqueles que sobrevivessem até a velhice avançada teriam muito pouca esperança de escapar das debilidades e de doenças físicas e mentais.” (HABER, apud GROISMAN, 2002, p. 70). No sec. XIX, clínicos e pesquisadores concebiam a velhice como um estágio irreversível do ciclo vital e o idoso deveria, asseguravam eles, ter *tratamento* adequado para a sua “faixa etária” - enfim, a velhice seria “um estado patológico qualitativamente diferente, com uma natureza fisiológica própria.” (GROISMAN, 2002, p. 71).

Ao final do século XIX, o pensamento médico está voltado para a problemática dos *tecidos*, o que põe ênfase na *questão celular*. A célula, unidade básica da vida, é responsável pelo crescimento e pelo envelhecimento e: “o envelhecimento veio a ser definido como uma *doença* progressiva, causadora de múltiplas modificações fisiológicas” (HABER, 1986 apud GROISMAN, 2002, p. 71). Nasher (1914), pai da Geriatria propôs que “a combinação da degeneração celular interna com o declínio físico externo afetaria as características mentais e comportamentais dos velhos” (apud GROISMAN, 2002, p. 72). Para ele, a Geriatria, teria condições de estabelecer as diferenças entre as mudanças fisiológicas e patológicas do idoso; de isolar e tratar doenças (sem reduzir condições normais a uma doença).

Não era fácil, porém, para os autores distinguir entre *estado normal e patológico* na velhice já que órgãos e tecidos passam por *modificações degenerativas* que afetam as funções fisiológicas. A dificuldade da tarefa consistia na certeza de que “o curso normal do envelhecimento gera doenças progressivas e incuráveis, levando os pacientes naturalmente à morte.” Assim, médicos passaram a recorrer a padrões da maturidade (e não de velhice) na tentativa de “mapear o declínio do indivíduo” (GROISMAN, 2002, p. 72). Pode-se dizer que, os fundadores da Geriatria tenderam a eliminar a idéia de um processo saudável de envelhecimento: a senescência ficava contida na idéia de ser ela doença longa e progressiva. Nesse quadro, dizer “velho vigoroso” seria uma contradição ou uma expressão metafórica.

Cohen (1995) sublinha o fato de que a Doença de Alzheimer não ultrapassa o limiar de um mal biológico no âmbito da Medicina ocidental. Porém, assinala ele, este acontecimento do declínio de memória não é abordado desta maneira na cultura indiana - o que leva a uma forte distinção nos modos segundo os quais *velhice e senilidade* são concebidas. Assim, “ficar fraco do cérebro’, como é dito na Índia, ou “ter doença de Alzheimer”, como se diz no Ocidente não são enunciações convergentes. No primeiro caso, admite-se fragilização de memória (aponta-se unicamente para *diferença*, para *mudança* numa condição) e, no segundo caso, explicitamente, penetra-se na esfera da patologia (da doença). A posição de Cohen (e de Groisman) é a de que se deva pensar *senilidade* e decréscimo de memória como uma “diferença ou *descontinuidade* para uma pessoa idosa [relativamente às] mudanças no afeto, na cognição, no caráter, no comportamento ou no discurso.” (COHEN, 1998 apud GROISMAN, 2002, p. 75) (ênfase minha).

Ao abordar o desenvolvimento histórico dos estudos sobre a DTA, Groisman mostra que ela não vinha atrelada ao envelhecimento, mas era assumida como uma patologia *não* determinada e *nem* diretamente ligada à velhice. De fato, essa doença fazia referência a uma manifestação pré-senil. De todo modo, desde os primórdios do descobrimento da DTA, afirma Groisman, houve grande dificuldade em diferenciar o envelhecimento normal dos primeiros sinais da demência senil.

Os pequenos desvios parecem ser cada vez menos tolerados, as dificuldades e a dependência causadas pelo envelhecimento passam a ser patologizadas e medicalizáveis. Mas não deixa de ser curioso, também, que justamente o diagnóstico seja um dos pontos mais problemáticos da doença de Alzheimer. Só se pode chegar a um diagnóstico com alguma margem de precisão com exames anatomopatológicos do cérebro, após a morte do paciente. Mesmo assim, houve casos de pessoas que possuíam as lesões características da doença e que não teriam desenvolvido seus sintomas [como mostrou Robertson [1991]. Mesmo com a utilização de testes genéticos, os diagnósticos feitos são prováveis ou presumíveis (GROISMAN, 2002, p. 76).

Segundo informa esse autor, a descoberta do médico Alzheimer ganhou, no ocidente, visibilidade para a Geriatria, no final da década de 1970. A questão do envelhecimento na Medicina vem sempre ligada ao declínio da memória, mas uma tomada de posição frente à problemática do normal e do patológico não tem sido fácil, como se tem procurado enfatizar. Groisman diz que “um determinado sintoma pode ser considerado normal ou patológico, dependendo do contexto em que o indivíduo se encontra.” (GROISMAN, 2002, p. 76) – haja vista, a propósito, a distância que separa a Medicina ocidental da indiana. Groisman invoca, ainda, Canguilhem (1943/1978) e seu conceito de “normatividade vital”, definido como “uma capacidade inerente ao organismo de fornecer as suas próprias normas orgânicas”. Com isso Groisman procura dissolver a relação entre velhice e patologia e sublinha o fato de que, frente à heterogeneidade de envelhecimentos e de velhices “normas não têm um efeito normalizador. Elas se prestam, apenas, às singularidades individuais.” Ele conclui dizendo que “um fabuloso aparato parece ter sido criado para, artificialmente, normalizar o envelhecimento” e que esse aparato deve ser evitado por ser ele que tem “gerido a velhice” como uma patologia, uma doença, em franco desfavor do idoso (GROISMAN, 2002, p. 76).

Procurei, nesta parte do trabalho chamar a atenção do leitor para a opacidade dos termos *velhice* e *envelhecimento*: “envelhecimento” e “velhice” têm oscilado, ao longo do tempo, entre os extremos da normalidade e patologia. Alinhada a esta discussão, procurei dar destaque ao problema da “perda de memória”, que coloca dificuldades para o diagnóstico na clínica médica. Enfim, minha meta foi problematizar noções e, com isso, preparar terreno para, em momento adequado, enunciar a posição que se assume nesta dissertação.

1.3 O DSM IV e a Demência do Tipo Alzheimer

A Medicina, como é sabido, circunscreve quadros patológicos a partir de uma *descrição de um elenco de sintomas*, que orienta o procedimento diagnóstico. O *Manual diagnóstico e estatístico de doenças mentais* (DSM IV) descreve quadros patológicos *mentais* e tem sido uma referência para médicos. A questão é que, “impossibilitada de encontrar as causas das doenças mentais”, como diz Novaes referindo-se à Psiquiatria, médicos recorrem “a uma base de diagnóstico e de classificação fundamentalmente estatística” (1996, p. 28). A DTA faz parte de doenças que têm manifestação mental (alienação e declínio da memória). Nesse ambiente se desenvolvem as discussões sobre velhice e o envelhecimento, já que *declínio de memória* é um dos sinais/sintomas mais proeminentes (senão o mais importante) de sinalização de envelhecimento, de demência.

Segundo o DSM IV, o termo *demência*, historicamente, implica um curso progressivo e irreversível. Note-se, porém, a definição de demência que ali aparece como baseada “em um padrão de déficits cognitivos que *não envolve qualquer conotação envolvendo o prognóstico*. A demência pode ser *progressiva, estática ou remitente*” (DSM IV) (ênfase minha). Tal definição surpreende porque contradiz a afirmação anterior de ser o processo demencial “progressivo e irreversível”. Nela lê-se que, com o passar do tempo, o sujeito pode ter um aumento dos déficits, mas pode acontecer, também, a permanência do mesmo estado e, até mesmo, que os déficits tornem-se menos intensos. No último caso, o Manual indica que a “aplicação de um tratamento efetivo” pode responder pela reversibilidade de uma demência. Esse efeito benéfico depende, contudo: da *etiologia básica*, da *forma de início da demência* e, ainda, da *evolução subsequente*.

Na seção “Demência” lê-se que sua característica essencial é o “desenvolvimento de múltiplos déficits cognitivos, que incluem *comprometimento da memória* e, pelo menos, uma das seguintes perturbações cognitivas: afasia, apraxia, agnosia ou uma *perturbação do funcionamento executivo*” (DSM IV) (ênfase minha)¹². Note-se que os déficits cognitivos devem ser severos ao ponto de

¹² Segundo o DSM IV, a afasia corresponde à deterioração da linguagem. O sujeito pode perder a capacidade de evocar os nomes tanto de objetos, quanto de pessoas. O discurso na afasia é descrito como “vazio”, com longos circunlóquios e repleto de termos indefinidos de

“perturbarem o funcionamento executivo”, quer dizer, de “*comprometerem o funcionamento ocupacional ou social*” da pessoa. Sendo assim, o déficit “representa um *declínio* em relação a um nível anteriormente superior de funcionamento.” (DSM IV). O Manual prossegue indicando ser característico nas demências que pessoas exibam “*pouca ou nenhuma consciência da perda* da atenção ou memória ou de outras anormalidades cognitivas.” Essa modalidade de déficit se manifesta, por exemplo, através de “avaliações irrealistas de suas capacidades e [da] elaboração de planos que não se mostrem congruentes com seus déficits” (DSM IV).

Podemos concluir, portanto, ser característica essencial das demências *um declínio acentuado da memória que compromete o funcionamento ocupacional e social da pessoa afetada*. “Memória” é palavra-chave, nesse caso, e seu “declínio” é o promotor das perdas ou déficits enumerados acima. Deve-se, portanto, levantar uma questão: “o que é memória?” no campo dos estudos médicos – uma pergunta que será abordada nesta dissertação. Continuando com o DSM IV, ali se sugere que a avaliação da memória deve ser feita a través de “testes formais”, que dizer, deve-se solicitar que a pessoa *registre, retenha, recorde e reconheça informações*. Uma lista de palavras é oferecida para memorização e “o indivíduo é solicitado a *repeti-las* (registro), *recordar* a informação após alguns minutos (retenção, recordação) e *reconhecer as palavras* a partir de uma lista múltipla (reconhecimento)” (DSM IV). A etapa do reconhecimento permitiria, segundo o Manual, perceber quais pessoas teriam “dificuldade para aprender novas informações”. Em questões de múltipla escolha, por exemplo, pode torna-se evidente que elas não retiveram as informações oferecidas inicialmente e que, por isso, falham ou se perdem.

referências, por exemplo: “aquilo” e “coisa”. A apraxia seria o prejuízo na capacidade de realizar atividades motoras. Seria um déficit na capacidade de representar com a mímica o uso de objetos, por exemplo, “escovar os dentes”, ou de executar atos motores instituídos pela sociedade: “dar tchau”. Já na agnosia, o sujeito tem um déficit no reconhecimento e identificação de objetos, apesar, revela o manual, dos sujeitos terem uma função sensorial intacta. Eles não reconhecem o que é uma mesa, uma caneta, por exemplo. Questiono: o que responde por esses sintomas? Em momento posterior, trarei Lier-DeVitto, Fonseca e Landi (2007) para discutir e marcar uma oposição em relação ao que é dito sobre afasia/apraxia/agnosia.

O DSM IV sustenta, como se vê, que pessoas demenciadas perdem “capacidade de aprender coisas novas” ou “esquecem de coisas que anteriormente sabiam” (DSM IV), ou seja, o caminho do paciente é o da alienação, da dissolução subjetiva. Está escrito no Manual que, no início da doença, pode ser “difícil demonstrar perda de coisas sabidas anteriormente”, mas que se chega a isso “no curso da evolução do transtorno” (DSM IV)¹³. Na avaliação da memória, acima mencionada, é importante “determinar o impacto das perturbações (...) sobre as Atividades de Vida Diária”, como: trabalhar, ir às compras, cozinhar, voltar para casa sem se perder. O ponto é que os ditos “testes formais” devem ser, digamos, “validados” por observações e inferências do clínico e pelos depoimentos do paciente e dos cuidadores. Parece, enfim, que a clínica é soberana (e não os testes!).

A Demência do Tipo Alzheimer é uma enfermidade de etiologia desconhecida, cuja característica predominante é a degeneração progressiva do córtex cerebral - um *problema interno ao cérebro*, que aparece atrofiado em vários pontos e com depósito de tecidos conhecidos como “*placas senis*” e “*novelos neurofibrilares*”. Ela incide em pessoas com 65 anos (quando é considerada “precoce”) e também depois dessa idade, quando é dita “tardia” - por isso se diz que a DTA é a demência de sujeitos idosos. Seu diagnóstico é difícil porque, diz o Manual, ele é eminentemente *clínico* (levanta-se o histórico do paciente e realiza-se um exame de seu estado mental) e *por exclusão*: decisão baseada em exames complementares à observação clínica (exames que dão suporte ao diagnóstico diferencial entre DTA e outras doenças que também podem causar demência¹⁴). Por ser o diagnóstico “clínico”, ele

¹³ No início da doença, os pacientes podem, por exemplo, perder objetos, esquecer alimentos cozinhando no fogão e se perder em locais que não lhes são familiares. Em estágios avançados de demência, o comprometimento severo da memória leva a pessoa a se esquecer de “sua própria profissão, escolaridade, aniversário, membros da família e, às vezes, até mesmo seu próprio nome.” (DSM IV).

¹⁴ Exames como: EEG, tomografia, ressonância magnética, PET, SPECT, são referências na medicina para a realização do diagnóstico diferencial. Segundo Bertolucci (2005), as avaliações neurológicas são feitas para atestar a possível causa da demência e, a avaliação neuropsicológica revela as alterações nas diferentes áreas da cognição. As doenças: Parkinson, alterações vasculares por isquemias, múltiplos infartos, doenças que afetam os lobos temporais e frontais e degeneração primária do Sistema Nervoso Central (Demência com Corpos de Lewy), causam demência. A observação clínica consiste, fundamentalmente, numa testagem que tem como objetivo a detecção de alterações cognitivas do tipo: memória, raciocínio e linguagem (oral e escrita). Entre os testes, o mais utilizado é o Mini Exame do Estado Mental (MEEM).

não é aceito como “objetivo” - afirma-se, então, que um sujeito tem demência, “por *provável DTA*” (ênfase minha¹⁵).

Mesmo assim, reconhecendo a importância da clínica na detecção de demências, na fase diagnóstica, achados laboratoriais associados são discutidos. Afirma-se, também, que: “anormalidades no funcionamento cognitivo e da memória, podem ser avaliados pelo uso de *exames do estado mental e testagem neuropsicológica*.” (DSM IV) (ênfase minha), já que essa modalidade de testes contempla interfaces, quer dizer, ela inclui em sua montagem “bagagens cultural e educacional” (...) na avaliação da capacidade mental de um indivíduo.” (DSM IV)¹⁶.

Brucki (2000), em uma revisão bibliográfica em que discute o curso clínico da doença de Alzheimer afirma (com LOCASCIO e col., 1995) que os testes mais eficientes na descrição da DTA e detecção do declínio temporário linear da doença são os de: nomeação, fluência verbal e reconhecimento imediato de figuras¹⁷. Veremos, abaixo, que essa vantagem está relacionada aos testes para avaliação da linguagem. Nela, visa-se ao estabelecimento de referências, ou seja, pretende-se verificar *a relação entre palavra e coisa no mundo*¹⁸.

¹⁵ Declara-se, mesmo, que o diagnóstico definitivo ocorre somente após a morte do doente, quando é realizada a biópsia de seu tecido cerebral.

¹⁶ Argumenta-se que pacientes testados podem “não estar familiarizadas com as informações usadas em certos testes” - de conhecimentos gerais (por ex., nomes de presidentes, conhecimentos geográficos); memória cultural (por ex., data de nascimento em culturas que normalmente não celebram aniversários) e orientação (por ex., o senso de lugar e localização pode ter uma conceitualização diferente, em algumas culturas).

¹⁷ Para esses autores, tais testes são capazes de apreender a condição cognitiva dos pacientes e dizem da progressão da doença, na medida em que é possível a comparação entre os resultados obtidos em testagens diversas. Porém, com a doença já em estágios mais avançados, dizem eles, os testes perdem essa capacidade, pois “*há uma diminuição da sensibilidade às alterações evolutivas*.” (p. 121). Constata-se, nesse estágio, uma pontuação muito baixa nos testes que não permite mais a quantificação dos sintomas na DA e nem, portanto, prosseguir esmiuçando seu perfil evolutivo que permanece circunscrito a três estágios: inicial, intermediário e avançado (ou final). A principal característica do estágio inicial da demência é um déficit de *memória* que deve vir associado a perturbações de outra(s) função(ões) cognitiva(s): o paciente pode apresentar, por exemplo, desorientação temporo-espacial e/ou dificuldades de aprendizagem e/ou problemas de linguagem. A avaliação da linguagem ganha espaço nas testagens, uma vez que para o diagnóstico de demência, é necessário que uma alteração de memória esteja articulada a sintomas de déficits em outra função cognitiva.

¹⁸ Boa parte dos estudos da demência privilegia a problemática da referência. Coudry e Freire (2002) tratam disso e afirmam que, na maioria das vezes, as alterações lingüísticas nos quadros demenciais “ganham o estatuto de afasias, especialmente a semântica”. Porém, como pontuam as autoras, essa classificação pouco contribui para a compreensão do quadro, para avaliação ou para o acompanhamento clínico e a compreensão do funcionamento da linguagem. Com Franchi (1977/92), as autoras (2002) afirmam que a linguagem “*não é um dado ou resultado; mas um trabalho que 'dá forma' ao conteúdo*

Por isso, solicitação que a pessoa *nomeie objetos no ambiente em que está*, ou que *nomeie partes do corpo*. Pede-se a ela que *obedeça a comandos* (por exemplo: "aponte para a porta e depois para a mesa") ou que *repita frases simples*. Importa aqui também perguntar "o que é linguagem" no campo dos estudos médicos, embora não seja este o momento de abordar a questão. Gostaria de dizer, por ora, que as duas questões levantadas nesta parte de meu trabalho - "o que é memória?" e "o que é linguagem?" - são de grande relevância uma vez que os domínios envolvidos (linguagem e memória) não se definem isoladamente. Basta considerar a linguagem não é, em Saussure (e Chomsky), "nomenclatura": um conjunto de formas ou "etiquetas" que nomeiam coisas no mundo.

Retomando a apresentação de considerações do DSM IV sobre demências, tem-se ali que os *sintomas de linguagem ocorrem como consequência da deterioração das funções (cognitivas) da linguagem*, que se manifesta numa "dificuldade de evocação de nomes de pessoas e objetos". Está no DSM IV que "o discurso dos indivíduos com afasia pode tornar-se digressivo ou *vazio*, com longos circunlóquios e *uso excessivo de termos indefinidos de referência* tais como 'coisa' e 'aquilo'." (DSM IV). Não deixa de surpreender que a afasia seja incluída na discussão, uma vez que não se trata de "doença degenerativa", mas "ocorrência traumática e definitiva". A questão que levanto é: "afasia é demência?", ou melhor, "demências e afasias são quadros clínicos que podem ser alocados numa mesma categoria?". Adianto que minha resposta será negativa e que os argumentos clínicos e teóricos em que me sustento serão discutidos¹⁹.

Além da avaliação da linguagem como uma questão de referência (relação palavra-mundo), atesta-se que problemas na *compreensão da linguagem* falada ou escrita possam ocorrer. Lê-se no Manual que em estágios avançados de demência o quadro se agrava, fica mais severo – é quando as pessoas demenciadas podem

variável de nossa experiência, trabalho de construção, de retificação do 'vivido', que ao mesmo tempo constitui o sistema simbólico mediante o qual se opera sobre a realidade e constitui a realidade como um sistema de referência em que aquele se torna significativo" (FRANCHI, 1977/92 apud COUDRY e FREIRE, 2002, p. 5). Segundo as autoras, os sistemas de referência permitem compreender que as coisas do mundo se constroem pela linguagem "e, *dialeticamente, são os sistemas de referência que permitem que a linguagem ganhe sentido. Por isso é uma atividade constitutiva. Os sistemas de referência, em última instância, representam a interface entre as coisas do mundo interno e do mundo externo*" (COUDRY e FREIRE, 2002, p. 5). Morato (2008) e Landi (2007) empreendem, também, discussões sobre a referência.

¹⁹ Sobre isso, trarei, em momento oportuno, a discussão feita por Lier-DeVitto e Fonseca (1997) e Lier-DeVitto e Fonseca e Landi (2007).

ficar “mudas ou tem um padrão deteriorado de linguagem, caracterizado por ecolalia (isto é, fazer eco ao que é ouvido) ou palilalia (isto é, repetir os próprios sons ou palavras indefinidamente).“ (DSM IV). Nesse estágio avançado, fala só é “fala em eco”. Bem, como disse, essa progressão não é, sem dúvida, o caso das afasias ou das apraxias²⁰, como procurarei discutir, e nem é a fala em eco uma característica desses quadros. Gostaria de encerrar esta parte sublinhando que, ao lado da *clínica*, as *avaliações da linguagem* ganham espaço – elas são vistas como as testagens “mais confiáveis”.

1.4 DTA: memória e seu funcionamento na Medicina

Neste item, já procurando responder a questão: “o que é memória” no campo médico, trago à discussão os trabalhos de Ávila, Capuano, Bertolucci e Izquierdo, neurologistas que abordam o problema.

