

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO - PUC-SP**

**Mariana Elza Tomaselli Emendabili**

**Reflexões sobre a estrutura e o tempo na Demência do Tipo  
Alzheimer**

**Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem**

**São Paulo  
2016**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO - PUC-SP**

**Mariana Elza Tomaselli Emendabili**

**Reflexões sobre a estrutura e o tempo na Demência do Tipo  
Alzheimer**

**Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem**

Tese apresentada à banca examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Francisca Lier-DeVitto.

**São Paulo**

**2016**

**Mariana Elza Tomaselli Emendabili**

**Reflexões sobre a estrutura e o tempo na Demência do Tipo Alzheimer**

Tese apresentada à banca examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Francisca Lier-DeVitto.

Aprovada em: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

**BANCA EXAMINADORA**

---

---

---

---

---

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

---

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

Aos meus pais e irmã, pela dedicação integral e  
força sem fim

Ao meu amor, por sempre estar ao meu lado

## AGRADECIMENTOS

À Dra. Maria Francisca Lier-DeVitto, por acreditar na minha questão de pesquisa e acolhê-la. Por orientar esta tese e poder suscitar questões que foram essenciais para o encaminhamento dela. Pelo acolhimento em momentos difíceis e pela confiança depositada em mim.

À Dra. Glória Maria Monteiro de Carvalho, pela contribuição no exame de qualificação e leitura. Pelos encontros e pelas conversas ao longo dos anos.

À Dra. Suzana Carielo da Fonseca, por fazer parte da minha formação, por sempre abrir portas no âmbito teórico e prático para o clínico de linguagem. Pelos caminhos sugeridos e pela leitura do meu trabalho. Por realizar esta profissão com excelência.

À Dra. Lourdes Andrade, por aceitar participar deste modo do meu trabalho. Obrigada pela escuta, pela leitura precisa e pelas sugestões.

À Dra. Juliana Marcolino-Galli, pelo tempo que nos acompanhamos nesta clínica. Muito obrigada pelas contribuições e sugestões para este trabalho.

À Dra. Rosana Landi, por ter acolhido a minha questão inicial e por fazer parte da minha formação como clínica. Obrigada por continuar a acompanhar o meu processo e pelas sugestões.

À Dra. Sônia Araújo, por participar deste processo que é importante na minha formação. Pelos tempos de Núcleo de Formação em Clínica de Linguagem e de CAAf.

À Dra. Lúcia Arantes, por acompanhar desde os meus primeiros passos na graduação até hoje. Por ser uma professora admirável e querida por aqueles que passam pela sua classe.

À Tatiana Dudas, pela incansável disposição e amizade que me ofereceu. Por ser extremamente solidária.

À Fernanda Fudissaku, pela nossa história de formação e percurso na Clínica.

À Tathiane Paris, por ter sido fundamental no início da minha formação como pesquisadora.

À Melissa Catrini, pelos processos de mudanças que passamos juntas ao longo destes anos e pelos trabalhos que pudemos fazer juntas neste meu processo.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa – Renata, Maria Fernanda, Cris, Michelly, Rosemy, Vera Lúcia, Bízio, Luís Carlos –, pela caminhada por este percurso.

À Ivete De Masi, pelo carinho e pelas conversas profissionais.

Aos profissionais da LARES, pelo apoio e pela torcida.

À Fernanda, querida companheira que esteve ao meu lado incondicionalmente. Pelo apoio e pela cumplicidade que, sem dúvida, me deram forças para passar por este processo.

Aos meus pais, Flavio e Ana Luiza, por apostarem e confiarem em mim. Por sempre acreditarem que eu iria conseguir.

À Fabiana, por me apoiar e entender a minha ausência. Por sempre comemorar as minhas conquistas.

À Giovanna, pela presença alegre.

À minha família, pelo carinho.

Ao André Caruzo, querido mestre e amigo.

À Cardiga, Rê, Mé, Aninha, Quel, Biazinha, Lê e Flavia Blikstein, pela amizade e força que sempre deram no meu percurso.

Aos familiares do Sr. J., por me permitirem desenvolver esta pesquisa.

Ao Sr. J., em especial.

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

À CAPES, pelo apoio financeiro que viabilizou esta pesquisa.



## RESUMO

Este trabalho discute a classificação da Demência do Tipo Alzheimer (DTA) em estágios objetivos e bem definidos. A ideia não foi, em sentido estrito, negá-los uma vez que um agravamento da doença é observável. A meta foi refletir sobre “mudança” em termos teóricos, levando em conta que, quando a linguagem está envolvida, uma questão estrutural deve ser levantada para não deixá-la reduzida a reflexo externo de causas cerebrais e mentais. Questiono a camisa de força dos estágios referentes à progressão da doença por um discurso homogeneizante, ao me interrogar sobre o tempo e a mudança desde uma perspectiva linguística estruturalista e de uma aproximação com a Psicanálise, que implica o sujeito e, por aí, a especificidade de cada caso. Tratei de mostrar que minha posição é outra: é uma que implica a relação com o Interacionismo e que faz compromisso com a Clínica de Linguagem. Assumo, então, as bases teóricas desta Clínica e as consequências da adoção de uma vertente estruturalista da linguagem na lida com pacientes com DTA. As reflexões encaminhadas nesta tese estão inseridas nos pressupostos teóricos do Grupo de Pesquisa “Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem”, coordenado pelas Dras. Maria Francisca Lier-DeVitto e Lucia Arantes.

**Palavras-chave:** Linguagem, Estrutura, Demência, Mudança, Clínica de Linguagem.

## ABSTRACT

This work discusses the classifications of the stages of DTA, not in order to deny them once there is an aggravation observed in the condition. The idea is to consider changing when language is involved and is reduced to reflection of brain and mental causes that are given in a chronological time. I question the strictness of the stages of progression of the disease for a homogenized discourse, when I question myself about the time and changing from a structuralist linguistic perspective and one that approaches Psychoanalysis, which implies the subject, and, therefore, the specificities of each case. I presented a different position: one that implies relation to Interactionism and that commits to the Language Clinic. I therefore adopt the theoretical background of such Clinic and the consequences of adopting a structuralist side of the language when dealing with patients with DTA. The considerations in this theses are merged in the theoretical assumptions of the research group "Acquisition, Pathology, and Language Clinic", coordinated by Dr. Maria Francisca Lier-DeVitto and Dr. Lucia Arantes.

**Keywords:** Language, Structure, Dementia, Change, Language Clinic.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>CAPÍTULO 1. UM ATENDIMENTO: oscilações.....</b>	<b>32</b>
1.1 Sr. J – caminhos de um atendimento.....	35
1.1.1 Sobre a Instituição.....	35
1.1.2 O Sr. J.....	37
1.1.3 O Início do atendimento com Sr. J.....	38
1.2 Um outro momento, uma outra presença: idas e vindas.....	42
1.3. Mais alguns momentos.....	48
<b>CAPÍTULO 2. A CLÍNICA DE LINGUAGEM E A DEMÊNCIA DO TIPO ALZHEIMER.....</b>	<b>54</b>
2.1 Bases Teóricas da Clínica de Linguagem.....	54
2.2 Efeitos da assunção de uma vertente estruturalista de linguagem no atendimento da DTA.....	58
2.3 A implicação de um “outro tempo” - tempo da estrutura.....	64
2.4 Uma palavra sobre a “escuta” para o sintoma na fala.....	66
2.5 Clínica de Linguagem sob efeito da Psicanálise.....	68
<b>CAPÍTULO 3. “MUDANÇA”: o impacto do Interacionismo em Aquisição de Linguagem.....</b>	<b>76</b>
3.1 “Aquisição da Linguagem e seu dilema (pecado) original” (De Lemos, 1982).....	79
3.2 Processos metafórico e metonímico como mecanismos de mudança (De Lemos, 1992; 2002).....	83
3.3 Uma crítica radical à noção de desenvolvimento (De Lemos, 2006).....	86
3.4 Clínica e Linguagem: ecos da discussão sobre mudança na abordagem da DTA.....	90
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>95</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>102</b>

## INTRODUÇÃO

Esta tese discute questões que foram suscitadas na leitura de bibliografia sobre a Demência do Tipo Alzheimer (DTA), assim como (e principalmente) por atendimentos clínicos com pacientes demenciados. Na verdade, essas duas facetas se imbricam na medida em que as interrogações que emergiram da leitura de textos foram impulsionadas por acontecimentos da clínica, que levantaram uma interrogação sobre tempo e mudança na DTA. Nesse sentido, este trabalho adquire um perfil teórico-clínico por excelência.

Convém iniciar apresentando como a DTA é descrita no Manual Diagnóstico dos Transtornos Mentais IV e V (DSM IV e V), uma vez que no DSM V há algumas alterações. Nele, sugere-se a substituição do termo demência por “Transtorno Neurocognitivo” (maior ou menor) – o que reflete os “ares dos tempos” em que há forte influência da Neuropsicologia, que é, em essência, cognitivista. Um dos argumentos apresentados para a substituição indicada no DSM V - 2013 é que o termo “demência” estigmatiza jovens com quadros demenciais causados pelo HIV. Esse novo termo, esclarece o Manual, joga o foco na ideia de *declínio* e não de *déficit*. O DSM V coloca que os novos critérios têm se concentrado menos nos prejuízos de memória, permitindo variáveis associadas com condições que às vezes começam com declínio da fala ou da capacidade de uso da linguagem. Apesar de essa sugestão constar da versão mais atual, a Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAz) e a literatura sobre o assunto fazem uso do termo *demência* para fazer referência à DTA e a classificam em estágios.

## I. DEMÊNCIA DO TIPO ALZHEIMER: o tecido de um discurso

A DTA, segundo os DSM IV e V, 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”. Segundo CERA, ORTIZ, MINETT (2014), há “atrofia do lobo temporal medial, biomarcadores do líquido cefalorraquiano anormais (...), padrão específico na neuroimagem funcional com tomografia por emissão de pósitrons – PET (redução do metabolismo da glicose em região parieto-temporal ou outros achados validados) e comprovada mutação autossômica dominante da DA8”. (CERA, ORTIZ, MINETT, 2014: 403)

Ela incide em pessoas com 65 anos (quando é considerada “precoce”) e, também, depois dessa idade, quando é dita “tardia” – por esse motivo a DTA é vista como demência de sujeitos idosos. O seu diagnóstico é difícil porque, diz o quarto Manual, é eminentemente **clínico** (levanta-se o histórico do paciente e realiza-se um *exame de seu estado mental*) e feito **por exclusão**, quer dizer, trata-se de uma decisão diagnóstica baseada, também, em exames complementares à observação clínica, que dão suporte ao diagnóstico diferencial entre DTA e outras doenças que também podem causar demência (caso do HIV)<sup>1</sup>. Pelo fato do diagnóstico ser clínico, ele não é, na esfera médica, considerado objetivo – afirma-se, com frequência, que

---

<sup>1</sup> 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 alterações nas diferentes áreas da cognição. Doenças como 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).

um sujeito tem demência “por **provável** DTA” (ênfase minha) <sup>2</sup>. Note-se que a presença de “tecidos conhecidos como *placas senis e novelos neurofibrilares*” (op. cit) não bastam para conferir objetividade ao diagnóstico, ainda que esses achados e outros laboratoriais associados sejam discutidos.

Sob a ótica da Neuropsicologia, os resultados clínicos atestam problemas cognitivos (mentais) – a Psicologia (cognitiva) faz, assim, sua entrada pela porta da clínica. Ela tem orientado a estruturação dos amplamente aplicados testes neurocognitivos, idealizados seja por psicólogos (Neuropsicologia), seja por linguistas (neuropsicolinguistas). Esta é uma conjunção raramente interrogada com médicos. A antiga articulação entre os discursos organicista e cognitivista se realiza sem questionamentos no caso do diagnóstico da DTA. Afirma-se que: “anormalidades no funcionamento cognitivo e da memória podem ser avaliados através de **exames do estado mental e testagem neuropsicológica**” (DSM IV) (ênfase minha), já que esses testes incluem, em sua montagem, ‘bagagens cultural e educacional’ (...) na avaliação da capacidade mental de um indivíduo” (DSM IV)<sup>3</sup>. Ou seja, eles incluem aspectos relacionados à subjetividade e à personalidade do paciente. A Medicina sustenta que a DTA envolve um conjunto de sinais e sintomas que apresentam muitos déficits cognitivos – ela tem a qualidade de síndrome, i.e., um conjunto de sinais e sintomas causados por diferentes doenças, que reflete:

(...) uma **alteração progressiva** de pelo menos duas áreas da cognição (uma delas sendo, tipicamente, a memória) e do comportamento, com intensidade suficiente para interferir no

---

<sup>2</sup> Declara-se, mesmo, que o diagnóstico definitivo ocorre somente após a morte do doente, quando é realizada a biópsia de seu tecido cerebral.

<sup>3</sup> Argumenta-se que pacientes testados podem “não estar familiarizados 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).

funcionamento pessoal, social e profissional (BERTOLUCCI, 2005: 301) (ênfase minha).

Como se pode ler, fica clara, nessa citação de um médico, a ausência de qualquer conflito entre as facetas “neuro” e “psicocognitiva” que dominam os trabalhos sobre a DTA, que se sustentam na aceitação tácita da causalidade direta entre o cerebral e o mental, que é sólida no campo da Neurologia, como discute Fonseca (1995, 2002 e outros). Nesse ambiente, os **sintomas manifestos** na linguagem são meros sinais da **deterioração encoberta** das funções cognitivas: o falante com demências apresenta “dificuldade de evocação de nomes de pessoas e objetos”. Está também 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).

Interessa assinalar, já neste momento, que as afasias são incluídas na discussão sobre a demência, apesar da causa neurológica ser outra e os sintomas, diversos (LANDI 2007; LIER-DEVITTO, FONSECA e LANDI, 2007). As afasias, como é sabido, são causadas por ocorrências traumáticas e definitivas no cérebro; elas não são “doenças degenerativas”. Esta situação revela de forma notável, a meu ver, o desinteresse pela linguagem, pelos sintomas na fala no campo dos estudos sobre demências. Tudo se passa como se as distinções expressivas nessa esfera nada contribuíssem para a reflexão teórica e clínica sobre quadros que envolvem problemas neurológicos. Talvez se possa até considerar que as afasias ficam mais nas mãos de médicos e as demências depositadas mais nas da Psicologia, já que os sintomas parecem indicar perda de memória<sup>4</sup>.

Além da avaliação da linguagem apontar para a questão da **perda gradual**

---

<sup>4</sup> Ver Galli (2014), que desenvolve uma discussão aprofundada sobre a relação memória-linguagem.

da referência externa da linguagem e da conseqüente queda de sua função representativa, atesta-se que problemas de compreensão da fala ou da escrita podem ocorrer. Lê-se no DSM IV que, em **estágios avançados** de demência, pessoas demenciadas podem ficar “mudas ou ter 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)”. Nesse “estágio avançado” só há “fala em eco”. Essa progressão não é, sem dúvida, acontecimento relatado nos estudos sobre as afasias ou das apraxias<sup>5</sup>, e nem é a fala em eco uma característica desses quadros. Chamo a atenção para isso no sentido de mostrar a inadequação da aproximação usual entre demências e afasias, aproximação esta que tem, muitas vezes, autorizado a aplicação, em quadros de demência, de testes idealizados para avaliar a linguagem nas afasias (LANDI, 2007; EMENDABILI, 2010).

Resumidamente, a DTA tem sido assumida como:

(...) demência que resulta de um **processo degenerativo** do cérebro e pode ser considerada uma síndrome neurológica adquirida (...); diferentemente de outros quadros neurológicos, tem sua origem em lesões difusas nos dois hemisférios cerebrais **levando a muitos déficits cognitivos** (MÁRQUEZ, C. T., BILTON, T., SANCHES, E. P., VENITES, J. P., 2002, pg. 278 (ênfases minhas).

Gostaria de apresentar, neste ponto, a questão teórica que me interessa abordar nesta tese. Na literatura dos estudos sobre demência, a ideia de **estágios regressivos** e de **perda progressiva** da memória estão fortemente estabelecidos e sustentados no fato de que neuroimagens revelam o **processo degenerativo do cérebro**, processo gradual e progressivo de longa duração (em média de 12 a 14 anos) que **“afeta a cognição e o comportamento** [leia-se, aqui, a linguagem,

---

<sup>5</sup> Catrini (2011) discute a questão das apraxias. Sobre as afasias, ver Fonseca, 1995, 2002 (e outros artigos), assim como Landi (2000), Marcolino (2004), Tumiate (2007), Guadagnoli (2007) e Emendabili (2010).



inclusive] (...) a alteração nessas áreas leva a uma **progressiva dependência** nas atividades da vida diária” (BERTOLUCCI, 2005: 303). Dei relevo às palavras “progressivo”, “regressivo”, “estágios” e “processo”, que tomo como significantes que resumem as noções de tempo e de mudança nas discussões sobre demência.

A pergunta mais ampla que enuncio para exploração nos capítulos posteriores desta tese é a seguinte: sendo a linguagem uma estrutura, como compatibilizar a ideia de estrutura com os achados clínicos que, via de regra, sustentam que os sintomas na demência, inclusive os que se manifestam na linguagem, seguem um curso de declínio gradual e progressivo?. Em outras palavras, como compatibilizar, de forma teórica, a ideia de “mudança”, que se apreende como um acontecimento referível a um tempo cronológico, com a de “permanência” de um funcionamento que é “perene e universal” (SAUSSURE, 1916)?

Para que essa questão ganhe corpo e sentido, parece-me necessário prosseguir um pouco mais nos estudos sobre a DTA.

Bucki (2000), numa revisão bibliográfica extensa<sup>6</sup>, discute o curso clínico da DTA e nela afirma, com Locascio *et al.* (1995), que os melhores testes para descrever a DTA e para demonstrar o **declínio temporário linear** da doença são os de nomeação, de fluência verbal e de reconhecimento imediato de figuras. Para esses autores, estes testes são capazes de apreender a condição cognitiva dos pacientes na **progressão da decadência** nos primeiros tempos da doença. Porém, em estágios mais avançados, dizem eles, os testes perdem sua eficácia (objetividade), dada sua incapacidade de apreender **as alterações evolutivas** da doença, porque a diminuição de fala leva a uma pontuação tão inexpressiva que não permite a quantificação dos sintomas. Na DTA, tal constatação, concluem eles, não favorece a

---

<sup>6</sup> Embora o texto de Bucki seja de 2000, as conclusões a que o autor chega são válidas até os dias de hoje.

definição de seu **perfil evolutivo**. Diante de tais considerações, Bucki com Locascio (e muitos outros) dizem que a DTA se comporta, **em termos gerais**, como uma doença que se desenvolve em **três estágios**: inicial, intermediário e avançado (ou final).

Destaca-se como característica principal do **estágio inicial da demência** um déficit de memória, cuja manifestação principal é uma desorientação espaço-temporal. A rigor, diz-se que as desorientações espaço-temporais são os sintomas que chamam mais a atenção. Na DTA, “as falhas de memória” são o principal sinal/sintoma, a porta de entrada do paciente na clínica, segundo Bertolucci (2005). Essas falhas de memória promovem, acrescenta o autor, problemas comunicativos por dificuldade do paciente de lembrar nomes de pessoas conhecidas, de guardar recados e de lembrar compromissos regulares, e assim por diante. Palavras começam a faltar – esse é o ponto, indicando ter-se iniciado a “**progressiva dificuldade de memória recente** com alteração do comportamento [na linguagem, inclusive], com depressão e isolamento social ou irritabilidade” (BERTOLUCCI, 2005: 303).

## II. A linguagem na DTA: sobre o esgarçamento de um discurso

Essa progressão é projetada sobre as “perdas na linguagem”, cuja progressão é espelhada nos apontamentos médicos sobre a DTA. A progressão dos sintomas de linguagem é, assim, distribuída em estágios. Russo (2004)<sup>7</sup> observou que:

---

<sup>7</sup>RUSSO (2004), em seu trabalho de iniciação científica, "Sobre a Linguagem no Discurso Médico na Doença de Alzheimer", desenvolvido dentro do grupo de pesquisa do *Projeto Aquisição da Linguagem e Patologias da Linguagem*, coordenado pela Profa. Dra. Maria Francisca Lier-DeVitto, faz uma revisão crítica sobre a linguagem no campo da DTA.

- **No primeiro estágio** da DTA, autores dizem que os sintomas apontam para uma **“afasia anômica”**<sup>8</sup>: **a fala é descrita como sendo fluente, articulada e sintaticamente preservada.** O sintoma linguístico, de acordo com médicos e fonoaudiólogos, é uma **anomia** que, na fala espontânea, é contornada por atividades compensatórias; o falante faz uso de circunlocuções, substituições de palavras para garantir a consecução de seu discurso. Observa-se um esvaziamento qualitativo dos aspectos semânticos da fala – clínicos e pesquisadores reconhecem que há **“degradação no sistema semântico”**, responsável pela queda da compreensão e dificuldade de seleção de itens lexicais apropriados. Consequência disso é uma progressiva **“alteração no domínio pragmático da interação (...) com perda da iniciativa em introduzir tópicos na conversação e à incapacidade de manter padrões de coerência”** (RUSSO, 2004, p. 13). Resumidamente, admite-se que a vida diária do paciente começa a ser prejudicada pelo estilhaçamento do componente semântico, por efeito de problemas no quadro cerebral e cognitivo.