Ávila (2004) afirma que há 100 anos o estudo da memória humana adquiriu um *caráter científico*, ao introduzir questões referentes à sua *localização* (se a memória ocuparia uma única área ou se corresponderia a uma combinação entre áreas) e, também, ao discutir sua natureza: se ela seria um sistema unitário ou constituído por vários subsistemas.

Ávila recorre a Xavier (1993) ao dizer que a memória é:

uma *entidade* que compreende *conjuntos de habilidades* mediadas por diferentes módulos do sistema nervoso central, que possuem funcionamento cooperativo, porém independentes, e proporcionam uma sensação de memória única” (ÁVILA, 2004, p. 18) (ênfase minha).

Note-se que a memória, para este autor, é concebida como sendo uma “entidade”, ou seja, uma essência. Em outras palavras, a memória seria algo “que constitui a existência de algo real” e que é, por extensão de sentido, é algo “que se

²⁰ Melissa Catrini discute em trabalho de doutorado, a ser defendido em 2011, a questão das apraxias. Sobre as afasias, ver Fonseca, 1995, 2002 (e outros artigos), assim como Landi (2000), Marcolino (2004), Tumiate (2007), Guadagnoli (2007).

crê existir” (HOUAISS, 2009). Tal existência é referida a atividades neurológicas/cerebrais *não* localizadas. Vemos, portanto, que Ávila não assume o ponto de vista de que a memória seja um sistema único: trata-se, para ela, de entidade concebível como funcionamento (de atividades/operações cerebrais) que refletem “conjuntos de habilidades” ou processos (como veremos abaixo), quais sejam: de *registro*, *armazenamento* e *evocação* de informações. São elas que, em equilíbrio adequado, garantem tanto a aprendizagem (representação de conhecimentos), quanto sua sustentação através do tempo. Elas permitem, ainda, que o indivíduo modifique e acrescente conhecimentos e que reavalie conceitos, idéias e verdades.

Ávila afirma que as habilidades de evocação e de armazenamento de informações são mutuamente dependentes, admitindo, porém, que ter uma ótima capacidade estocagem nem sempre garante sucesso para evocar informações. A autora atribui essa possibilidade ao “modo como o material foi estocado” (ÁVILA, 2004, p. 19). Um método de avaliação adequado deverá, por isso, forjar pistas para evocação capazes de “reavivar a memória, de fazer retornar à memória os melhores aspectos que a pessoa deseja lembrar.” (ÁVILA, 2004, p. 19).

Ávila, com Baddeley (2001), toma o partido daqueles que postulam ser a memória *um composto* articulado por diversos subsistemas, configurados a partir de critérios como:

- 1) *tempo de duração* que uma informação permanece estocada;
- 2) *capacidade* de estocagem;
- 3) *tipo de informação* guardada; e
- 4) participação (ou não) na *aprendizagem de conhecimentos*.

No que se refere à “**perda de memória**”, a autora admite um *esquecimento normal*, já que ele que não compromete a vida da pessoa. Há aquelas que recordam o ponto principal; o significado de uma informação, mas que *esquecem* detalhes. Interessa sua afirmação de que este *esquecimento é importante* porque ele indica que há filtragem de aspectos essenciais. O *esquecimento que compromete*²¹ a vida das pessoas é aquele que ocorre em pacientes com traumatismo craniano ou com

²¹ Esclareço que esta é uma forma de conceber o “esquecimento”. Trarei outras propostas neste trabalho.

doenças degenerativas como a DTA. Note-se que, num e em outro caso, o esquecimento vem como face necessária e integrante da memória. A questão é dizer se esquecimento significa apagamento do que foi registrado e estocado na memória, isso porque é só se houver apagamento é que se pode falar em “perda”. Esse ponto não é tocado pela autora.

Segundo Ávila, *queixas* relativas a dificuldades com a memória devem ser atribuídas a *falhas na codificação* (registro) e/ou a problemas na *estocagem* e/ou na *evocação* de informações estocadas. Cada uma dessas habilidades compreendem tipos *distintos de memória* que “(...) se referem a um tipo de organização que trata de informação específica de memória.” (CAPUANO, 2005, p. 366). Segundo a autora, cada tipo de organização trata a informação de modo diferente. São três os processos interligados no processamento das informações recebidas:

- 1) **Codificação (registro)** – ocorre a conversão de uma *percepção sensorial* do indivíduo em um *traço neurofisiológico* continuado; ocorre a transformação da percepção em um *impulso elétrico*;
- 2) **armazenamento** - refere-se à informação guardada por um *engrama* ou *traço* de memória, para posterior utilização;
- 3) **recuperação (evocação)** – um processo “*que transforma o traço neurofisiológico de memória em uma experiência psicológica.*” (CAPUANO, 2005, p. 366).

Sendo esta memória um sistema interligado, “outra memória”, subjacente à linguagem, é requerida: aquela que resulta na fala, na possibilidade de compreensão e em repetições de palavras, assinala Ávila (2004). Os diferentes subsistemas têm, portanto, correlação com a linguagem²². Esses subsistemas são classificados, como já disse, pelo tipo de operação que realizam e, também, pelo limite de tempo de sustentação das informações. Quanto a esse último aspecto, lê-se a memória envolve três sistemas (CAPUANO, 2005; XAVIER, 1993),

²² Esses subsistemas são classificados, como já dito, pelos tipos de operações que realizam e, também, pelo limite de tempo de sustentação das informações.

a) sistema de memória de *curta duração* que armazena pequena quantidade de informação e por tempo limitado. Esse sistema é chamado de **memória de curto prazo** (ou imediata que é acionada quando se quer, por exemplo, gravar um número telefônico. A informação pode permanecer na memória imediata caso o indivíduo a evoque ativamente. Tal atividade é viabilizada pela **memória operacional**, que esta relacionada ao processo de aquisição e processamento de linguagem. Ela se refere à *memória transitória* que pode reter informações por períodos de tempo variáveis (depende da utilidade da informação²³. Trata-se de: “guardar e manipular informações, que participa de uma série de tarefas cognitivas essenciais, como aprendizagem, raciocínio e compreensão.” (BADDELEY, 2001; apud ÁVILA, 2004, p. 23).

Já, os tipos de organização que envolve codificação e estocagem, eles dependem fundamentalmente de uma *memória de longa duração* (armazenamento de grande quantidade de informação por período de tempo indeterminado)²⁴. Nesse sistema, fala-se em **memória de longo prazo**, que é subdividida em *memória implícita* e *memória explícita*. A primeira corresponde à informação que foi adquirida e *acumulada lentamente* através da *repetição*. Tal sistema se manifesta através de desempenho [comportamento e não oralmente]. A aplicação repetitiva do comportamento resulta “na automatização do comportamento” (BADDELEY, 2001; apud ÁVILA, 2004, p. 369). Entende-se porque se afirma que a *memória implícita* é responsável pela execução “não consciente” de certas ações. Trata-se de “memória de material difícil de explicitar (...) relacionada principalmente a habilidades motoras, como dirigir ou usar o teclado do computador” – É memória “não-declarativa” (BERTOLUCCI, 2005, p. 296). Para Izquierdo (2002) é “memória de procedimento”, já que se expressa em hábitos motores ou sensoriais (andar de bicicleta, nadar e até soletrar). Este autor revela que há memórias semânticas que são adquiridas de forma implícita também, por exemplo, aquisição da língua materna.

²³ A autora não esclarece o que seria esta utilidade da informação.

²⁴ Capuano (2005) faz uma descrição minuciosa de cada memória.

A segunda, a *memória explícita*, é “um sistema de conhecimento em que a informação específica e factual é armazenada de forma passível de referência verbal. (...) nesse sistema a informação é evocável de acordo com a demanda” (COEHEN, 1984, apud CAPUANO, 2005, p. 368)²⁵. Izquierdo (2002) e Bertolucci (2005) a denomina, por isso, *memória declarativa* (seres humanos falam e podem “relatar memórias” que adquiriram. Ela se divide em dois subsistemas:

- 1) *memória episódica* - referente às informações apreendidas em contexto temporal e espacial específico. Ela responde pelo *armazenamento e recuperação* de informações pessoais. Bertolucci (2005) afirma que, na *organização* dessa memória, “os conhecimentos têm datas específicas” - esta memória é “autobiográfica”.
- 2) *memória semântica* – não dependente do contexto, uma vez que contém informações referentes a *relações lógicas entre os eventos*: conceitos gerais, significados de palavras, utilidades dos objetos, fatos e regras de funcionamento do mundo²⁶.

Izquierdo (2002), lembrando que as memórias podem ser classificadas de acordo com o seu tempo duração, sustenta que, salvo a memória de trabalho²⁷, que serve para manter por poucos segundos ou minutos a informação que está sendo processada no momento, as *memórias explícitas* podem durar minutos, horas, ou dias (ou até mais) e que as *memórias implícitas* tendem a durar a vida inteira²⁸.

²⁵ Nela, estão armazenadas todas as informações que podem ser trazidas para o consciente através de recordações verbais ou imagens visuais, dizem os autores.

²⁶ Capuano acompanha Squire e Knowlton (1995) quando diz são conhecimentos explícitos e flexíveis (podem ser aplicados a novos conceitos).

²⁷ Esta memória é “breve e fugaz” e tem a função de “‘gerenciar a realidade’ e determinar o contexto em que os diversos fatos, acontecimentos ou outro tipo de informação já consta dos arquivos” (Izquierdo, 2002, p. 19). Ela é diferente das outras memórias por não deixar traços e nem produzir arquivos. Um exemplo de quando usamos a memória de trabalho é quando “conservamos na consciência” por poucos segundos a quarta palavra de uma frase que lemos ou quando guardamos um número de telefone para discá-lo.

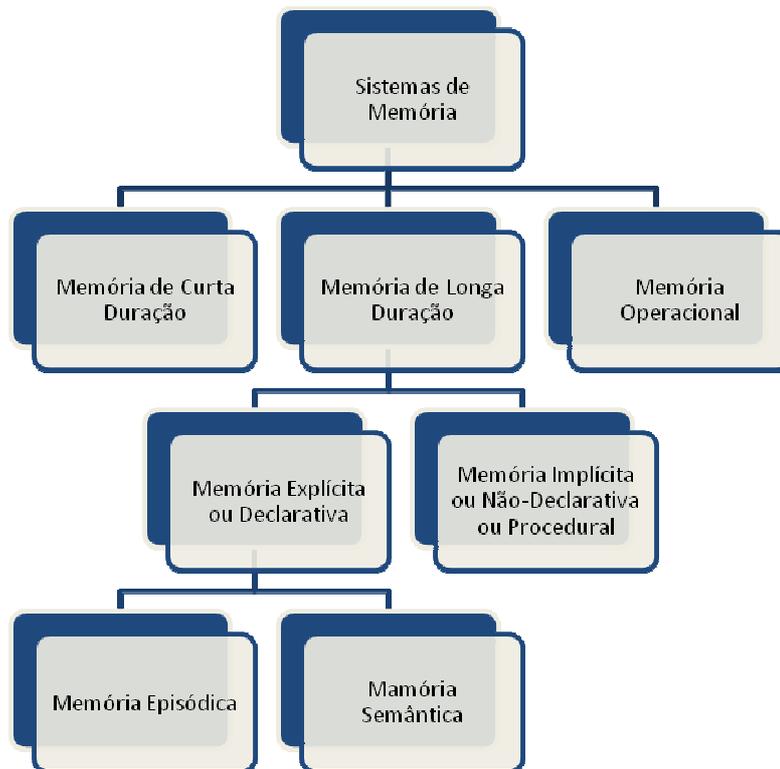
²⁸ Diz o autor que as memórias explícitas de longa duração demoram a ser consolidadas. Nas primeiras horas de sua aquisição são suscetíveis a sofrerem interferências por diversos fatores: desde traumatismos cranianos à ocorrência de outra memória. Considera, também, que a exposição de um indivíduo a um ambiente novo após a primeira hora da aquisição, um traumatismo craniano ou um eletrochoque, minutos da aquisição, podem deturpar ou cancelar a formação dessa memória. A *fixação da memória de longa duração*, para

O autor assinala que a maioria das classificações de memórias são estabelecidas como uma mixagem de memórias de vários tipos; de memórias antigas com outras em processo de aquisição. Por exemplo, quando evocamos uma experiência, conhecimento ou procedimento, a memória de trabalho é ativada para verificar se um segmento de memória daquela experiência consta ou não nos arquivos. Para isso, memórias de conteúdo similares podem ser evocadas, formando a partir da atual, uma memória nova. Dependendo da quantidade de relações que são estabelecidas entre as memórias que são evocadas, pode haver dificuldade em estocar e/ou evocar uma memória procedural ou declarativa. Izquierdo indica ser mais difícil evocar a memória para cantar do que para nadar porque, para cantar, é necessário *relacionar* a memória declarativa a memórias de linguagem em geral (da melodia e da letra da canção) com memórias procedurais (como produzir canto); ativando, ao mesmo tempo, a memória de trabalho²⁹.

Apresento o esquema, a partir de Capuano, para visualização do sistemas de memória:

Izquierdo, depende de fatores metabólicos no hipocampo e de outras estruturas cerebrais. Esta fixação, portanto, é sensível a fatores externos e internos ao indivíduo, sendo o conceito de consolidação das memórias definido a partir disso. A consolidação é o conjunto dos processos que levam a memória a se estabilizar de forma a poder ser evocada.

²⁹ Izquierdo (2002) coloca que diversos autores consideram a “memória evocada por dicas” diferentes das memórias já citadas neste texto. Esta forma de resgatar uma memória já armazenada é chamada de *priming* e ela se caracteriza por essas dicas que são: lembrar da letra de uma música após ouvir as primeiras palavras, lembrar de um lugar após virar a esquina anterior a ele. O autor diz que o humano usa o *priming* sem perceber. Para muitos autores, segundo Izquierdo, o *priming* ocorre devido ao fato das memórias episódica, declarativa e procedurais serem adquiridas de duas maneiras paralelas: uma delas envolve um conjunto grande de estímulos, como um mapa de um bairro, longos seguimentos de uma letra de música, e a outra envolve a utilização dos fragmentos desses conjuntos, por exemplo, uma esquina, algumas palavras de uma determinada música. Izquierdo declara que participam do *priming* o córtex pré-frontal e as áreas associativas. Nos pacientes lesionados nessas áreas, verifica-se déficit deste tipo de memória. Portanto, para lembrar o que uma figura representa, os pacientes necessitam de fragmentos maiores de desenhos para poderem evocar a imagem e o que ela significa.



Izquierdo sustenta que “somos aquilo que recordamos” – a experiência individual institui o acervo de memória que, por sua vez, produz a idéia de ser único: “ser para o qual não existe outro idêntico” (IZQUIERDO, 2002, p. 9). Diz, ainda, que não se pode comunicar o que se esqueceu (o que não esteja na mais na memória). Quanto ao esquecimento, ele afirma que “(...) somos aquilo que resolvemos esquecer” - nosso cérebro lembra aquilo que “queremos lembrar”, e se *esforça* muitas vezes *inconscientemente* para fazê-lo. Note-se que, nesse enfoque, o cérebro parece ter a capacidade de selecionar as “más lembranças”, como humilhações, que não se quer trazer à tona.

A concepção de memória, seus segmentos e seu funcionamento que procurei apresentar acima é a que decorre de um pensamento médico. Posso, agora, concluir indicando como resposta à questão que inicia este item, qual seja, “o que é memória na Medicina?”, dizendo que num modelo organicista, *memória é função cerebral*. Secundariamente, é *função psicológica*. Não parece ser preciso enfatizar, frente à escassez de referências à linguagem, que esta é concebida como um

sistema dependente dos outros dois. A rigor, vem atrelada à “memória explícita e declarativa”, já que humanos “podem falar”, ou seja, externalizar em palavras memórias de experiências. Sua função, embora capital não tem seu mecanismo esclarecido – o de transição do interno para o externo³⁰.

Retiro, para encerrar, de Bertolucci (2005) o que se pode tomar como um enunciado essencial porque ele deixa claro o espaço teórico em que se insere o sujeito: a memória é entendida como *função cognitiva* fundamental da atividade humana. Termino com ele porque sublinhou que alterações de memória comprometem [demais] a vida de uma pessoa ao ponto de impedir uma pessoa de viver de acordo com a exigência do meio social.

1.4.1 Memória, personalidade e aprendizagem

Izquierdo (2002) e Bertolucci (2005) apontam a memória como o fundamento da vida de uma pessoa: ela fixa seu passado, registra e armazena suas memórias e permite o jogo entre lembranças e esquecimentos. Esse solo cria a possibilidade dela “projetar-se rumo ao futuro”. Também, asseveram eles, a memória “determina a personalidade”. (BERTOLUCCI, 2005, p. 310). Note-se que penetramos com essas declarações num domínio menos familiar aos médicos, i.e., aquele que diz respeito à subjetividade. Vejamos como caminham.

Izquierdo define *personalidade* como o conjunto de memória de cada indivíduo: “dependendo mais de suas lembranças específicas do que de suas propriedades congênitas”, por serem fruto da experiência de cada um, *personalidade* é “(...) a coleção pessoal de lembranças de cada indivíduo é distinta das demais, é única.” (IZQUIERDO, 2002, p. 10). Contudo, acrescenta o autor, que a experiência humana não é solitária ou não há uma construção solipsista: quanto mais evoluída a

³⁰ Chomsky (1988) complica a discussão entre interno e externo ao levantar uma questão que é amplamente desconsiderada por médicos e fonoaudiólogos, mas que para ele, é fundamental. Ele pergunta: “como o conhecimento é posto em uso na fala?”; “E quais são os mecanismos psíquicos que servem de base material para esse sistema de conhecimento e para o uso desse conhecimento?” Chomsky afirma que a relação entre “conhecimento” e “uso da linguagem” é misteriosa. Para ele, enquanto essas questões não forem respondidas adequadamente só se pode conjecturar sem chegar a conclusões confiáveis. Não vou me deter neste ponto, que não é central nesta dissertação, mas que é, sem dúvida, relevante.

espécie, maior é a necessidade de interação com a própria espécie ou diferente. A experiência humana, portanto, não prescinde do elemento-chave da **comunicação**:

(...) a comunicação é necessária para o bem-estar e para a sobrevivência. Nas espécies mais avançadas, o altruísmo, a defesa de ideais comuns, as emoções coletivas são parte de nossa memória e servem para nossa intercomunicação. (IZQUIEDO, 2002, p. 10)

A espécie humana forma grupos e, nesses grupos, os indivíduos compartilham uma série de memórias e uma história³¹. Vemos, então, que *personalidade* é termo definido como um “acervo individual de memória” (um arquivo). *Personalidade* é tida como uma característica da *espécie humana* e, como tal, dependente de condições estruturais e morfológicas específicas do cérebro (sistema nervoso do homem) que é, por essa razão, assumida como registro da memória. A personalidade pode, por isso, processar (registrar, armazenar) informações de uma experiência “tipicamente humana” (que é social e cultural por excelência), em palavras de Vygotsky (1984). Nessa perspectiva, memória é atributo da espécie: tem estatuto ontológico – é “entidade”, como vimos. Sendo assim, a personalidade, como memória, está enraizada no biológico. Esse assinalamento importa porque, como veremos no capítulo 2, memória pode ser concebida de outro modo. Para isso é preciso lembrar o que disse Lorenz, K. (1971) sobre a evolução da inteligência. Ele sustentou que quanto mais evoluída a espécie, maior é a *ausência de programação* - maior é, então, o espaço para a aprendizagem. Vemos ser introduzida, por um filósofo interessado no mistério do instinto e da aprendizagem, a questão da “falta” como motor da expansão da memória e da aprendizagem.

Izquierdo (2002) não surpreende, portanto, quando recorre a Pavlov (início do século XX), para tratar do problema da *aprendizagem* e explicar a constituição da memória por meio do esquema $S \rightarrow r \leftarrow R$ (Estímulo/resposta/Reforçamento). O autor lembra, então, que Pavlov estabeleceu que caso um estímulo seja pareado com outro “(...) biologicamente significativo’ (doloroso, prazenteiro) que produz

³¹ O autor diz que a identidade dos países e das civilizações provém de suas memórias em comum, cujo conjunto se denomina História e, dentro desses grupos, cada indivíduo tem sua identidade, que depende da história de cada um.

invariavelmente uma resposta (fuga, salivação, por exemplo), a resposta ao primeiro muda; fica *condicionada* ao pareamento.” (IZQUIERDO, 2002, p. 28). Note-se que uma condição orgânica particular (dolorosas ou de privação)³² é fundamental para que haja *aprendizagem*. Estímulos externos *antes* neutros, depois do pareamento com um estímulo interno ao organismo, passaram a *estímulos condicionados*. A nova resposta a ele é uma *resposta condicionada*, ou seja, “aprendida”.

Izquierdo, ainda com Pavlov, aponta para uma variante dos reflexos condicionados que permite ao animal *aprender a fazer* ou *aprender a omitir* uma resposta condicionada para obter ou evitar o estímulo condicionado, ou seja, ele pode utilizar a resposta condicionada como um instrumento. Trata-se de uma *aprendizagem instrumental*. A extinção de uma lembrança pode ser provocada por *falta de reforço do estímulo*, pois, “se vemos que com o choro não conseguimos leite, (...) deixaremos de chorar”, ilustra Izquierdo (IZQUIERDO, 2002, p. 28). Fala-se, por isso, nos estudos médicos, de uma forma de aprendizagem, denominada “esquiva inibitória”: o ser-vivo, frente a um estímulo que lhe causa desconforto, aprende a evitá-lo (este tipo de aprendizado é comparado ao de olhar para os lados para atravessar a rua ou evitar pessoas que são desagradáveis). Izquierdo aproxima essa aprendizagem do comportamento de extinção de informações irreais da memória. As pessoas *as descartam* ou *as esquecem*, assim como apagam fatos que não lhes interessaram. Este é o modelo positivista adotado para explicar como informações (estímulos) são registradas, fixadas ou extintas.