- **No segundo estágio** (estágio intermediário), a **fala fica parafásica**<sup>9</sup>. Emergem **neologismos e equívocos verbais**, muito frequentes tanto na produção espontânea, quanto em tarefas de nomeação<sup>10</sup>. Nota-se que **repetições tornam-se mais insistentes** e as **anomias ganham extensão**. Por essa razão, atividades compensatórias, descritas como presentes no primeiro estágio, tendem a ser substituídas por automatismos. Para Kempler (1995), apesar de não classificar a fala na DTA a partir da afasia, diz que **“as habilidades pragmáticas mantêm-se**

---

<sup>8</sup> Chamo a atenção para a tendência a aproximar afasias e demências, apesar das diferenças cerebrais e sintomáticas desses quadros neurológicos.

<sup>9</sup> “A parafasia tem sido definida nos campos da Afasiologia e da Neuropsicologia como erro semântico, como substituição de uma palavra (denominada palavra-alvo) por outra palavra semântica ou fonologicamente relacionada.” (Tubero, 2010)

<sup>10</sup> Para uma discussão do uso do termo “neologismo” na esfera médica e fonoaudiológica, ver Cordeiro (2014).

relativamente preservadas, embora haja dificuldade em acompanhar o discurso desses sujeitos, devido à inabilidade de sustentação de tópico e de estabelecimento de referências claras” (KEMPLER, 1995, p. 104). Os sintomas mencionados indicam piora na compreensão da fala. Autores como Cummings e cols. (1985) aproximam as alterações de linguagem desse estágio aos da **afasia transcortical sensorial** (no caso de ausência do déficit de repetição) ou aos da **afasia de Wernicke** (quando há déficit de repetição).

- **No estágio final**, há **diminuição significativa da fala**, que se reduz a constantes manifestações de automatismos. Nota-se diminuição mais expressiva da compreensão e da capacidade de ler e de escrever. Os **pacientes tendem ao mutismo**. Russo afirma que “a compreensão auditiva fica severamente prejudicada, caracterizando um déficit que lembra o de **afasia global**” (RUSSO, 2004: 14).

A fala de sujeitos com DTA é usualmente tratada a partir de tipos diversos de afasia, como se pode ver. Landi (2003 – inédito)<sup>11</sup> procura outra direção e se recusa a realizar uma “leitura da demência a partir da afasia”. Em um trabalho que antecipa sua tese de doutorado (LANDI, 2007), sua inquietação a leva a apontar para a impropriedade da descrição das demências a partir do que se conhece sobre as afasias. Na afasia, da lesão decorrem déficits primários na fala, sustenta a Medicina. Já na DTA, a condição cerebral degenerativa promove perda de memória: o déficit linguístico é, então, secundário, já que decorrente do problema de memória. Neste trabalho crítico, Landi quer apontar para esta incongruência teórico-clínica presente nos trabalhos sobre as demências.

---

<sup>11</sup>Sobre a avaliação de linguagem nas afasias e na DA: questões relativas ao procedimento e à condição subjetiva. Trabalho apresentado no Intercâmbio de Pesquisas em Linguística Aplicada do LAEL/PUCSP (InPLA)

Exemplar, nesse sentido, é o texto de uma fonoaudióloga, Romero (2005), em “Intervenção Fonoaudiológica nas Demências”. A autora assume, nitidamente, o ponto de vista neuropsicológico sobre a DTA, que é definida como doença idiopática de início insidioso, de curso clínico variável, que começa com queixa de perda de memória ou apatia. Nota-se clara aderência ao discurso médico, acima apresentado, e por isso a autora é incluída nesta Introdução. Na base dessa aderência está o fato de que, no campo da Fonoaudiologia, a linguagem é um instrumento de expressão das alterações da cognição; no caso da DTA, de déficits de memória e da intensidade das alterações.

O diagnóstico, proposto pela fonoaudióloga, inclui anamnese, avaliação clínica, neurológica, neuropsicológica e de linguagem. Na anamnese, o foco é, como esperado, observar como o paciente “funciona nas suas **atividades de vida diária**” – se ele é dependente ou não de um cuidador. A avaliação da linguagem pelo fonoaudiólogo, afirma ela, é muito importante, uma vez que para ele a linguagem é “não apenas um instrumento de comunicação, mas uma forma de interação social, portanto, uma comunicação efetiva é importante para manter a independência e evitar o isolamento” (ROMERO, 2005: 314).

A pesquisadora não se detém na distinção entre “comunicação” e “forma de interação social”, inscrita nessa citação, o que, a meu ver, seria essencial para um delineamento da concepção de linguagem assumida por ela. Certo é, contudo, que linguagem não ultrapassa o espaço de ser “função”, no caso, social. Romero acrescenta que “os resultados da avaliação de linguagem podem (...) ser utilizados para avaliar a **progressão do quadro demencial**” (ROMERO, 2005, p 314). Vemos, assim, repetidos no campo da Fonoaudiologia, os dois pilares dos estudos médico-psicológicos sobre a clínica em relação às demências: prejuízo nas atividades diárias

e progressão da doença, e, acima de tudo, a indefinição de uma posição teórica clara sobre a linguagem.

De fato, em Romero, a avaliação de linguagem complementa a avaliação neuropsicológica. Ela deve incluir baterias de testes padronizados que visem à produção e à compreensão da linguagem (fala e escrita), bem como testes adicionais para levantar problemas específicos de linguagem. Nesse ponto, entra o pensamento gramatical para avaliar aspectos pragmáticos, semânticos, sintáticos e fonológicos. A gramática entra, porém, para **localizar déficits** e produzir uma taxonomia, que só poderia ser negativa (ARANTES, 1994; LIER-DEVITTO, 2001). Bom lembrar que uma gramática só pode descrever, cumprir sua função específica, se aplicada a enunciados corretos. Não foi sem razão que Chomsky (1957) escreve, na fundação de sua teoria gramatical, que uma gramática só pode gerar enunciados gramaticais e nunca agramaticais. Esse assunto foi amplamente discutido por Tumiate (2007) e profundamente esquecido nos campos que lidam com patologias da linguagem.

Romero se satisfaz com os testes americanos de Arizona (FAZ) e de Boston (*Boston Naming Test*) para (1) classificar comportamentos e (2) indicar os aspectos da linguagem que estão comprometidos. Uma avaliação desse tipo visa reafirmar o discurso e é deste ponto que parte FACHINI (2013). Segundo ela, para um discurso organicista não importa produzir um dizer teoricamente orientado sobre a linguagem, interessa a ele que dizeres sobre a linguagem validem seu discurso, que reduz, como já dito, a linguagem a comportamento submetido ao cerebral e à memória. A crítica não incide, aqui, sobre a Medicina e, nisso, acompanho Fonseca (2002) – a Medicina tem como objeto o organismo e se empenha em penetrar seus mistérios, o que é legítimo. Problemático é um pesquisador ou clínico, que tenha em foco a fala sintomática, voltar as costas para teorizações sobre a linguagem e o falante. A direção

de Romero é mesmo outra. Ela repete um médico ao dizer que a imagem cerebral dos pacientes evidencia:

(...) atrofia difusa, não uniforme, mostrando-se mais proeminente nas regiões frontais, temporais e parietais, afetando principalmente as áreas corticais associativas. O lobo temporal torna-se o local preferencial de acometimentos à medida que a doença avança, **o que talvez justifique o déficit na evocação de palavras** (ROMERO, 2005, p. 315 – ênfase minha).

O “talvez” de Romero não esconde sua posição discursiva nem a fragilidade em relação à linguagem, que aparecem, ainda, na sua proposta de intervenção com os pacientes com DTA. Ela visa minimizar as dificuldades de linguagem e tornar mais efetiva a comunicação entre o paciente e seu cuidador e familiares, sem dizer precisamente como proceder para atingir essa meta. A pesquisadora se justifica dizendo ser um complicador não haver tratamento farmacológico para a doença, e que, sendo o quadro progressivo e irreversível, torna-se impossível realizar qualquer trabalho com a linguagem.

Ela apoia-se em Bayles (1991), que recolhe as impressões de cuidadores de pacientes sobre a ordem de aparecimento dos sintomas linguísticos, e registra uma ordem temporal abaixo, num discurso mais científico<sup>12</sup>:

### 1) Estágio inicial:

- produção da linguagem oral relativamente preservada;
- tendência a repetir ideias;

---

<sup>12</sup> As impressões foram enunciadas da seguinte forma: problemas para encontrar palavras, dificuldade para nomear objetos, dificuldade para escrever uma carta, prejuízo na compreensão de instruções, dificuldade para sustentar a conversação, problemas para completar sentenças, tendências para repetir ideias, problemas de compreensão da leitura, produção de sentença sem sentido, diminuição da fala (conversação), assuntos inadequados (impróprios) e tendência para interpretações literais.

- anomia<sup>13</sup>;
- raras parafasias verbais;
- leitura preservada;
- dificuldades na introdução e manutenção coerente de tópicos durante o discurso;
- compreensão de escrita comprometida.

## 2) Estágio intermediário:

- falhas de evocação mais frequentes;
- repetições aumentam;
- parafasias verbais, termos vagos e neologismos;
- dificuldade para acompanhar falas;
- empobrecimento semântico da fala;
- diminuição do interesse pela leitura;
- tendência a uso de automatismos;
- ruptura do discurso;
- comprometimento da compreensão.

## 3) Estágio final:

- todas as funções cognitivas estão comprometidas;
- redução significativa da fala;
- dificuldade maior de compreensão;
- perseverações e ecolalias;
- mutismo.

Romero, a partir dessa classificação, admite a necessidade da atuação de uma equipe multidisciplinar em pacientes com DTA, para a elaboração de um plano

---

<sup>13</sup>Romero reafirma que a anomia é o sintoma linguístico mais evidente da DTA, e se manifesta por meio de “comportamentos compensatórios, como o uso de circunlocuções e de termos vagos (‘coisa’, ‘negócio’)”. (ROMERO, 2005: 316)



terapêutico individualizado que vise sustentar “a melhor qualidade de vida possível do paciente e de sua família” (2005: 318). Note-se que o critério para o estabelecimento do plano terapêutico individualizado é conjunto e definido pelo estágio de evolução demencial do paciente (inicial, intermediário ou final). As estratégias clínicas são estabelecidas de acordo com os estágios de evolução da DTA.

**No estágio inicial, recomenda-se que o familiar (e o fonoaudiólogo):**

- use frases simples e curtas;
- diminua a velocidade de fala;
- dê uma instrução de cada vez;
- seja literal;
- simplifique o vocabulário;
- evite frases ou palavras com duplo sentido;
- mantenha contato de olho e fique de frente para facilitar a compreensão do conteúdo verbal;
- converse sobre o presente (como se pudesse restringir e controlar o que o paciente trará em seu discurso, o que é uma tentativa de enquadrá-lo no discurso esperado pelo terapeuta);
  - estabeleça uma rotina, incentive o uso de agendas, cadernos de anotações e calendários;
  - estimule a leitura e a escrita; incentive a produção verbal; reduza o ruído competitivo;
  - use fotos e álbuns para conversar sobre fatos do passado.

**No estágio intermediário, deve-se:**

- dar uma informação de cada vez;

- utilizar perguntas simples e fechadas para que o paciente não se perca na resposta;
- enfatizar expressões faciais e utilizar as estratégias do estágio anterior, citadas anteriormente.

**No estágio avançado, deve-se:**

- utilizar toques para manter a atenção do paciente;
- utilizar o contato de olho e correlacionar o nome com o objeto.

Mac-Kay (et. al. 2007) vai na mesma direção terapêutica, sugerindo estratégias que facilitem a comunicação:

- evitar questões abertas, como “Onde vamos?”, dando preferência a questões do tipo “Vamos ao supermercado?” (tentar restringir a fala/resposta do paciente em alguma coisa “cabível ou esperada”, como se essa restrição pudesse constringir as produções futuras desses pacientes);
- evitar falas longas e pronominalizadas (no caso, o pronome faz referência a alguém ou algo anteriormente citado no discurso);
- não se preocupar e falar “a mesma coisa” de várias maneiras ou mesmo várias vezes, procurando assegurar o significado da mensagem (do que vale o paciente “compreender a mensagem” naquele momento, se posteriormente ele terá uma outra relação com ela, já que tem “problemas” em uma determinada memória?);
- evitar o uso de construções indiretas como “O problema por ele levantado não foi bem compreendido por você”;
- procurar usar sentenças mais simples e curtas;
- procurar conversar sobre temas usando argumentos claros (o que seriam argumentos claros?);
- ser direto e literal;

- reconstruir a frase sempre que suspeitar que não ocorreu a interpretação adequada ao momento;
- apoiar-se ao contexto e complementar a fala com gestos e expressões.

Chama a atenção que os procedimentos sugeridos digam respeito mais à fala do terapeuta, que deve ser controlada por ele, ao ponto de torná-la artificial. A fala do terapeuta deve ficar, ao que parece, solidária à do paciente para “compensar esses déficits”. Para Mac-Kay et. al., a terapia fonoaudiológica deve ser guiada pela tentativa de “manutenção da qualidade da comunicação do paciente ou, em casos mais avançados, do mínimo necessário para a comunicação rotineira” (Mac-Kay et. al., 2007, p. 77). A questão é: que comunicação seria esta e que eficácia teria?

Romero e Mac-Kay et al. enfatizam o uso de “estratégias facilitadoras da comunicação” com os pacientes porque elas favoreceriam a “integridade das funções cognitivas” da posição de emissor e de receptor, ainda que a fala fique “vazia”. Fato é que, em propostas terapêuticas como essas, a tríade “estímulo – resposta – reforço configura o que se entende como diálogo” (TESSER, 2004, p. 33). Tesser assinala que não há diálogo numa situação controlada. De fato, pode acontecer um vaivém de palavras inúteis porque desprovidas de carga subjetiva. Esse não é o *modus operandi* terapêutico da clínica no projeto Aquisição da Linguagem e Patologias da Linguagem, coordenado pela Prof. Dra. Maria Francisca Lier-DeVitto, no LAEL/PUC-SP. Nessa clínica, a noção de diálogo está atrelada à de interação, porém triádica: “quem assujeita é a *linguagem*, não o *parceiro*” (LIER-DEVITTO, 1994/1997) – entre um falante e outro está a língua (*la langue*). Na verdade, ela incide nos dizeres em circulação. Nesse sentido, não se trata de codificar ou decodificar mensagens. Entende-se porque Fonseca (2000) afirma que, na clínica de linguagem, interpretar

um sintoma linguístico é, em última instância, procurar depreender o lugar do sujeito na língua e o movimento da língua nele.

A terapêutica proposta pelas fonoaudiólogas Brandão e Parente (2005) pauta-se na centralidade da “manutenção das atividades mentais” (fundamentalmente da memória) por meio de treinamento de funções cognitivas. Permanecem vivas as estratégias facilitadoras da comunicação para a sustentação de melhor qualidade de vida do paciente. Em portadores da DTA, segundo Brandão e Parente (2005), num discurso mais amarrado do ponto de vista linguístico, a coerência local do texto não está comprometida: as relações de significado entre a sequência de sentenças ou de proposições estão relativamente preservadas, assim como a relação entre as sentenças ou proposições com o tópico global da narrativa. Com Van Dijk (1980), elas afirmam que é a coerência global do texto que está comprometida no discurso do paciente com demência: há, dizem as autoras, “ausência de ideias relevantes recorrentes, expressas pelo baixo grau de relações de significado entre cada sentença do discurso e um tópico global” (BRANDÃO e PARENTE, 2005, p. 342). Para elas, deve-se ter em conta, na montagem de estratégias, o fato de que 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).

O ponto de vista sobre a linguagem na perspectiva, em que a centralidade da memória é fundamental, pode ser visualizado na tabela abaixo – nele, o agravamento do quadro na linguagem acompanha *pari passu* a perda de memória. Vejamos:

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

Procurei mostrar, nesta Introdução, os pontos essenciais sobre os quais se sustenta o discurso sobre as demências que determina a apreensão de seu agravamento. De particular importância foi destacar o fato de a linguagem não ser, ali, mais do que função cognitiva e comportamento manifesto – garantia para as suposições teóricas que ajustam os discursos organicista e psicológico-cognitivista, que se espraiam na esfera das clínicas que abordam patologias da linguagem, em especial a fonoaudiológica. Deter-se na face manifesta da linguagem, como é sempre o caso, significa ignorar o passo fundamental dado por Saussure sobre o funcionamento “perene e universal” da linguagem, que impõe a centralidade teórica do objeto da Linguística – *la langue*. Desde então, passar ao largo dessa subversão é dar um passo para trás no movimento das ciências ditas humanas, que foram profundamente transformadas pelo gesto saussuriano, tendo em vista o que ele promoveu na Psicanálise, com Lacan; na Antropologia, com Lévi-Strauss; na Filosofia, na História, na Literatura. Esta tese, filiada à Clínica de Linguagem, foi instigada pela complexidade que a noção de tempo-mudança adquire desde o “corte sincrônico” inaugurado, nos estudos sobre a linguagem, por Saussure.

A DTA é doença progressiva na Medicina, que se apoia em imagens de deterioração do cérebro. A linguagem, nesse enquadre, deve acompanhar essa decadência gradual, e pesquisadores vêm-se obrigados a responder a esta demanda,

que soa tão lógica. Contudo, não deixa de chamar a atenção que no site da Associação Brasileira de Alzheimer o decréscimo da linguagem na DTA seja descrita em fases (inicial, leve e moderada), mas que, ao final da página, esteja escrita uma observação: “Alertamos para o fato de que essa divisão tem caráter didático e, muitas vezes, sintomas classificados em diferentes fases se mesclam em um mesmo período”. Essa observação é de relevância neste trabalho, porque o que vem sequencializado em estágios na literatura do campo aparece interrogado nesta observação.

Landi (2003, 2007), autora que este trabalho acompanha de perto, faz valer um aspecto teórico da maior importância aqui, qual seja, o de que a linguagem fica inerte nas discussões neuropsicológicas que predominam não só na área médica, como também na fonoaudiológica, porque é, nelas, mero comportamento. A linguagem, diz ela, fica presa numa situação de total dependência em relação à cognição e ao funcionamento cerebral. Nesse ambiente, prevalece o discurso organicista sobre a linguagem. Parece ser mesmo isso que se pode retirar dos estudos sobre a DTA.

Lier-DeVitto, Fonseca e Landi (2007), munidas da teorização sobre a linguagem, o sintoma na fala/escrita e sobre o sujeito, construída no grupo de pesquisa Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem<sup>14</sup>, ao enunciar a diferença sintomática entre afasias e demências, partindo de Lacan, disseram que o afásico “fica sempre ao lado do que quer dizer” (LACAN, 1981/2002: 250), ainda que o que ele diga fique muito longe do que ele gostaria de ter dito. Como disse Fonseca (1995, 2002 e outros), afásicos choram e se perturbam com a escuta do que vem à sua fala. Ele, como *eu*, está “ao lado” de seu enunciado fragmentado, muitas vezes destroçado

---

<sup>14</sup> Projeto conduzido no LAEL-DERDIC, desde 1997, cadastrado no CNPq, que teve como idealizadora e líder Maria Francisca Lier-DeVitto. Desde 2002, o projeto é (co)liderado por Lúcia Arantes.

e incompreensível. No caso da demência, dizem as autoras, a situação é bem outra: há dissolução subjetiva, como assinalou Lacan (1981) – eles falam, podem ser fluentes, mas não podem sustentar posição frente ao que dizem, não ficam muito bem situados “ao lado do quem dizem”.

Landi diz que “o sujeito prossegue falando até o momento em que ele desaparece completamente” (LANDI, 2007, p. 99). Afásicos, diferentemente, “têm nostalgia do passado” (FONSECA, 2002); pacientes demenciados ficam “fora do tempo” e “fora de lugar” (expressão de LIER-DEVITTO, 2005). Apesar de repetirem cenas vividas, não se pode falar em “nostalgia”. Algo insiste e retorna “automaticamente”. Podemos pensar num retorno, e que este retorno, ainda que ligado à vida daquele sujeito, se impõe, e essa repetição que apresenta o sujeito parece ser característica na DTA. Entende-se porque Landi sustenta que o sujeito se esvai na fala, que não possa ficar ao lado do que diz. Nas demências, conclui a autora, a linguagem **vai perdendo**, por isso, sua “função comunicativa” e:

[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).

Voltarei, no capítulo 2, à Clínica de Linguagem para aprofundar a posição assumida neste trabalho. Tratarei, com Fonseca (2002), da problemática da causalidade lesão-sintoma; da perda da “função comunicativa” com Landi (2007); da relação linguagem–memória com Marcolino-Galli (2013), entre outros autores. Dedico o capítulo 3 à discussão sobre mudança e tempo, para ressignificar os “estágios” na DTA. No capítulo 1, a seguir, abordo um atendimento clínico, fonte de minhas interrogações sobre a questão central desta tese.