Como as lembranças provêm de experiências, acrescenta Izquierdo, haverá tantas memórias quantas forem as experiências e há tipos de memórias porque são adquiridas em tempos diferentes. Segundo autor, “a casa da infância” é uma memória mais visual e não olfativa (IZQUIERDO, 2002, p. 28). Há lembranças prazerosas e outras não; algumas requerem memórias outras e fazem, com elas, associações.

Nos sonhos, temos um “baralhar de memórias sem a lógica associativa que usamos na vigília” (IZQUIERDO, 2002, p. 16). Na vigília ou no sono, contudo, assinala ele, as lembranças não são iguais à realidade. Há sempre um processo de tradução entre a realidade das experiências e a formação da memória receptiva

³² Chamam de estímulos incondicionados as respostas evocadas por estímulos biologicamente significantes, uma vez que sua resposta não depende de nenhum outro estímulo. As respostas naturais a esse estímulo incondicionado (salivação, fuga, etc.) são denominadas respostas incondicionadas.

porque, afirma Izquierdo, o ser humano “conta com a linguagem”. Para o autor, é a **linguagem que distingue os homens dos animais** – o modo de codificação, armazenagem e evocação implica tradução do percebido. Tendo abordado o modo de “aquisição da memória” pela via do comportamentalismo, o autor passa a discorrer sobre formação da memória.

1.4.2 Um modelo neurofisiológico de formação da memória

Podemos partir da idéia de *tradução*, ou seja, da afirmação de que o “cérebro converte a realidade em códigos e a evoca por meio de códigos.” (IZQUIERDO, 2002, p. 17). A tradução envolve, portanto, a transmutação da memória (imagens) *em palavras* (além do armazenamento de palavras na memória). Esse mecanismo da tradução da realidade promove perdas, diz ele e, com Mcgaugh (2002), reafirma que a “(...) a característica mais saliente da memória é justamente o esquecimento” (MCGAUGH, 2002 apud IZQUIERDO, 2002, p. 18). Mais do que isso, prossegue ele, a maior parte das memórias formadas se extingue. Fato que fica exacerbado no envelhecimento: as palavras armazenadas tornam-se cada vez mais *vazias* e acabam, elas mesmas, *se perdendo*³³. Vejamos porque isso acontece, acompanhando o autor na explicação da base neurofisiológica responsável pela formação e pelo funcionamento da memória.

Os processos de tradução, evocação e consolidação da memória *dependem de redes complexas de neurônios*. Vejamos: uma experiência de realidade (1) *afeta os sentidos*, é (2) *transformada em sinais elétricos*, (3) *chega ao córtex occipital* e desencadeia uma série de (4) *processos bioquímicos*. Assim, qualquer realidade (experiência visual, auditiva, olfativa, etc.) é **convertida pelo cérebro em código de sinais elétricos e, posteriormente, armazenada em sinais bioquímicos**. No processo de *evocação da informação* armazenada, os **neurônios realizam o processo inverso, ou seja, transformam sinais bioquímicos em sinais elétricos**: “os neurônios *reconvertem* sinais bioquímicos [...] em elétricos, de maneira que, novamente, nossos sentidos e nossa consciência possam interpretá-los como pertencendo a um mundo real.” (IZQUIERDO, 2002, p. 17).

³³ Landi (2007) enfrenta essa afirmação e vai a sentido contrário, oferecendo uma visão alternativa às “palavras vazias”.

Quando há “perda de memória” essas transformações ficam comprometidas: O processamento da memória de trabalho (pelo córtex pré-frontal) é breve e fugaz. Ela depende de atividade elétrica (e dos neurônios do córtex pré-frontal). Nesse processamento ocorrem poucas alterações bioquímicas. Quando o córtex pré-frontal *não atua em “conluio” com os outros córtices*, não há trânsito de informações entre essas regiões cerebrais através de suas conexões³⁴ e, desse modo, ocorre “perda de memória”, de conexão entre realidade e associações pertinente de lembranças. Estes mesmos processos neurológicos e bioquímicos explicariam, ainda, por que um estado de ânimo negativo, uma depressão, falta de sono podem perturbar a memória de trabalho.

Nem todos os neurologistas consideram a memória de trabalho um tipo de memória – ela é vista como um “gerenciador central que mantém a informação “viva” – é “gerenciador central” porque discerne se a *informação recebida é nova* (ou não); se ela é útil para o organismo (ou não). Para realizar essa tarefa, a dita memória de trabalho deve ter acesso rápido às outras memórias. Enfim, a possibilidade de se aprender alguma coisa (ou não), frente uma situação nova, é determinada pela memória de trabalho: pela *agilidade* suas conexões com os demais sistemas mnemônicos. Quando (se) o processo é lentificado, a evocação fica prejudicada. Segundo o autor, a aquisição, a formação e a evocação das memórias são controladas pelo cérebro, pelas emoções e os estados de ânimo. Nesse modelo de funcionamento da memória, *emoções e estados de ânimo* “modulam as lembranças”, mas são os neurônios que fazem o trabalho pesado: fazem a triagem, o registro e o armazenamento de memórias.

³⁴ Em termos mais técnicos, ele afirma que a atividade elétrica neuronal, “(...) ao viajar pelos axônios e atingir a extremidade destes, libera neurotransmissores sobre proteínas receptoras dos neurônios seguintes, comunicando assim, a estes, traduções bioquímicas da informação processada. O córtex pré-frontal recebe axônios procedentes de regiões cerebrais vinculadas à regulação dos estados de ânimo, dos níveis de consciência e das emoções. Os neurotransmissores liberados por esses axônios, que vêm de estruturas muito distantes (...) modulam intensamente as células do lobo frontal que se encarregam da memória de trabalho.” (IZQUIERDO, 2002, p. 20)

Em casos patológicos, como a Doenças de Alzheimer³⁵ ou de Parkinson, as lacunas de memória decorrem de *lesões em áreas cerebrais* e de *disfunções de conexão entre as estruturas cerebrais*. Fala-se em *amnésia* quando há falhas na memória declarativa (esquecimentos do rosto de familiares, mais do que como andar de bicicleta). Então, nos *casos de amnésia* ou *perda de memória*, o processamento da memória explícita ou declarativa, episódica falha antes.

1.4.3 A questão do esquecimento

Como vimos acima, esquecemos a maioria das informações que foram armazenadas: pode haver problemas na filtragem das informações pela memória de trabalho e, também, nas conexões neuronais – todos os arquivos podem ser afetados. Izquierdo tem destaque nesta parte do trabalho, pois sustenta que para os neurologistas, **esquecimento é um fenômeno fisiológico** que desempenha um papel adaptativo. “Adaptativo” porque é preciso esquecer detalhes irrelevantes da experiência: “Não poderíamos sequer dialogar com os seres queridos se, cada vez que os víssemos viesse à nossa lembrança algum mal-estar ou briga ou humilhação, por pequenos que fossem.” (IZQUIERDO, 2002, p. 30).

Izquierdo (2007) apresenta quatro formas de esquecimento: o de “extinção” e de “repressão”, em que as memórias ficam menos acessíveis. As outras duas são: “bloqueio” e “esquecimento”, que consistem em “perdas reais de informação, uma delas por *bloqueio de sua aquisição*, e a outra por *deterioração e perda de informação* - o esquecimento propriamente dito” (IZQUIERDO, 2007, p. 22). Nem na extinção e nem na repressão são supressões reversíveis. Ou seja, não está perda, a memória está *suprimida* enquanto expressão. Se há aumento da *intensidade do estímulo* haverá *reversão da extinção*. De fato, diz ele: “a maioria das memórias que fomos juntando se perdem por falta de reforço” (IZQUIERDO, 2002, p. 32). Quanto ao fenômeno da repressão, termo vem da Psicanálise (lembra Izquierdo), ela se

³⁵ No caso do Alzheimer, ficam ilhas compostas por redes neuronais saudáveis, nas quais sobrevivem algumas memórias. Izquierdo afirma que o uso contínuo da memória faz com que desacelere ou reduza o déficit funcional da memória que ocorre com a idade: “*quanto mais se usa, menos se perde*”. Diz que em caso de pacientes com Alzheimer com perda de memória é menor em indivíduos com ensino superior, os quais adquiriram diferentes memórias ao longo da vida, do que os que não estudaram.

encontra entre a *extinção* e as “perdas reais” – nesse fenômeno, relativo às memórias declarativas (quase sempre episódicas), “o indivíduo simplesmente decide ignorar” (IZQUIERDO, 2002, p. 30). Em outras palavras, as lembranças, eliminadas por repressão, tornam-se inacessíveis (“por decisão do indivíduo”). Elas não são eliminadas e essas memórias reprimidas podem, por isso, aparecer “espontaneamente ou por meio da recordação de outras memórias ou por meio de sessões de psicanálise ou outro tipo de exame detalhado da autobiografia do sujeito.” (IZQUIERDO, 2007, p. 31). Podemos assistir, neste ponto da argumentação de Izquierdo - em que o autor invoca a Psicanálise - o recobrimento do modelo de funcionamento da memória ali proposto. Essa constatação nos obrigará a abordá-lo nesta dissertação, mesmo porque a Psicanálise nos interessa particularmente. Parece-me, de fato, impossível conceber que uma visada neurofisiológica/neuropsicológica possa anular o esforço de Freud na construção da Psicanálise e na elaboração de uma trama conceitual tão diferente (e mesmo divergente) do modelo organisista-positivista, aqui representado por Izquierdo. De fato, causa surpresa e estranhamento que o autor procure reduzir o “mecanismo da repressão” a um funcionamento cortical e avalizar investimentos de pesquisa nessa direção³⁶. Então, resumidamente, na Medicina, *memória é função cerebral e, secundariamente, função psicológica*. A relação entre memória e linguagem é de pura serventia: *linguagem é meio de expressão* de estados da memória.

NOTA 1 - Nitrini e col. (2005) referem que para a avaliação cognitiva global geralmente é recomendado: o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), que Segundo Chaves (2008) trata-se de teste bastante utilizado, que não diagnostica demência. Ele consiste em questões agrupadas em sete categorias e cada uma delas tem por objetivo de avaliar uma função específica. Em cada categoria o sujeito tem a possibilidade de obter determinados pontos. São elas: orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e caçulo (5 pontos), recordação das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O score do MEEM pode variar de 0 a 30 pontos, indicando o grau de comprometimento cognitivo do indivíduo ou sua ótima

³⁶ Remeto o leitor ao texto de Izquierdo (2007), uma vez que não é objetivo desta dissertação detalhar demais argumentos e explicações neurológicas sobre questões psíquicas, mesmo porque, neste caso, esse movimento não me parece aceitável.

capacidade cognitiva. O MEEM contém 11 itens, dividido em 2 seções, sendo que a primeira exige respostas verbais a questões de orientação, memória e atenção, e a segunda seção exige “leitura e escrita e cobre habilidades de nomeação, seguir comandos verbais e escritas, escrever uma frase e copiar um desenho (polígonos). Todas as questões são realizadas na ordem listada e podem receber escore imediato somando os pontos atribuídos a cada tarefa completada com sucesso” (CHAVES, 2008, p. 3). É recomendada, também, a avaliação de memória. Nitrini e col. (2005) dizem de testes que têm sido utilizados em pacientes com DA no Brasil: a bateria do CERAD^{20,21}, na qual a recordação tardia de uma lista de 10 palavras é solicitada cerca de cinco minutos depois da fase de registro. E a bateria NEUROPSI: a recordação tardia de uma lista de seis palavras é realizada 20 minutos depois do registro. Estes testes, segundo eles, servem para o médico avaliar de forma rápida o comprometimento ou não da memória na DA.

Para a avaliação da atenção são recomendados: Teste de letra randômica, Extensão de dígitos e o Teste de Trilhas. No teste de letra randômica, o examinador solicita ao paciente que, para toda letra A pronunciada, seja dada uma batida na mesa³². O teste avalia vigilância. Na extensão de dígitos o paciente repete uma seqüência crescente de dígitos imediatamente após o examinador, inicialmente na ordem de apresentação e, posteriormente, na ordem inversa. Este teste avalia atenção verbal e memória operacional (ordem inversa). O Teste de Trilhas consiste em conectar com lápis, no menor tempo possível e em ordem crescente, 25 números e números alternados com letras, avaliando atenção seletiva, velocidade de processamento perceptual e flexibilidade mental.

Em relação à linguagem do paciente com demência, ela tem sido avaliada com as mesmas baterias feitas para o diagnóstico de afasia, principalmente a Bateria de Diagnóstico de Afasia de Boston⁴⁰, a "Western Aphasia Battery", o "Token Test" e o Teste de Nomeação de Boston (TNB). Os autores dizem que estas baterias têm pelo menos duas limitações: A primeira é porque elas são construídas e adequadas para o diagnóstico de afasia (resultantes de lesões focais) e não para as alterações lingüísticas encontradas nas demências; e a segunda é por elas se restringirem aos aspectos metalingüísticos. Porém, tais baterias permitem um diagnóstico qualitativo e quantitativo, mostrando o perfil do distúrbio lingüístico (tipo de afasia) e estabelecendo uma linha de base para comparações futuras.

Os autores dizem que "funções executivas" dizem respeito a "um conjunto de habilidades cognitivas e princípios de organização necessários para lidar com as situações mutantes e ambíguas do relacionamento humano e que garantem uma conduta adequada, responsável e efetiva". Está incluso nestas habilidades: planejamento, auto-regulação e de coordenação motora.

Os testes de avaliação do funcionamento executivo, que os autores citam são: testes do desenho do relógio (TDR) e de fluência verbal (FV). O TDR tem várias versões, dizem os autores, tanto em relação às instruções para sua realização quanto às normas de avaliação. O Teste do Relógio (Modelo GEDARNI – CMI – HUB) exige que o examinador de um comando para o indivíduo fazer um círculo e em seguida escreva os números do relógio sem que consulte um. Assim que ele acabar de desenhar, é pedido para que o indivíduo marque um horário: 10 minutos para as 2 horas. Não há um tempo determinada para que o teste seja executado. Segundo o formulário do Teste, ele avalia percepção visual, praxia de construção, disfunção do hemisfério direito com negligência à esquerda. Quando o relógio é desenhado muito pequeno, há um indício de que o paciente tenha um problema de planejamento. Caso os números sejam postos em lugares inadequados, há uma indicação de déficits executivos. Os critérios de correção neste modelo são: de 1 a 5 pontos para o Desenhos do relógio, ponteiros e números inexistentes ou incorretos:

1. Não houve iniciativa de desenho. Desenho não interpretável.
 2. Desenho indica que a solicitação de desenho foi de certa forma compreendida, vaga representação.
 3. Distorção na numeração. Faltam números ou estes estão fora do relógio. Não existe conexão entre números e relógio. Ausência de ponteiros.
 4. Aglomeração dos números em uma região, Interpretação errada da solicitação de desenho dos ponteiros (desenho de "face digital", indicar as horas colocando círculos nos números etc).
 5. Numeração "ao contrário" hora errada.
- De 6 a 10 pontos – Desenhos do relógio, ponteiros e números corretos, com pouca distorção até tarefa plenamente correta
6. Posição dos ponteiros desconectada do relógio.

7. Ponteiros alterados, porém compreensíveis, hora errada mas números corretos.
8. Pequenos erros na posição dos ponteiros.
9. Pequenos erros no tamanho e posição dos ponteiros.
10. Tarefa realizada plenamente correta

Já o teste de FV é o de categoria semântica (animais/minuto). Neste teste é solicitado ao indivíduo que diga o maior número de animais no menor tempo possível. O escore é definido como o número de itens (excluindo-se as repetições) em um minuto.

CAPÍTULO 2 AS DEMÊNCIAS SOB A ÓTICA DA PSICANÁLISE

Elejo dois autores, afetados pela reflexão psicanalítica, que se voltaram para questões relativas ao envelhecimento e aos problemas da demência: Messy (1999) e Goldfarb (2006). O primeiro se propõe a abordar a dinâmica dos processos psíquicos ligados ao envelhecimento, Ele começa por opor “velhice” a “envelhecimento”, como veremos abaixo. O autor declara que seus argumentos decorrem da distinção entre *ideal do eu* e *eu ideal* proposta por Freud (1914). Ele envolverá, também, os três registros, estabelecidos por Lacan, quais sejam: Real, Simbólico e Imaginário³⁷. Esse direcionamento o afasta de vertentes médicas, psicológicas e psicossociais sobre o envelhecimento e das demências e abre espaço para uma posição clínica. No mesmo sentido segue Goldfarb (2006), que pretende formular uma hipótese psicogênica para as demências e aborda a memória, não pela sua formação neurológica, mas como uma “produção histórica do sujeito psíquico” (GOLDFARB, 2006, p. 18). Para ela, a queixa de “problema de memória” deverá ser escutada e acolhida em seu sentido subjetivo pelo clínico (não como “coisa de velho”). Ou melhor, essa queixa deve ser escutada em “sua profunda significação como discurso sobre o esquecimento”. (GOLDFARB, 2006, p. 63). Procurarei, abaixo, apresentar as elaborações dos autores.

2.1 Messy: velhice e envelhecimento

a velhice não é uma passagem obrigatória para a morte, assim como a demência não é uma ameaça em contrapartida de uma idade avançada (MESSY, 1999, p. 10).

Esta epígrafe resume a discussão que farei a seguir. Vejamos como Messy a desenvolve. Ele principia assinalando que o conceito de inconsciente na Psicanálise

³⁷ Não está no horizonte desta dissertação avaliar a implementação dos conceitos da Psicanálise realizada por Messy ou por Goldfarb. Meu objetivo é, neste trabalho, trazer à discussão outra possibilidade de abordagem teórica e clínica das demências.

remete a processos que são atemporais e é desde este ponto de vista que o sujeito é considerado e escutado na clínica. Lembra o autor, ainda, que Freud afirma que “nossa morte não tem representação inconsciente”: o *Isso* “não envelhece” (MESSY, 1999, p. 16)³⁸. Tendo apontado para a atemporalidade do inconsciente e a impossibilidade de representação da própria morte pelo sujeito, não só se esclarece o primeiro enunciado da epígrafe – “a velhice não é uma passagem obrigatória para a morte” – como fica aberta a porta para a distinção que Messy faz entre “envelhecimento” e “velhice”.

A *velhice*, diz o autor, é um estado e, como tal, algo que incide em qualquer ponto no *processo de envelhecimento*. Sendo assim, ela pode se instaurar em qualquer momento (início, meio ou fim da vida). Note-se que a idade cronológica não determina a “velhice” que é um *discurso social* carregado de negatividade: reserva-se à velhice a idéia de perda e de déficit. Com isso, Messy quer indicar que “ser velho” é marca que se pode incorporar do olhar do outro. Disso decorre sua afirmação de que: “se o envelhecimento acompanha os anos, a velhice por sua parte, se trama nos espelhos” (MESSY, 1999, p. 16). No espelho, o idoso vê, diz ele, *o real da velhice*, i.e., aquilo que não é passível de significação, que não é simbolizável (o final da vida, a morte). O discurso sobre a velhice é, contudo, mortificante porque pode funcionar como um impedimento à vivacidade e a novas aquisições – o idoso pode ficar à margem da vida.

Envelhecimento é, diz Messy, um processo irreversível que se inscreve no tempo: “se o envelhecimento é o tempo da idade que avança, a velhice é o da idade avançada, entenda-se, em direção à morte” (MESSY, 1999, p. 23). No termo “envelhecimento” estão contidas duas visões antônimas: “de um lado, evocam a idéia de desgaste, de enfraquecimento, de diminuição e, de outra parte, evocam a bonificação, (de que o vinho se beneficia), a maturação, o acréscimo” (MESSY, 1999, p. 17). Com isso, o autor pretende mostrar que o processo de envelhecimento envolve dois pólos: o de “perda” e o de “aquisição”. Messy invoca Freud:

³⁸ Freud utiliza esta expressão na segunda tópica, em que representação do *Eu* aparece articulada numa tensão de 3 eixos: o *Eu* (sede da consciência e lugar de manifestações inconscientes) o *Isso* (raiz inconsciente do *Eu* e “sua matriz inorganizada - Kaufmann, 1993) e o *Super-Eu* (“instância judiciedade do nosso psiquismo” – Freud, 1923).

[...] dois tipos de processos se desenvolvem continuamente na substância viva, em direções opostas: uma constrói, assimila, a outra destrói, desassimila. Podemos ousar reconhecer, nessas duas direções dos processos vitais, a atuação de nossos dois movimentos pulsionais, as pulsões da vida e de morte? (FREUD, 1981 apud MESSY, 1999, p. 18).