## CAPÍTULO 1

### UM ATENDIMENTO: oscilações

Este capítulo apresenta e discute o atendimento clínico que me fez questionar a respeito das mudanças de estado na DTA, mudanças essas que são ditas progressivas, sucessivas e graduais nos estudos sobre a doença. O que me chamou a atenção foi um atendimento marcado por um compasso desconcertante e intrigante. No início do atendimento, um enunciado estranho aparece no diálogo e marca minha escuta. Depois de um bom tempo de atendimento, e subitamente, uma queda surpreendente afasta o paciente do diálogo. Depois desse quadro instalado e mantendo-se como predominante, um vaivém, uma oscilação entre presença do paciente na situação dialógica e distanciamento dela com dizeres presos a outras cenas se apresenta. Eu diria que aquilo que estava por vir já estava lá naquele enunciado que marcou minha escuta, entrou no diálogo como um tempo de antecipação.

Esse atendimento abalou em mim a ideia de estágios estabelecidos por graus de severidade que se manifestam na linguagem. Como articular o que se apresenta como uma situação paradoxal, que coloco nos seguintes termos: (1) há um agravamento inegável da doença, que é notado por todos (profissionais, familiares e cuidadores); esse agravamento é percebido e consensualmente dividido em três tempos sucessivos, e (2) há um fato teórico a ser considerado: a linguagem, como estrutura, não pode, logicamente, submeter-se à cronologia (a um tempo de organização/desorganização progressiva de seus componentes e elementos). Como manter-se ao lado da hipótese de que a linguagem é comportamento e *locus* de



apreensão da degeneração progressiva de funções cognitivas e/ou de função cerebral?

Os estágios da DTA estão firmados na literatura e, embora a ABRAz faça a observação de que essa distinção tenha finalidade didática, ela consta do site como orientação para profissionais. Espera-se que tal “objetivação” seja de serventia para o clínico, mas, na verdade, o que ela parece oferecer é um lugar de saber para ele diante da desordem que se manifesta na linguagem, i.e., concede a ele a ilusão de “saber sobre isso”. Abre-se, assim, a possibilidade de fixação de um dizer objetivo sobre um movimento que é subjetivo, ou seja, sobre a relação de um sujeito com a linguagem. Não ignoro, com essa afirmação, que tal relação não é afetada pelo acontecimento cerebral, que, sem dúvida, toca o sujeito a ponto de promover uma “dissolução subjetiva”, como disse Lacan (1932), mas esse caminho não encobre a complexidade da questão mudança-tempo. Repito, com Fonseca (2002), que o acontecimento cerebral abala o sujeito e afeta a linguagem, mas o acontecimento cerebral não esgota a questão.

Andrade (2003), na mesma direção, retoma o comentário de Rees (1982) sobre a obturação da linguagem em explicações de cunho organicista, no caso, em estudos sobre processamento auditivo. Tais explicações são “procusteanas”, referindo-se à personagem da mitologia grega (Procusto) que oferecia aos seus hóspedes uma **cama mágica na qual todos caberiam perfeitamente**. O procedimento consistia em “esticar o hóspede ou cortar suas pernas” (Andrade, 2003, p. 29) para que a cama ficasse perfeita. Procusto reduzia especificidades a um mesmo objetivo, e esta é a meta de discursos “objetivos”: abafar manifestações subjetivas, tratadas como superficiais, de forma a garantir a verdade de suas formulações. A classificação em estágios pode cegar o clínico e o investigador, tornar-se a “cama de

ferro” (Andrade, comunicação pessoal), já que “enquadra” todos os pacientes com a DTA, deixando “para fora desta cama” o que considera restos – o sujeito e sua relação com a linguagem. Dito de outro modo, o que acaba desconsiderada é a própria manifestação sintomática (sempre singular).

Este trabalho liga-se às considerações teóricas de De Lemos (1982, 1992 e 2006 e outros), que teoriza desde a área da Aquisição da Linguagem a partir daquilo que é “higienizado” pelos estudos do campo, e às de Lier-DeVitto (2000, 2004, 2006 e outros), que aponta para a marginalidade de falas sintomáticas (como empiria e como fato interrogante) na esfera da Linguística, cuja vocação tende à homogeneização (já que se pauta pelos ideais da ciência). Campos clínicos que têm o olhar voltado para outros objetos e objetivos não fazem diferente: sujeito e linguagem ficam fora das discussões “sérias” sobre a DTA, ocupam lugar secundário, sem dúvida.

O diagnóstico médico depende do estabelecimento de um quadro nosográfico constituído como um elenco de sinais estáveis, que devem ser reconhecidos como participantes numa doença. Esse diagnóstico, como mostrou Arantes (2001), é governado por um pensamento etiológico. Assim, diz ela:

(...) o procedimento clínico e o raciocínio para a definição de uma doença ou de um quadro patológico são causalistas. Ou seja, ao se estabelecer as causas de uma doença, distingue-se, ao mesmo tempo, sua particularidade em relação a outras doenças. (ARANTES, 2001, p. 6)

A questão introduzida por Arantes (2001), e que interessa a este trabalho, é se essa modalidade de diagnóstico pode ser aplicada na realização de um diagnóstico de linguagem, já que:

Penso, porém, que um “diagnóstico de linguagem” pode se distinguir de outros na medida precisa em que é determinado e incide sobre um sintoma caracterizável como ‘um furo no corpo da fala, que diz de um corpo falante’. (LIER-DEVITTO, 2000c) (...) Entendo que o fonoaudiólogo deva assumir um compromisso com uma teoria de linguagem para que possa sustentar outro: com a fala do paciente. (ARANTES, 2001, p. 3).

A citação acima mostra a diferença inconciliável entre a disposição diagnóstica da Medicina e a da Clínica de Linguagem, o que faz colocar em suspensão a importância que poderia ter, para o clínico de linguagem, incorporar em seu diagnóstico a visada classificatória presente nos estudos orientados pelo discurso médico da DTA. Esse discurso procustiano encolhe a importância do que é próprio para a clínica em que a linguagem é “protagonista” (ARANTES, 2001):

(...) são **acontecimentos de linguagem** que impõem, segundo entendo, ao fonoaudiólogo uma relação de compromisso com uma teoria de linguagem (o que frequentemente não se vê acontecer) (...) parto da clínica – do encontro com as falas desarranjadas – e das questões que ela levanta. (ARANTES, 2001, p. 8)

Com essas considerações, passo ao atendimento do Sr. J.

## **1.1 Sr. J – caminhos de um atendimento**

### **1.1.1 Sobre a Instituição**

Sr. J. mora numa instituição<sup>15</sup> de longa permanência para idosos (ILPI) e foi ali que se iniciou nossa relação clínica, sempre atravessada pelos efeitos da institucionalização: apesar de inúmeras tentativas minhas para conseguir um lugar

---

<sup>15</sup> O meu trabalho não foca a questão da instituição, mas recomendo fortemente o trabalho de Dudas (2009), Paralisia Cerebral e Institucionalização: efeitos subjetivos e Clínica de Linguagem.

físico (uma sala) para instituir um *setting* apropriado, esse pedido nunca foi acolhido. Desse modo, os atendimentos eram realizados em lugares públicos da instituição. Na ILPI há seis casas, e o critério para separar os moradores é o grau de severidade de acometimento das diversas doenças, principalmente as demências. As quatro primeiras casas são organizadas por:

- níveis de maior ou menor autonomia do interno na realização de atividades da vida diária (AVDs);
- extensão da alteração de memória leve, e
- alteração comportamental (na primeira casa).

Na quinta casa, que aloja pacientes em estágio final da DTA, eles são alimentados com ajuda de cuidador ou por via alternativa. Pacientes beiram o mutismo, não sem choros expressivos, corpos enrijecidos de modos particulares e com musculatura da face tensionada (mímica facial não menos particular, cristalizando expressões). Na sexta casa há pacientes em condições diversas (sobre)vivendo juntos.

A maioria dos encaminhamentos para os fonoaudiólogos, feitos por outros profissionais das ILPI, são para atendimento de problemas orgânicos: deglutição, audição ou de natureza motora-vocal. Desordens na linguagem não são consideradas, e quando surge algum problema na “relação social” (comunicação) com o paciente, essa dificuldade é atribuída a uma desordem psicológica ou funcional, o que justificaria direcionamento dessas pessoas para um psicólogo ou para um terapeuta ocupacional (TO). Essa apresentação mostra bem o que se espera de um fonoaudiólogo e a irrelevância atribuída à relação sujeito-linguagem.

Quando algo falha na comunicação, outros profissionais são convocados a estimular a cognição, treinar a memória e adaptar o paciente ao meio no qual ele vive.

Procurei, nos cinco anos em que ali estive, mudar essa imagem e evitar que o encaminhamento para o fonoaudiólogo fosse pautado apenas por desordens orgânicas.

### 1.1.2 O Sr. J.

Sr. J, 83 anos, residiu na ILPI de 2010 até 2015. Foi encaminhado para mim devido a problemas na deglutição. Fiz a avaliação e adotei os procedimentos necessários para solucionar esse problema, sugerindo que ele iniciasse um processo de avaliação de linguagem. Levei em conta a queixa inicial e explícita do paciente, enunciada de maneira estranha: “Estou com algum problema de linguagem. Não sei o que é (...), mas **tudo vai dar certo**”. O que é que “vai dar certo”, perguntei-me, e essa pergunta ficou em mim.

Em conversa ao telefone com o filho (W.), foi dito que o Sr. J. havia tido um acidente há quinze anos: caiu de um muro quando pretendia pegar frutas no vizinho. Foi submetido a uma cirurgia porque havia ficado com um coágulo no cérebro. O filho disse que, depois da cirurgia, ele apresentou problemas na fala (“afasia”, disse W.), mas recuperou-se completamente e “ficou normal” (“**deu tudo certo**”, eu pensei), mas continuou reclamando de sua fala. De fato, anos após o acidente, Sr. J. apresentou esta mesma queixa para mim.

Quanto à internação, W. disse que o pai tinha uma “personalidade difícil” e, mesmo antes do acidente, era angustiado, nervoso e irritadiço. “Baque” para ele, segundo o filho, foram a doença da mulher e a morte de uma filha, duas perdas que ocorreram no espaço de um ano. Sr. J. “deixou de fazer tudo”, não lia mais e nem ouvia música. Com o falecimento da esposa ele decidiu morar só. A família tentou

contratar cuidadores, porém Sr. J. rejeitou a proposta de forma agressiva. Acabou ficando muito fraco devido às más condições alimentares e de higiene. Colocava-se em risco de morte: saía de carro de madrugada e voltava com o carro bastante batido. Por isso, os filhos decidiram colocá-lo numa clínica emergencial, que abrigava pessoas em diferentes condições.

Após algumas semanas, ele foi transferido para a ILPI, lugar em que residiu até maio de 2015, mês em que faleceu. Ali recebeu o diagnóstico de Demência do Tipo Alzheimer. Neste tempo, sua filha, após longa internação por câncer, também faleceu. Sr. J. e ela não se falavam há tempos, e ele não mostrou muito sofrimento pela morte da filha, com quem havia “cortado relações”. Segundo W., “ele era de manter as aparências”. Para o filho, esses fatos e a entrada do pai na ILPI o levaram a “entregar os pontos”. Além das perdas familiares, perdera a própria casa.

### 1.1.3 O Início do atendimento com Sr. J.

Após poucos meses da sua entrada na casa, iniciei o atendimento do Sr. J. Apresento-me como fonoaudióloga, ele logo diz que “precisava conversar” comigo e ouço: “Estou com algum problema de linguagem. Não sei o que é (...), **mas tudo vai dar certo**”. Tomei essa queixa, tão imediata e direta sobre a fala, como algo que havia restado do quadro de afasia transitória referida pelo filho. Não reconheci na fala de Sr. J. um problema que pudesse caracterizar como um efeito do acontecimento afásico: ela era sustentada, fluente, no geral bem construída (hesitações e reformulações) e endereçada a mim. Mantínhamos um diálogo!

Ao longo das primeiras sessões, Sr. J. conta que era advogado, que havia trabalhado como taquígrafo, como professor de taquigrafia e como locutor de rádio

num programa de esportes. Notei que as profissões mencionadas eram todas ligadas à fala e à escrita. A usual “queixa sobre a memória”, que costuma inaugurar um atendimento de DTA, não foi feita. Entendi que poderia encaminhar uma avaliação da linguagem porque senti-me autorizada pela queixa antiga sobre a linguagem e por algumas poucas ocorrências estranhas, como aquela “mas vai dar tudo certo”.

Notei que sua fala ora apresentava articulação sintática e coesão textual, ora era perfeitamente interpretável mas lacunar, e podia ser abandonada por ele. Nesses momentos, eu retomava o seu texto e ele se engajava, novamente, no diálogo. Sr. J. podia passar o tempo da sessão fosse para “conversar sobre os textos de jornais” que eu levava, fosse para dizer de suas dificuldades e angústias, inclusive sobre a fala.

Em boa parte do primeiro ano, anotei que o paciente sustentava textos orais e escritos, mas, mais para o final desse ano, muitas vezes ele interrompia a sessão dizendo “*c’est la vie*” e “tudo vai dar certo”. Tomei essas desistências como sinal de que algo não ia bem. Essas duas frases, acompanhadas de um levantar abrupto, passaram a fazer um corte na sessão e no diálogo comigo. Elas eram recorrentes. Sob efeito desse acontecimento, notei a emergência de “desorientações espaço-temporais”. De fato, pude, de longe, observar Sr. J. inquieto, caminhando meio sem direção pelo corredor, com algum papel na mão. Sr. J. também costumava se aproximar de profissionais que escreviam nos prontuários dos pacientes. Pude ver que alguns cuidadores da ILPI davam para ele algum papel já escrito, ou mesmo em branco, e ele, “por conta própria”, procurava um destino para “aquilo” – o papel desencadeava um movimento que parecia conter o sentido de “documento a ser entregue”. O que estava escrito não importava. Em outra ocasião, eu caminhei em sua direção, cumprimentei-o e Sr. J. disse: “*Vamos lá?*”. Eu perguntei: “*para onde o*

senhor quer ir?”, ao que Sr. J. respondeu: “Tomar o ônibus”... “Tenho que levar isso lá”, indicando que teria que levar o papel para algum lugar.

Essa situação instalou-se na clínica. Sr. J. não ficava mais sentado, ligado ao texto conduzido comigo. Sentava-se por pouco tempo e se levantava para sair (se despedindo ou me chamando para ir junto). Caminhávamos. Na verdade, era isso o que ele fazia boa parte do dia: caminhava e procurava um “ponto de ônibus”, um “carro de aluguel”, o “caminho para casa” ou “uma saída”. Procurava uma saída para casa ou algo relacionado a sua profissão. Ele sustentava na fala o que ele “tinha que fazer”, e era esse texto que o comandava e à relação que podia estabelecer com outros. Caminhávamos e eu procurava ficar nesse texto, mantendo o sentido impresso para aquela caminhada: levar “aquilo” para “algum lugar”. Não importava, para mim, se “aquilo” era um pedaço de jornal ou uma folha em branco, e nem o lugar para onde o levaríamos. Eu podia contextualizar a caminhada: “levar um documento para o fórum”, por exemplo, e, assim, abrir a possibilidade de subjetivação: ele falava sobre si ou sobre seu trabalho. Eu estava ligada ao que Sr. J. podia dizer enquanto “fazia algo com aquilo”. Oscilações ocorriam: por vezes, outros textos irrompiam, perturbando o texto instituído, mas fato é que Sr. J. era movido por um texto – ali ele fazia sentido, significava e estava significado. Vejamos, a título de exemplo do que digo, o segmento de transcrição abaixo:

(1) T: Vamos lá, seu J.? Vamos entrar?	(1) P: Não, não... <b>eu vou indo.</b>
(2) T: Vai indo?	(3) (...)
(4) T: Obrigada. O senhor vai andar para lá?	(5) P: Vou.
(6) T: Posso ir junto?	(7) P: Mas eu tenh/ eu tenh/ <b>eu tenho programação.</b>
(8) T: Tem programação?	(9) P: Tenho.



(10) T: E qual é? T: hum.	(11) P: É conversar com/ com uma pessoa, <b>é assunto profissional</b> e é co/ co/ meio chato. (sorri)
(12) T: (sorri) O que que é?	(13) P: é/ na verdade vou fazer a defesa de direitos.
(14) T: De direito? O senhor é, como é que fala... advogado, né?	(15) P: Eu sou.
(16) T: É? E trabalha com direito...	(17) P: e eu/ <b>é um caso excepcional.</b>
(18) T: Com casos excepcionais, seu J.?	(19) P: <b>É. e/ /e um amigo encontrou e é isso é isso é isso aí e “vamo lá”.</b>
(20) T: É? Vocês vão falar sobre trabalho ou sobre...	(21) P: <b>Eu acho que é trabalho.</b>
(22) T: Trabalho, é? Ele trabalha com o senhor, esse amigo?	(23) P: Não, ele tá com um caso.
(24) T: Tá com um caso.	(25) (...)
(26) (...)	(27) P: Não, só nesse caso aí que: ele: mas no fim <b>vai dar tudo certo.</b>

Nesse tempo segundo, instituído por um corte, pude recolher da boca do Sr. J. o sentido que penetrou nosso primeiro diálogo, e que deixou nele um estranho. Esse “no fim vai dar tudo certo” vinha mesmo de outra cena, de outro lugar – de tempos do exercício profissional. Entendi que aquele enunciado presente carregava um passado e já anunciava o corte, o mergulho para dentro de um devaneio, de um sonho na vigília. Nele, Sr. J. podia sustentar e sustentar-se, ainda que ele não fizesse laço com a realidade “objetiva” – a realidade era claramente subjetiva. De minha parte, eu procurava garanti-lo no lugar em que ele se “mantinha subjetivado”, numa fala impulsionada por cenas vividas. Nesse sentido, pode-se dizer que um clínico de linguagem é aquele cuja posição **é afetada pela posição** daquele que diz, pela posição de seu paciente – falas se articulam não numa relação de “causa e efeito,

mas como duas posições estruturalmente necessárias à legitimação do dizer”. (NOVAES, 1995, p.84)

Transformações na estrutura sujeito-linguagem-outro ocorreram: chamava a minha atenção que a relação com o outro prosseguia, mas um outro que era aquele de sua fantasia. Essa era a predominância, mas por vezes um diálogo comigo se estabelecia, oscilação notável que persistiu até o final do atendimento.

## **1.2 Um outro momento, uma outra presença: idas e vindas**

Após alguns meses, o olhar do Sr. J. ficou mais “perdido”, os períodos de caminhada aumentaram significativamente. Sr. J. “elegeu” uma residente da casa como “sua mulher”. Os dois passavam o dia a caminhar de braços dados. Quase que calados. O Sr. J. indicava o caminho para ela, dizia frases soltas, sem ligação aparente com o “aqui-agora” – eles não se engajaram num diálogo. Ela sempre consentia com meneio de cabeça. Eventualmente dizia algo, mas “sem nexos”. Nenhum texto fechado que pudéssemos recortar, fazer referência a algo ou mesmo atribuir algum sentido. Havia apenas uma fachada de diálogo. Os dois somente paravam de caminhar quando os cuidadores os chamavam para as refeições ou para alguma intervenção. A companheira de Sr. J. caiu e quebrou o fêmur, passando por procedimento cirúrgico e de reabilitação. Quando ela voltou do hospital, ficou em outra unidade da ILPI. Sr. J. não teve mais contato com ela. Nada mudou para ele após o afastamento da paciente, mas as caminhadas continuaram nas mesmas cadências e intensidade.

Sr. J. também mudou de unidade na ILPI, e a mudança foi causada pela introdução do critério de casas só para homens (e só para mulheres). Nessa mudança de casa, notei aumento de irritabilidade e de agressividade do paciente, até então

apresentado por cuidadoras e auxiliares de enfermagem como “carinhoso e educado”. Na nova casa observei que, além da agressividade, os momentos de sonolência aumentaram. Chegou a machucar uma cuidadora e batia em seu próprio rosto com as duas mãos (nas hemifaces) simultaneamente. Algo amortecido voltou à tona, e eu não pude atribuir essa alteração à mudança de casa, nem à evolução da demência. Importava para mim seu mal-estar, sua perturbação e que sua fala se desarticulava mais. Ainda assim, muitas vezes quando eu encerrava a sessão ele dizia, olhando para mim: “E agora? O que eu vou fazer?”. As coisas “não estavam dando certo”, eu pensava.

Os dados abaixo mostram que, apesar do Sr. J. conduzir-se num texto próprio, destacado da realidade objetiva, ele podia dirigir-se ao outro numa fala mais difícil e desarranjada. O segmento abaixo é exemplar dessa oscilação.

(28) T: Oi, seu J. tudo bem?	(29) P: Preciso tirar isso aqui. Se t/ne/faz isso aqui ale, por favor (paciente estava restringido na cadeira. Mostra o lençol que o estava prendendo).
(30) T: Vamo tirá? (...) (Cuidador vem <b>desamarrar</b> Sr. J. da cadeira.)	(31) P: Eu u/u/u/ trinta reai esse aí: é pra tirá, né? (Estava agitado e irritado).
(32) (...)	(33) P: (SI <sup>16</sup> ) masse/masse <b>masserrá.</b>
(34) T: Oi?	(35) P: Bastante <b>masseado</b>
(36) T: Pronto. Cheguei seu J. (Cuidador solta o paciente.) Tudo bem? O que que tá acontecendo, hein? Hein, seu J.?	(37) P: Não.
(39) (...)	(38) P: É precisa ver aquilo lá. (...)
(41) T: Fazê o que?	(40) P: É vamo fazê uma denida dessa daqui é / (SI) do abacate, né?
(43) (...)	(42) P: É o/o/o/ do / do abacate. Deixa eu vê que é isso. Acho que te passei. (...)
(44) T: E aí seu J., como é que tão as <b>coisas</b> , hein?	(45) P: Que <b>coisas</b> ?