Aquisições são remetidas à constituição da instância egóica, que está, segundo o autor, “[em] referência à *dimensão imaginária* do eu” (FREUD, 1981 apud MESSY, 1999, p. 18) (ênfase minha). Neste momento, são introduzidos os três registros propostos por Lacan³⁹. De forma sucinta e em benefício da apreensão dos argumentos de Messy, convém lembrar que o **Real** é definido como uma existência “*que é expulsa da realidade por intervenção do simbólico*”, mais diretamente, o *Real* é o “*impossível de ser simbolizado*” e, por isso, insiste. O **Simbólico** é função ligada à linguagem, mais particularmente, ao significante. Ele revela o fato humano que é regido e subvertido pela linguagem (*fala-ser*) – disso decorre que o simbólico é abordado como mola propulsora “*que organiza, de forma subjacente, as formas dominantes do imaginário*”. O **Imaginário**, por seu turno, deve ser entendido a partir da imagem, da relação intersubjetiva em que algo de fictício sempre se projeta “sobre a tela simples e que o outro se transforma” (Chemama, 1995, p. 104). Importa entender que este é o registro do *Eu*: “do que comporta de desconhecimento, de alienação, de amor e de agressividade na relação dual” (Chemama, 1995, p. 104).

Pode-se retirar da articulação dos registros, acima mencionada, que aquisições acontecem sem que o sujeito tenha consciência, uma vez que ele se molda/é moldado à imagem do outro no jogo intersubjetivo. A idéia de “aquisição” deve ser submetida ao crivo da identificação: “O eu adquire imagens na relação narcísica com o objeto” (MESSY, 1999, p. 19). Se, diz o autor, o Eu se constrói a partir de traços do objeto, “no envelhecimento o eu tem uma relação com o tempo. A cronologia, no caso, seria caracterizada pela estratificação das imagens que o constituem” (MESSY, 1999, p. 19). Vemos que a aquisição, parte integrante do envelhecimento, *tem relação com a história do Eu*. Passemos, a seguir, agora à outra parte: *a perda* que, acentua o autor, é invariavelmente mencionada com uma frequência maior em referência ao processo de envelhecimento.

³⁹ Digo que *são* introduzidos porque Real, Simbólico e Imaginário implicam-se mutuamente.

O primeiro ponto que Messy levanta, mesmo reconhecendo que há maior volume de perdas na velhice, é o de que somos levados a pensar o envelhecimento a partir da idéia “perda”. Mas, contra-argumenta ele, não se deve tirar de perspectiva o fato de que *perda* é parte inerente a todas as fases da vida e não apenas à última – portanto, ela não é traço específico da velhice.

Outro ponto importante diz respeito à noção de “perda” em Messy. Ela não pode ser medida ou qualificada em termos de quantidade. Trata-se de perda da possibilidade do sujeito para lidar com o objeto investido⁴⁰ – “perda” remete, segundo Messy, ao desaparecimento desse objeto.

Se o sujeito se constitui no espelho, se o Eu investe uma imagem no outro, caso esse outro desapareça ou morra: “a relação do eu com o objeto é marcada pelo luto, sendo vivenciada pelo sujeito como perda [...] a imagem [investida] fica *desprovida do suporte da realidade* do outro” (MESSY, 1999, p. 21) (ênfase minha). Nessa circunstância, há, como se vê, *perda de suporte* para um investimento do sujeito: ao perder seus objetos, ele perde, ainda, os suportes dos investimentos feitos. Nesse momento, Messy volta o olhar para as demências e diz que:

[talvez] seja este o sentido da *demência senil*: o apagar-se, não da pessoa ou de sua imagem, mas do Eu, do qual não restaria mais do que um esquema, um Eu à flor da pele (MESSY, 1999, 21).

Nesse momento, importa assinalar que as demências, no discurso da Neurologia, fala-se em *déficit orgânico*, como vimos no capítulo 1, em “perda da integridade orgânica” (GOLDFARB, 2006, p. 18). Como veremos mais abaixo, numa argumentação, que tem como solo a Psicanálise, a demência levanta a questão da dissolução do Eu, que não pode ser referida (ou reduzida) a um déficit “que afeta a memória como função neurológica”. Ela deve ser remetida a um conjunto de fatores que inclui a perturbação de identidade “que tem efeito sobre a memória como função

⁴⁰ Convém relembrar que *objeto* “não evoca a noção de coisa, de objeto inanimado e manipulável, tal como esta se contrapõe às noções de ser animado e de pessoa” Laplanche & Pontalis (1982/1995). *Objeto*, em Psicanálise, é correlativo do conceito de pulsão: “é sempre *objeto* de um sujeito desejante” (Chemama, 1995) - é sempre objeto investido, portanto e, como tal, pode ser uma pessoa, um objeto do mundo, uma fantasia e, certamente, parte desses objetos mencionados.

historicizada”. (GOLDFARB, 2006, p. 18). Qualquer perda, como vimos, é sempre movida pelo objeto investido e não é sinônimo de término, já que pode (sempre) engendrar aquisições. Se esse é o caso, o sujeito, no envelhecimento, permanece na *dinâmica da vida* e não na dinâmica da morte.

Messy (1999) faz, ainda, uma relação entre envelhecimento e castração, essa “experiência psíquica inconsciente, sem cessar renovada ao longo da existência. Experiência dolorosa, que impregna nossa vida com uma possível angústia” (MESSY, 1999, p. 22). A castração, essa “experiência dolorosa”, tem uma incidência repetitiva⁴¹. Diz Messy que a castração insere o envelhecimento tanto no âmbito da falta quanto na esfera da perda (da morte). O tema da “perda” e do “envelhecimento”, vistos pelo prisma psicanalítico levam a considerar que o Eu envelhece (tem história), mas que esse envelhecimento comporta articulação entre “a dinâmica da perda e da aquisição” (MESSY, 1999, p. 22).

2.1.1 Um outro estágio do espelho

Quando há ruptura do equilíbrio entre a aquisição e a perda, vem a *velhice* “como um encontro inopinado” entre o imaginário e o simbólico em que prevalecem os “portadores de imagens negativas”. É quando “o *ideal* fracassa” e o sujeito não se reconhece: sua imagem não coincide com o “Eu ideal conservado na lembrança” (MESSY, 1999, p. 32).

O autor retoma o “estádio do espelho” de Lacan (1966) e diz que: “o tempo do *espelho quebrado sobrevém na época da plena maturidade* (...) a mãe já não existe mais como respaldo” (MESSY, 1999, p. 34) (ênfase minha). Digamos que a unidade ideal do Eu se esvai e pode não se (re)estruturar caso não encontre suporte para sustentação dos objetos investidos. No “espelho quebrado” apareceria, então, a

⁴¹ Ele lembra, aqui, a renúncia à mãe, sendo esta o primeiro *objeto de amor* tanto para o menino, quanto para a menina. Esta renúncia deixa a criança desejosa. Diz, ainda, que permanece um resquício desse corte, que tem relação com a separação sexual e que vai, para o resto da vida, sustentar o desejo inconsciente. Enuncia que Lacan o denomina como “objeto *a*”, o qual é perdido para sempre. Ao sujeito sempre faltará uma peça em sua vestimenta egóica - razão de seu desejo incessante. O sujeito passa a vida, diz Messy, tendo medo de perder essa vestimenta.

“imagem antecipada de um corpo fragmentado. A angústia de castração transforma-se em *angústia de morte*” (MESSY, 1999, p. 44) (ênfase minha)⁴².

Isso ocorre porque, segundo Messy, na medida em que a idade avança o ideal do Eu, ligado aos discursos sociais, pode não ser mais localizável num lugar desde onde o sujeito possa ver-se não-decadente:

o velho (...) vê a velhice próxima se anunciar (...) sob a face da demência senil. Por sua vez, o ideal de ego sossobra e se manifesta sob os traços de uma *feiúra* do Eu. A tensão agressiva, que não possui mais o ideal regulador, expande-se, e, em certos casos, precipita o indivíduo na patologia, e até na morte, pela *volta da agressão contra si próprio* (MESSY, 1999, p. 35) (ênfase minha).

Basta, diz ele, a ocorrência de uma perda extrema para que a velhice se precipite, mas afirma, o autor, a explicação deve ser alocada na questão da identificação com o *objeto decaído* (e não perdido) - o demente, afinal, não é um morto⁴³.

A título de síntese, Messy (1999) propõe, como vimos brevemente acima, “um outro estágio do espelho” para discutir a velhice - “um espelho quebrado” que envolveria a antecipação “no espelho ou na imagem de um outro mais idoso, de sua própria imagem da morte.” (MESSY, 1999, p. 66). Temos, avança ele, então, uma antecipação não mais “jubilatória”, mas “aflitiva” (MESSY, 1999, p. 66). O tempo do espelho quebrado é traduzido, segundo o autor, numa fase depressiva que, como vimos, diz respeito à perda da imagem ideal (que a psiquiatria chama de “crise de identidade”). Depois da depressão, o sujeito se “reorganiza através da idéia de morte”. Neste momento frágil, uma ocorrência sofrida pode “se corporificar”, afetar o copo do velho, que pode iniciar um processo de hospitalização e levá-lo à morte: o sujeito acaba por “retirar seu interesse do mundo externo para fazê-lo recair

⁴² A *angústia de morte*, que deve ser confundida com o medo da morte, diz Messy. Ela é inconsciente, é a angústia da pulsão de morte, que visa “levar o ser vivo ao estado inorgânico”. O autor esclarece, ainda, que quando ela age no sujeito, é muda; quando se dirige ao exterior, é destrutiva ou agressiva e quando a agressividade é barrada, volta-se contra si: é autodestrutiva (MESSY, 1999, p. 40). A pulsão de morte surge, então, acompanhada de angústia.

⁴³ Veremos que Rosana Landi (2007), autora da Clínica de Linguagem, sustenta que na demência não é qualquer coisa que o sujeito diz – na verdade, o que diz, tem laços com o vivido.

sobre uma doença orgânica, que toma a direção de uma patologia psicossomática”. (MESSY, 1999, p. 67).

Em *A pessoa idosa não existe*, Messy insere um capítulo que nomeia: “*Desmentir a demência: abordagem psicanalítica da doença do tipo Alzheimer*”. Com este título “provocativo”, como diz, pretende denunciar a “facilidade consistente” de um diagnóstico irreversível, que, a rigor, só poderia ser feito após uma autópsia. Mais uma direção inédita de argumentação, que concede a ele um lugar de destaque na discussão sobre envelhecimento, velhice e demência: Messy volta sua atenção para a questão do “incurável”. Retornaremos a ele, portanto, quando voltarmos o olhar para a *clínica da demência*.

2.2 Goldfarb: a demência em primeiro plano

Goldfarb (2006) lembra que o termo “demência” vem do latim *de-mentis*, que significa “perder a mente”. Ao do longo tempo a medicina usa este termo, de diversas formas, para designar a perda da razão ou a perda da memória. Essa questão pode ser abordada, propõe ela, por outro ângulo. Ela traz Régis (1855-1918), um psiquiatra que reconheceu a Psicanálise. Segundo ele, o essencial da demência é a “perda do funcionamento psíquico normal” (GOLDFARB, 2006, p. 53) e não a decadência do cérebro - o que pode levar um sujeito a ter outros sintomas, como uma depressão profunda. Uma vida psíquica normal teria a pessoa com *boa memória e rápidas associações de idéias*. Estas características, afirma o autor, estão ausentes no início da doença demencial. Reconhecer a demência como um abalo na vida psíquica e não como uma degeneração neurológica é, de fato, um afastamento das concepções vigentes.

Da mesma forma que Messy, ela mobilizará noções e conceitos psicanalíticos para discorrer sobre as demências e começa sua discussão apresentando dados relativos a duas experiências ocorridas, no Brasil e na Argentina. Ambas relacionadas à crise econômica e às limitações profundas que impôs à população no que concernia à realização de projetos de curto prazo. Segundo ela, em ambos os países, houve *aumento expressivo de diagnóstico de demência de idosos*. Esses sujeitos foram lançados numa situação de fragilidade psíquica: eles foram pressionados a abandonar seus lugares de reconhecimento narcísico e não

puderam se deslocar para outros. Assim, diz ela, os velhos que demenciaram frente à ausência de “promessa de futuro” e da impossibilidade de “produzir vida”, só restou “no horizonte desses velhos, a morte (GOLDFARB, 2006, p. 22). O que a autora pretende assinalar é que a subjetividade não é da ordem do biológico. Por isso, o sujeito pode e é afetado por condições sócio-político-econômicas.

A pesquisadora estabelece relação entre as “possíveis reações do eu” frente a um estado de sofrimento provocado por condições como a acima mencionada. Ela invoca o “mecanismo de regressão” que proteja o sujeito “em formas mais primitivas de funcionamento”. Caso, postula Goldfarb, o sujeito não reencontre o equilíbrio e a ilusão de unidade que foram abalados, vem a angústia, que é o sinal de alerta da possibilidade de “uma regressão mais profunda [que pode levar] a dissolução do Eu, quase a sua desapareção no Isso” (GOLDFARB, 2006, p. 213).

Goldfarb menciona Maisondieu (2001), que reserva o termo “mal-estar” para *quadros de perturbação na organização psíquica*, para aqueles: “que não correspondam a uma doença reconhecida e que estejam diretamente ligados a uma situação de sofrimento em relação direta com o contexto no qual se desenvolve a doença” (GOLDFARB, 2006, p. 213). Este autor propõe a palavra “*tanatose*”⁴⁴, ou “conjunto de condutas psicopatológicas ligadas à *angústia de morte* e caracterizadas pela *aparência de uma deterioração mental*” (GOLDFARB, 2006, p. 213) (ênfase minha). De fato, as soluções apontadas para a incidência da angústia de morte, sem possibilidade de elaboração, são um sofrimento psíquico profundo ou demência. Nesta perspectiva, a demência representaria uma *renúncia à vida*: “à luta contra a morte”, ou melhor, contra a morte da alma. O termo “tanatose” corresponderia, então, à “ação da pulsão de morte sobre o Eu” (GOLDFARB, 2006, p. 213), que abala a condição de sustentação de investimentos vitais, já que eles dependem da possibilidade de manutenção da imagem ideal do Eu. Caso não se mantenha, nem mesmo “a esperança do reencontro [dessa imagem]”, o futuro é “a morte (...) ou a demência” (GOLDFARB, 2006, p. 214).

⁴⁴ “Tanatose” é termo que faz referência a *Thánatos* - a personificação da morte. É uma personagem menor da mitologia grega que é mencionada com freqüência, mas raramente representada numa figura.

Na teoria psicanalítica, *tánatos* é correlativo de pulsão de morte.

A demência pode, segundo a autora, ser abordada pelo ângulo de uma ineficácia subjetiva, qual seja, no sujeito demenciado, “o passado não [pode ser] incluído no projeto do futuro, simplesmente porque não há futuro” (GOLDFARB, 2006, p. 214). A exemplo de Messy (1999), para ela, a impossibilidade de viver sem um projeto de futuro mobiliza angústia e suas conseqüências. É nesse momento, em que a questão do tempo é abordada, que vem à tona a questão do esquecimento, da lembrança – em outras palavras, da memória. O Eu deve, diz Goldfarb, para se sustentar em seu presente:

poder reconsiderar o seu passado e se projetar numa ação modificadora para o futuro, em que os erros possam ser reparados e os acertos repetidos; deve poder realizar uma ação verificadora da realidade, que coincida com suas lembranças (GOLDFARB, 2006, p. 214).

Na demência, então, o Eu perde poder ou condição de se “automodificar” e de organizar suas lembranças. Por isso, é “o outro [que] decide sobre sua história”. A autora propõe que se pense a demência a partir de uma “multicausalidade” e assegura que considerar o sofrimento é essencial para que se possa tangenciar as vicissitudes da demência⁴⁵ porque só a partir do reconhecimento do sofrimento é que se pode avaliar o papel da angústia de morte na *gênese da síndrome demencial*, que é referida unicamente e obstinadamente às alterações cerebrais. Desde uma visada clínica, Goldfarb afirma que o malefício maior da redução da demência ao diagnóstico cerebral é a redução do sujeito à doença. Esse ponto é de fundamental interesse para esta dissertação, uma vez que uma Clínica de Linguagem com sujeitos demenciados só pode se realizar caso se considere que a “etiologia não esgota a questão” da relação do sujeito com a linguagem (FONSECA, 2002).

O objetivo declarado de Goldfarb é abordar a demência pelo viés da “psicopatologia psicanalítica”, diz ela. Ela não volta as costas para a Psicopatologia

⁴⁵ Goldfarb sustenta essa afirmação em sua experiência clínica: muitos pacientes chegam, diz ela, demenciados após sofrerem uma perda irreparável. Outros, porém, chegam sem uma perda de impossível elaboração.

Fundamental, campo que inclui a Psiquiatria, e outras áreas do conhecimento. A esse campo, esclarece ela, não interessa descrever e classificar a doença mental, mas a possibilidade de recolher “a expressão de uma subjetividade [...] por meio do relato, da narrativa, da expressão”. O interesse é o de “transformar o sofrimento em experiência que sirva para si mesmo e para os outros” (GOLDFARB, 2006, p. 183).

Apoiada em *Luto e melancolia* de Freud (1914), ela diz que luto e melancolia compartilham o mesmo sentimento doloroso: “perda de interesse pelo mundo exterior, inibição de toda produtividade e investimento, e incapacidade de amar” (GOLDFARB, 2006, p. 195). No luto há “*trabalho de elaboração*” que leva o sujeito a poder investir em outro objeto. Diferentemente, acrescenta ela, na melancolia, o Eu está inibido e rebaixado: “conhece-se o objeto perdido, mas não se sabe o que foi perdido com ele (GOLDFARB, 2006, p. 196). Por isso, o investimento no objeto é cancelado. Ao contrário do trabalho de luto, onde o investimento se dirige a outro objeto, aqui, ele é dirigido ao “próprio Eu que passa a ser julgado sob a mesma premissa pelas quais se julgava o objeto perdido. [...]” (GOLDFARB, 2006, p. 197).

Depressão é forma de reação à perda de objeto. Goldfarb procura articular depressão ao vazio. Diz que “vazio” pode ser concebido como “isolamento”, e “como medida da conservação de si” – [nesse caso, ele] é caminho para a cura (GOLDFARB, 2006, p. 198) porque não é sinônimo de morte, ao contrário: é desejo de recolhimento e espaço de elaboração (GOLDFARB, 2006, p. 198). Ela acrescenta a isso que no vazio não há nem objeto de luto nem a culpa da melancolia: nesse ambiente, o sujeito aqui “fica em suspensão” e “o objeto não se erige [portanto] em substituível” (GOLDFARB, 2006, p. 200). Pode ocorrer que, por efeito de ausência de elaboração, se chegue a um “Vazio de representação, até de si mesmo, que aproxima [o sujeito de uma] morte psíquica” (GOLDFARB, 2006, p. 200). A autora afirma que na ausência do trabalho de luto, a demência possa ser produzida. Na expressão de Messy, depressão pode “se curar pela demência” – uma solução sórdida, sem dúvida. Note-se que, nesse ambiente, na base da demência estaria uma depressão sem elaboração. Na demência, segundo a autora, há tendência à “dissolução do eu” que não pode suportar a angústia que pode acompanhar estados de depressão.

2.2.1 Demência, memória e esquecimento

A diminuição da memória aproxima a discussão da questão do esquecimento. Como vimos, na Medicina, a capacidade de armazenar ficaria reduzida por efeito de diminuição do número de neurônios e dendritos. Como pontua Messy, nesse enfoque, a memória “é comparada aos computadores e não distingue nem o esquecimento, nem o processo de recalçamento, como se o velho sem memória, não tivesse mais psiquismo, isto é, inconsciente” (MESSY, 1999, p. 122). Na mesma linha de argumentação, Goldfarb acrescenta que o diagnóstico de demência é “condenação à exclusão” (GOLDFARB, 2006, p. 58), já que ela é vista como incurável por efeito de uma causalidade neurológica.

A autora lembra que os primeiros sinais de abalo da memória dizem respeito aos esquecimentos de acontecimentos recentes. A *memória de curto prazo* é a afetada; depois vem a *episódica* e, finalmente, a dita *cognitiva* (memória que precisa de aprendizado, coloca em andamento o mecanismo de atenção e concentração, por exemplo, aprender a dirigir um carro) e *explícita*⁴⁶. Goldfarb assinala que essas classificações o sujeito e sua singularidade, ou seja, o clínico, geralmente, “não as relaciona com questões subjetivas” (GOLDFARB, 2006, p. 223). Esse comentário da autora interessa a esta pesquisa, como veremos. Para encaminhar sua argumentação, ela recorre a dois textos de Freud⁴⁷ (1901; 1898), “Psicopatologia da vida cotidiana” (1901) e “Sobre os mecanismos psíquicos do esquecimento” (1898) e escreve que: “o processo pelo qual um nome próprio (...) pode ser esquecido em virtude de um deslocamento de significado (...) [ocorre porque] obedece a leis associativas” (GOLDFARB, 2006, p. 223). Assim, quando o esquecimento persiste, esses mesmos mecanismos criam *um substituto*: “o mecanismo repressivo atua, favorecendo o esquecimento, com o objetivo de evitar o desprazer que algumas lembranças podem provocar” (GOLDFARB, 2006, p. 224). Note-se que o mecanismo da repressão, aqui implicado, é bem diferente daquele invocado por Izquierdo.

As pessoas demenciadas apresentam dificuldades para registrar acontecimentos atuais, ao mesmo tempo em que os fenômenos do passado surgem em suas memórias. Na demência, Goldfarb observa que o passado pode surgir na

⁴⁶ Ver no capítulo 1 as descrições das memórias.

⁴⁷ Remeto o leitor interessado ao trabalho de Goldfarb (2006), que expõem uma cronologia da obra de Freud relacionada à memória.

memória com força grande e, embora seja um fenômeno próprio do envelhecimento, estas recordações do passado aparecem de modo mais claro e detalhado do que antes do início dos esquecimentos. Diz a autora, ainda, que isso acontece porque “os esquecimentos do presente provocam conflitos, impedem a operatividade no cotidiano, causam brigas, geram culpas” (GOLDFARB, 2006, p. 61). Depois de um tempo, o passado também será esquecido “como relato organizado historicamente e passível de ser relatado, conservando-se só a memória de alguns fatos, como ilhas de saberes, sem conexão aparente entre si” (GOLDFARB, 2006, p. 61).

A questão é que, diz Goldfarb, nas demências o esquecimento de nomes de pessoas e de coisas não encontra suplência: o mecanismo da substituição fracassa em introduzir outro elemento. Parafasias e referências a objetos pela função que desempenham podem acontecer em momentos iniciais do processo⁴⁸. Uma paciente, diz ela, esquece o nome do namorado da neta. Esse nome era o mesmo do seu marido (que ela ‘odiava’). O esquecimento parece, portanto, não ser qualquer. Outra situação que ilustra essa posição teórica é a de uma senhora de 95 anos que aos 90 anos veio da Argentina para o Brasil, para morar com um de seus filhos. Aos poucos, ela deixou de reconhecer as pessoas com quem convivia e as *confundir* “com outros personagens da sua história”. Depois, passou desconhecer o lugar onde estava. A família decidiu que seria melhor para ela retornar a Argentina. No caminho do aeroporto, a senhora “é invadida por uma lucidez inesperada”: volta a reconhecer as pessoas que estão com ela e diz que está voltando para a Argentina - “o sujeito que tinha se perdido reaparecesse repentinamente para perder-se novamente depois (...) em lembranças que não lembram nada, que não se associam a nada” (GOLDFARB, 2006, p. 225).

A autora sustenta a partir desses comentários de casos clínicos, que os acontecimentos registrados não seriam possíveis “se as perturbações da memória dependessem exclusivamente de danos neurológicos permanentes (...) se o neurológico definisse todo o funcionamento da memória, o surgimento destas lembranças tão complexas seria inacreditável” (GOLDFARB, 2006, p. 225). O sujeito demenciado, segundo ela, fecha-se num mundo solitário e particular – fica fora do tempo e da cultura. Perda de memória seria, então, uma ignorância adquirida do

⁴⁸ A pessoa, diz, então: ‘me dá esse negócio que serve para beber água’.

tempo, do outro e de si. Estes sujeitos, sustenta a autora, deixam a ordem simbólica e ficam “desculturizados”,

o que paradoxalmente nos aparece como pouco natural, quando, realmente, quase se transforma em pura natureza. Perde sua imagem no espaço do espelho, mas perde-se também no tempo, pois não pode olhar para o porvir. Desgarrado da realidade do entorno, refugia-se nas lembranças que atualiza no tempo (GOLDFARB, 2006, p. 212).

Goldfarb aponta para o fato de que o desaparecimento do sujeito ocorre do “plano mais superficial” até o “mais profundo”: há, inicialmente, “o esquecimento de nome de objetos banais, depois o nome dos filhos; primeiro esquece que dia é hoje, até que esquece o dia do seu nascimento” (GOLDFARB, 2006, p. 212). Vejo que esta caracterização (do mais simples para o mais complexo) é reconhecida nos campos médico e fonoaudiológico, no sentido de descrição da doença e de evolução do quadro demencial. Porém, o que é exposto e conceituado lá é essencialmente diferente do que é concebido na Psicanálise. Naquelas áreas não se reconhecesse que o esquecimento *não é qualquer*, que o que vem (ou o que não vem) na fala, tem ligação com a vida do sujeito. Com um olhar diferenciado Goldfarb pode dizer que estes sujeitos “começam por não querer nem se olhar no espelho e acabam por ignorar a própria existência” (GOLDFARB, 2006, p. 212).

O sujeito, então, é precipitado num processo de destruição em que se perde numa história; não pode mais reconhecer sua imagem no espelho⁴⁹. Lembra Messy que, segundo um esquema ótico, proposto por Lacan, o seu olho fica desposicionado, sem perspectiva, fora de foco. Ou seja, “o simbólico não pode mais aderir a seu sistema imaginário, perdendo ele, então, as suas palavras” (MESSY, 1999, p. 124). Não se pode afirmar que sujeitos demenciados, prossegue esse

⁴⁹ Goldfarb diz que na demência há uma falta total de reconhecimento da imagem da própria pessoa no espelho, de tal forma, diz ela, que é recorrente ver um sujeito demenciado conversando com a própria imagem como se fosse outra pessoa. No campo da psicanálise, diz ela, opera-se, no demenciado, “um verdadeiro desaparecimento de si mesmo no lugar do duplo da imagem especular, da imagem de si como outro, e nesse universo dos outros todos desaparecem” (GOLDFARB, 2006, 211). A pessoa não reconhece a si própria, não reconhece seus parentes, seu companheiro, seus filhos e nem amigos que tiveram pela vida toda.

autor, não se lembrem mais das coisas – parece-lhe mais provável que eles fiquem “sem as palavras” para dizê-las e, portanto, “[há] perda da representação das palavras, [eles] não podem mais memorizar o que lhe chega do mundo externo, e toda percepção dá a impressão de ser tratada como uma representação de coisa” (MESSY, 1999, p. 124). Assim acrescenta Messy, “as palavras e os gestos estão à porta (...) à procura do autor” (expressão de paciente atendido por ele). Vejamos, nesta longa citação do autor, o que ele pensa sobre a demência e memória:

o indivíduo apanhado nos estilhaços do espelho quebrado (...) ficaria aterrorizado pela ocorrência brutal de uma perda, demasiada, ou insuportável, que o precipitaria na demência. Esta perda pode dizer respeito a um objeto investido no mundo externo, ou num órgão do corpo, como o cérebro. Assim, uma lesão cerebral, que acarreta o enfraquecimento das funções cognitivas, pode agir com um choque traumático e fazer o indivíduo submergir na demência, sem que isso seja proporcional ao tamanho da lesão (MESSY, 1999, p. 125).

Interessa, aqui, sublinhar o fato de que, também para Messy, a etiologia orgânica não encerra a questão – há sujeito e, portanto, processos inconscientes perenes envolvidos nesses quadros. Pois bem, é precisamente por haver mais a considerar além da lesão que se abre espaço para clínicas que possam recolher o *sujeito e seu sofrimento*, que se possam abrir a porta para a palavra do sujeito demenciado.

Messy diz que sua experiência clínica atesta que a maioria dos pacientes demenciados, depois de algum tempo “ouviam e compreendiam o sentido da palavra”⁵⁰. Para que isso possa ocorrer, a psicanálise oferece a clínica para “manter o doente num banho de palavras” (MESSY, 1999, p.126). Se linguagem é mais do que um amontoado de palavras, é porque, lembra ele, ela remete a operações que estão descritos por Freud na primeira tópica: deslocamento e condensação - é disso que se trata, quando se fala em linguagem na Psicanálise, diz Messy.

As teorizações psicanalíticas sobre envelhecimento, velhice e demência envolvem mecanismos e determinantes psíquicos nas explicações. Freud inaugura, segundo os autores privilegiados nesta parte da dissertação, uma elaboração

⁵⁰ Indico ao leitor, neste momento, Messy (1999), o relato do caso Lili.

bastante complexa seja sobre tempo, seja sobre memória. Esses conceitos estão implicados nas articulações teóricas de sua obra e remetem a questões sobre a relação entre *representação objeto* e *representação palavra*, como vimos com Messy; sobre a tensão entre lembrança e *esquecimento* e o mecanismo que os movimenta. Processos de *condensação* e *deslocamento* estão em jogo e trazem à tona a questão do simbólico, da linguagem. Nesse ponto e sobre isso, invocam-se Lacan e a relação Real/Simbólico/Imaginário e a idéia de trilhamento, ou seja, a de que “a memória é constituída pela trama de representações (ou cadeia significante), que implica uma preferência das escolhas de itinerários possíveis” (LACAN, 1988 apud GOLDFARB, 2006, p. 84) ganha destaque. Nesse caminho, ficamos “muito mais próximos da linguagem e da escrita do que dos neurônios da formulação anterior” (GARCIA-ROZA, 1994 apud GOLDFARB, 2006, p. 91).

2.2.2 Uma palavra sobre a clínica

Vimos que para os autores que têm como referência o campo da Psicanálise, colocam em perspectiva conceitos e articulações teóricas bem diversas daqueles da Medicina. Messy e Goldfarb mostram que uma clínica pode escutar pacientes demenciados, uma escuta que não se detém no rótulo da doença e de seus sinais descritos em classificações nosográficas.

Messy afirma, por exemplo, na sua clínica, entram sujeitos e não um “quadro demencial” que deva ser distinguido. Tendo em vista a condição imposta pela demência, torna-se impossível “separar a evolução desta doença do contexto ambiental familiar ou afetivo” (MESSY 1999, p. 129). A família, diz ele, participa, portanto, da base de sustentação do tratamento. Messy sustenta que essa inclusão da família pode ter efeito, ainda, de uma elaboração que não se confunda com um convite ao trabalho de luto e “faz do doente um defunto”, que representaria um enterro antecipado. Também, o necessário apoio da família não deve ser um convite à cumplicidade, pontua o autor. A meta, diz ele, é favorecer “a posição dos atores deste drama que é a demência”, já que “muitos conflitos vêm à luz” podem, dadas as circunstâncias, “ser regulados pelo sofrimento e pela agressividade” (MESSY, 1999, p. 130). O psicanalista afirma que desmentir a demência é ingênuo e inútil, mas que a irreversibilidade do quadro pode e deve ser suspensa em favor do sujeito.

O fato de que poucos são os pacientes demenciados que chegam aos consultórios de psicanalistas está relacionado, segundo o autor, à redução do sujeito a uma ocorrência neurológica. Ele pergunta, então: “e se a demência não fosse abandonada pelo significante?” (MESSY, 1999, p. 131). Essa pergunta é retórica no caso de Messy porque ele recebe pacientes demenciados e atesta, conforme ele, que esse atendimento traz benefícios ao sujeito e à sua família, o que o leva a dizer que é possível “inscrever a demência noutra repertório, diferente da neurobiologia” (MESSY, 1999, p. 134).

Profissionais orientados e especializados puderam dar suporte a pessoas demenciadas e notar que o processo foi estabilizado que alguns pacientes chegaram a melhorar⁵¹. Não se trata aqui nem de firmar, nem de infirmar os argumentos de MESSY. Interessa a esta dissertação, contudo, sua declaração de que “as lesões cerebrais existem, é por vezes certo, mas a dúvida mantém uma relação com o outro como sujeito e não com perda” (MESSY, 1999, p. 134). Mesmo admitindo ser a lesão é irreduzível, a palavra daquele que sofre deve poder ser recolhida, escutada. De fato, os trabalhos de Messy e de Goldfarb inscrevem a demência “em repertório diferente da Neurologia”. No espaço de uma reflexão psicanalítica, *linguagem não é instrumento da cognição*: é força que pode incidir sobre o sujeito e seu sintoma. Trata-se de um funcionamento que abre, por isso, uma possibilidade de clínica para pessoas afetadas por demências. É nessa direção que investe, também, a Clínica de Linguagem - numa direção que aposta no poder da linguagem na sustentação do sujeito em sua fala e, por isso, na contenção do processo demencial.

⁵¹ Na Suécia, informa Messy, pessoas atendidas voltaram à vida social. Remédios como neurolépticos, tranqüilizantes e antidepressivos foram diminuídos e abolidos em poucos meses. Agressividade e angústia noturna desapareceram.

CAPÍTULO 3 FONOAUDIOLOGIA, DEMÊNCIA E PROPOSTAS TERAPÊUTICAS

Nos capítulos 1 e 2, procurei apresentar dois tipos de abordagem do problema da demência. Elas – a neurologia e a psicanálise – respondem de forma diferente às questões: “o que é linguagem” e “o que é memória”. Vimos que na Neurologia, demência é doença irreversível e progressiva. A linguagem é o meio expressivo da perda de memória, esta causada por deterioração orgânica. Em palavras breves: a perda de origem orgânica compromete, sobretudo, a memória, o pensamento e, por isso, a capacidade de adaptação às situações sociais. Na Psicanálise, que coloca o sujeito em perspectiva, mesmo reconhecendo o fato neurológico, dá à linguagem outro lugar e atribui a ela força. A rigor, memória e linguagem estão em relação desde os primórdios da teorização de Freud, ainda Neurologista – desde os tempos do seu “aparelho de linguagem” (FREUD, 1889).

Pretendo, nesta parte de meu trabalho, situar o campo da Fonoaudiologia em relação a eles. Começo com Brandão e Parente (2005), duas pesquisadoras expressivas nessa área.

3.1 A Neuropsicologia (e Neuropsicolingüística): um modelo de processamento

Elas focalizam as *dificuldades de produção e a compreensão* da linguagem de pacientes com DTA, a partir de um modelo discursivo, ou, como dizem: “[de um] modelo cognitivo do discurso [que] considera o papel de mecanismos como a *memória* e a *atenção*” (PARENTE e BRANDÃO, 2005, p. 331), voltado à explicação de “*como os usuários produzem e compreendem o discurso*” (VAN DIJK, 2001; apud BRANDÃO E PARENTE, 2005, p. 331).

Esse modelo de processamento do discurso envolve a idéia de enlaçamento de *representações mentais*, que são construídas e armazenadas pelos falantes, e também *estratégias cognitivas* que os falantes utilizam durante a produção e a compreensão de narrativas e conversações. Para as autoras, os processos de

produção e compreensão do discurso dependem, portanto, da internalização de esferas da experiência sob a forma de *conhecimento* (ou representações mentais) que pode ser acessado pelo falante. Segundo elas, é, na verdade, a *representação do contexto comunicativo* que possibilita a sustentação de um discurso relevante e apropriado ao contexto da enunciação.

Na verdade, esse modelo de processamento, invocado por Brandão e Parente, é perfeitamente compatível com a vertente conhecida como Neuropsicolinguística que, por sua vez, responde à demanda da Neurologia – não sem razão, o termo “neuro” comparece como o primeiro da seqüência⁵². Defende-se a impossibilidade de estudos da linguagem serem destacados de outras funções cognitivas – ou seja, linguagem é, aqui, função cognitiva e cerebral. Podemos entender, assim, que as visadas Neuropsicológicas sejam consideradas, por médicos, instrumentos diagnósticos importantes, como vimos no capítulo 1 desta dissertação.

Vejamos como é o mecanismo de *produção do discurso* postulado. Ele envolve três etapas (ou níveis), hierarquicamente ordenadas:

- 1) *Nível da conceituação*⁵³ - o mais alto da hierarquia. Nesse nível determina-se o *quê* será dito. O produto deste processo resulta numa *mensagem pré-verbal*, na seleção de uma representação. O processo de *conceituação* é identificado à *fase semântico-conceitual* e é o mais abstrato. Nele, o falante deve ter a (a) *intenção de produzir um discurso* e (b) *selecionar* a informação relevante, ao contexto, *na memória* para, depois, dar início ao processo de construção da sentença almejada. Um problema nesse nível faria com que um paciente com DTA apresentasse uma perda da intenção e da possibilidade de “buscar” na memória as informações relevantes ao contexto. A esse primeiro nível segue-se o
- 2) *Nível da formulação* que, segundo as autoras, corresponde à *tradução* da representação conceitual em uma *forma lingüística*. Está aqui preservada a idéia de mapeamento que carrega em si dificuldades teóricas

⁵² Para uma discussão desses aportes “neuropsicológicos”, ver Guadagnoli (2007).

⁵³ As autoras afirmam que esse primeiro nível do processo de produção é o último nível do processo de compreensão do discurso. (HARLEY, 2001, apud BRANDÃO & PARENTE, 2005).

insuperáveis. Resumidamente, a dificuldade de explicar como conceitos semânticos são mapeados a categorias e regras gramaticais, que são de natureza heterogênea (De Lemos, 1982, 2002 e outros; Pereira de Castro, 1992).

- 3) *No nível da codificação*, passa-se do *planejamento fonético* para a *execução articulatória* (fala).

A “teoria proposicional” de Kintsch e Van Dijk (1978) é também incluída na argumentação das autoras porque permitiria contemplar, segundo elas: “(...) as estratégias [do falante no] texto-base, que é a representação semântica do input discursivo (a representação mental do texto)” (BRANDÃO e PARENTE, 2005, p. 332)⁵⁴. No decorrer do processamento do discurso, as proposições⁵⁵ do texto-base são ordenadas e classificadas como *micro* ou *macroestruturas*. Essa disposição diz respeito à capacidade do sujeito ativar, a cada momento, um número limitado de representações, antes de poder incorporar novas idéias ao processamento. É o sujeito que, ao fazer uso de sua capacidade de análise, seleciona as informações que deseja e descarta aquelas que são irrelevantes⁵⁶. Enfim, com base num *output* discursivo (que se realiza no componente de formulação), o emissor representa um pensamento (representa-se como participante do discurso, ele tem a capacidade de construir uma versão mental do tempo, espaço, das circunstâncias, dos sujeitos e das ações presentes no contexto) e o codifica. O receptor poderá analisar e armazenar a mensagem.

A partir do modelo adotado, as autoras afirmam que a coerência de um texto depende da circunstância de o emissor e o receptor serem *usuários de modelos*

⁵⁴ Sustenta-se que o sujeito faz uso de estratégias cognitivas para construir uma representação semântica daquilo que ele ouve. Propõe-se uma organização hierárquica que vai da intenção à formulação e à codificação, como vimos. Essa seqüência levaria à construção da representação mental do texto e de sua materialização. Esta posição é clara: o processamento é cognitivo. Reitero que ele é uma direção que pode ser alinhada (e é) aos aportes médicos.

⁵⁵ Proposições são definidas como “unidades abstratas que possibilitam que a linguagem tenha significado, sendo uma outra espécie de linguagem na mente” (BRANDÃO & PARENTE, 2005, p. 332).

⁵⁶ Para as autoras, os falantes não podem contemplar todas as informações fornecidas dentro do modelo de contexto. Por essa razão, ele deve ser capaz de excluir detalhes do contexto discursivo, focalizando-o dentro daquilo que é importante e não insignificante.

mentais comum. Coerência⁵⁷ decorre do “conhecimento dos usuários [...] o receptor [deve ser] capaz de construir ou recuperar um modelo satisfatório do discurso e [de] compreendê-lo” (BRANDÃO e PARENTE, 2005, p. 333). Para elas, o diálogo/discurso é dependente de um *contexto comunicativo* favorável⁵⁸ (tanto para o emissor, quanto para o receptor). Apenas participantes do diálogo que podem utilizar o *modelo mental comum* conseguem criar um texto coerente e sustentar uma comunicação efetiva. Visto por este ângulo, o diálogo descarta qualquer possibilidade de contemplar equívocos, hesitações e repetições, mesmo em pessoas com o “cognitivo preservado”. Por esse motivo, pode-se dizer que esse modelo de processamento é “ideal” - o que fere a afirmação de Brandão e Parente de que sua proposta acolhe diálogos efetivos e concretamente produzidos.

Em portadores da demência de Alzheimer, segundo as autoras, a *coerência local do texto não está comprometida*: as *relações de significado* entre as seqüências de sentenças ou de proposições ficam relativamente preservadas, assim como a relação entre as sentenças ou proposições com o tópico global da narrativa. Entretanto, acrescentam elas com Van Dijk (1980): “é possível que as seqüências de proposições de um discurso estejam conectadas entre si e ainda assim o discurso seja concebido como um todo incoerente.” (BRANDÃO e PARENTE, 2005, p. 342). Isso porque a *coerência global* fica comprometida no discurso do paciente com demência.

Há:

ausência de idéias relevantes recorrentes, expressadas pelo baixo grau de relações de significado entre cada sentença do discurso e um tópico global (BRANDÃO e PARENTE, 2005, p. 342).

⁵⁷ Coerência, segundo as autoras, é uma propriedade *semântica* do discurso que dá sentido ao texto: “que [.o] distingue um discurso de um conjunto arbitrário de orações.” (BRANDÃO e Parente, 2005: 334). Apoiadas em Koch e Travaglia (1988/1996) afirmam que o conceito de coerência relaciona-se à “boa formação” de um texto: “a *coerência estabelece a unidade textual e a relação entre os elementos significativos, tornando o texto compreensível.*” (BRANDÃO & PARENTE, 2005, p. 333).

⁵⁸ As autoras não esclarecem o que seria “contexto favorável”.

Para elas,

os déficits da memória episódica, da memória semântica, da memória de trabalho e da inibição, apresentados pelos portadores da Doença de Alzheimer, são fatores de influência decisivos para os problemas de compreensão e produção do discurso (BRANDÃO e PARENTE, 2005, p. 341).