<sup>16</sup> Segmento ininteligível (SI).

(46) T: O se / as coisas da sua vida, como é que tá o Senhor?	
	(47) P: É / eu di di/ to um cara relativamente bem. Mas / feito um um idiota, eu num bes/
(48) T: Mas por quê?	
	(49) P: Por/ porque tenho que fazer tudo.
(50) T: hum	
	(51) P: Eu tenho que fazer o que os outros não conseguem fazer.
(52) T: Uhum	
	(53) P: Não conseguem, não conseguem.
(54) T: E aí o Senhor tem que assumir tudo, seu J.?	
	(55) P: Aí eu pego o/o/o/ dis / dismonto uma parte, outra parte eu/ acomodo, outra parte a empresa (SI) tira os te/ teclados daí.
(56) T: hum	
	(57) P: O teclado é pra necessi/ si/ si/ (SI) fi fi filhos de uma puta de um/ "enistei". E não necessita filho da puta, né?
(58) (...)	
(59) T: O Senhor assume toda a responsabilidade para o senhor?	
	(60) P: O: Isso. (Fala indeterminada. Muda o olhar, parece que não é para a terapeuta.) (Tosse).
(61) (...)	
	(62) P: Só o olho meio preto.
(63) T: Só o olho meio preto, seu J.? O Senhor está enxergando bem?	
	(64) P: É tem tem tem etapa que me dá um (nervoso) que não eu/ enxergo nada.
(65) T: É por causa do nervoso que te dá? Aí fica sem enxergar? (Paciente aperta os olhos durante a sessão e passa a mão no rosto.)	
	(66) P: É tem tem que a acostumar. (Levanta-se e vai em direção à saída da sala)
(67) (...)	
	(68) P: Precisa acha la no de li <b>limão</b> alguma coisa não vai orientar muito.
(69) T: Hum. O que o Senhor precisa?	
	(70) P: Eu comi o limão/ você comeu limão.
(71) T: Hum.	
	(72) P: Se se ele fica se ele fica no corpo u nu nu nu nu coru corpo corp/ (SI) o corpo pede ação.

Neste segmento, acompanhamos Sr. J. oscilar: sua fala se enlaça e não se enlaça com a minha. Diálogo e monólogos fazem mescla. Nesse tempo, visto como estágio intermediário, pode-se notar um vaivém, mas que não faz efeito nas discussões sobre demência.

Insisto no fato de que, apesar do decreto de que o DTA havia avançado, ele pôde entrar no diálogo. Apesar de muitas vezes aparecer uma fala atrapalhada e inconclusa, ela se enlaça com a minha.

Sete meses depois, vejamos como vem o Sr. J para a sessão:

(73) T: (vê T e vem falar) Olá, bom dia.	
	(74) P: Bom dia.
(75) T: Tudo bem, seu J.?	
	(76) P: Mas que calor, não?
(77) T: Nossa, tô com muito calor. O Sr. tá também?	
	(78) P: Tá um calor, né?
(79) T: Tá forte, ne? (...)	
	(80) P: Não, mas <b>ele</b> não gosta muito não.
(81) T: Não gosta do quê?	
	(82) P: É às vezes se sente, peguei errado.
(83) T: O Sr. sente o que?	
	(84) P: É se je/ je/ jeta como menos erro com mais erro.
(85) (...)	
(86) T: (...) E o que o Sr. <b>me conta</b> Sr. J?	(87) (Cuidadora vem falar)
	(88) P: De/ de/ <b>depende do que tá acontecendo.</b>
(89) T: E o que tá acontecendo com o Sr.? Como o Sr. está? Como é que está a sua vida?	
	(90) P: hum. É: um modo aplicado mesmo.
(91) T: E o que tá acontecendo com o Sr.? Como o Sr. está? Como é que está a sua vida?	
	(92) P: hum. É: um modo aplicado mesmo.
(93) T: Oi? É um aplicado, não entendi? O que é aplicado?	
	(94) P: ô: <b>ele</b> diminui. (Fala não dirigida.)
(95) T: Hum. Hum. O que o Sr. quer aqui na cozinha?	
	(96) P: <b>Roseira.</b>
(97) T: Ela tá de <b>rosa</b> , né? (Refiro-me à cozinheira, que estava de blusa rosa).	
	(98) P: Hum.

(99) T: O Sr. vai pedir alguma coisa para ela?	(100) P: Não. <b>Sosesóse.</b>
(101) T: <b>Só se for um café?</b>	(102) P: <b>Ele</b> le/ le/ le/ levanta aí no colo. (Tenta abrir a porta da cozinha, que estava trancada.)
(103) T: Vamo abrir aqui. É que a gente não pode entrar na cozinha. Levantar aqui a tranca?	(104) P: É.
(105) T: Mas não dá, viu, Sr. J? A gente não pode entrar aqui. (Cozinheira fala que não podemos entrar.) Vamos ficar de fora, então. O Sr. quer o quê?	(106) P: Acho que sim.
(107) T: O Sr. <b>quer tomar alguma coisa?</b>	(108) P: É, acho que sim.
(109) T: O que que o Sr. quer tomar?	(110) P: <b>É, te/ te/ tem que ver o que que ele dispõe.</b>
(111) T: O que que é?	(112) P: O que dispõe como cantano, como cantano.
(113) T: Pode ser um café? Vamos ver se tem café. O Sr. gosta de café, né? (...) Mas o Sr. toma café assim no calor, Sr. J.?	(114) P: É bom.
(115) T: É bom, é? Tomar café no calor, eu não consigo não, viu? Vai esquentar o Sr. mais ainda.	(116) P: ô. (Não dirigido)
(117) T: Ô: Sr. J.	(118) P: É porque é que não tem nada fér fér fér e po/ pode ser e pode não ser. Poderia ser.
(119) T: É que acontece que não tem nada o quê? (...) Não entendi.	(120) P: (...)
(121) T: Vamos pegar o copo, tomar o café. (Continuam a andar.)	(122) P: A na na na na na na na na na na.
(123) T: Vamos por ali. Vou pegar um copo aqui para o café. (Chegam perto dos outros residentes.) Quanto problema, quanta briga. O Sr. tá ouvindo?	(124) P: (...)
(125) T: Ai, <b>bateu o braço aí.</b>	(126) P: (Esbarra na porta e <b>aponta para a barriga</b> )
(128) T: Pronto.	(127) (...)
(130) T: O que que é o pior?	(129) P: Esse que é o pior.
	(131) P: É o que a <b>rapera.</b>

(132) T: O que?	
	(133) P: <b>O garrafador.</b> (Aponta para o gravador.)
(134) T: <b>O gravador?</b>	
	(135) P: É.
(136) T: <b>O garrafador, o gravador?</b>	
	(137) P: Num se sei que é isso.
(138) T: É o gravador. Tô gravando a gente aqui. (Pega o café.)	
	(139) P: (SI) Vou dar uma golada.
(140) T: Dar uma golada? Mas está fervendo.	
	(141) P: De leve.
(142) (...)	
	(143) P: (Vai tomar o café.)
(144) T: Tá muito quente.	
	(145) P: <b>Eu</b> seguro.
(146) T: Tá bom, pode segurar.	
	(147) P: (Toma o café.)

Nessa sessão conversamos: ele responde e faz perguntas. Assim, por exemplo: em (96) traz “roseira”, o que faz referência à cor da roupa (rosa) da cozinheira. Em (107) eu pergunto o que ele quer tomar e em (108) vem uma resposta que se articula com a minha pergunta: “acho que sim”. No segmento (109) pergunto “o que” ele quer tomar e ele responde ao meu questionamento de modo pertinente e sintaticamente articulado (110): “tem que ver o que ele dispõe”, e, em seguida, no (112), diz “cantano”. No segmento (126) nega o que eu falei em (125), quando digo que ele bateu o braço e ele aponta para a barriga, o que nos mostra que não é qualquer coisa que é aceita e passa sem que ele possa escutar e se posicionar. Nesse diálogo ocorre algo novo: Sr. J., nessa sessão, passa a fazer autorreferência com o pronome “ele”; em outros segmentos, porém, Sr. J. diz “Eu”, primeira pessoa. Numa sessão posterior às mencionadas acima, Sr. J. estava agressivo com os outros e batendo no próprio rosto. Eu digo: “O senhor parece estar irritado”. Ele responde, de forma rápida e direta, que não está “irritado”, mas “inconsolado”.

É fato que houve mudanças na fala do paciente: repetições e hesitações ganharam maior espaço – mudanças que apontam para movimentos na relação com a linguagem. A desarticulação da fala do Sr. J. aparece no diálogo, e parece vir mais desarranjada quando é interpelado e deve responder por uma posição. Oscilações persistem.

### **1.3. Mais alguns momentos**

Em meses e anos posteriores aos segmentos de sessão apresentados acima, pude assistir a profundas oscilações, ainda que falas vindas de outras cenas predominassem. Decidi apresentar, por isso, mais alguns segmentos que me marcaram:

#### **02-01-2013**

Nesse dia ele estava mais calmo e demos voltas na casa. Perguntei se ele gostava de carnaval e ele disse que “sim”. Perguntei se ele ia para a avenida e ele disse: “no passado sim, mas agora está meio parado”. Sentamos em um sofá. Fiquei em silêncio e ele diz “ai, ai”. Pergunto “o que foi?”.

P: “Às vezes a gente fica meio desligado”.

T: “Desligado do quê?”

A fala dele se perde.

#### **26-02-13**



Encontro o paciente quieto, sentado e com a fala articulada. Sento ao lado dele:

P: A vida é assim.

T: Como é a vida?

P: Às vezes tudo é tudo, mas tudo não é nada. (Pega o jornal) Essa revista é esquisita.

(...)

P: Não há de ser nada. Um dia mudará.

T: O que tem que mudar?

P: Um modo de falar, não importa o quê.

Ele começa a ficar incomodado, a dar tapas no rosto. Digo para ele não se bater, ele suspira e para. Ele se levanta e recomeçamos a caminhar.

(...)

P: Foi um prazer, minha felicidade, que você me recebeu.

Despede-se de mim, bate no rosto e sai de perto. Eu vou atrás dele, perco-o de vista e depois o encontro dentro da casa.

P: (Vem na minha direção.) Eu preciso anotar uma reclamação. Isso não me parece de verdade. (Parecia muito atento. Estava irritado.) Eu não tenho pra que lutar, pra que brigar. Se alguém me pergunta alguma coisa, eu digo “eu não sei”. (Parece muito angustiado e bate no rosto.)

(...)

P: Eu vou embora, preciso ir embora. Eu preciso ter vida e não morrer.

(...)

P: Acho que vou para o escritório lá em cima.

T: Então, vá sim.

### **28-02-13**

Sr. J. está andando pela casa. Eu ando com ele. A sua fala está muito confusa e eu o levo para o portão na tentativa de trazê-lo para a realidade, na tentativa de “prendê-

lo” no diálogo comigo a partir do concreto. Começo a comentar sobre o movimento da rua.

P: 6933.

(Lê a placa de um carro que passa na rua. A placa era 9633, mas eu não digo nada e ele reformula).

P: 9633

T: O senhor leu a placa do carro, né Sr. J.? Olha lá um senhor passando na rua...

P: Tá aproveitando o sol.

T: É! (...)

(O senhor na rua joga algo no lixo.)

P: Ele dispensou algo.

Tempos depois, estávamos dando uma volta na casa e ele estava quieto. Pergunto:

T: No que está pensando?

P: Ele está falando sozinho (ri).

(Tínhamos acabado de passar por um senhor que estava falando com a mãe num processo demencial).

T: Sozinho como?

P: É, sozinho, tem alienação. Não tá falando com ninguém, ninguém tá respondendo pra ele.

### **08-03-13**

P: Como você tá bonita!

T: E aí, Sr. J.?

P: Empurrando.

T: É? Está empurrando?

(...)

P: Se suporta os pontos é bom, se não suporta aí é ruim. Não há de ser nada.

“Não há de ser nada” ou “*C’est la vie*” são falas recorrentes há anos. Muitas vezes quando está falando algo sobre sua vida encerra desta forma.

Peço para escrever sobre a vida.

P: Acho que eu não posso.

Escrevo nossos nomes e sobrenomes: “J. L.” e Mariana Emendabili

P: Não espaço vazio, se houvesse espaço seria cômodo, mas não há (...) se tem um genérico vazio tem um espaço, um perfeito. Porra! É muito sacrifício.

T: É muito sacrifício. A vida não está fácil.

P: Orra, se não.

T: Mas vamos trabalhar para viver bem!

P: Mas não consegue viver bem. Esse bem é variável.

T: Por quê?

P: Porque o significado ele tem (...) é um sacrifício, viu?

T: Qual é o seu maior sacrifício?

J: Aí é que tá. Porra, que coisa triste.

T: O quê?

P: O consenso de tudo (...) não tem solução.

## 25-03-2014

Eu o estava atendendo na sala onde ficam os outros residentes da ILPI. Uma auxiliar de enfermagem conversava com outra e **manipulava** um idoso que gritava, indicando não querer levantar de onde estava. Sr. J. estava sentado numa poltrona e eu em outra. Ele diz para mim:

P: Que angustiante. (Sorri)

T: O que é angustiante?

P: Essa relação aqui. (Faz gesto com a mão indicando o ocorrido).

Em diversas sessões em 2014 encontro o paciente irritado, batendo em seu próprio rosto. Sento ao seu lado, coloco uma música ou fico em silêncio e ele dorme. Outras vezes pergunto o que ele tem, mas nada dirigido a mim aparece, e após um tempo ele dorme. Eu sustentava essa situação. Em algumas sessões, porém, ele

entra num diálogo comigo: volta a poder sentar, a escrever e a ler. A escrita faz sua vez.

Esses segmentos de sessão vêm para exemplificar que, apesar da queda do Sr. J. “num mundo seu”, essa condição predominante impunha oscilações – Sr. J. vinha para o diálogo (e deslizava para fora dele). Não pude deixar de interrogar os estágios na DTA. Pergunto: isso importa para um clínico de linguagem? Entendo que importa muito, porque sua posição é determinada pela fala de seus pacientes, e é importante considerar que elas oscilam e movimentam a relação clínico-paciente.

Mesmo no final desse atendimento, quando o Sr. J. passa a gritar mais alto, no diálogo, demandas sofridas aparecem e elas devem ser “levadas a sério”. Considerar que o paciente está “perdido na demência” é calar sua voz e abandoná-lo. Não me parece ser esta a escuta que se espera de um clínico, pautada pela fala de seus pacientes e que não se deixe levar pelos estágios da DTA. Após quatro anos de atendimento, ele continua pedindo que eu fique com ele após o término da sessão, como também pode levantar-se e “ir embora” no meio dela. Nessas ocasiões, entendo que “algo não está bem” e trato de recolher pedaços, fragmentos de falas que podem caminhar...

Falas são evanescentes tanto para quem as diz quanto para quem as escuta. No momento do discurso, o significante é movediço, porém há pontos de apoio para o outro puxar e sustentar uma cadeia – esse é o motor do jogo entre falas, que pode ser sustentado por um clínico de linguagem.

Nem sempre é fácil suportar uma fala “à deriva” ou a “instabilidade” de um discurso. A DTA coloca ambas as dificuldades, mas pacientes demenciados muitas vezes deixam o outro “de fora”, e este se vê atado pela exclusão que o paciente e seu sintoma impõem. Mas se o compromisso do clínico de linguagem é com o paciente e

com sua “fala em sofrimento”, parece-me que oscilações devam ser acolhidas. Há sempre como entrar num caminho de fala, mesmo que seja para acompanhar o paciente em seu monólogo, e não destituí-lo de sua posição de sujeito. Importa reconhecer que há sempre alguém ali. Novaes, sobre alienados esquizofrênicos, pergunta:

“Quem, então, destitui o esquizofrênico de sua condição de sujeito? O outro, aquele que se apresenta como indivíduo-sujeito fonte dos sentidos de seu discurso, do discurso que nomeia ao mesmo tempo o médico e o esquizofrênico: o dizer do médico, um dispositivo de leitura e de escuta. Esse mesmo outro em seu discurso médico que precisa de uma noção de sujeito que sustente a caracterização do diagnóstico da esquizofrenia.” (NOVAES 1995: 67)

Esse posicionamento da autora em relação à esquizofrenia é pertinente aqui porque ela alerta para o fato de que o sujeito pode servir de veículo para a caracterização de diagnósticos que o destituam da condição de sujeito. Esse alerta vale para pessoas com quadros demenciais, que acabam enquadradas nas classificações médicas. Entendo ser preciso suportar o peso de “não saber sobre aquele paciente” quando ele chega à Clínica de Linguagem. Este trabalho segue nessa direção, ao questionar a camisa de força dos estágios de progressão da doença por um discurso homogeneizante, ao se interrogar sobre o tempo e a mudança desde uma perspectiva linguística que implica o sujeito e, por aí, a especificidade de cada caso. Vejamos, no capítulo 2, o solo teórico em que as discussões conduzidas aqui se assentam.

## CAPÍTULO 2

### A CLÍNICA DE LINGUAGEM E A DEMÊNCIA DO TIPO ALZHEIMER

#### 2.1 Bases Teóricas da Clínica de Linguagem

Procurei, na introdução e no capítulo 1, situar minhas inquietações clínica e teórica. Entrelaçadas com a questão teórica, as ocorrências clínicas reforçaram minha posição, desenvolvida e em permanente construção no âmbito da Clínica de Linguagem, cuja especificidade maior é sustentar que a fala sintomática é acontecimento central, não podendo ser erigida sem que se assuma um compromisso com a linguagem. Mais particularmente, uma clínica que permita uma leitura que não conduza a uma taxonomia negativa (ARANTES, 1994; LIER-DEVITTO, 2001), que não marque como “erro” o que não se ajusta à gramática, e que possa promover explicações e descrições efetivas de manifestações inesperadas, lacunares e desarranjadas. Trata-se de uma teoria que, diante do erro, não feche a porta para o entendimento de que algo do sujeito opera no corpo da fala, indicando que há encontro entre instâncias não-coincidentes, e que nesse encontro “tudo pode bascular”, como diz Milner (2012). Essa articulação teórica foi desencadeada por De Lemos, em 1992, e tem sido desenvolvida e aprofundada por ela e por pesquisadores filiados a esse modo de pensar a fala de crianças, a entrada na escrita e as falas sintomáticas (Projetos de Aquisição da Linguagem da UNICAMP, da PUCSP e da UNICAPE, principalmente).

Apresento, a seguir, de forma sucinta, as bases teóricas da Clínica de Linguagem, que, na mesma direção que o Interacionismo (DE LEMOS, 1992, 2002 e outros), aproxima-se do Estruturalismo europeu (SAUSSURE, 1916, 2000) que funda

a Linguística científica ao estabelecer como seu objeto *la langue*, concebida como um “funcionamento perene e universal” (SAUSSURE, 1916, p. 13) a que deve ser referida toda e qualquer manifestação de linguagem. A noção de ordem própria/interna da língua, como se sabe, está na origem dos dois projetos de Linguística Científica, a saber: tanto no projeto estruturalista representado pela obra de Saussure, quanto no projeto gerativista representado pela obra de Chomsky. O Interacionismo sustenta um diálogo teórico com a linguística da língua, mais particularmente. De Lemos reconheceu e valorizou o gesto de Saussure, que permite interpretar a fala da criança sem recorrer a uma descrição categorial e, ainda, permite incluir o “erro”, que pode ser interpretado como efeito de substituições de um termo por outro, identificáveis como produto dos processos metafórico e metonímico operando entre cadeias e atestando um funcionamento da língua (DE LEMOS, 2002).

As consequências teóricas desse passo, que envolve o abandono de descrições categoriais como instanciações de **conhecimento sobre a linguagem**, se dão a ver no abandono explícito da noção de desenvolvimento da linguagem em favor de uma interpretação da “mudança” como mudança de posição numa estrutura cujos polos são a língua, o outro e a criança<sup>17</sup>. O artigo publicado em 2002 é crucial: inclui o conceito de língua enquanto funcionamento inerentemente sincrônico, que “oblitera o diacrônico” que aparece na fala, seja como acontecimento temporal, seja como embate com a fala do outro. A fala é *locus* de relações e, portanto, de mudanças.

---

<sup>17</sup> Desse compromisso com Saussure, emergiu a proposta de que as mudanças que qualificam a trajetória da criança de *infans* a sujeito-falante são mudanças de posição relativamente à fala do outro, à língua e em relação à sua própria fala (De Lemos, 1992). Num segundo momento, a mudança foi definida como **estrutural, no sentido em que não há superação de nenhuma das três posições**, mas uma relação que se manifesta, na primeira posição, pela dominância da fala do outro (incorporação de fragmentos); na segunda posição, pela dominância do funcionamento da língua (presença de erros), e, na terceira posição, pela dominância da relação do sujeito com sua própria fala (reformulações-autocorreções). É na terceira posição que a criança, enquanto sujeito falante, se divide entre aquele que fala e aquele que escuta sua própria fala – ela é dividida entre a “instância subjetiva que fala” e a “instância subjetiva que escuta” (DE LEMOS, 2002).

Nesse texto seminal é declarada a necessidade de considerar outra teorização sobre o sujeito, uma que fosse compatível com a noção de língua – a autora faz indicação clara de sua aproximação com a hipótese do inconsciente, com Lacan. Ficam, assim, estabelecidos os dois vértices fundamentais do Interacionismo (que são solo, igualmente, para a Clínica de Linguagem): Estruturalismo europeu, no que concerne à linguagem, e Psicanálise, no que tange o sujeito.

Lier-DeVitto, em 1983, defende seu mestrado à luz das considerações teóricas e empíricas dos primeiros tempos do Interacionismo, tempo esse que precedeu a introdução de Saussure (DE LEMOS, 1992). Em 1994, defende seu doutorado sobre os “monólogos da criança”, sob orientação de De Lemos, e, a partir de considerações sobre o erro, de sua impossibilidade de descrição categorial. Ainda na década de 1990, interessa-se pelos “erros patológicos”. Erros que, em sua diferença, pediam um tratamento teórico que os incluísse no rol de problemas linguísticos. Em 1997, passa a coordenar um projeto na PUCSP – “Aquisição da Linguagem e Patologias da Linguagem” – que congrega pesquisadores-fonoaudiólogos. Nesse âmbito, as afasias, os ditos retardos de linguagem, os distúrbios de leitura e escrita e a gagueira, entre outros quadros ditos patológicos, são elevados ao *status* de proposição problemática a ser abordada desde uma reflexão sobre a relação sujeito/língua/fala. A problemática da Clínica de Linguagem é igualmente contemplada, dada a exigência de estabelecimento de um diagnóstico/avaliação de linguagem teoricamente orientado (ARANTES, 2000, ANDRADE, 1998, FONSECA, 1995) e de se pensar ações clínicas que sustentassem a relação tensa entre a singularidade da fala do paciente e a universalidade do funcionamento linguístico.



Um dos pilares dessa proposta é a afirmação de que a polaridade normal-patológico não é redutível a dualidades da linguística: correto/incorreto, gramatical/agramatical (LIER-DEVITTO & ARANTES, 1998; LIER-DEVITTO, 1999, 2002). O sintoma na fala tem sido abordado como “repetição sem vontade ou saber” (LIER-DEVITTO, 2003). Disso decorre que o sujeito, embora “consciente” de sua falta/falha na fala, não pode incidir sobre ela para torná-la “aceitável” ou “não-sintomática” (LIER-DEVITTO, 2000a, 2001). Note-se que Saussure aparece não apenas na recusa à descrição, como também na assunção de um sujeito que não pode ser visto como epistêmico. Resumidamente, a posição teórica assumida no Interacionismo e na Clínica de Linguagem deve ser entendida como consequente ao retorno a Saussure (...) em busca de uma visão de linguagem que possa atender tanto a questões epistemológicas quanto empíricas em nosso trabalho no campo da Aquisição da Linguagem (DE LEMOS, 1992, 1995, 2000, entre outros; LIER-DEVITTO, 1998) e das Patologias da Linguagem (LIER-DEVITTO, 1999, 2000, entre outros). De fato, a fala da criança e as falas sintomáticas, imprevisíveis e altamente heterogêneas parecem resistir à busca de regularidades em termos de atribuição categorial (DE LEMOS, 2002).

De Lemos afirma que a natureza peculiar seja da fala da criança como de falas sintomáticas é argumento fundamental em favor da implicação do conceito de *la langue* de Saussure, já que tal conceito não é obstáculo à busca de articulação entre **língua, fala e sujeito-falante** como uma estrutura submetida ao funcionamento da linguagem. O sujeito comparece, aí, como “capturado” por suas leis de referência interna (DE LEMOS, 1992, 2002, 2006).

Esse é o solo teórico, ou melhor, a marca teórica da escuta que sustenta minha posição clínica no atendimento de pacientes com DTA, e que tem impulsionado

a reflexão de clínicos-pesquisadores sobre esse quadro na Clínica de Linguagem, como procurarei mostrar.

## **2.2 Efeitos da assunção de uma vertente estruturalista de linguagem no atendimento da DTA**

Fonseca (1995, 2002), pesquisadora da Clínica e Linguagem desde sua fundação como Projeto, aparece como primeira autora neste capítulo porque tratou de uma questão que subjaz a todas as discussões do campo, qual seja, a que envolve a relação organismo-sujeito. Ela, ao introduzir uma nova perspectiva sobre a afasia, suspende a naturalidade suposta na relação, tida como causal e direta, entre cérebro-cognição-linguagem. Fonseca interroga o raciocínio causal, que é uma questão-problema na Filosofia:

De acordo com Chauí, o conceito de causalidade é central na reflexão filosófica. De tal modo que, “conhecer é conhecer a causa da essência, da existência e das ações e reações de um ser (1984/1996: 73)”. Ainda que isso não signifique convergência de pensamento no que tange às definições de causa, de causalidade ou de operação causal, a autora insiste em que “todos [os filósofos], sem exceção, consideram que um **conhecimento só pode aspirar à verdade se for o conhecimento das causas**, sejam elas quais forem e seja como for a maneira como operem”. O importante é notar que fizeram a verdade, a inteligibilidade e o pensamento dependerem da explicação causal, e afastaram a explicação meramente descritiva ou interpretativa (FONSECA, 2002, p. 17)

A autora empenha-se, numa discussão lapidar, para colocar em perspectiva a centralidade da linguagem na afasia e em estabelecer fronteira teórico-clínica entre o discurso da Neurologia e da Clínica de Linguagem. Já em sua dissertação de

mestrado, Fonseca (1995) apontava para a obturação da linguagem nas hipóteses sobre o funcionamento cerebral. Nela, a pesquisadora destaca o modo como cada teórico das afasias assentou, em seus trabalhos, a questão da causalidade. Os autores médicos basearam-se:

(...) na constatação empírica de que dois acontecimentos – lesão cerebral e perturbações na linguagem – estariam associados entre si. E mais, eles se encontrariam associados numa **sucessão temporal particular e regular**: o acontecimento cerebral – **evento antecedente** – foi, então, tomado por esses médicos pesquisadores como "causa" do sintoma na linguagem (**evento subsequente**); b) **referendou** experimentalmente – através da anátomo-patologia – o que já era objeto de especulação: uma causa (neurológica) para as perturbações (perdas) observadas na linguagem. (FONSECA, 2002, p. 18)

O trabalho de Fonseca tem a importância inequívoca de deslocar a ideia de que as perturbações na linguagem (sintomas) seriam decorrências diretas e imediatas de lesões cerebrais. Ela sustenta que, mesmo admitindo não haver afasia sem lesão cerebral, a afetação cérebro-linguagem “não esgota a questão” porque a **relação é entre funcionamentos não coincidentes**: funcionamento cerebral e funcionamento da linguagem. Ela recusa, assim, o discurso tradicional segundo o qual a relação causal é entre funcionamento cerebral e comportamento linguístico. O sintoma na fala está sob determinação do funcionamento da língua na fala, diz ela, bem afinada com o Estruturalismo europeu, com Saussure e Jakobson, mas aprofundando a teorização sobre o assunto. Fonseca faz valer a noção de “concomitantes dependentes” (FREUD, 1981/1987: 70) para tratar dessa complexa relação entre organismo e linguagem.

Landi (2007) dá, com Fonseca, sustentação à proposição ao desenvolver o primeiro trabalho sobre DTA. De fato, ela toma distância das propostas 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 Pesquisa<sup>18</sup> que ela pôde questionar pressupostos tanto da área médica quanto fonoaudiológica, mais precisamente a proposição sobre uma causalidade sequenciada, qual seja: **há deterioração cerebral progressiva** e, portanto, **alteração cognitiva ou mental** que leva a um déficit das “funções mentais superiores” (memória, atenção, pensamento) **manifestadas na linguagem** (material sensível de manifestação do plano interno). A autora focaliza, a partir de Benveniste, um tópico caro ao Estruturalismo europeu para discutir os acontecimentos na DTA; mais particularmente, ela tematiza a problemática da relação entre referência externa da linguagem (representação e referência ficam em perspectiva) e leis de referência interna da linguagem. Ela não poderia deixar, assim, de abordar o signo cuja “estrutura clássica remete a uma entidade em que **um visível** permite inferir **um invisível** (...) uma produção desviante sensível é referente de déficit mental invisível” (LANDI, 2007, p. 24).

A autora aponta, com isso, que a questão da referência é central nos trabalhos da Fonoaudiologia e da Medicina sobre a DTA, em que esta é tacitamente 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. Landi mostra que nesses campos que estudam a DTA, pessoas demenciadas têm uma “fala vazia” precisamente porque 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

---

<sup>18</sup> Grupo de Pesquisa LAEL-CNPq: *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*, liderado por Maria Francisca Lier-DeVitto e por Lúcia Arantes.

conjunto de termos que rotula ideias ou conceitos” (SAUSSURE, 1916, p. 33). Landi se insurge precisamente contra o entendimento de que linguagem seja nomenclatura, 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, como sustenta a autora, 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”<sup>19</sup> (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 por meio de “uma entidade com substância própria e independente do sistema da língua” (LANDI, 2007, p. 56). Vemos aí transparecer sua posição como a de alguém ligada à Clínica de Linguagem. Ela impulsiona sua reflexão implicando Saussure e dando 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 se ter detido sobre o problema da referência (linguagem como função designativa ou representativa), pode-se apreender as consequências disso a partir de sua concepção de linguagem. Sabemos

---

<sup>19</sup> 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”.

que a língua é postulada como uma **ordem própria**, isto é, seu **funcionamento autônomo** não é determinado por outras ordens (pelo pensamento ou pela realidade exterior, como pressuposto no pensamento filosófico). A rigor, a relação entre significado e significante não é de representação – a relação é de associação, como alerta Milner (2012). O signo linguístico associa dois domínios heterogêneos. Associação é, no caso, relação de reciprocidade e não hierárquica<sup>20</sup> – 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). Dessa forma, **signo linguístico** 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 linguístico une não 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).

Tal “imagem” não é, como disse, mental, mas **impressa no corpo-orelha do falante/ouvinte**. O privilégio que Saussure dá a *la langue* 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

---

<sup>20</sup> Ver, sobre isso, a “metáfora da folha de papel”, no capítulo sobre o Valor, no CLG.

externa” da linguagem (sua capacidade de recortar o mundo), mas importante é que essa projeção não é independente das leis de composição estritamente linguísticas, 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 jogo/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 linguístico” (LANDI, 2007, p. 82).

Nesse item, dei destaque a Fonseca (1995, 2002) e Landi (2007), por entender que elas assentam pontos teóricos que são da maior relevância para a construção de um discurso não-organicista sobre quadros que estão presos a ele (afasias e DTA). Trata-se de discurso que não ensurdece o clínico para a fala e impede uma aproximação teórica à linguagem. Entendo que esses dois trabalhos mudam a direção do discurso e abrem a possibilidade de outras discussões, como introduzo nesta tese. Nos trabalhos considerados, temos a recusa de um raciocínio causal cérebro-linguagem, alinhando-se ao reconhecimento da ordem própria da língua, conforme postulada por Saussure, em movimento na fala sintomática de um falante que, no caso da DTA, insiste “sem fazer muito estrago no corpo da fala”, mas apontando para um falante mergulhado em cenas vividas, constituídas e contornadas pela linguagem, mas desafinadas em relação à realidade objetiva, como mostrou Landi (2007). É nesse ponto que uma discussão sobre a qualidade sintomática na DTA, assim como uma discussão sobre “memória”, tornaram-se imperativas.

### **2.3 A implicação de um “outro tempo” – tempo da estrutura**

Fonseca, Landi e Lier-DeVitto (2007) indicaram, precisamente, “que a permanência da alienação numa fala ‘fora de tempo, fora de lugar’ poderia especificar a dimensão sintomática da fala nas demências”. Fonseca (2011, 2012) reafirma que mesmo admitindo que haja oscilação na fala de pacientes com DTA, “o que predomina é a alienação”. De fato, na DTA aparecem novos arranjos na relação sujeito-língua-outro, que emergem nessas “falas vazias”, em que se reconhece a alienação do sujeito “num outro tempo e lugar” (expressão de LIER-DEVITTO, 2005). Essa situação interfere no cenário clínico e não nos deixa perder de vista transformações na natureza da queixa e, conseqüentemente, de demanda, o que, sem dúvida alguma, “cria embaraços para a configuração de um *setting* clínico” (FONSECA, 2011: 7). De fato, foi o que procurei mostrar no capítulo 1, com o Sr. J.

Lier-DeVitto (2006) lembra que o espaço da clínica “envolve uma ‘interação singular’ em que a entrada do fonoaudiólogo ‘é autorizada pela **demanda do paciente**’ e mobilizada pela ‘**especificidade de um sintoma**’, que ela define como um acontecimento na fala que exprime a ‘prisão ao sujeito numa falta ou falha’ e que o impede de passar a outra coisa” (ALLOUCH, 1990 *apud* LIER-DEVITTO, 2006: 185 – grifos meus). Se o sintoma é, como diz a autora, aquilo que “faz sofrer”, i.e., o sofrimento que “abre a porta da clínica”, pode-se dizer que nem sempre a pessoa demenciada sofre e a queixa pode não vir por meio dela – a demanda nem sempre acontece como esperado. Esses quadros parecem mesmo pressionar o *setting* clínico.

No caso de sujeitos acometidos pela DTA, não só o paciente chega de outro jeito, como também a demanda também pode vir de outro modo. O sintoma na linguagem raramente tem o perfil de “furo no corpo da fala”. Não é um desarranjo expressivo na organização da linguagem que leva o paciente até a clínica. Pode ser,



até, que o falante não sofra – o sujeito acaba não sendo afetado por sua fala e prossegue falando um discurso alienado. É isso que produz, no outro, fratura na relação... na comunicação – há esgarçamento no laço com o outro. Diferentemente do que ocorre nas afasias, em que “há furo no corpo da fala”, na DTA a fala ordenada fica “fora de tempo e fora de lugar”. O afásico, mesmo quando não tem escuta para a própria fala, tem presença no diálogo “do aqui-agora”. Marcolino-Galli (2013) diz que, na demência, “há mais falante e menos sujeito” – o sujeito está “preso à cena – alienado na própria fala – e vai ‘fugindo’ do outro.” (2013, p. 117)<sup>21</sup>:

(1) distinção entre afasia e demência, principalmente na relação fala e escuta. A escuta presa ao imaginário do falante, como semelhante, não se sustenta na demência; (2) a demência envolve a dissolução subjetiva, marcada pela dominância da dissolução imaginária; (3) a fala presa às vivências – presa ao simbólico – desencontra a cena enunciativa (referência externa). (MARCOLINO-GALLI, 2013: 116)

Como procuro mostrar, Lier-DeVitto e pesquisadores do Grupo de Pesquisa Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem inscrevem o sintoma da fala/linguagem num outro âmbito, diverso daquele em que recebe uma qualificação negativa por ser abordado por categorias gramaticais ou daquele em que as qualificações beiram o senso comum. Os sintomas não são concebidos como déficit na fala por efeito de perturbações orgânicas ou cognitivas – o que é de importância capital nesta tese. Lier-DeVitto (2003) toca num ponto especial ao sustentar que o sintoma na fala remete a um tempo que não o cronológico, isto é, “**ele inscreve e se inscreve num tempo outro**: tempo da insistência, da repetição. É isso que a escuta dos ‘ouvintes’ capta: um falante que repete um mesmo.” (op. cit.: 186). Trata-se de uma fala que se cristaliza num movimento estranho e resistente a mudança.

---

<sup>21</sup> Sobre isso, ver também Landi (2007), Fonseca (2007, 2011) e Emendabili (2010).

O encaminhamento que Lier-DeVitto dá à questão do sintoma suspende, como se pode ver, a cronologia (é repetição, prisão do sujeito numa falha) e a noção de sintoma como déficit. A autora considera, ainda, que o modo de presença do falante na linguagem revela um “**desconhecimento**” sobre o porquê de sua fala acontecer “sintomática” e uma **impotência** para fazê-la ser outra. Essa afirmação aponta diretamente a aproximação da autora com a hipótese do inconsciente. Lier-DeVitto sugere que “não se perca de vista o modo particular de enlaçamento de um sujeito na/pela linguagem – a relação sujeito-língua/fala” (Lier-DeVitto, 2006: 187): “o sintoma **faz sofrer**, faz demanda de mudança: é **desconhecimento** que convoca um saber suposto ao **outro-terapeuta**... pede uma **interpretação** que possa fazê-lo ‘passar a outra coisa’” (LIER-DEVITTO, 2006: 187).

#### 2.4 Uma palavra sobre a “escuta” para o sintoma na fala

Andrade aborda a distância entre “ouvir” e “escutar” (ANDRADE, 2003, 2006)<sup>22</sup>: “ouvir” diz respeito à capacidade orgânica (integridade do aparato sensorial) e “escutar” é efeito da estruturação do sujeito na e pela linguagem: “efeito da relação de um sujeito com a língua/fala” (ANDRADE 2006: 201). Reconhece-se, aqui, laços com a discussão sobre a causalidade desenvolvida por Fonseca (1995, 2002). Escuta, diz Andrade, “conduz à **inclusão** do linguístico na explicação de problemas na fala e, portanto, à condução de uma Clínica de Linguagem” (ANDRADE, 2003: 15).

Teorizando, Andrade (2006) afirma que a dissimetria entre **ouvir** e **escutar** implica considerar que as capacidades perceptuais e cognitivas não são suficientes para “garantir o acesso da criança à linguagem. Diferentemente, é preciso

---

<sup>22</sup> Ver também Arantes (1994).

assumir que ela é inserida numa estrutura de três polos: o do sujeito, o da língua e o do outro” (op. cit.: 204). Andrade (2006) faz uma reinterpretação do arco-reflexo de Freud e diz, a partir dele, que:

(...) não é **tudo** que está disponível para os órgãos dos sentidos que dará entrada no sistema perceptual do aparelho psíquico. A suposição, sustentada por um ponto de vista estritamente orgânico, de que há uma universalidade da “máquina” sensorial humana no que diz respeito à sua capacidade de apreensão das excitações que sobre ela incidem é, a partir daí, anulada. (ANDRADE, 2006, p: 205)

Freud, lembra a autora, ao tratar da relação entre “excitação externa” e “sistema perceptual do aparelho psíquico”, faz menção a colisão e a traços: “Restam traços em nosso aparelho psíquico das percepções que com ele **colidem**” (Freud, 1900/1976, *apud* Andrade, 2006: 205) (ênfase minha). Disso ela retira que “o que está disponível para ser experienciado pelo aparato orgânico não é simetrizável com a vivência de um sujeito particular” (ANDRADE, 2006: 205). Na DTA, o falante pende para o lado das “vivências particulares”, fica preso em redes discursivas e se distancia como que fazendo barreira às “excitações externas”.

Traços mnêmicos articulam-se em associações diversas, “são resíduos de vivências e, portanto, dizem respeito à forma singular com que eventos subsistem no aparelho psíquico” (ANDRADE, 2006: 206). Pacientes com DTA mostram bem isso, como no caso do Sr. J., apresentado no capítulo 1. Essas pessoas parecem ficar em vigília, mas “sonhando”. Interessante é que Freud teoriza sobre “traços” em *A Interpretação dos Sonhos*. Ele diz que o inconsciente governa o funcionamento do aparelho psíquico e movimenta as associações entre traços. Andrade aponta para o fato de que Freud “abala a ideia de progressividade no processamento psíquico, que teria início numa extremidade sensorial: **nos sonhos, a excitação se move em direção retrocedente**, ou seja, no sentido da extremidade sensorial” (ANDRADE,

2006: 206). Fato notável na fala do Sr. J., reitero. Nela, também é a linguagem quem guia a percepção (e não o oposto). Isso importa para a Clínica de Linguagem, diz Andrade, uma clínica que se distingue pela abertura que dá para a **escuta da fala** e não para a “percepção do sinal da fala”.

Gostaria de assinalar a subversão do arco-reflexo com a introdução do movimento regressivo no aparelho de memória (aparelho psíquico), que suspende o tempo cronológico e introduz um tempo “de linguagem”, que articula redes associativas de traços. Saussure também mostra que o tempo do significante não é o cronológico: “a língua passa seu tempo a interpretar e decompor [...] essa é sua carreira” (NORMAND, 2002 *apud* ANDRADE 2006: 212). É nesse ambiente que faz sentido falar em falas “fora de tempo e de lugar”, como nos sonhos e na DTA. A concepção de memória afetada pelo “aparelho de linguagem”, conforme concebido no estudo sobre as afasias (FREUD, 1981/1987), ilumina e muito os acontecimentos na DTA.

## **2.5 Clínica de Linguagem sob efeito da Psicanálise**

O encontro com Freud é antigo na Clínica de Linguagem – está presente desde a inauguração do Projeto, momento em que Fonseca (1995), em seu mestrado “Afasia: a fala em sofrimento”, destaca a originalidade do trabalho do fundador da Psicanálise sobre as afasias, precisamente porque ali ele descreve um “aparelho de linguagem” para explicar os sintomas afásicos. Com isso, diz a autora, Freud, um neurologista de porte, afasta as explicações neurológicas sobre o sintoma na fala. A Psicanálise rende também nas mãos de Landi, que estuda a tese em que Lacan (1932) distingue quadros clássicos da Psiquiatria que tratam de “estados mentais de

alienação” e separam o grupo das demências do grupo das psicoses. A crítica de Lacan incide no fato dessa distinção manter as demências como um “*déficit capacitário*”. A força de seu argumento como psiquiatra reconhecido não é menor do que a de Freud no estudo das afasias e dá suporte para o fato de que as lesões cerebrais “não esgotam a questão”.