Em Mac-Kay (2007), a DTA é descrita como uma *perda gradual de memória, com desorganização do discurso, desorientação espacial e mudança de personalidade*. Ela afirma, ao estilo de Brandão e Parente, que “a dificuldade na *memória semântica* (não lexical) e na *memória episódica*” causam um “distúrbio na comunicação intencional, seja ela lingüística ou não-lingüística” (MAC-KAY, 2007, p.74)⁵⁹. Segundo esta autora, nas demências, *o problema maior é de memória e não lexical (ou seja, de linguagem)* – há dispersão *conceitual* que compromete a comunicação. Para essa fonoaudióloga, os sintomas na fala são evidências de alterações cognitivas; mais especificamente, são sinais de “problemas nos sistemas *mnêmicos*, conceituais e inferenciais, nos quais as idéias e eventos são recebidos, formados e estocados” (MAC-KAY, 2007, p. 74).

Sobre o diagnóstico, muitos pesquisadores tentam traçar procedimentos que possam prever a evolução de uma simples queixa de memória para demência. Segundo Nitrini et. al. (2005), as recomendações da Academia Brasileira de Neurologia, sobre o diagnóstico da Doença de Alzheimer incluem testes e exames que, através da fala ou da escrita, avaliam-se as memórias, a atenção e habilidades cognitivas.

O ponto de vista sobre a linguagem como função cognitiva, conforme comparece nesta perspectiva é fundamental e pode ser visualizado na tabela abaixo. Note-se que, nos diferentes estágios da DTA, o agravamento das alterações na linguagem é ditado e acompanha *par e passo* a progressiva perda da memória:

⁵⁹ Mac-Kay alinha-se aos trabalhos da Neuropsicologia e concebe a memória semântica como um espaço em que é formado e armazenado o conhecimento conceitual e no qual as outras modalidades de memória convergem e se inter-relacionam.

	Memória	Linguagem
Primeira fase	<i>Déficits</i> na memória recente e remota.	<i>Desordens</i> no conteúdo da linguagem e déficit no raciocínio lingüístico.
Segunda fase	Sensível déficit de memória e de aprendizagem.	Conteúdo desordenado, disnomia e <i>alguns déficits estruturais</i> que prejudicam a coesão do discurso.
Terceira fase	Funções intelectuais <i>globalmente</i> deterioradas.	Comunicação <i>globalmente</i> deteriorada, ecolalia, perseveração e mutismo.

Menos do que criticar essa correlação, que expõe uma relação entre “concomitantes dependentes” (memória e sintoma na fala) - utilizando expressão de Freud (1889) -, chama a atenção, no quadro acima, a descrição vaga dos sintomas na fala; uma descrição que, deve-se admitir, é muito pouco lingüística. Na verdade, propostas que se enunciam “neuropsicolingüísticas” são, na verdade, “neuropsicológicas”. Os modelos de processamento explicitados são mentais e a linguagem é função cognitiva (como vimos nas pesquisadoras aqui abordadas). Autores que sustentam posições consistentes com um pensamento lingüístico sequer são invocados e explorados. Além disso (ou por isso), não se chega a saber como as esferas da representações mental e semântica se distinguem. No quadro acima, fala-se em “déficit no raciocínio lingüístico”. Mas, o que seria um “raciocínio lingüístico”? Em que ele se diferenciaria de um “raciocínio semântico” ou “cognitivo”? Enfim, tudo o que se diz sobre linguagem resvala o senso comum (revestido de uma terminologia científica, diria Chomsky, 1954). Importa assinalar, ainda, que a exclusão de uma reflexão lingüística sólida parece deixar a porta aberta para a sustentação do discurso médico – que não mostra qualquer implicação com conquistas da Lingüística, em especial com aquela que fez desse campo “a vedete das ciências humanas” (SALUM, I.N., 1969).

Assim, voltando à questão do início, podemos situar a Fonoaudiologia; é uma área que adere às reflexões médicas e que passa ao largo das teorizações psicanalíticas sobre demências. Assim, as propostas terapêuticas são regidas por exercícios de memória, por repetição de palavras, que são modos clássicos de tratamento na Fonoaudiologia e que são, em grande medida, indiferentes à especificidade dos quadros clínicos. Pode-se afirmar que é expressiva a adesão a Neuropsicologia e a Neuropsicolingüística, uma conjunção de áreas que tampona o mistério que as falas sintomáticas carregam⁶⁰. A inclusão do termo “psicologia” (que remete às funções mentais superiores) ao “neuro” (lugar onde se investigava a correlação entre sintoma e lesão cerebral) permitiu que outros profissionais, não apenas médicos, pudessem fazer parte da teorização e tratamento do que antes era do domínio da Neurologia. Então, o modo de avaliação das “habilidades cognitivas” que a Fonoaudiologia é chamada para realizar, como nos mostrou Bertolucci (2005), não poderia ser diferente do que os testes objetivos que visam verificar a “falha interna” (“neuro” ou cognitiva) através do material sensível (a linguagem). A linguagem fica em “segundo plano” na Medicina e a Fonoaudiologia, fiel ao reduto organicista, acaba por desconsiderá-la e, portanto, por desconsiderar o sujeito-falante. À “objetividade” dos testes corresponde a “perda do olhar clínico”, já que o que é da ordem do “clínico” é “sempre instigado pelo que há de singular na ocorrência de um quadro conhecido” (GUADAGNOLI, 2007, p. 32). Importa dizer, para concluir, que fora da esfera da Neuropsicologia, até onde sei, não se desenvolvem tentativas de discurso teórico suscitado pela sua prática clínica com pessoas demenciadas.

3.2 Sobre as falas de pessoas demenciadas

Os sintomas de linguagem na DTA são usualmente comparados com falas afásicas. É bastante freqüente afirmar-se que:

No **primeiro estágio** da DTA, os sintomas assumem a natureza de uma *afasia anômica*. Ou seja, pacientes têm *fala fluente, articulada e sintaticamente*

⁶⁰ Ver Guadagnoli (2007).

*preservada*⁶¹. Esse sintoma lingüístico – anomia -, de acordo com a vasta maioria dos trabalhos médicos e fonoaudiólogos, quando ocorre na fala espontânea, é, nesta fase, “compensado” ou recoberto pelo uso de circunloquções ou por substituições de termos. Apesar desses recursos garantirem o fluxo regular da fala, eles acabam “promovendo um esvaziamento qualitativo no que se refere aos aspectos semânticos da fala” (KEMPLER, 1995). Por essa razão, os pesquisadores dizem que a “degradação no sistema semântico” responderia pelas perturbações na compreensão e na produção de palavras e, também, pelas confusões pragmáticas (comunicativas) e discursivas (perda de coerência textual).

No **estágio intermediário**, a linguagem torna-se parafásica - outra característica de falas afásica. “Erros parafásicos” aprofundariam, segundo pesquisadores, as dificuldades de pessoas demenciadas. Neologismos participariam do esvaziamento da fala, assim como repetições e anomias tornam-se mais freqüentes. As atividades compensatórias, manobras observáveis no primeiro estágio, tendem a ser substituídas por automatismos. Frases são interrompidas (e abandonadas) e muitas são, em si, confusas. Para Kempler, “as habilidades pragmáticas mantêm-se relativamente preservadas, embora note-se dificuldade em acompanhar o discurso desses sujeitos, devido à mencionada inabilidade de sustentação de tópico e de estabelecer referências claras” (apud RUSSO, 2004, p. 14). Diz-se que há, também, maior perturbação na compreensão da fala. Cummings (1985) sustenta que as alterações de linguagem nesse estágio são similares àsquelas da *afasia transcortical sensorial* ou da *afasia de Wernicke*⁶².

No **estágio final**, há diminuição significativa da fala, presença constante de automatismos, queda acentuada da compreensão, perda da capacidade de leitura e escrita e tendência ao mutismo. Esse quadro lembraria uma *afasia global*.

Como procurei mostrar, a fala de sujeitos com DTA é aderida e classificada de acordo com tipos de afasia. Há, porém, contrariamente a essa tendência, certa

⁶¹ Sobre esta questão ver Russo (2004). O objetivo desta dissertação não é fazer uma discussão sobre os sintomas afásicos. Para isso indico ao leitor os trabalhos do Grupo de Pesquisa aqui em questão. Sobre uma discussão do diálogo na afasia, ver Tesser (2007). Já Tumiate (2007), faz uma discussão sobre o agramatismo nos sintomas afásicos. Catrini (2004) e Marcolino (2004).

⁶² Genericamente, a afasia de Wernicke compromete a repetição e a compreensão do sujeito e alguns pacientes acometidos por ela não tem nenhuma “consciência da afasia”. Já a afasia transcortical sensorial, diz-se que envolve perda da capacidade do sujeito de realizar associações semânticas e que há um predomínio de frases curtas, “com sentido superficial”.

controvérsia. Seria adequado classificar a linguagem na demência a partir de quadros afásicos? Landi (2003)⁶³ comenta diferentes autores contrários à “leitura da demência a partir da afasia”. Ela considera que nas afasias têm-se *lesão* (traumática ou por AVC), o que desencadeia um déficit na fala que é, primário, portanto. Já na DTA, há uma condição cerebral degenerativa que perturba a memória, que desencadeia sintomas na linguagem: o déficit lingüístico é, então, secundário porque associado (e decorrente) do problema de *memória*⁶⁴. Do ponto de vista médica há, como pontuado, uma diferença sensível.

Landi atesta que os autores, apesar de se confrontarem com a heterogeneidade de manifestações na fala de pacientes com um quadro demencial, as reduzem a descrições como as mencionadas acima ou nada dizem sobre essa heterogeneidade. Ela entende que isso ocorre porque *memória é questão problemática* – memória não considerada em sua articulação com a linguagem (e sim na linha seqüencial da causalidade). De fato, assinala a autora, a linguagem entra apenas como lugar de manifestação sensível da cognição (em si, não observável).

É preciso dizer, porém, que a despeito dos comentários acima, nas discussões de trabalhos médicos (de que o capítulo 1 é exemplar) e fonoaudiológicos (capítulo 3) não há projeto de abordagem da fala – ela não interroga pesquisadores já que é introduzida apenas como “sinal de problema em outros domínios” (Lier-DeVitto, 2006; Fonseca, 2002; Arantes, 2001). Menos considerada é a relação do falante com sua fala. Não é de se estranhar que a situação seja essa porque na Medicina importa o organismo e a Fonoaudiologia, como procurei mostrar, tem laços profundos com esse campo.

⁶³Sobre a avaliação de linguagem nas afasias e na DTA: questões relativas ao procedimento e à condição subjetiva. Trabalho apresentado no Intercâmbio de Pesquisas em Lingüística Aplicada do LAEL/PUCSP (InPLA).

⁶⁴ Esta discussão será retomada adiante.

CAPÍTULO 4 CLÍNICA DE LINGUAGEM: NUMA OUTRA DIREÇÃO TEÓRICA E CLÍNICA

Procurei, nos capítulos anteriores, deixar clara a relação entre linguagem e memória que impera nas abordagens médica e fonoaudiológica sobre quadros de demência. Também, tratei de iluminar a diferença essencial entre essas duas esferas clínicas e aquela da Psicanálise. Neste capítulo, o último desta dissertação, volto-me para a Clínica de Linguagem, campo teórico e clínico a me filio. Meu objetivo aqui é, dadas as características desta dissertação, apresentar a especificidade do referido campo em relação à Fonoaudiologia e, também, esclarecer a natureza do movimento que a Clínica de Linguagem tem feito na direção da Psicanálise. Procurarei indicar, ainda, diferenças na abordagem clínica dos quadros de demência entre Psicanálise e Clínica de Linguagem – afinal, como disse Lier-DeVitto: “parentesco não é identidade” (LIER-DeVITTO, 1994-97). Para que essas metas possam ser realizadas, penso dar o primeiro passo pela apresentação dos pressupostos teóricos sobre a linguagem, que norteiam a proposta da Clínica de Linguagem, pressupostos, esses, de que decorre a implicação da hipótese do inconsciente, instituída pela Psicanálise.

4.1 Uma passagem pela trajetória da Clínica de Linguagem

A Clínica de Linguagem nasce de questões e discussões levantadas no Interacionismo em Aquisição da Linguagem, por De Lemos, C. (1982, 1992, entre outros). Lier-DeVitto, pesquisadora, que participou da construção do Interacionismo, abre uma discussão sobre falas sintomáticas (LIER-DeVITTO, 1994) e coordena, entre 1997 e 2002, um Projeto Integrado CNPq, intitulado *Aquisição da Linguagem e Patologias da Linguagem*, que teve vigência de 5 anos, quando se transformou em Grupo de Pesquisa (CNPq-LAEL). A autora propôs, de início, um *diálogo teórico* com o Interacionismo e com a Fonoaudiologia – um modo bem interessante e necessário, parece-me, de delinear *outro ambiente* de levantamento de questões.

“Teórico” entendido como condição de garantia da construção de um espaço próprio, ou seja, não aderido às conquistas do Interacionismo. De fato, como diz a pesquisadora: “o *Interacionismo deveria ocupar a posição de ‘outro’*” (LIER-DeVITTO, 2000; 2006) (ênfase minha).

Gostaria de chamar a atenção para o fato de que a Clínica de Linguagem, antes mesmo de levar este nome, é gestada com vocação de área autônoma e avessa, portanto, a composições disciplinares (inter/multidisciplinaridade)⁶⁵. A relação entre áreas deve, insiste Lier-DeVitto, ser mediada por um *diálogo teórico*, quer dizer, pela recusa de aplicações e aproximações não governadas por restrições (ARANTES, 2001; LIER-DeVITTO & FONSECA, 2001). Essa vocação se expressa no próprio manejo de noções centrais do Interacionismo. Questões sobre *mudança*, “*erro*”, *outro* e *interação* serão revisitadas (LIER-DeVITTO, 2000, 2006). Que desdobramentos teóricos e clínicos podem ser retirados dessas proposições problemáticas (expressão de MILNER, 1987, p. 29)⁶⁶ Deixo a palavra com a autora:

Parti do princípio de que não se poderia pensar a face clínica da Fonoaudiologia sem que *interação* viesse à tona como categoria. Isso coloca, a meu ver, *restrição à aproximação da Fonoaudiologia à Lingüística*: “não será qualquer teoria da Lingüística que poderá dialogar com a Fonoaudiologia – há que ser uma em que “interação” e “outro” sejam proposições problemáticas, assim como “erro” (LIER-DeVITTO, 1994). De fato, *clínica* é espaço instituído pela presença de um sujeito que tem uma queixa e que dirige uma demanda a *outro* investido da capacidade de intervir e produzir *mudanças*. Tanto esse outro deveria ser pensado em sua especificidade como *outro-terapeuta*, quanto *mudança*, no caso, que envolve uma *ação clínica* – *uma interpretação* - que incide sobre um *sintoma*. Como se vê, *mudança* articula-se a demanda, intervenção e sintoma (LIER-DeVITTO, 2000).

De forma sucinta: as proposições acima indicadas devem ser ressignificadas, transformadas sob o crivo da clínica. Afinada com o veio teórico do Interacionismo, a autora alerta para o fato de que *interação* não pode ser reduzida à empiria da

⁶⁵ Para uma discussão pontual sobre o problema da inter/multidisciplinaridade, ver Landi (2000).

⁶⁶ Recomendo a leitura de Fonseca (2002) sobre a história da Clínica de Linguagem. Ela traça um panorama da proposta Interacionista e da Clínica de Linguagem a partir da enunciação de suas proposições problemáticas, procurando delinear pontos de aproximação e de diferença entre esses campos (um clínico e outro não).

relação sócio-cultural entre duas pessoas (a uma intersubjetividade). No Interacionismo, *la langue* é um terceiro: a anterioridade lógica da linguagem em relação ao sujeito exige que *interação* seja assumida como *triádica* (BORGES, 1995/2006; LIER-DeVITTO & CARVALHO, 2008). Lier-DeVitto assinala que a Fonoaudiologia é, por razões ainda pouco exploradas, refratária à Lingüística - o que ela considera uma “situação paradoxal, desarmônica” porque, aponta ela: “a clínica fonoaudiológica é de linguagem (FONSECA, 1995), uma vez que pretende incidir sobre a fala. Mas, sublinha Lier-DeVitto: “via de regra, das *explicações* relativas aos quadros patológicos *de linguagem*, a Lingüística é excluída ou tem uma inclusão enviesada que a desfigura” (LIER-DeVITTO, 2000/2006). Tocamos neste momento na relação com a Fonoaudiologia, o que abre a possibilidade de dizer quais formam as primeiras metas do Projeto Integrado:

- (1) identificar em que instâncias clínicas a Lingüística é arregimentada pela Fonoaudiologia,
- (2) explicitar a maneira pela qual conceitos e instrumentais descritivos são introduzidos nos trabalhos de fonoaudiólogos,
- (3) discutir o tratamento de dados de patologia da linguagem e
- (4) discutir os efeitos (ou não) dessas análises no processo terapêutico propriamente dito.

As respostas levaram a um diagnóstico claro: a relação da Fonoaudiologia com a Lingüística revela duas tendências complicadas e bastante articuladas entre si: (1) a um modo de *leitura* e (2) a um “*utilitarismo*” que passa ao largo da necessária reflexão teórica. Ignorada a teorização da Lingüística, nem linguagem, nem fala poderiam ali – na Fonoaudiologia - ultrapassar o estatuto de inserção fragmentada de enunciados teóricos e de dado como evidência empírica, o que é caracterizado como “um mau encontro”. A questão era, na Clínica de Linguagem, não tomar a fala como coisa-em-si, como dado bruto e auto-evidente. Só por esta via a fala sintomática poderia emergir tanto como um “objeto teórico”, quanto “objeto empírico” (não auto-evidente, uma vez que só se dá a ver a partir de uma luneta teórica). Isso posto, a questão era substituir a ilusão da “urgência da clínica” – argumento do fonoaudiólogo – pela necessária “*paciência do conceito*”. (LIER-DeVITTO, 2000).

Nota-se aí a importância do acima referido “diálogo teórico” (LIER-DeVITTO, 2994-97; LANDI, 2000), que dá direção para a Clínica de Linguagem. Um resultado inicial foi a proposição de que seria preciso suspender a idéia de que a gramática é “*medida-padrão* de normalidade/patologia”, mesmo porque, afirma ela, essa oposição não está implicada nas dicotomias correto/incorreto ou possível/impossível da Lingüística (LIER-DeVITTO & ARANTES, 1998). Se sintoma for identificado a erro, sua especificidade acaba diluída. Lier-DeVitto se deterá nesta oposição⁶⁷.

O trajeto propositivo da Clínica de Linguagem fica assim traçado: manter tanto a Lingüística, quanto o Interacionismo em posição de alteridade. O norte é “sustentar a tensão da não-coincidência” entre campos, objetos e objetivos (LIER-DeVITTO, 2000, LIER-DeVITTO & FONSECA, 2001). Partiu-se, então, do reconhecimento de que nenhum outro domínio levantou tantas questões sobre a linguagem como a Lingüística (De LEMOS, 1998) – o que representa, de início, um gesto bastante diferente daquele da Fonoaudiologia tradicional. Por razões teóricas e empíricas, relacionadas seja ao sintoma na fala, seja aos argumentos críticos sobre a projeção de instrumentais descritivos da Lingüística sobre falas sintomáticas e aos laços teóricos com o Interacionismo (De Lemos, 1992 e outros), entende-se o porquê da eleição das bases teóricas assentadas por Saussure. Vejamos.

A Lingüística Científica tem numa tese negativa, qual seja: “a linguagem não é objeto da Lingüística” e, concomitantemente, a postulação de uma tese positiva: “o objeto da Lingüística é a língua (*la langue*)” (MILNER, 2002). Para Saussure, o estudo da linguagem comporta duas partes, uma essencial “cuja realidade é independente da maneira como é executada” e outra secundária, “dependente da execução ... dos que falam” (SAUSSURE, 1916/1969). Ou seja, o objeto da Lingüística é *universal* e seu funcionamento é *perene* (SAUSSURE, 1916/1969, p. 13). O passo original, inusitado, dado por Lier-DeVitto e pelos pesquisadores ligados ao Projeto coordenado por ela, foi o de admitirem que *há Língua*. Entretanto, outro passo a mais deveria ser dado e ele o foi à luz de considerações de Jakobson (1954, 1960) e De Lemos (1992, 2002 e outros). Tratava-se de incluir a fala e com ela o falante nas discussões. Tratava-se de admitir que:

⁶⁷ Para uma discussão detalhada desta parte do trabalho de Lier-DeVitto, ver Arantes (2001; a sair 2010) e, também, Carnevale (2008).

no particular de uma fala, “há língua” – um funcionamento simbólico [universal] que é condição de possibilidade de fala e de haver falante. Nisso reside o cerne das reflexões sobre a linguagem e as patologias da linguagem (LIER-DeVITTO, 2006).

Como vimos no capítulo 3, a fala é na Fonoaudiologia e na Medicina sempre *expressão da intenção do falante, num contexto específico*. Nunca a língua é incluída. Acontece que, como afirma Lier-DeVitto (2003 e outros), o “irregular”, o “erro”, o “sintoma” escapam à intenção do falante, mas são, ainda assim, produção do falante. Por isso, a assunção de que o falante é regente de sua fala é posta em debate. As ocorrências sintomáticas permitem que se suspeite do falante como alguém “em controle” de sua fala. Vê-se que uma das questões teóricas, que resulta da articulação língua-fala, é a que leva à problematização do sujeito-falante como “epistêmico” e é ela, também, que abre a porta para a aproximação com a Psicanálise.

J-C Milner, um sintaticista afetado pela teorização lacaniana, torna-se leitura fundamental⁶⁸. Nesse movimento, toma-se distância decisiva do sujeito epistêmico/psicológico e da linguagem enquanto objeto de análise e de uso. Entra em cena a noção de *corpo pulsional* – um corpo capturado pela Língua/fala e não-coincidente com a de corpo-organismo. Passa-se a investigar, não a fala “em si”, mas a natureza “sintomática” da relação de um falante com a língua/fala.

A breve apresentação da trajetória e dos pressupostos da Clínica de Linguagem são, a meu ver, suficientes para passar ao trabalho de Landi (2007) que inaugura, nesta Clínica, reflexões sobre as demências. Seu trabalho se divide em três partes. Na primeira, tem-se uma abordagem panorâmica das discussões nas áreas médicas. Esclareço que esta dissertação, que privilegia seu trabalho, procura tematizar questões e penetrar em obras de autores que não foram nele exploradas. Na segunda parte, Landi faz uma revisão ampla do campo da Fonoaudiologia. Na terceira parte, a que desenvolve considerações pontuais sobre a demência a partir de teorizações da Clínica de Linguagem, assistimos aos efeitos da implicação da Língua na fala e na abordagem das manifestações sintomáticas na Demência.

⁶⁸ Leitura fundamental no Interacionismo e também para os pesquisadores da Clínica Linguagem. Milner e De Lemos abrem o caminho para a Psicanálise.

4.2 Língua e fala na Clínica de Linguagem

Landi (2007), pesquisadora da Clínica de Linguagem, toma distância das propostas aqui discutidas e vigentes no campo das demências. Foi a partir do contato da autora com falas de pacientes demenciados e de seu movimento teórico junto ao Grupo de Pesquisa⁶⁹ que ela pôde questionar pressupostos tanto da área médica e fonoaudiológica, mais precisamente, a proposição sobre uma causalidade seqüenciada, qual seja: *há deterioração cerebral progressiva* e, portanto, *alteração cognitiva* ou *mental*, cujas alterações levam a um déficit das “funções mentais superiores” (memória, atenção, pensamento) que se *manifesta na linguagem* (material sensível de manifestação do plano interno)⁷⁰.

Em sua tese de doutorado, Landi (2007) parte da clínica, mais precisamente de uma interrogação suscitada pelo caso de uma paciente que lhe fora encaminhada como afásica. Sua experiência com pessoas afásicas e sua escuta teórica da fala a levantaram suspeitas a respeito do diagnóstico – a fala daquela paciente não estava em consonância com falas afásicas⁷¹, mesmo admitindo a sempre surpreendente heterogeneidade das manifestações afásicas. Esse ponto é importante porque a experiência de Landi não foi diferente da minha que, como disse na Introdução, motivou o presente trabalho. Vejamos o que diz Landi:

Havia, ainda, acontecimentos menos (ou nada) ‘incômodos’ para a paciente, mas que, do meu ponto de vista, soaram profundamente inquietantes: primeiro, as mencionadas ‘falhas de evocação’ interrompiam a textualidade que vinha sendo costurada em seu dizer – fragmentos vindos de uma textualidade diversa irrompiam na fala e a desencaminhavam; segundo, e ainda mais grave, era o fato de que, apesar de não se dar conta imediatamente dos deslizamentos desestruturantes e disruptivos, a paciente, depois de algum tempo, surpreendia por deixar claro que estava sob o efeito de seu dizer: após uma longa seqüência enunciativa sem interrupções, ela se dirigia para mim ou para seus familiares com a pergunta: ‘*mas do quê mesmo eu estava falando?*’. (LANDI, 2007, p. 3).

⁶⁹ Grupo de Pesquisa LAEL-CNPq: *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*, liderado por Maria Francisca Lier-DeVitto e por Lúcia Arantes.

⁷⁰ Ver capítulos 1 e 3, desta dissertação.

⁷¹ Landi é terapeuta/pesquisadora com formação na área de afasia. Ver Landi (2001).

Primeiramente, é preciso dizer que as qualidades da fala da paciente, comentadas por Landi, não correspondem a características de falas afásicas que, mesmo quando truncadas, são descompassadas por efeito de ocorrências bastante diferentes das apontadas acima. Por ora, basta acentuar que, no caso de afásicos, há certa perturbação causada por elipses, por falhas e faltas de palavras na composição da cadeia – elipses, falhas e faltas que afetam o falante na afasia, ele “tem escuta” para o que diz. Os truncamentos e descaminhos de falas nas demências são motivados por um falante que se perde na própria fala, ou seja, mostram uma discursividade “em deriva”, já que o falante não sustenta posição no discurso: não sustenta a direção de sentido de sua fala. Por aí, podemos distinguir a “*escuta para a própria fala*” de um afásico de uma “*escuta para uma posição perdida na própria fala*”, de uma pessoa demenciada. Acrescento, assim, um comentário àquele já feito por Landi na citação acima. Não é outra coisa que se pode depreender da afirmação da autora de que efeito maior dessas falas é o que diz da *posição subjetiva de um falante frente à própria fala e do outro*.

Parece-me este o momento apropriado para destacar uma diferença fundamental deste aporte em relação a todos os outros já apresentados. Ao introduzir a questão da relação de um falante com a linguagem, podem-se distinguir aspectos que persistem obscuros quando se atém apenas a descrições. Melhor dizendo, falas de pessoas afásicas e demenciadas podem ser ambas “truncadas”, “elípticas”, por exemplo. A gramática tem recursos para descrever essas ocorrências, mas não para distingui-las com precisão porque não leva em consideração o falante. Abordagens descritivas⁷² não focalizam a relação do sujeito com a fala, ao contrário, sustentam a disjunção fala-falante: a fala é *objeto de análise* e não ultrapassa o estatuto de dado-evidência ou de *signal da doença*. É isso o que se pode afirmar do que foi apresentado sobre os campos da Medicina e da Fonoaudiologia, em que não se discute e não se reconhece a *ordem própria da língua* e nem o falante como *instância de seu funcionamento* (De Lemos, 1992 e outros). O falante como “instância de funcionamento” não está no controle da linguagem, como mostram nitidamente as falas sintomáticas. Afinal, o que dizer de um sujeito que pergunta, frente ao próprio dizer: ‘*mas do quê mesmo eu estava falando?*’.

⁷² Aparatos que podem ser morfossintático, fonético-fonológicos ou pragmático-discursivos.

Landi (2007) sustenta sua proposta teórico-clínica num movimento de suspensão da clássica e cronificada sobre a relação de determinação cognição→linguagem. Para isso, ela desenvolve uma discussão sobre a natureza do signo. Diz ela ser possível reconhecer “a estrutura clássica do signo, como uma entidade em que *um visível* permite inferir *um invisível*. A relação é referencial – uma produção desviante sensível é referente de déficit mental invisível” (LANDI, 2007, p. 24).

Landi mostra que questão da referência é central nos trabalhos da Fonoaudiologia e na Medicina sobre a DTA, mas referência é ali assumida como “sendo uma *relação entre a palavra e exterioridade*” (LANDI, 2007, p. 55), entre palavra-mundo. A linguagem, nesse enquadre organicista-cognitivista, é, portanto, instrumento de designação ou de representação. Diz-se, naqueles campos, que na DTA, a “fala é vazia” precisamente porque na demência a linguagem perde o poder de designar e/ou de representar. Landi traz Saussure como oposição a tal noção de linguagem. Saussure afirma que *a língua não é nomenclatura*, ou seja, que ela não pode ser reduzida às funções/efeitos de designação e de representação, ou melhor: a língua não é “um conjunto de termos que rotulam idéias ou conceitos” (SAUSSURE, 1916, p. 33). É precisamente contra o entendimento de que linguagem seja nomenclatura que ela se insurge, ou melhor, contra a concepção de signo filosófico que toma a palavra como “materialidade heterogênea em relação aos domínios que com ela se articulam” e que a assenta na função de “expressão” do pensamento e de rotulação da realidade concreta” (LANDI, 2007, p. 60). De fato, na Filosofia, como sustenta a autora:

(1) Linguagem é:

- signo;
- matéria sensível para expressão/comunicação de estados internos, imperceptíveis.

(2) Linguagem serve às funções de:

- representação (do pensamento),

- designação (das coisas no mundo)

Nesse, quadro, portanto:

(3) Linguagem é nomenclatura.

Landi discute Foucault (2002), que procura um caminho (na Filosofia) um pouco diferente da versão clássica sobre o signo, acima resumida. O filósofo afirma que a tarefa da linguagem é mesmo representar o pensamento, porém, diz ele, essa função não a reduz a uma exterioridade, nem a uma espécie de tradução do pensamento. Para Foucault, *a linguagem representa o pensamento como o pensamento representa a si mesmo*, ela “*não é efeito exterior do pensamento, mas o próprio pensamento*” (FOUCAULT, 2002). Landi aponta para a torção que Foucault pretende realizar, qual seja, a de propor que “*o pensamento faz uso da linguagem para poder realizar análises e julgamentos*” (LANDI, 2007, p. 61). Melhor dizendo com a autora: a linguagem, nessa abordagem, fornece “*elementos (signos) para segmentar [o pensamento] e o sistema, para ordená-los*” (LANDI, 2007, p. 62). Mesmo procurando dar à linguagem outro estatuto, o ponto nodal e inalterado em Foucault impede que a linguagem seja ultrapasse o estatuto de signo que o sujeito tem capacidade para analisar, julgar e representar-se: eles os signos, resultam de um *ato de conhecimento* (de ligação da matéria sonora com o significado). É o sujeito que realiza tal operação. Sob esta ótica, assinala Landi, o signo é uma unidade cognitiva, já que decorre de uma *impressão simultânea*, no sujeito, do som e da coisa percebida.

Sob a ótica da filosofia (clássica ou foucaultiana), linguagem é, no final das contas, nomenclatura. Landi destaca uma de três condições enunciadas na Filosofia para que haja referenciação: a de que o “*uso racional implica a relação entre articulações externas e internas*”⁷³ (LANDI, 2007, p. 67). O que a leva a recusar o fato de que “*a referência [possa ser] ligada ao tema da ‘unidade’*”, ou seja, que ela possa ser realizada em termos de *signo*, i.e., como sendo passível de ser veiculada através de “*uma entidade com substância própria e independente do sistema da língua*” (LANDI, 2007, p. 56). Vemos aí comparecer sua posição como a de alguém ligada a Clínica

⁷³ a primeira é que “*haja signo verbal – linguagem*”, a segunda: que a “*expressão contenha/seja uma proposição – uso racional e deliberado*” e a terceira é que o “*uso racional implica a relação entre articulações externas e internas*”.

de Linguagem. Ela impulsiona sua reflexão implicando a Saussure e ao dar reconhecimento à “teoria do valor’ em que *a unidade é efeito de operações do sistema*”, como afirma (LANDI, 2007, p. 56). Sendo *a unidade efeito de operações do sistema* é possível afirmar que nada externo a ele é responsável pela *estruturação da unidade*, que não é ‘em si’ uma vez que o *valor* é determinado negativamente a partir das relações das unidades do sistema.

A autora entende que, apesar de Saussure não ter se detido sobre a o problema da referência (linguagem como função designativa ou representativa), pode-se retirar conseqüências sobre isso a partir de sua concepção de linguagem. Sabemos que a língua é postulada como uma *ordem própria*, isto é, seu *funcionamento autônomo* - não é determinado por outras ordens (pelo pensamento ou realidade exterior, como pressuposto no pensamento filosófico). Desse modo, o *signo lingüístico* nada retém do filosófico. A rigor, a relação entre significado e significante não é de representação: a relação é de associação, como alerta Milner (2002). O signo lingüístico associa dois domínios heterogeneos. Associação é, no caso, relação de reciprocidade e não hierárquica⁷⁴ - um domínio não é anterior ao outro. Importa dizer que, nessa situação, não se pode tomar o signo como “representação do pensamento”.

No que concerne à função de designação, basta iluminar a afirmação de que o signo é arbitrário, não-motivado: “o *significante* é arbitrário em relação ao significado, com o qual não tem nenhum laço natural na realidade” (SAUSSURE, 1916). Desta forma, *signo lingüístico* não é designação de coisas no mundo e nem representa o pensamento. Assim, Saussure afasta o sujeito psicológico, retira dele a capacidade ou liberdade para decidir sobre o significado: o significado já está “consagrado pelo uso”. Além do mais, o signo é, em Saussure, uma *impressão sensorial* (e não mental):

O signo lingüístico não é uma coisa e uma palavra (...) Esta não é o som material (...) mas a impressão (*empreinte*) psíquica desse som, a representação que dele nos dá o testemunho de nossos sentidos; *tal imagem é sensorial ...*” (SAUSSURE, 1916, p. 80).

⁷⁴ Ver, sobre isso, a *metáfora da folha de papel*, no capítulo sobre o Valor, no CLG.

Tal “imagem” não é, como disse, mental, mas impressa no corpo do falante/ouvinte. O privilégio que Saussure dá a *La Lague* coloca em primeiro plano *operações*, enquanto “força perene e universal” (SAUSSURE, 1916, p.13). Operações que “constituem e associam unidades”, lembra Landi (2007, p. 68). A rigor, uma grade (cadeia), quando projetada sobre o mundo, constitui a *referência externa* da linguagem (sua capacidade de recortar o mundo), mas importante é que essa projeção não é independente das leis de composição estritamente lingüísticas, ou seja, das operações de *referência interna* da linguagem (operações *in praesentia*: combinatórias, e *in absentia*: associativas).

Esse *corte saussuriano* impede que se tome a unidade (o signo) como prévio e independente do sistema, o que obriga a dizer que o significado e a referência são efeitos de operações da Língua, tanto quanto os significantes e os signos “são efeitos de relações *internas* ao sistema lingüístico”(LANDI, 2007, p. 82).

Feita esta diferenciação entre as concepções de linguagem vigentes no campo médico/fonoaudiológico (que refletem o signo filosófico) e a da Clínica de Linguagem, podemos afirmar, a partir de Landi, que não há reflexão na área da Saúde que inclua a questão da *referência interna da linguagem* - pesquisadores e estudiosos da Medicina e da Fonoaudiologia estão distantes da *novidade saussureana*. Se essa situação é concebível e mesmo aceitável na área médica, o mesmo não pode se admitir quando o campo envolvido é o da Fonoaudiologia que, como disse antes, pretende incidir sobre a linguagem. Como ignorar essa conquista da Lingüística, sem sofrer as conseqüências desse descompromisso com a linguagem?

4.3 Uma posição teórica e clínica para atendimento de pessoas demenciadas

A revisão bibliográfica, aqui realizada, sobre os estudos da demência tanto na área da Medicina, quanto da Fonoaudiologia (capítulos 1 e 3) permite que se afirme que, nesses campos, a fala dos pacientes demenciados é vista como *sintoma de alteração cognitiva*. Fala-se em perda de memória, dificuldade de atenção e concentração, perda das habilidades intelectuais, entre outros déficits relacionados. Há uniformidade, de fato, a respeito do seguinte ponto: os sintomas na fala, mesmo

que referidos a modelos teóricos diferentes (mas não divergentes no essencial) são conseqüência de prejuízo de memória que afeta a relação sujeito-mundo. Diz-se que o indivíduo remissão à memória (e seus diferentes subsistemas) – há derrocada da memória de trabalho, da memória semântica e da memória episódica. Vimos que a explicação nos leva a um entendimento de que uma vez afetados esses sistemas, haverá problema na codificação, no armazenamento e na recuperação de informações. Assim se explicam as manifestações sintomáticas na fala. A concepção de linguagem como código nos afasta de Saussure e nos aproxima da idéia de língua como nomenclatura – só aí é que se poderia falar em “codificação, armazenamento e recuperação de informações. Os elementos (signos/palavras) são assumidos como independentes de um sistema. Landi (2007), como vimos no item precedente, caminha numa direção original e bem distante das abordagens tratadas nos capítulos 1 e 3. Ela mesma marca diferença:

parte-se da suposição de *desarranjo cognitivo*, que se manifesta numa falha de evocação (na fala) e, daí, parte-se para formulação da hipótese de “*estratégia cognitivas*” são manifestas pelos *comportamentos* compensatórios (de fala). Tais “comportamentos” tornarão a fala “verborrágica” e “vazia”, uma *falação* sem qualquer função. (LANDI, 2007, p. 86) (ênfase minha)

Segundo ela, pesquisadores não se deixam afetar pelo fato de que as alegadas *estratégias compensatórias* dos pacientes demenciados fracassam. Fato é que *suas falas são fluentes e ainda que vazias*. Sobre isso, Landi prossegue dizendo que: “assume-se que o sujeito lança mão de recursos cognitivos para *detectar erros e conceber estratégias* (no caso da falta do nome), mas eles não operam ou não são eficazes quando se trata de contornar a “pouca informação” que sua fala carrega” (LANDI, 2007, p. 86). A linguagem comparece, então, como manifestação de funções cognitivas, como dependente da integridade dessas funções - as alterações lingüísticas acompanham, afirma-se, o agravamento da perda da memória.

Frente a esse cenário, Landi indica que o sujeito ali suposto é incongruente do ponto de vista teórico porque dividido entre “consciência” e “não-consciência” porque, diz Landi, ora aposta-se que ele *pode recorrer a estratégias cognitivas* (quando percebe que vai fracassar), mas ora essa capacidade lhe é retirada quando

se afirma que ele não reconhece a falta em sua fala. Importante é também acompanhar Landi quando ela mostra que nessas teorias *ideacionais* e *referencialistas*, o significado é identificado às imagens mentais de um sujeito ou a um estado de coisas no mundo. Não há outro como “instância” ou suporte do significado – fecha-se, assim, a clínica para um sujeito, ou ela se mantém sob a forma de treinamento do indivíduo demenciado. Landi declara:

De fato, se eu ficasse no espaço dessa aparência de perda de significado, se ficasse presa da referência externa, ficaria, também, ligada ao mundo do pensamento-cognição-memória, tal como nos trabalhos da Medicina e da Fonoaudiologia, em que a linguagem é manifestação de uma doença. Fico, diferentemente, ao lado da *linguagem* e daquilo que ela pode revelar sobre a *sustentação subjetiva de um falante* (LANDI, 2007, p. 101) (ênfase minha).

Coloco-me ao seu lado, como alguém que foi afetada por pacientes demenciados e aposta numa clínica teoricamente sustentada para esses sujeitos, uma clínica que “tem que se haver, de forma irremediável, com um falante submetido à condição de sua fala” (LIER-DEVITTO e ARANTES, 2006, p. 14). A direção teórico-clínica, que assim se delinea, parte, com procurei mostrar, de uma concepção de linguagem que recusa a idéia de sujeito psicológico vigente nos trabalhos médicos e fonoaudiológicos. Faz-se um movimento na direção da Psicanálise.

Landi vai a Lacan (1932/1987) e lê que, na Psiquiatria, as demências e as psicoses remetem a “*estados mentais da alienação*” (LACAN, 1975 apud LANDI, 2007, p. 91). Nessa condição, o sujeito não se reconhece como *eu* e nem é reconhecido pelo outro como tal. Quebra-se o laço identificatório, social. Lacan ressalta que nas demências (diferentemente das psicoses) há *déficit capacitário* decorrente de *lesão orgânica*. Entretanto, sublinha Landi, Lacan sustenta que o *humano* não pode ser *reduzida a um substrato material ou mental*. Não se trata, como se vê, de ignorar a lesão neurológica no caso de demências, mas de não reduzir o homem a um acontecimento orgânico. Esse é, sem dúvida, o ponto de

toque entre a Psicanálise e a Clínica de Linguagem: o empenho no recolhimento do sujeito⁷⁵.

Nos estudos tradicionais está em questão a “desorientação do eu” (MAC-KAY, ASSENCIO-FERREIRA, FERRI-FERREIRA, 2003/2007 apud LANDI, 2007: 97). Landi aponta para o fato de que a noção de *personalidade constituída*, presente no texto de Lacan (1932/1987) pode contribuir para o entendimento dos quadros demenciais e dar sentido à idéia de “desorientação do eu”. Lacan, segundo a autora, fala em “eu complexo” nas demências e loucuras. O termo “complexo” nos leva à noção de “síntese psíquica” – a *personalidade* realiza essa síntese, que é uma unidade *complexa e frágil*, diz Lacan. Nas demências e na loucura, essa fragilidade se manifesta: a unidade imaginária da personalidade se dissolve: o “eu se desorienta” (como vimos, também, em Messy e em Goldfarb, no capítulo 2).

Diferentemente, nas afasias, o afásico “fica sempre ao lado do que quer dizer” (LACAN, 1981 apud LANDI, 2007, p. 99), fica como *eu*, “ao lado” de seu enunciado fragmentado, muitas vezes destroçado e incompreensível. No caso da demência, impossível negar que *referência externa* fica abalada. Porém, acrescenta a autora “o sujeito prossegue falando até o momento em que ele desaparece completamente” (LANDI, 2007, p. 99) e essa é a questão para a Clínica de Linguagem - a relação que se manem entre *sujeito e linguagem*. Afásicos, afirma a autora, “têm nostalgia do passado” (FONSECA, 2002), pacientes demenciados, pode-se dizer, ficam “fora do tempo” e “fora de lugar” (expressão de LIER-DeVITTO, 2005). Landi assinala que o sujeito se esvai na fala: “[a pessoa demenciada] ‘*não fica* ao lado do que diz’ porque *é falada no movimento da língua*, trata-se de uma fala comandada fundamentalmente *pelo jogo das referências internas*” (LANDI, 2007, p. 11) (ênfase minha). Nas demências, conclui a autora, a linguagem vai perdendo sua função comunicativa e:

⁷⁵ Não vou me deter aqui na fina discussão que Landi faz da distinção feita por Lacan entre sintomas orgânicos de sintomas psicogênicos que podem se manifestar como sintomas físicos ou mentais. Ao invés disso, remeto o leitor à tese da autora. Importante, para ela foi a possibilidade de mostrar que na articulação *orgânico/psíquico/personalidade* o que aproxima a demência da afasia é a **etiologia** e as alterações psíquicas. Diferentemente, a personalidade (síntese psíquica) na afasia está preservada e, na demência, está destruída (há alienação do sujeito).