Vejamos o que diz Lacan sobre a relação cerebral-mental para entendermos quanto esse dizer pode impulsionar a discussão “linguística” de Landi (2007) sobre os sintomas nas demências: “A correlação, no mínimo grosseira, desse déficit com uma lesão **orgânica**, no mínimo provável, basta para fundamentar o paralelismo psico-orgânico dos distúrbios demenciais” (LACAN, [1932]1987, p. 1). É também de Lacan que Landi retira a afirmação importante para seu trabalho: nas demências, há “dissolução subjetiva”. Andrade (2003), como vimos, aborda o aparelho psíquico e o movimento progressivo-regressivo do aparelho de memória para separar “ouvir” de “escutar” (separar o que seria da ordem do organismo e o da subjetividade) – ela afirma, em franca oposição aos estudos sobre “percepção auditiva”, que a única possibilidade para o homem é “escutar”, já que ele é feito de linguagem (é ser-de-linguagem).

Marcolino-Galli (2013), numa tese motivada pela DTA, explora o caminho de Freud, desde sua monografia sobre as afasias até a constituição do aparelho psíquico, para discutir a relação entre memória e linguagem na demência, levando em consideração problemas teóricos e clínicos. Ela sustenta que, do ponto de vista teórico, a demência não dispensa uma discussão sobre a relação memória-linguagem, e esse tema é discutido, precisamente, a partir do argumento de que o sujeito é efeito (é-feito) de linguagem (como sustenta a Psicanálise), o que afasta de modo decisivo a perspectiva segundo a qual a linguagem é função cognitiva e memória, lugar de

estocagem de experiências. Com Freud, Marcolino-Galli diz que a relação memória-linguagem pode ser vista “como sendo ‘concomitante dependente’ (uma expressão de Freud que ressignifica a relação psicofísica de Jackson)” (idem, ibidem: 143).

A autora percorre textos e conceitos iniciais da obra de Freud para mostrar que, inicialmente, o funcionamento psíquico era emoldurado/nomeado como um “aparelho de linguagem”, e que depois ele aparece como “aparelho de memória”. Ela trata de dissolver “a hierarquia entre memória e linguagem, que é tão cara aos aportes cognitivistas, mas tão problemático para um clínico, que tem que se haver com a linguagem” (idem, ibidem: 56). Ela diz, com os pesquisadores da Clínica e Linguagem, que na demência há *la langue* em “operação”<sup>23</sup> sustentando discursos e cenas vividas, indicando que “a memória é-feita de linguagem” (idem, ibidem: 56).

A partir de Milner (1983/2006), a autora faz trabalhar um modelo espacial (estrutural) do aparelho psíquico e introduz a mobilidade dos registros Real, Simbólico e Imaginário de Lacan, e impulsiona, assim, a discussão teórica na Clínica de Linguagem com sujeitos demenciados. O Real se define pela suposição de existência: **há**, dela não decorrem outras proposições. É o registro que faz corte, no sentido de que incide, mas não se articula com os anéis do simbólico e do imaginário. O simbólico se define pela suposição de que há **alíngua**, sem a qual nada poderia ser dito. O Imaginário liga-se à suposição de que **há semelhante** e tudo o que constitui laço:

O Real é a suposição tética – “Il y a” (há) – é um corte que cria uma existência; o Simbólico é a suposição sem a qual nada se poderia dizer – “Il y a de la langue” (há alíngua), e Imaginário é instituído por tudo que faz relação – “Il y a du semblable” (há do semelhante). (MILNER, 2006, p. 8)

O autor continua, dizendo que duas dessas suposições são dedutíveis, e

---

<sup>23</sup> Assim como FONSECA, 2011, 2012; LIER-DEVITTO, FONSECA e LANDI, 2007; EMENDABILI, 2010; MARCOLINO e EMENDABILI, 2011.

delas uma série de proposições se entrelaçam. Se há semelhante, há também dessemelhante, e daí deduz-se que há relação. E se há propriedades, há classes. As três suposições e proposições deriváveis se pressupõem reciprocamente ao ponto de se poder partir de qualquer uma delas para reconstruir as outras.

Os anéis R, S e I são indestrutíveis e se enlaçam num nó borromeano<sup>24</sup>, e desse enlaçamento decorre que “nada existe que não deva ali se escrever”, inclusive o **R**, como o “impossível de se escrever e de se representar”. Segundo Milner, diz a autora, “o real do nó borromeano aparece no instante de corte em que os círculos se dispersam. Nesse instante de ruptura do nó borromeano há suspensão do tempo e do espaço e, assim, diluição do tecido das significações” (MARCOLINO-GALLI, 2013: 95).

Nas demências, segundo Marcolino-Galli, o esgarçamento dos anéis produz um arrebatamento: o sujeito, na primeira queda, “se ancora” em enunciados que o assentam em cenas vividas, que retornam numa insistente repetição. Esse corte impõe novas relações na relação sujeito-outro-linguagem e desencadeia a “dissolução subjetiva”, em que a fala “fica fora de tempo e de lugar” (LIER-DEVITTO, 2005), que Landi liga à perda da eficácia da referência externa da linguagem. Marcolino-Galli oferece a seguinte interpretação para o agravamento da doença, que vem depois das manifestações indicadas acima:

(...) perda de vigor de **I** [do imaginário]: enunciados vêm como blocos esclerosados e derrotam a eficácia de **S** [do simbólico]. No período avançado da doença, exatamente, suspende aquilo que está no domínio de **I**: não há mais consistência, não há mais encontro do sujeito com a realidade. (MARCOLINO-GALLI, 2013, p. 98)

---

<sup>24</sup> “Expressão introduzida por Jacques Lacan, em 1972, para designar as figuras topológicas (ou nós trançados) destinadas a traduzir a trilogia do simbólico, do imaginário e do real, repensada em termos de real/simbólico/imaginário (R.S.I) e, portanto, em função da primazia do real (...) em relação aos outros elementos.” (ROUDINESCO e PLON, 1998)

Fonseca (2012) assinala que a persistência e “predominância de estereótipos verbais” têm dado suporte ao que, na literatura sobre demências, é nomeado de “falas vazias” (FONSECA, 2012: 6). Interessa dizer que, ainda assim, há insistência do sujeito na gradativa dissolução subjetiva e linguística: nos momentos mais avançados da doença, restam murmúrios, choros e gritos. Para Marcolino-Galli, há afetação no enlaçamento entre **I** e **S**, mas ela não esvanece, mesmo quando sujeitos demenciados são silenciados. Surpreende que eles possam viver “momentos de lucidez”. Não deixam de chamar a atenção, também, as muitas hesitações que irrompem nas falas de pacientes com DTA nesses tempos mais duros. Com Fonseca e Lier-DeVitto (2012), entendo que eles são indícios da incidência do sujeito na cadeia significativa.

A resignificação de memória, desde Freud e com Lacan, leva Marcolino- Galli a dizer que aquilo que os pacientes e familiares designam como “dificuldades de memória” liga-se a **I** (ao Imaginário), registro das significações: “matéria de que é feita uma história, de que são constituídas as lembranças” (MARCOLINO-GALLI, 2013: 102). “Entretanto, enquanto ainda resta algo de imaginário e de simbólico (...) é possível ‘representar’” (MARCOLINO-GALLI, 2013: 102), e, para um terapeuta, sustentar uma posição na Clínica de Linguagem, que procura manter “vez e voz” do falante (FONSECA, 1995, 2002).

A Clínica de Linguagem admite que “o inconsciente é a presença do significante”, diz Marcolino-Galli com De Lemos (2002), e com Lacan é possível afirmar que, por isso, o equívoco sempre ronda a cadeia significativa. Quando irrompe na cadeia, “a **representação gramatical** cede lugar a uma **articulação significativa**” (LIER-DEVITTO e FONSECA, 2012, p. 70). A entrada do sujeito na cadeia, como disseram Lier-DeVitto e Fonseca (2012), aponta para a não coincidência entre falante e sujeito. Na DTA, o “equívoco” apresenta-se, assim como a não-coincidência



mencionada, no afastamento da realidade e do outro do diálogo. “Falas vazias” são falas não endereçadas e distantes das demandas da situação presente instituída no diálogo. Equívoco fundamental que coloca uma fala “fora de tempo e de lugar” para o outro.

Quando o “mundo” do paciente é outro, a fala, entretanto, persiste, bastante articulada do ponto de vista sintático. Há falas bem estruturadas, mas “vazias” – deslocadas da situação presente. Interessa de perto, a esta tese, o que afirma Marcolino-Galli: “a presença do sujeito na DTA se dá a ver numa cronologia, ocorre que o que se dá a ver são os efeitos da posição estrutural do paciente em relação à linguagem” (MARCOLINO-GALLI, 2013: 110). Essa afirmação interessa porque ela toca na questão das mudanças na DTA, que são apreendidas como acontecimentos temporais em sua essência, e não estruturais. “Mudança”, concebida em termos estruturais, é efeito de corte, de rearranjos nas relações entre polos estruturais. O tempo fica, num aporte desse tipo, determinado, dependente de rearticulações espaciais.

Lacan aprofunda a visada estrutural ao conceber o inconsciente como sendo “estruturado como uma linguagem”. O movimento progressivo-regressivo de Freud tem peso claramente estrutural, entende Lacan, na medida em que ele apaga o vetor “cronológico” do tempo, implicado no esquema do arco reflexo, e impõe um movimento “para trás”, que faz rearranjos em feixes de associações. Lacan lê esses rearranjos como sendo estruturados como linguagem (que é estrutura), e constrói, ao longo da sua obra, um modelo de estrutura que prevê arranjos e rearranjos entre três registros: Real, Simbólico e Imaginário. “Corte” é termo essencial porque barra a ideia de “progressão”, “sucessão” – de tempo cronológico. Um novo modo de racionar se impõe.

A partir da leitura de Marcolino-Galli, que se empenha em fazer valer o nó entre os registros R-S-I, e considerando os trabalhos aqui apresentados, vejo uma possibilidade de resposta para minha inquietação clínica no atendimento do Sr. J., que levantou interrogação sobre a “progressão da doença” (DTA), raciocínio médico-organicista que tem se imposto a outras clínicas que se ocupam com pacientes demenciados.

A literatura dominante sobre DTA procura ordenar sintomas, embora anote, predominantemente, “agravamento” do quadro – um mesmo parece dar conta da “perda da memória” e dos desarranjos que aparecem na linguagem. Os pesquisadores do Grupo de Pesquisa do qual faço parte têm assumido outra direção argumentativa, como procurei mostrar neste capítulo. Tem-se caminhado na sustentação do compromisso com falas sintomáticas singulares de pacientes, que garante lugar ao sujeito, e na busca da consistência da elaboração teórica da Clínica de Linguagem. Nessa direção, tem-se admitido que na heterogeneidade dos acontecimentos há “predominâncias” (articulações linguísticas predominantes) nas intrigantes composições inesperadas dos “quadros” (que tendem a fechar classes objetivas). Falar em “predominância” é, ainda, migrar na direção da suspensão do pensamento cronológico sobre a mudança que imprimir diferença em relação a aportes teórico-clínicos que se pautam no discurso médico para abordar questões que envolvem a linguagem e o sujeito.

Dedico o capítulo 3, a seguir, à reflexão de Cláudia De Lemos sobre mudança na aquisição da linguagem. Trata-se de trabalho exemplar e destacado, nesta tese, não só pelo laço que une Clínica e Linguagem com Interacionismo, como também e principalmente pela originalidade das discussões teóricas que perseguem a consistência exigida pelo compromisso com a linguagem, mais particularmente com a

assunção milenar de que ela é “estrutura”. Isso desde os gregos, que puderam ver que ela é uma articulação submetida a restrições internas e que desencadeou reflexões gramaticais. Saussure e Chomsky aprofundam essa certeza: linguagem é “sistema”; a “sintaxe” é a unidade fundamental da linguagem. De Lemos, nessa perspectiva, toma distância da área de Aquisição da Linguagem que, em uníssono, aproxima-se da Psicologia do Desenvolvimento e adota a noção de “desenvolvimento” para descrever o percurso da criança na linguagem. Ela firma uma posição “linguística” e parte em busca de outra de sujeito que seja compatível com esta. Encontra em Lacan o caminho para refletir sobre “a criança” em relação à linguagem, e também a noção de “captura”, que traz a de anterioridade lógica da linguagem em relação ao sujeito, à criança, e que favoreceu a construção da ideia de mudança na aquisição como “mudança estrutural”. Entendi que, nessa pegada teórica, este trabalho poderia fazer avançar questões sobre DTA e tempo, na tentativa de ressignificar os “estágios” da DTA.

## CAPÍTULO 3

### “MUDANÇA”: o impacto do Interacionismo em Aquisição de Linguagem

Em 1982, De Lemos introduz uma posição crítica na área da Aquisição da Linguagem. A problemática da mudança, que é de interesse central nesta tese, recolhe considerações tecidas por De Lemos ao longo da construção de sua proposta (o Interacionismo). Trata-se de um percurso teórico, que aparece implicado no texto de 1982 “Aquisição da Linguagem e seu dilema (pecado) original”. Em 2006, na edição brasileira de um texto antes publicado em revista de língua inglesa, o tema da mudança é trabalhado diretamente e é central em “Uma crítica radical à noção de desenvolvimento” (DE LEMOS, 2006).

Três textos são destacados neste trabalho, na medida em que são aqueles que melhor se prestam à discussão que encaminho.

(1) Em “Aquisição da linguagem e seu dilema (pecado) original”, a autora joga luz sobre uma contradição, segundo ela, insuperável no campo, na medida em que se assiste à projeção sistemática de aparatos gramaticais em falas de crianças com vistas a descrever mudanças. A autora aponta para o “pecado original” da Aquisição da Linguagem, que reside no equívoco de aplicar aparatos descritivos que são sincrônicos ao **corpora** de crianças para apreender as **mudanças** que ocorrem no tempo da aquisição, ou seja, para dar conta da gênese e do percurso na linguagem que, por definição, remetem à diacronia. A saída da autora, nesse artigo fundador, foi oferecer uma “metalinguagem alternativa”: os **processos dialógicos** concebidos como sendo três – especularidade, complementaridade e reciprocidade. Note-se que

“processos” entraram em causa como uma direção possível para a descrição não-categorial de falas de crianças.

(2) Em 1992, os processos dialógicos são postos de lado. Embora tenham tido **eficácia descritiva** e representassem, de fato, uma alternativa às aplicações gramaticais, não tinham alcance teórico para **explicar as mudanças**. De Lemos, já sob efeito de seu encontro com a Psicanálise, mais precisamente com a leitura que Lacan fez de Saussure e dos estruturalistas, reaproxima-se do Estruturalismo europeu e implica processos metafóricos e metonímicos na explicação da mudança – o reconhecimento da ordem própria da língua configurou um salto teórico da maior importância no Interacionismo e, acima de tudo, no entendimento da mudança, como veremos. De 1992 a 2002, vemos a elaboração da mudança como “mudança estrutural”, ou seja, desde então, **mudança** diz respeito à mudança de posição da criança numa estrutura de três polos: criança, língua, outro. Assistimos, assim, ao afastamento da temporalidade cronológica, do “desenvolvimento”, conforme concebido na Psicologia, e a introdução de tempo como efeito de deslocamentos numa estrutura. É admirável o compromisso da autora com falas de crianças; compromisso, esse, que a leva para longe do imaginário de que o percurso da criança na linguagem é observável, transparente.

(3) Em 2006, a problemática da mudança é abordada diretamente já no título do artigo da autora: “Uma crítica radical à noção de desenvolvimento”.

Tem toda importância para esta tese eleger, de seu trabalho, os textos acima, que foram decisivos no deslocamento da concepção de mudança e que colocaram em relevo a problemática do tempo. De fato, ao longo de minha formação como pesquisadora e como clínica, incomodou-me, na literatura que discute as demências,

especificamente Demência do Tipo Alzheimer (DTA), a ideia de “perda gradual” da linguagem. A aproximação com o Interacionismo brasileiro em Aquisição de Linguagem e a filiação ao Grupo de Pesquisa Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem aproximou-me do jogo simbólico, intrinsecamente “estrutural”, um funcionamento da natureza de um “sempre-já-aí” que nada tem de maturacional ou gradual.

“Mudança” é questão central também nas demências, ainda que, no caso, o problema seja remetido à “perda progressiva” da memória e, por consequência, da linguagem. Marcolino-Galli (2013), a partir de Freud e de Lacan, indica que memória e linguagem caminham articuladas. Fonseca, desde seu mestrado (FONSECA, 1995), aponta para o equívoco de se considerar que o silêncio ou a profunda desorganização da fala de afásicos sejam tomados como “perda de linguagem” – a demência não corresponde, nesse enquadre, à perda daquilo que se desenvolveu ao longo da infância, num processo gradual de apropriações da linguagem pela criança. É de captura e não de apropriação que se trata (DE LEMOS, 1992, 2006)<sup>25</sup>.

Neste capítulo, com o retorno à obra de De Lemos, procuro consolidar uma posição a partir de uma visada estruturalista sobre a linguagem e contribuir, com isso, para a consolidação da Clínica de Linguagem, em que sintoma é definido como “**repetição** sem vontade ou saber” (LIER-DEVITTO, 2003) (ênfase minha); como aquilo que “não passa a outra coisa” (ALLOUCH, 1995; LIER-DEVITTO e ARANTES, 1998). Não é sem razão, portanto, que trago para a discussão das demências justamente a reflexão revolucionária de Cláudia Lemos sobre mudança na aquisição da linguagem. Ela ilumina pontos essenciais contidos na ilusão cronológica que se retira da observação dos acontecimentos. Que crianças cheguem a falar é o que se

---

<sup>25</sup> Ver, sobre isso, Lier-DeVitto (1998).

espera e o que se observa, disse ela. Contudo, acrescenta a autora, não deixa de chamar a atenção que pesquisadores nunca tenham conseguido “descrever” as mudanças na área de aquisição, a não ser de forma grosseira (fase de uma só palavra, de duas palavras e sentencial), “fazendo cola” na observação de senso comum, que não descola do comportamento observável. Ora, não é diferente o que se observa na área das demências, mesmo quando linguistas estão envolvidos.

Destaco essa autora, que recusa, de forma “radical”<sup>26</sup>, a noção de desenvolvimento, e trato de tirar proveito da noção de “mudança estrutural”, que me permite tomar posição em relação ao que é regra na literatura da DTA: os três estágios graduais e sucessivos de evolução da demência. Nesse enquadre, recuso a simplicidade contida na ideia de “perda”, “distúrbio” e “déficit” da linguagem<sup>27</sup> e sigo numa outra direção, numa que diga mais de um efeito de corte e da posição do sujeito na linguagem. O objetivo é, assim, aprofundar teoricamente a direção assumida nesta tese nos capítulos anteriores: a diferença no dizer sobre o acontecimento linguístico e subjetivo na DTA no percurso da degeneração cerebral.

### **3.1 “Aquisição da Linguagem e seu dilema (pecado) original” (De Lemos, 1982)**

Esse pode ser considerado o trabalho fundante da proposta interacionista em Aquisição da Linguagem, ainda que, antes dele, um solo já estivesse sendo assentado pela autora. Esse texto consolidou direções fundamentais da proposta, na medida em que já declara que ela caminha na “contramão” da trajetória do campo da Aquisição. A autora inicia o texto com a crítica aos psicolinguistas, que fazem uso de aparatos

---

<sup>26</sup> Faço menção a De Lemos (2006).

<sup>27</sup> Fonseca e Landi (2004) dão o primeiro passo nesse sentido. Trarei tal discussão neste capítulo.

sincrônicos (gramaticais) para descrever, a partir deles, as “**mudanças** qualitativas que definiriam o processo de aquisição da linguagem” (DE LEMOS, 1982: 11). A inconsistência desse gesto está, diz ela, em mirar uma explicação “diacrônica” (genética) com base em categorias que são, por natureza, “sincrônicas” (atemporais). O “pecado da área” fica localizado na assunção de uma visão sincrônica para tratar de um “compromisso com a gênese de estrutura e categorias” (idem, ibidem).

O que é inaugural e central em sua proposta é o reconhecimento de que abordar falas de crianças a partir de aparatos descritivos da linguística acarreta a suspensão daquilo que é próprio da aquisição: a apreensão de um percurso. A aplicação de instrumentos gramaticais confere ao pesquisador uma ilusão de saber sobre a linguagem, mas ela fecha sua escuta para as falas cambiantes e para as mudanças que nelas ocorrem. Falas de crianças, diz a autora, não se ajustam às regras gramaticais: são indeterminadas do ponto de vista categorial. A determinação é outra, propõe ela: falas de crianças são determinadas pela fala do outro já falante. Postulado, primeiro, que a afasta da tendência geral do campo da Aquisição.