[a fala] *se revolve em torno de uma mesma massa sonora*, caminha apoiada na repetição da fala do outro, de expressões formulaicas que irrompem na fala do paciente, para as quais não podemos determinar nem a fonte (de onde ela vem) e nem para quem ela é, de fato, endereçada (LANDI, 2007, p. 108).

Essas pontuações marcam um distanciamento da Clínica de Linguagem em relação às abordagens organicistas e cognitivistas, em que vigora, apenas a “perda de referência externa”. Linguagem é nomenclatura e memória estoque de itens lexicais (signos, palavras que sustentam informações mentais). A questão que não se explica é o fato de que, “sem memória” o sujeito fala e fala de forma desagregada do vivido por ele. Esse fato não é menor e nem desinteressante, mas intrigante. Contudo, caso não se reflita sobre a relação sujeito-linguagem, não se pode ir além de atestar uma “fala vazia”. Landi mostra que quando numa fala se dilui o significado “*social*”, “*comunicativo*”, é a Língua que mantém o falante em movimento: é ela que “em operação” associa fragmentos, pedaços de falas. Nesses restos pode-se apreender a relação entre sujeito-linguagem e fisgar, enquanto e sempre que possível, o sujeito na sua fala. Abre-se assim a possibilidade de uma clínica e de uma posição de clínico para pessoas demenciadas. Refiro-me a Clínica de Linguagem que busca “dar vez e voz na linguagem” a sujeitos cuja condição de falante é prejudicada por alguma razão orgânica ou psíquica (Fonseca, 2002; Lier-DeVitto, Fonseca & Landi, 2007). As autoras dizem que tanto as afasias, quanto as demências são quadros que implicam marginalização do falante, seja âmbito familiar, seja social. Mas, se do ponto de vista etiológico, os dois quadros provêm de uma ocorrência cerebral:

pode-se dizer que, do ponto de vista lingüístico, as afasias ficam mais para o lado da afetação da articulação significativa, ao passo que as demências tendem mais para uma fala ‘fora de tempo’ e ‘fora de lugar’” (LIER-DEVITTO, FONSECA & LANDI, 2007, p. 23).

Essa diferença envolve, sem dúvida, relações distintas do falante com a fala e, por certo, direções de tratamento diferentes, embora a meta seja sempre a de

sustentar o falante na fala. Na Clínica de Linguagem com afásicos, a fala do terapeuta corresponde a uma cessão de seu corpo: ele “empresta sua voz para que nela ganhe expressão o texto que o paciente não pode dizer” (FONSECA, 2002; LIER-DEVITTO, FONSECA, LANDI, 2007, p. 25). A Clínica de Linguagem com pessoas demenciadas suscitam questões de outra natureza: essas falas mesmo sem que elas sustentem, por si, referência externa ou coesão discursiva. É possível garantir a voz e a vez do sujeito demenciado na linguagem quando o clínico se oferece como suporte para o jogo de *referências internas* que se movimenta entre falas: entre a do paciente e a sua própria. Caso ele possa, enfim, *ficar um tanto fora de um sentido desejado ou antecipado*: “Nesse sentido, a fala do [clínico], mais do que a do outro que lhe pede consistência e coerência, é decisiva na produção da própria fala” (LIER-DeVITTO, FONSECA & LANDI, 2007, p. 27).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procurei, nesta dissertação, apresentar uma trajetória de estudo e reflexão sobre quadros demenciais. Ao registrar este percurso, empenhei-me em marcar diferenças entre os aportes médico e psicanalítico (capítulos 1 e 2, respectivamente). Estes dois lugares teórico-clínicos respondem de forma diametralmente opostas às questões: “o que é linguagem?” e “o que é memória?” – o que os distancia profundamente, mesmo porque e talvez, acima de tudo, o abismo profundo seja aquele traçado pelo que funda os dois campos: o primeiro quer saber sobre o *organismo* e o segundo, está voltado para a *questão humana*, mais precisamente, para o sujeito.

No caminho percorrido, vimos que na Neurologia (e na Fonoaudiologia) demência é *doença* irreversível e progressiva que afeta a cognição (memória) - cognição e memória aparecem, portanto, como tendo raízes orgânicas. A linguagem é “nomenclatura” e como tal, matéria sensível da experiência internalizada, registrada na mente/memória. O efeito é um só: desadaptação social. Na Psicanálise, mesmo reconhecendo o fato neurológico, o sujeito fica em perspectiva e a linguagem tem outro lugar na teorização e na clínica. Procurei mostrar que, a rigor, *memória e linguagem* estão em relação desde os primórdios da teorização de Freud, ainda neurologista, i.e., desde os tempos do seu “aparelho de linguagem” (FREUD, 1889), como mostraram Messy e Goldfarb.

Apresentei as discussões desses dois psicanalistas, ainda que sem qualquer objetivo de confrontá-los ou de discutir o encaminhamento que dão à questão das demências. Essa discussão foi deliberadamente postergada por ser ainda prematura, tendo em vista a exigência que essa tarefa coloca. Penso, entretanto, ter conseguido uma apresentação sem lacunas que pudessem comprometer a argumentação dos autores. Importante para esta dissertação era, tendo como pano de fundo esses pólos teóricos opostos, mostrar que a Fonoaudiologia tradicional (capítulo 3) adere ao discurso organicista-cognitivista e que a Clínica de Linguagem se movimenta na direção da Psicanálise (sem se confundir com ela).

Pude notar e procurei registrar que trabalhos fonoaudiológicos e médicos, aqui estudados, não ultrapassam tentativas de categorização semântico-pragmática

da fala de pessoas com demência sem conseguir implicar a relação do falante com a fala e a língua. Não é de se estranhar que a situação seja essa porque, como assinalei, a linguagem nunca é teorizada nas áreas médica e fonoaudiológica. Melhor dizendo, toda a teorização mantém a linguagem com “excrecência do cerebral-mental” (FONSECA, 2002).

Na apresentação da Clínica de Linguagem (capítulo 4), dei destaque a Landi (2007), fonoaudióloga de formação e pesquisadora desta vertente teórico-clínica, e a primeira a se voltar para as demências. Procurei explicitar as bases teóricas que, no que diz respeito à linguagem, reconhece a sua *ordem própria*, conforme postulada por Saussure, e que dá reconhecimento, também, por razões teóricas e clínicas, à *hipótese do inconsciente*. Disso decorre que o Grupo de Pesquisa Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem busca articular Língua (a *ordem própria* da linguagem) e sujeito- falante. Abre-se, por isso, uma nova perspectiva para pensar a relação sujeito-linguagem-memória. Abordo, ao encerrar meu trabalho, conseqüências clínicas da tomada de posição por esta Clínica de Linguagem. Aí, como na Psicanálise, não se desiste do sujeito afetado por um veredicto médico de lesão. Ao contrário, procura-se garantir a ele “voz e vez”, como disse Fonseca.

Falas de pacientes com demência revelam uma “dissolução subjetiva” - o passado vai sendo esquecido, o laço social se esgarça e tem-se um abalo na unidade imaginária do *eu*. Entendo que a *perda de laço social, de memória e de localizações espaço-temporais* sejam sinais inequívocos, recolhidos pelas clínicas. A diferença entre elas está no modo de explicação sobre a relação linguagem-memória e no quanto e no como abordam a questão do sujeito e seu sofrimento. O ponto para mim não está, portanto, na constatação dos sintomas, e sim em reconhecer, nessas “falas vazias”, ligações esparças do sujeito com uma história – uma história que fica fragmentada e descosturada em sua fala. Na verdade, declaro que meu empenho foi motivado (pela) e dirigido para a clínica. Nesse sentido, encerro esta dissertação com a afirmação de Landi de que “a despeito da dissociação profunda entre fala e escuta e entre fala e realidade, a despeito, inclusive, do falante não se apresentar no intervalo entre os significantes” (LANDI, 2007, p. 114) a Clínica de Linguagem não deve voltar as costas para essas falas e para esses sujeitos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGAMBEN, G. *Infância e história: destruição da experiência e origem da história*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008.

ANDRADE, L. *Ouvir e escutar na constituição da clínica de linguagem*. Tese de Doutorado. LAEL-PUC/SP, 2003.

ARANTES, L. *Diagnóstico e Clínica de Linguagem*. Tese de Doutorado. LAEL-PUC/SP, 2001.

ARAÚJO, S. M. M. *O fonoaudiólogo frente à fala sintomática de crianças: uma posição terapêutica?*. Tese de Doutorado. São Paulo: USP, 2002.

ÁVILA, R. *Reabilitação neuropsicológica dos processos de memória e das atividades de vida diária em pacientes com doença de Alzheimer leve a moderada*. São Paulo, 215 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2004.

BERTOLUCCI, P.H.F. Demências. In: K.Z. ORTIZ (org.). *Distúrbios neurológicos adquiridos: linguagem e cognição*. São Paulo: Lovise Editora, 2005. pp. 295-312.

BORGES, S. (1995/2006). *O quebra-cabeça: alfabetização depois de Lacan*. Goiás: ABRUC Editoras associadas.

BRANDÃO, L.; PARENTE, M. A. M. P. Compreensão e Produção do discurso Oral em Portadores da Doença de Alzheimer. In: K.Z. ORTIZ (org.) *Distúrbios neurológicos adquiridos: linguagem e cognição*. São Paulo: Lovise Editora, 2005. pp. 330-350.

BRUCKI, S. M. D. Curso Clínico da Doença de Alzheimer. In. *Neuropsiquiatria Geriátrica*. (org.) Orestes Vicente Forlenza e Paulo Caramelli. Editora: Atheneu, 2000. p. 119-126.

CAPUANO, A.M.N. Alterações de memória e suas correlações com a linguagem. In: K.Z. ORTIZ (org.) *Distúrbios neurológicos adquiridos: linguagem e cognição*. São Paulo: Lovise Editora, 2005. pp. 366-393.

CARNEVALE, L. S. *O falante entre cenas: descaminhos da comunicação na deficiência mental*. Tese de Doutorado. LAEL/PUCSP, 2008.

CHEMAMA, R. *Dicionário de Psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CHOMSKY, N. *Language and problems of knowledge*. The Managua Lectures, 1988. pp. 1-66.

COUDRY, M. I. H. Linguagem e afasia: uma abordagem discursiva das neurolingüística. In: *Cadernos de Estudos Lingüísticos* (UNICAMP/IEL), 2002. pp. 99-129.

DE LEMOS, C. T. G. *Sobre a aquisição da linguagem e seu dilema (pecado original)*. Boletim da Abralín, v. 3. Recife: Editora da Universidade Estadual de Pernambuco.

_____. *Los procesos metafóricos y metonímicos como mecanismos de cambio*. *Substratum*, v. 1, n. 1. Barcelona: Meldar, 1992.

_____. *Sobre aquisição da escrita: algumas questões*. Alfabetização e letramento (13: 31). Roxane Rojo (org.) Campinas: Mercado de Letras, 1998.

_____. *Língua e discurso na teorização sobre a aquisição de linguagem*. Letras de Hoje, v. 30, n. 4. Porto Alegre: EDIPURS, 1995.

_____. Apresentação. LIER-DEVITTO, M.F. *Os monólogos da criança: 'delírios da língua'*. São Paulo: EDUC-FAPESP. São Paulo, 1998.

DUDAS, T. L. *Paralisia cerebral e institucionalização: efeitos subjetivos e clínica de Linguagem*. Dissertação de Mestrado. LAEL/PUC/SP, 2009.

EQUIPE EDITORIAL BIBLIOMED. *Afasia*. Disponível em: <http://boasaude.uol.com.br/realce/showdoc.cfm?libdocid=15082&ReturnCatID=1810> Acesso em 28 abr 2010.

EMENDABILI, M.E.T. *O Lugar do Paciente com Demência na Clínica de Linguagem*. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). São Paulo: Núcleo de Formação em Clínica de Linguagem, 2007.

FONSECA, S.C. *Afasia: a fala em sofrimento*. Dissertação de mestrado. São Paulo: LAEL/PUC-SP, 1995.

_____. *O afásico na clínica de linguagem*. Tese de Doutorado. São Paulo: LAEL-PUCSP, 2002.

FREIRE, F. M. P; Coudry, M. I. H. *Gestualidade e Demência: o uso discursivo da linguagem Logo*. Marília, SP: Anais do XLIX Seminário de Grupos de Estudos Lingüísticos do Estado de São Paulo, 2002. (versão cd-rom).

FREUD, S. (1983-95) *Estudios sobre La histeria*. Obras Completas. Buenos Aires, Amorrortu, 1998. V. 1.

_____. (1989). *Sobre los recuerdos encubridores*. Obras Completas. Buenos Aires, Amorrortu, 1998. V. 3.

_____. (1914). *Introducción al narcisismo*. Obras Completas. Buenos Aires, Amorrortu, 1998. V. 14.

GUADAGNOLI, C. *Considerações sobre fala-leitura-escrita e efeitos clínicos no atendimento de afásicos*. Dissertação de Mestrado. LAEL/PUC/SP, 2007.

GOLDFARB, D. C. *Demências*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

GROISMAN, D. A velhice, entre o normal e o patológico. In: *História, ciência, saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 9 (1), p. 61-78, jan-abr, 2002. Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/jan2007/velhice.pdf>. Acesso em: 20 jan 2010.

HAMDAN, A. C., Avaliação neuropsicológica na Doença de Alzheimer e no Comprometimento Cognitivo Leve. In: *Psicol. Argum. (Psicologia Argumento)*. 2008 jul./set., 26 (54), p. 183-192. Publicador: PUC – PARANÁ. Departamento de Psicologia. Disponível em: [http://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&q=HAMDAN+2008+"a+AVALIAÇÃO+NEUROPSICOLÓGICA"&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=](http://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&q=HAMDAN+2008+) . Acesso em: 10 mar 2010.

HOUAISS, A. *Dicionário da Língua Portuguesa*. Ed. Objetiva. Rio de Janeiro: 2009.

IZQUIERDO, I. *Memória*. São Paulo: Artmed, 2002.

_____. *A arte de esquecer: cérebro, memória e esquecimento*. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2007.

JAKOBSON, R. Dois Aspectos da Linguagem e Dois Tipos de Afasia. In: *Lingüística e Comunicação*. São Paulo: Cultrix, 1954/1988.

KAUFMANN, P. *Dicionário enciclopédico de Psicanálise: o legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 1996.

LACAN, J. (1932/1989) *Da psicose paranóica e suas relações com a personalidade*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.

_____. *As psicoses*. Seminários 3 . Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1981.

LANDI, R. “*FALAS VAZIAS*”: língua, referência e sujeito na demência. Tese de Doutorado. São Paulo: LAEL-PUCSP, 2007.

_____. *Sob efeito da afasia: a interdisciplinaridade como sintoma nas teorizações*. Dissertação de Mestrado. LAEL/PUC/SP, 2000.

LAPLANCHE; PONTALIS (1982/1995). *Vocabulário da Psicanálise*. Ed. Martins Fontes. São Paulo, 1996.

LIER-DEVITTO, M.F e FONSECA, S.C. “Reformulação” ou “ressignificação”. *Caderno de estudos lingüísticos*, 33 pp 51-60. Campinas: Editora da Unicamp, 1997.

_____. (2001). *Lingüística, Aquisição da Linguagem e patologia: relações possíveis e restrições obrigatórias*. Letras de Hoje, v. 36, n 3 (433:444). Porto Alegre: EDIPCRS.

LIER-DEVITTO, M.F., FONSECA, S.C., LANDI, R. Vez e voz na linguagem: o sujeito sob efeito de sua fala sintomática. **Revista Kayrós**. São Paulo, 2007.

LIER-DEVITTO (2000). *Memorial do concurso para professor titular Inédito*.

_____. (2006). *Patologias da linguagem: sobre as “vicissitudes de falas sintomáticas”*. MARIA FRANCISCA LIER-DeVITTO & LÚCIA ARNATES (orgs.) *Aquisição, patologias e clínica de linguagem (183:200)*. São Paulo: EDUC/FAPESP.

_____. (2003). *Patologias da linguagem: subversão posta em ato*. Nina Virgínia de Araújo Leite (org.) *Corpolinguagem: gestos e afetos* (233: 246). Campinas: Mercado de Letras.

_____. (2005). *Falas sintomáticas: 'fora de tempo', 'fora de lugar'*. Homenagem a Claudia Lemos (143:150). Campinas *cadernos de estudos lingüísticos*, v 47.

_____. (1994). *Apresentação*. Maria Francisca Lier-deVitto (org.) *Fonoaudiologia no sentido da linguagem* (15: 22). São Paulo: Cortez Editores.

LIER-DeVITTO & CARVALHO (2008). O Interacionismo: uma teorização sobre aquisição da linguagem (115:146). In: Ingrid Finger & Ronice Quadros (orgs.). *Teorias de Aquisição da Linguagem*. Florianópolis: Editora da UFSC.

LIER-DeVITTO & ARANTES (1998). Sobre os efeitos da fala da criança: da heterogeneidade desses efeitos. *Letras de hoje*, n.2 v, 33. Porto Alegre: EDPUCRS.

LORENZ, K. (1971). PSYCHOLOGY AND PHYLOGENY. In: J.S. Bruner; A. Jolly & K. Sylva (eds.) *Play: its role in development and evolution*. New York: Penguin Books.

MAC-KAY, A.P.M.G., ASSENCIO-FERREIRA, V.J., FERRI-FERREIRA, T.M.S. *Afásias e demências: avaliação e tratamento fonoaudiológico*. São Paulo: Santos Editora, 2003/2007.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS (DSM-IV). *Psiquweb* – Portal de psiquiatria. Disponível em: <http://virtualpsy.locaweb.com.br>. Acesso em: set 2009.

MARCOLINO, J.F. *A clínica de linguagem com afásicos: indagações sobre um atendimento*. 2004. 115f. Dissertação (Mestrado em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2004.

MÁRQUEZ, C. T.; BILTON, T.; SANCHES; E. P.; VENITES, J. P. Alterações de Linguagem e Deglutição na Doença de Alzheimer. In: *Distúrbios da Comunicação*. São Paulo, 13 (2): 257-276, jun., 2002.

MESSY, J. *A pessoa idosa não existe*. São Paulo: Aleph, 1999.

MILNER, J. C. *El Périplo Estructural*. Buenos Aires: Paidós, 2002.

MORATO, E. M. *O estatuto sociocognitivo do contexto na orientação argumentativa das práticas referenciais*. Investigações. Investigações (UFPE), v. 21, p. 81-97, 2008. Disponível em: (http://www.ufpe.br/pgletras/Investigacoes/Volumes/Vol.21.2/Edwiges_Morato.pdf). Acesso em: 27 abr 2010.

OKAMOTO e BERTOLUCCI (2001/2002). Disponível em: http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu_5_01.htm Acesso em: 3 fev 2010.

RECOMENDAÇÕES DO DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE NEUROLOGIA E DO ENVELHECIMENTO DA ACADEMIA BRASILEIRA DE NEUROLOGIA. *Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil: avaliação cognitiva e funcional*. Arquivos de Neuro-Psiquiatria. Vol. 63 nº 3a. São Paulo set. 2005: Ricardo Nitrini; Paulo Caramelli, Cássio Machado de Campos Bottino; Benito Pereira Damasceno; Sonia Maria Dozzi Brucki, Renato Anghinah. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2005000400034&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 10 abr 2010.

REVISTA BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462005000100017&script=sci_arttext Acesso em: 3 fev 2010.

REVISTA BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462005000100017&script=sci_arttext . Acesso em: set 2009.

ROMERO, S. B. Intervenção Fonoaudiológica nas Demências. In: K.Z. ORTIZ (org.) *Distúrbios neurológicos adquiridos: linguagem e cognição*. São Paulo: Lovise Editora, pp. 312-319, 2005.

RUSSO, G. L. **Sobre a linguagem no discurso médico na doença de Alzheimer**. Trabalho de Iniciação Científica. São Paulo: PUCSP, 2004.

SALUM, I.N. *Prefácio*. Curso de Lingüística geral. São Paulo: Cultrix, 1969.

TESSER, E. *Reflexões sobre o diálogo – sob efeito da clínica de linguagem com afásicos*. Dissertação de Mestrado. LAEL/PUC/SP, 2007.

TESTES DE AVALIAÇÃO COGNITIVA: Mini-Exame do Estado Mental.
Disponível em: http://www.cadastro.abneuro.org/site/arquivos_cont/8.pdf
Acesso em: 3 abr 2010. Marcia Lorena Fagundes Chaves Professora Adjunta da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul Vice-coordenadora do DC de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da ABN – Bienio 2006-2008.

TUMIATE, C. F. *Considerações sobre o agramatismo: traçados e tropeços*.
Dissertação de Mestrado. LAEL/PUC/SP, 2007.

VYGOTSKY, L. *A formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes, 1984.