Esse passo a leva a incluir erros e desconcertos de falas de crianças na interpretação – erros, excluídos de aportes gramaticais, passam a ser vistos como “dados de eleição” no Interacionismo e a convocar outra escuta do investigador. Em 1982, a “metalinguagem alternativa” proposta e assumida por De Lemos foi configurada como “processos dialógicos” na tentativa de apreender as mudanças pela via de modificações na relação com o outro. A “interação”, ou melhor, o diálogo (jogo da linguagem sobre a própria linguagem) era o lugar assumido como matriz de transformações, que envolviam processos de contextualização e de “recontextualização, caracterizável como uma atividade exploratória da criança sobre



vários aspectos do segmento do mundo físico, recortado pelo esquema interacional do qual fazia parte a forma linguística incorporada” (DE LEMOS, 1982, p. 15).

A presença da Pragmática nessa citação não deve obscurecer a novidade que deu sentido (direção) à proposta, qual seja, o compromisso com falas de crianças, que se manifesta na recusa da autora à higienização de enunciados que não podiam ser descritos por categorias gramaticais. A exigência que se colocou, então, foi a de buscar outra metalinguagem que pudesse sustentar o “dilema” de um não saber em relação a falas erráticas e cambiantes, para que o “pecado” de anular o essencial da natureza dessas falas fosse evitado. No fundo de suas considerações está seu compromisso com a linguagem: interação deve ser interpretada como “diálogo” e será nessa matriz que mudanças poderão ser apreendidas. Se, de início, crianças “repetem fragmentos da fala do outro”, **mudanças aparecem no diálogo**: combinações inusitadas e erros, por efeito do acima referido processo de recontextualização. A determinação dessa mudança não esconde sua dependência dialógica, sustenta De Lemos. Diante desse achado, a autora propõe três processos dialógicos, como conta De Lemos (2002), para descrever as mudanças na fala de crianças:

1 - Processo de especularidade ou de incorporação, pela criança, de parte ou de todo enunciado do adulto. O adulto tem papel fundamental na estruturação da fala da criança.

2 - Processo de complementaridade interturnos – em que a resposta da criança preenche um lugar “semântico”, “sintático” e/ou “pragmático” instaurado pelo enunciado imediatamente precedente do adulto –, e intraturnos – em que o enunciado da criança resulta da incorporação de parte do enunciado do adulto imediatamente precedente e de sua combinação com um vocábulo complementar.

3 - Processo de reciprocidade ou de “retomada pela criança do papel da mãe”, iniciando a interação. Em outras palavras, emerge “a capacidade de instanciar uma perspectiva estruturante, papel que, no início, cabe fundamentalmente ao adulto” (DE LEMOS, 2002, p. 19).

Note-se que “mudança”, já em 1982, assume ares estruturais na medida em que ela remete a transformações na relação da criança com o outro e com a linguagem. Certamente sob pressão da “metalinguagem alternativa”, que introduz a estrutura do diálogo como matriz de mudanças. Nessas bases nasce o Projeto Aquisição da Linguagem na UNICAMP. Apesar de poderem ser reconhecidos “ecos” da Pragmática, o diálogo toma o lugar da interação e já é tensa a relação com a Psicologia, na medida em que as produções da criança não eram assumidas como instanciações de conhecimento, mas como efeitos (afetações) dialógicos: “a questão que inspirou o projeto – a fala da criança e o *quantum* de linguístico se podia atribuir e se atribuía a ela – [manteve-se] como eixo da interpretação e do desejo de teorização” (De LEMOS, 2002: 45). Bem, o compromisso com o **diálogo** (o diálogo entre criança e adulto é unidade de análise, e não a fala da criança em si) – “diálogo desigual”, que a clínica também não pode evitar – e com o **linguístico** é norte, também, na Clínica de Linguagem, como tenho procurado mostrar nesta tese.

Ainda que os processos dialógicos tenham se mostrado uma “saída precária”, já que eles favoreciam a interpretação de que os enunciados iniciais “linguisticamente indeterminados” viriam a ganhar determinação categorial quando “a criança [pudesse assumir] um discurso próprio [que refletisse] um conhecimento linguístico passível de descrição” (DE LEMOS, 2002, p. 49), a questão da mudança como transformação numa matriz dialógica manteve sua força, assim como o “erro” manteve seu poder de

“indício de mudança” (que demandava uma explicação), já que mostrava a saída da indeterminação e do submetimento à fala do outro. O texto de 1982 deixou questões que foram enfrentadas ao longo de dez anos da proposta. Entre elas, a que será abordada a seguir.

### **3.2 Processos metafórico e metonímico como mecanismos de mudança (De Lemos, 1992; 2002)**

Se a Aquisição de Linguagem implica mudanças, como proceder diante do mistério que envolve seu ponto de partida? (DE LEMOS, 1982). A resposta veio da “especularidade”, em que se desloca a determinação cognitiva para a determinação dialógica: no “ponto de partida” está a relação da criança com a fala do outro, índice da sua alienação a essa fala. O mistério se desloca, então, para a explicação da “determinação” dos erros – índices de distanciamento da fala do outro.

A autora inicia seu texto de 1992 dizendo que as propostas de “desenvolvimento cognitivo e linguístico parecem ter rejeitado definitivamente a pretensão dos empiristas de que o organismo humano apresenta um acesso direto e não mediatizado ao estado de coisas no mundo”. As propostas inatistas, lembra ela, recusam a ideia de mediação pelo outro, uma vez que “o próprio organismo apresenta um sistema interno de operações e representações” (DE LEMOS, 1992, p. 122). A Gramática Universal (GU), enquanto um saber, orienta a percepção para uma língua particular. Entende-se, assim, porque a palavra-chave para tratar de mudança é “atualização” e não “desenvolvimento” – atualiza-se (especifica-se) o que está lá (desde o nascimento), não há “internalização” de conhecimento (como proposto no sócio-interacionismo da Psicologia). De Lemos afirma que interacionismos “têm resultado mal-sucedido, já que não têm conseguido demonstrar que as propriedades

estruturais e categoriais da linguagem (...) possam derivar de processos de interação” (op. cit.: 122). Note-se que uma questão forte sobre “mudança” é levantada: “como explicar a mudança pela via da relação entre domínios?”. Questão forte porque aponta para uma impossibilidade: a da explicação da mudança pela via da suposição de causalidade direta entre domínios; uma discussão que, no campo da Clínica de Linguagem, foi desenvolvida em profundidade por Fonseca (desde 1995).

No artigo de 1992, De Lemos enfrenta a Psicologia ao indicar a fragilidade da ideia de “mediação”, na medida em que ela assenta uma contradição incontornável: “relacionar uma concepção racionalista da linguagem com um ponto de vista notavelmente empirista da interação pré-linguística da criança com seu interlocutor” (DE LEMOS, 1996, p. 122). Mais precisamente, assume-se ali que a criança domina **estruturas de ações humanas** pela via da apreensão de significados e intenções do adulto. Ora, diz ela: “isso implica um **acesso não mediado ao outro** como sujeito”, e sendo assim, sustenta ela, há “um retorno ao ponto de vista empirista sobre a interação com uma capacidade dada inatamente” (idem, ibidem). Como poderia, nesses moldes, uma proposta sócio-interacionista responder, de forma consistente, pela mudança na linguagem?

Pois bem, para dar conta da questão levantada pelos erros, índices de mudança e de distanciamento da fala do outro, De Lemos, a partir do reconhecimento de que as composições insólitas estavam relacionadas a substituições inesperadas na fala de crianças, recorre ao Estruturalismo europeu, especificamente à teoria do valor de Saussure (1916): “a língua não pode ser senão um sistema de valores puros” (SAUSSURE, [1916]1969, p. 130), o que equivale a dizer que “**na língua só existem diferenças**” (op. cit., p. 139). *La langue* é sistema em que nada é determinado “de

fora” – ele é regido por leis de funcionamento interno. De Lemos entrevê aí uma saída linguística para a problemática da emergência dos erros e da mudança.

A teoria do valor, diz a autora, “permite ir além da consideração das unidades como primitivos linguísticos, de considerar qualquer classe de unidade linguística como derivada de relações” (De Lemos, 1992, p. 124). Dito de outro modo, Saussure permite o afastamento de descrições gramaticais – ele oferece uma saída explicativa para ocorrências na fala, permite abordar o erro como efeito de relações, determinadas em Saussure pelos eixos sintagmático (da sucessão) e associativo (simultaneidade). Para explicar a mudança, De Lemos aproxima-se também de Jakobson (1960), que reinterpreta os eixos saussurianos como processos metafórico e metonímico. O que ela retira dessa releitura é que Jakobson articula língua e fala.

Para Milner (1989), Jakobson apresenta “leis de composição interna da linguagem”, porque ele mostra o efeito dessas relações, qual seja, “a composição entre termos produz um terceiro” (DE LEMOS, 1992, p. 127). Segundo a autora, Jakobson abre a possibilidade de “explicação e descrição de fenômenos que são resistentes às teorias que partem precisamente de categorias e estruturas já constituídas” (op. cit.: 127). A partir desse solo teórico, De Lemos submete “os significantes da criança aos processos metafóricos e metonímicos, cujo efeito reverte numa ressignificação por meio das relações com outros significantes” (op. cit.: 128). Esses processos operam entre falas, operam no diálogo.

Nesse trabalho em que De Lemos assume uma perspectiva estruturalista, ela se posiciona de forma distinta em relação às teorias vigentes no campo da Aquisição da Linguagem. Marca diferença em relação a autoras como Peters (1983), Bowerman (1982) e Karmillof-Smith (1986), que tratam a mudança na aquisição como resultado de processos reorganizacionais, ou melhor, a criança passaria das “incorporações

sem análise” para a reorganização em termos linguísticos do que foi antes incorporado. Esses processos são regidos por mecanismos cognitivos. De Lemos coloca-se distante dessas propostas e da Psicologia; ela faz valer, em seu trabalho, o reconhecimento da ordem própria da língua: “é através do funcionamento da linguagem numa língua particular, a qual tanto as crianças quanto o adulto estão submetidos, que estes mantêm uma relação transformada com o mundo” (De LEMOS, 1992: 135). É também com a Psicanálise que ela caminhará para refletir sobre a relação da criança com a linguagem. Afinal, longe do sujeito epistêmico, perdura o problema: “que sujeito está em questão?”. Cláudia De Lemos (2002) dá à língua a função de “captura”, admitindo, com Lacan, a anterioridade lógica da linguagem, e propõe, a seguir, uma abordagem estrutural da mudança trabalhada a partir de transformações numa estrutura de três polos: sujeito-língua/fala-outro. Mudança na aquisição da linguagem passa, então, a ser concebida como mudança de posição da criança nessa estrutura.

### **3.3 Uma crítica radical à noção de desenvolvimento (De Lemos, 2006)**

Nesse artigo de 2006, De Lemos sustenta de forma categórica o fracasso das tentativas de descrição da fala da criança para estabelecer estágios de desenvolvimento – elas enfrentaram a impossibilidade de transformar teorias linguísticas em instrumentais descritivos, diz ela. Não foi possível estabelecer de forma consistente a ordem de aquisição da linguagem, que não pode, inclusive, ser prevista tendo em vista a complexidade da língua a ser adquirida – a imprevisibilidade impera nesse espaço. Ela questiona a ideia de que haja hierarquia na “aprendizagem” dos componentes, dizendo que “até hoje, nenhum estudioso da Aquisição da

Linguagem se arriscou a propor que o domínio dos sons da fala preceda a aquisição do léxico, nem que o léxico seja pré-requisito para a aquisição de restrições sintáticas – que operem numa sequência de constituintes” (DE LEMOS, 2006: 23).

Crítica igualmente importante é a que diz respeito ao entendimento de que “desenvolvimento linguístico” seja correlativo a “processo de aprendizagem” ou de “construção de conhecimento”. Essa colocação, explica De Lemos, assume que a linguagem é “objeto que pode ser parcelado ou cujas propriedades podem ser acessadas por uma série ordenada de processos reorganizacionais” (DE LEMOS, 2006, p. 21). Entende-se, assim, que a aquisição da linguagem fique refém de processos cognitivos de apreensão/aprendizagem gradual do conhecimento linguístico.

De Lemos (2006) diz que “a mudança não é apenas crucial para a compreensão do processo de aquisição da linguagem”, mas suspende a ideia de que a fala provenha de seu próprio conhecimento. Sendo assim, ela pergunta: “o que muda?”. Com essa pergunta colocada, ela traz de Saussure a afirmação de que “embora o sujeito falante possa reconhecer a variação, **ele não tem consciência da mudança** que pode decorrer da variação” (DE LEMOS, 2006, p. 24), isto é, mudança não é um processo consciente. Ainda com Saussure, ela diz que assumir um ponto de vista sincrônico exige a “explicitação de um funcionamento sistêmico que possa responder pela obliteração dos eventos históricos que dão origem a mudanças que fazem emergir os estados particulares de línguas experimentados pelo sujeito-falante” (op. cit.: 26). Em outros termos, o que é percebido, notado pelo falante são apenas efeitos de mudanças sistêmicas – estas, promovidas pelo funcionamento da língua na fala.

Assim, *la langue* é o mecanismo que transforma um fato de fala: um fato contingente, “uma vez assimilado por *la langue*, ou seja, uma vez que a mudança se efetiva” (De Lemos, 2006, 26). Ela diz: o fato de fala é obliterado. A releitura do Estruturalismo europeu e de Lacan permitiu a De Lemos ressignificar “mudança” na Aquisição da Linguagem. O reconhecimento da ordem própria da Língua, ou seja, de *la langue*, e do sujeito do inconsciente obrigam a suspender a ideia de desenvolvimento, a dizer “não” à noção de acúmulo gradual de conhecimento sobre a linguagem. Nessa perspectiva, a aquisição de linguagem, longe de ser um processo de aprendizagem:

“(…) é definida como um processo de subjetivação configurado por mudanças de posição da criança numa estrutura em que *la langue* e a *parole* do outro, em seu sentido pleno, estão indissociavelmente relacionadas a um corpo pulsional, i.e. à criança como corpo cuja atividade demanda interpretação” (DE LEMOS, 2006, p. 28).

Vejamos, abaixo, as três posições estruturais que definem a mudança na aquisição:

- **Primeira posição: polo dominante é o outro.** A criança aliena-se da fala do outro por efeito de deslizamento metonímico entre falas. “Essas relações, que são internas a textos, podem ser responsáveis pela obliteração das situações externas desencadeadoras de textos” (p.29, grifos meus). Há “identificação da criança com a fala da mãe”.

- **Segunda posição: *la langue* é o polo dominante.** Os erros emergem e mostram o funcionamento de *la langue*: o erro se mostra “sob a forma de estruturas linguísticas” (DE LEMOS, 2006, p.30). Segundo De Lemos, esses erros revelam a não-coincidência entre a fala da criança e a do adulto. Revelam, também, que nessa posição a criança é refrataria a mudanças e correções.



- **Terceira posição estrutural:** aquela em que o polo dominante é o sujeito falante. Nessa posição, há cisão do sujeito entre falante e ouvinte, quer dizer, a criança “escuta” sua própria fala e reconhece erros – a criança reconhece que seu enunciado afeta o interlocutor –; trata-se do “reconhecimento da alteridade do interlocutor” (op. cit.: 30). Na terceira posição, o sujeito-falante é concebido como “dividido entre duas instâncias subjetivas não coincidentes: a daquele que fala e a daquele que escuta seu próprio enunciado como a fala de um outro” (op. cit.: 31). Coloca-se, aqui, de forma expressiva, a questão do sujeito.

Ao final desse artigo de 2006, De Lemos afirma que, embora as posições tenham sido expostas de modo cronológico, elas não devem ser tomadas como uma sequência de desenvolvimento, pois se trata de mudanças estruturais:

De fato, qualificar a “mudança” como sendo “estrutural” é incompatível com visões da criança como uma entidade independente que passa sucessivamente por estados ordenados de conhecimento. **Além do mais, nenhuma das relações estruturais discutidas neste trabalho deixa de comparecer na fala adulta**, que está longe de se manter homogênea através de diferentes tipos de discurso e situação (...) relações estruturais [são] submetidas a um processo de obliteração (...) elas [não são] apagadas” (DE LEMOS, 2006, p.31, ênfases minhas).

Procurei apresentar, de forma não-exaustiva, os movimentos de De Lemos na discussão da mudança na aquisição. Gostaria de dizer que meu objetivo foi deixar aparecer a tenacidade da autora na busca da desnaturalização da mudança na aquisição, busca essa que passa por uma historicização crítica do campo da Aquisição, pela insistência na recusa da redução da linguagem a “objeto de conhecimento” e a mero “comportamento observável”. Passa, ainda, pelo consequente deslocamento da determinação de mudanças atreladas à determinação pela “fala do outro” – pelo “jogo da linguagem sobre a linguagem” e, afinal, pela sólida

implicação de uma teoria linguística (do Estruturalismo europeu) na explicação da mudança, que culmina na busca de articulação entre **língua/fala e falante (sujeito e outro)**. Mudança é decididamente destacada da observação do senso comum, que afoga a complexidade da linguagem e aprisiona a mudança a uma sequência ordenada e progressiva de alterações no comportamento-linguagem. Esse modo de proceder foi “ensinante” – promoveu identificação e desejo em outros estudiosos e em clínicos. Refiro-me, particularmente, àqueles da Clínica de Linguagem.

### **3.4 Clínica e Linguagem: ecos da discussão sobre mudança na abordagem da DTA**

Em 1982, como vimos, De Lemos realiza um deslocamento de caráter essencial em relação a aportes psicológicos sobre a linguagem: retira as considerações sobre a mudança da esfera dos avanços graduais e sucessivos da cognição ao dizer que a determinação da fala da criança é a fala do outro. Dito de outro modo: a determinação é dialógica, o que afirma seu compromisso com a linguagem (para falar da aquisição da linguagem) e, a meu ver, anuncia uma direção que se estabelecerá, de forma definitiva, nos anos de 1990: uma determinação dialógica impõe uma abordagem que aponta para algo da ordem do estrutural. Para 1992, resta o problema da determinação dos erros, das construções insólitas e inesperadas, já que essas manifestações linguísticas, índices de mudança na fala de crianças, não estão na fala do outro. De Lemos, a partir de Lacan, relê o Estruturalismo europeu e sustenta que a determinação, que reponde por essas novidades, é a ressignificação do que comparece na fala da criança por processos metafórico e metonímico (não mais a fala do outro) – esse momento é de corte, não de continuidade, ainda que o primeiro tempo estrutural não seja anulado (ele é obliterado,

diz ela). Em 2006, o fato de a criança reformular a própria fala e poder corrigir a do outro a leva a dizer que a mudança, no caso, é efeito da cisão da criança em falante-ouvinte. Ficam, assim, destacados os três polos estruturais: outro-língua-sujeito. Ficamos dessa forma diante das possibilidades de transformação nessa estrutura que dizem de dominância de um polo sobre outro – não há superação de um sobre o outro.

Importa, como lição do Interacionismo, que o compromisso de De Lemos com a linguagem e com falas de crianças pode suspender a naturalidade da mudança a partir daquilo que se pode observar (mas que não nos aproxima de uma explicação). Desnaturalizar é teorizar, e foi isso que De Lemos pode fazer. Esse “esforço de teorização” (DE LEMOS, 1998; LIER-DEVITTO e CARVALHO, 2008) produziu um gosto teórico nos pesquisadores da Clínica de Linguagem e, ali, efeitos na reflexão sobre a DTA. Um incômodo em relação à posição da linguagem nos estudos tradicionais sobre o assunto e a “descrições” ingênuas (por exemplo: diminuição de interesse pela leitura, dificuldade de acompanhar discurso, ruptura do discurso, anomia, entre outros) foram inquietações que emergiram, como procurei mostrar no capítulo 2.

Na Aquisição de Linguagem, De Lemos afasta-se da ideia de desenvolvimento linguístico, que liga aquisição a “aprendizagem” e, certamente, a efeito da “construção de conhecimento” pela criança. Uma vez apreendido/aprendido, esse saber é guardado/estocado para ser acessado e usado sempre que o ambiente/contexto demandar. Este é o entendimento que, pelo avesso, orienta a ideia de “perda progressiva” na DTA: a linguagem acompanha, na qualidade de comportamento determinado pelo cerebral e pelo mental, o processo contínuo de “perda da memória” – o estoque é esvaziado e o sujeito fica sem condição de

manipular um código linguístico para externalizar intenções/representações e se comunicar adequadamente com o outro.

Quando falamos em Aquisição de Linguagem, a decisão metodológica de apreender mudanças pela via do estabelecimento de estágios visa fixar objetivamente etapas de um processo ascendente de controle sobre a linguagem. De fato, a tentativa é **explicar as mudanças** na fala ao longo da trajetória da criança e do infante a falante. Os pesquisadores do campo visam descrever a “gênese de estruturas e categorias” (DE LEMOS, 1982, p. 11), conforme apontei anteriormente. Descrever a gênese é, no caso, “descrever” uma hierarquia de aquisição que partiria do mais simples para o mais complexo (a língua constituída). Na DTA, a decisão metodológica é mantida, mas, na maioria das vezes, sem que se recorra a “estruturas e categorias” linguísticas. A questão é estabelecer e nomear estágios apreendidos pela observação de sinais, assumidos como reflexo de causas não-observáveis – cerebrais e mentais (LANDI, 2007). As etapas da “perda” são nomeadas numa progressão decrescente, como denotam as palavras utilizadas: déficit, desordem, deterioração, distúrbio e disfunção. A “mudança” na fala, então, é descrita como um processo gradual de perdas, que pouco descreve a linguagem.

De Lemos (2006) diz que “a mudança não é apenas crucial para a compreensão do processo de aquisição da linguagem” (DE LEMOS, 2006, p. 23). O agravamento é, da mesma forma, intuitivamente notável na DTA, como procurei tratar no capítulo 1. O Sr. J. se desorienta, sem dúvida, e sua fala tropeça, hesita, mas a estrutura da linguagem não desaparece. Muda sua relação com o outro, mas há outros a quem ele dirige sua fala. Persistem oscilações entre o diálogo e esse sonho falado em vigília. Lição que se retira do Interacionismo é a necessidade de implicar “recursos teóricos” para “passar do nível fenomênico para o descritivo explanatório” (DE

LEMOS, 2006, p. 23). Isso quer dizer que, para desnaturalizar a mudança, é preciso ter bases teóricas sólidas para ir além de constatações de senso comum. Foi a partir de bases (Interacionismo e Clínica de Linguagem) que pude escutar, no capítulo 1, as oscilações da posição de Sr. J. na própria fala e na relação com o outro.

Pois bem, o sujeito demenciado circula de modo distinto (e perturbador) na linguagem (oral ou escrita) – trata-se de uma circulação complexa e heterogênea, que resulta obscurecida ou anulada nas classificações que tendem ser “objetivas”, mas que cegam para manifestações subjetivas. Quando se procura introduzir considerações gramaticais, a clínica testemunha a dificuldade e a fragilidade de tentativas de se fixar o que o paciente “perde”. A literatura da área afirma que “a maior parte dos estudos linguísticos realizados com pacientes com DTA buscou investigar, inicialmente, alterações no eixo léxico-semântico, principalmente alterações no léxico” (ORTIZ e BERTOLUCCI, 2005: 311). Embora não se diga o que determinou esta opção, a questão do “mais simples para o mais complexo” se insinua e aparece, com mais nitidez, nas “estratégias terapêuticas” sugeridas: “use frases simples e curtas; diminua a velocidade de fala; dê uma instrução de cada vez; seja literal; simplifique o vocabulário; evite frases ou palavras com duplo sentido” (ROMERO, 2005, p. 316).

Retomando a problemática da apreensão da mudança pela via da observação do fenômeno, De Lemos (2006) aponta para a reflexão sobre mudança linguística de Saussure (1916), para quem um falante não tem consciência das mudanças semânticas, fonéticas, morfológicas, entre outras, que podem ter ocorrido ao longo do tempo. O sujeito pode reconhecer a variação, diz ele, mas não tem consciência da mudança. Diante disso, parece-me insatisfatório que um pesquisador ou clínico detenha-se no nível da “observação” para tratar de mudanças na fala. Quanto a isso,

penso ter deixado clara a insatisfação dos clínicos-pesquisadores da Clínica de Linguagem em relação a naturalizações.

Falas de pacientes com demência são complexas e inesperadas. Com Lier-DeVitto e Carvalho (2008), afirmei que a teoria afeta o corpo do clínico, constitui uma escuta – desse modo, o inesperado pode ter lugar, assim como “as ligações esparsas do sujeito com uma história – uma história que fica fragmentada e descosturada em sua fala” (EMENDABILI, 2010, p. 86).

Na minha prática clínica de atendimento de casos de DTA, ao longo de mais de cinco anos, pude notar que mudanças ocorreram. Há agravamento, mas sob a forma de “oblições” (lembrando aqui De Lemos): oscilações entre o “antes” e o “depois”; enunciados que pareciam não poder mais ser formulados retornavam em sessões posteriores. No caso J., oscilações entre sustentação de diálogo e mergulho num “devaneio” nunca deixaram de ocorrer. Entendo, com De Lemos, que uma vez “capturado” na estrutura da linguagem, mais consequente é levar em conta um processo de oblição de relações estruturais e de não apagamento. Isso quer dizer que há oscilação, movimentos complexos desses sujeitos com DTA na linguagem: eles não estão do lado de fora.

## CONCLUSÃO

Este trabalho coloca em discussão uma questão sobre mudança na DTA classificada em estágios. Não pretendi negar essa apreensão intuitiva do agravamento desses quadros, mas indicar que ela só é possível quando há naturalização da linguagem e da singularidade de cada caso. Linguagem, como procurei mostrar, é, no discurso tradicional (médico-psicológico) sobre a DTA, nada mais que comportamento-reflexo de problemas cerebrais e mentais. Procurei suspender certezas sobre o que é tomado como “inquestionável e objetivo” na literatura médica e fonoaudiológica, que adere indivíduo a sujeito, e mudança a perda progressiva da memória e da linguagem, já que imagens atestam “lesões cerebrais progressivas”. Assume-se, por isso, que, ao longo desse processo degenerativo, o sujeito vai perdendo a linguagem.

Esse estado de coisas é indicativo do lugar da linguagem na “área da saúde” – desconsidera-se a complexidade da linguagem, que ali não ultrapassa noções de senso comum. Linguagem, como tenho insistido, é comportamento e função cognitiva subordinada à percepção e à memória. Assim, quando há problema cerebral e/ou cognitivo, haverá desarranjo na linguagem. Tratei de mostrar que minha posição é outra: implica relação com o Interacionismo e faz compromisso com a Clínica de Linguagem.

Vimos, no capítulo 1, o atendimento do Sr. J., que suscitou inquietações que motivaram a elaboração desta tese. Falo de oscilações porque os movimentos da fala do Sr. J. moviam-se num vaivém (com predominâncias) entre o diálogo comigo e um afastamento dele para mergulhar em falas que remetiam a cenas vividas, das quais não participei. Meu objetivo foi fazer aparecer o fato de que minha escuta clínica não

foi aleatória, mas instituída pela orientação teórica assumida. Foi ela, afinal, que me levou a discutir questões sobre o tempo da mudança na DTA. Nesse capítulo, então, discuti um atendimento clínico do Sr. J. e a complexidade que ele trouxe para a cena clínica.

Observei que, num primeiro tempo, Sr. J. sustentava uma fala bem articulada, coerente e endereçada. Ele podia ler e interpretar textos. Entretanto, já de início, irrompe um enunciado estranho, que se articulava mal na sequência de dizeres que apresentaram a queixa sobre a fala: refiro-me àquele “tudo vai dar certo”. Depois de um ano, aproximadamente, Sr. J. “corta a sessão” e afasta-se do diálogo comigo. Sua fala é guiada por outras cenas: muda a relação com o outro, com o texto e com o sentido, aparecem falas ligadas a textos configurados pelo exercício profissional já abandonado há tempos – o outro do diálogo são “outros”. Ainda assim, destacado da realidade do diálogo comigo, ele traz sua realidade, aquela que ancora sua subjetividade. Sr. J. sustentava-se no texto, mantinha-se ali como sujeito de sua fala.

Entretanto, o que vimos nos dados e o que pude ler nesse caso é que o agravamento não seguia um vetor, uma linha direta, como suposto no estabelecimento de estágios. Sr. J. sai e entra da relação com a fala do outro, em oscilações. Nessas oscilações apreende-se o agravamento do quadro: a linguagem pode se destacar do encontro com a realidade externa, mas há retorno para o diálogo, ainda que cada vez mais esporádico. Isso pode ocorrer até o momento em que passa a imperar nos pacientes um silêncio, que não deixa de levantar interrogações<sup>29</sup>. Conforme disse, na minha escuta insistiram as oscilações, quando eu me perguntava “para onde vai o outro?”, já que a fala do Sr. J. era claramente determinada pela cena

---

<sup>29</sup> Quero dizer, com isso, que há mistérios no mutismo, porque enquanto há um corpo vivo, enquanto não há cadáver, algo do sujeito vive, mas fica ali intangível pelo outro. Há, portanto, questões que o “mutismo” deixa em aberto sobre o sujeito, e que a degeneração cerebral não pode responder.



já vivida que ele presentificava em seu discurso, e que comandava seu corpo. Mas nesse “buraco negro” que expulsa o outro do diálogo, ele podia perguntar: “o que está acontecendo comigo?”. (Havia, vez por outra, escuta para o estranho de sua fala) E então ele batia em seu rosto. Sofrimento – ele podia reconhecer suas ausências, mas não podia evitá-las: mergulhava em suas cenas. Quero dizer que “depois da queda”, há retorno – movimento oscilante que aparece na fala do Sr. J.. Nessa queda, muda a relação com o outro e com o mundo – há, nesse esburacamento das relações de referência externa, “dissolução subjetiva”.

Dediquei o segundo capítulo à apresentação de trabalhos representativos da área da Clínica de Linguagem que se voltaram para questões de interesse nesta tese. Trouxe Fonseca (1995, 2002), Andrade (2003), Landi (2007), Landi, Lier-DeVitto, Fonseca (2007), Lier-DeVitto e Fonseca (2012) e Marcolino-Galli (2013) para discutir e assumir as bases teóricas dessa clínica e as consequências da adoção de uma vertente estruturalista da linguagem na lida com pacientes com DTA.

Iniciei com Fonseca, a primeira pesquisadora a tratar de uma questão que subjaz a todas as discussões do campo, qual seja, a que envolve a relação organismo-sujeito. Ela, a partir de uma inovadora perspectiva da afasia, suspende a naturalidade suposta na relação, tida como causal e direta, entre cérebro-cognição-linguagem. Landi (2007), a partir dessa base teórica, se distancia das propostas vigentes no campo das demências. Ela tematiza a problemática da relação entre referência externa da linguagem (representação e referência ficam em perspectiva) e leis de referência interna da linguagem. Afirma, a partir de Saussure (1916), 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 linguístico” (LANDI, 2007, p. 82). É de Lacan que Landi retira a afirmação importante para seu trabalho: nas demências,

há “dissolução subjetiva”. As duas primeiras autoras constroem um discurso não-organicista sobre quadros que estão presos a ele (afasias e DTA).

Lier-DeVitto (2006) apresenta uma definição de sintoma que suspende a cronologia (é repetição, prisão do sujeito numa falha). Andrade (2003) diferencia “ouvir” de “escutar” e afirma que o primeiro diz respeito ao biológico e o segundo termo, “escutar”, é efeito da estruturação do sujeito na e pela linguagem: “efeito da relação de um sujeito com a língua/fala” (ANDRADE, 2006: 201). A autora inclui o linguístico nos problemas de fala e faz uma reinterpretação do arco-reflexo de Freud, subvertendo-o ao introduzir no esquema um movimento regressivo. A partir de Andrade, afirmei que a subversão do arco-reflexo introduz um tempo “de linguagem”, que articula redes associativas de traços.

Fecho o capítulo com o trabalho de Marcolino-Galli (2013), que discute, a partir de Freud e de Lacan, a relação entre memória e linguagem na demência, levando em consideração problemas teóricos e clínicos: a relação memória-linguagem pode ser vista como sendo “concomitante dependente” e o sujeito é efeito (é-feito) de linguagem e “a memória é-feita de linguagem” (idem, ibidem: 56). A partir de Milner (1983/2006), a autora faz trabalhar um modelo espacial (estrutural) do aparelho psíquico e introduz a mobilidade dos registros Real, Simbólico e Imaginário de Lacan, impulsionando, assim, a discussão teórica na Clínica de Linguagem com sujeitos demenciados.

Nas demências, segundo Marcolino-Galli, o esgarçamento dos anéis produz um arrebatamento: o sujeito, na primeira queda, “se ancora” em enunciados que o assentam em cenas vividas, que retornam numa insistente repetição. Esse corte impõe novas relações na relação sujeito-outro-linguagem, corte que, como entendo, desencadeia a “dissolução subjetiva” em que a fala “fica fora de tempo e de lugar”

(LIER-DEVITTO, 2005), mas surpreende que sujeitos demenciados possam viver “momentos de lucidez”. No “reordenamento” de RSI, não há vetor para trás – não há exatamente progressão dos sintomas e nem regressão deles: outros contornos aparecem. Porge diz que o nó borromeano, que enlaça RSI, “é uma escritura ... [que] permite uma combinatória” (PORGE, 1994: 156), permite reescritas. Parece ser isso que ocorre nas desordens da demência.

Voltei-me, no capítulo 3, para a reflexão de Cláudia Lemos sobre mudança na aquisição da linguagem. Destaco esse trabalho não só pela afetação que produziu na constituição do Projeto que deu origem à Clínica de Linguagem, como também por presença original no campo da Aquisição. Cláudia De Lemos não perde de vista o fato de que linguagem é estrutura e de que isso impõe consequências teóricas na reflexão sobre mudança. Ela ilumina pontos essenciais contidos na ilusão cronológica que se imprime na observação dos acontecimentos. Crianças chegam a falar, contudo, não deixa de chamar a atenção que pesquisadores nunca tenham conseguido “descrever” as mudanças na área de aquisição, a não ser de forma grosseira (fase de uma só palavra, de duas palavras e sentencial). Faz-se aderência ao senso comum, que não descola do comportamento observável.

Ora, não é diferente o que se observa na área das demências. No quadro proposto por Mac-Kay *et. al.* (2007), vimos que a fala do sujeito demenciado é descrita da seguinte forma: no primeiro estágio, ocorrem **desordens** no conteúdo da linguagem e déficit linguístico. No segundo, há conteúdo desordenado, **disnomia** e alguns déficits estruturais que prejudicam a coesão. E no terceiro estágio, a comunicação é **globalmente** deteriorada: há ecolalia, perseveração e mutismo. Em Romero (2005), lemos:

#### 4) estágio inicial:

- produção da linguagem oral relativamente preservada;
- tendência a repetir ideias;
- anomia<sup>30</sup>;
- raras parafasias verbais;
- leitura preservada;
- dificuldades na introdução e manutenção coerente de tópicos durante o discurso;
- compreensão de escrita comprometida.

#### **5) estágio intermediário:**

- falhas de evocação mais frequentes;
- repetições aumentam;
- parafasias verbais, termos vagos e neologismos;
- dificuldade para acompanhar falas;
- empobrecimento semântico da fala;
- diminuição do interesse pela leitura;
- tendência a uso de automatismos;
- ruptura do discurso;
- comprometimento da compreensão.

#### **6) estágio final:**

- todas as funções cognitivas estão comprometidas;
- redução significativa da fala;
- dificuldade maior de compreensão;
- perseverações e ecolalias;
- mutismo.

---

<sup>30</sup>Romero reafirma que a anomia é o sintoma linguístico mais evidente da DTA, e se manifesta por meio de “comportamentos compensatórios, como o uso de circunlocuções e de termos vagos (‘coisa’, ‘negócio’)” (ROMERO, 2005: 316).

Essa descrição, ou melhor, essa “nomeação de sintomas” não diz da complexidade de falas, nem da heterogeneidade e dos modos de presença do sujeito na linguagem. Pode-se dizer que essa descrição, que se pretende “avaliação de linguagem”, nada diz da linguagem. De Lemos ensina, ao trabalhar teoricamente a **mudança**, a não se contentar com a observação do senso comum, que anula a complexidade da linguagem e aprisiona a mudança a uma sequência ordenada, progressiva de alterações no comportamento-linguagem.

A suspensão da certeza que decorre da redução do agravamento da DTA em estágios é caminho iniciado nesta tese. Ficam o desejo e a promessa de que ele será perseguido em trabalhos futuros. Trata-se de assunto de envergadura, que envolve discussões filosóficas e psicanalíticas que não foram abordadas nesta tese, mas que estão no horizonte de minha reflexão.

## REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. São Paulo: Martins Fontes: 2012.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5**: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 992p.
- Allouch, J. (1994/1995) – **Letra a Letra**: transcrever, traduzir, transliterar. Editora Companhia de Freud: Rio de Janeiro.
- ANDRADE, L. **Ouvir e escutar na constituição da clínica de linguagem**. Tese de Doutorado. LAEL-PUC/SP, 2003.
- \_\_\_\_\_. 2006. **Procedimento de avaliação de linguagem na clínica fonoaudiológica**: entre o singular e o universal, em M. F. Lier-DeVitto e L. Arantes, (directoras): Aquisição, patologias e clínica de linguagem, Vol. 1, FAPESP, São Paulo, EDUC: 349-360.
- ARANTES, L. (2006) **Sobre a instância diagnóstica na Clínica de Linguagem**, em M. F. Lier-DeVitto e L. Arantes (organizadoras), Aquisição, patologias e clínica de linguagem, Vol. 1, FAPESP, São Paulo, EDUC:315-329.
- \_\_\_\_\_. **Diagnóstico e Clínica de Linguagem**. Tese de Doutorado. LAEL-PUC/SP, 2001.
- \_\_\_\_\_. (1994) **O fonoaudiólogo, esse aprendiz de feiticeiro**. M. F. Lier-DeVitto (org.) Fonoaudiologia: no sentido da linguagem, São Paulo: Ed. Cortez (23-37).
- ARAÚJO, S. M. M. **O fonoaudiólogo frente à fala sintomática de crianças**: uma posição terapêutica?. Tese de Doutorado. São Paulo: USP, 2002.
- BERTOLUCCI, P.H.F. **Demências**. In: K.Z. ORTIZ (org.). Distúrbios neurológicos adquiridos: linguagem e cognição. São Paulo: Lovise Editora, 2005. pp. 295-312.
- CARUZO, A. (2007) **Revista tecnológica**. Universidade Estadual de Maringá (UEM). V.1, n16 (outubro, 2007) p. 11-25.
- CARVALHO, Glória Maria M. 2005. **Questões sobre o deslocamento do investigador em aquisição de linguagem**, **Cadernos de Estudos Linguísticos**, 47: 61-67.

\_\_\_\_\_. 2006. **O erro em aquisição de linguagem:** um impasse, em M. F. Lier-DeVitto e L. Arantes (organizadoras), *Aquisição, patologias e clínica de linguagem*, Vol. 1, FAPESP, São Paulo, EDUC: 63-78.

CATRINI, M. **Apraxia:** a complexa relação entre corpo e linguagem. Tese de Doutorado. São Paulo: LAEL-PUCSP, 2011.

CERA, M.L., ORTIZ, K., MINETT, T. **Como diagnosticar e tratar Doença de Alzheimer.** *Revista Brasileira de Medicina*. Vol. 71, n 14. São Paulo: Américo Moreira Jr, p 403-409, 2014.

CHOMSKY, N. *Syntactic structures*. **The Hague:** Moutoun, 1957.

CORDEIRO, M. D. G. **Fala Jargonafásica e Clínica de Linguagem com afásicos.** Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2014.

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, 1982.

\_\_\_\_\_. **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.

\_\_\_\_\_. **Das vicissitudes da fala da criança e de sua investigação.** In: *Caderno de estudos Linguísticos*, n. 42, pp. 41-69, 2002.

\_\_\_\_\_. **Corpo & corpus.** In: *Corpolinguagem: gestos e afetos*. Nina V. de A. Leite (org.). Mercado das Letras, Campinas, SP, pp. 21-30, 2003.

\_\_\_\_\_. **Uma crítica radical à noção de desenvolvimento na Aquisição da Linguagem.** In: *Aquisição, Patologia e Clínica de Linguagem*. Maria Francisca Lier-DeVitto; Lucia Arantes (orgs.). São Paulo: EDUC, FAPESP, pp. 21-32, 2006.

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

EMENDABILI, M. **O idoso e a institucionalização: organismo e subjetividade.** Comunicação oral no XX Intercâmbio de Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem, PUC-SP. São Paulo, 2015.

\_\_\_\_\_. **A Clínica de Linguagem com pacientes demenciados:** considerações sobre os caminhos da enunciação. Comunicação oral no XX Intercâmbio de Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem, PUC-SP. São Paulo, 2013.

\_\_\_\_\_. **Uma posição teórica e clínica frente à fala de pessoas demenciadas na clínica de linguagem.** Comunicação oral no XIV Simpósio Nacional de Letras e Linguística e IV Simpósio Internacional de Letras e Linguística, UFU. Uberlândia, 2013.

\_\_\_\_\_. **Um estudo de perspectivas teórico-clínicas nas demências:** sobre a relação linguagem, memória e sujeito. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010.

EMENDABILI, M, CATRINI. M. **Aquisição da linguagem e falas de pacientes demenciados:** processos de evolução e involução da linguagem? Comunicação oral no IX Encontro Nacional de Aquisição da Linguagem (ENAL) e III Encontro Internacional de Aquisição da Linguagem (EIAL), 2013.

FACHINI, S. R. V. **A posição do investigador:** reflexões sobre a ética, método e análise. Tese de Doutorado. São Paulo: LAEL-PUCSP, 2013.

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

\_\_\_\_\_. (2000). **A instância clínico-terapêutica da Fonoaudiologia.** In: Fonoaudiologia: Seminários de Debates. Série Interfaces. São Paulo, Editora Roca Ltda.

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

\_\_\_\_\_. **Presença/Ausência de reformulação:** sobre a relação cérebro-linguagem e o tratamento das afasias e demências. Comunicação oral no XVI Congresso Internacional da Associação Linguística e Filologia da América Latina. Alcalá de Henares, Espanha, 2011.

\_\_\_\_\_. **A relação sujeito-linguagem na demência:** questões sobre uma experiência de acompanhamento. Comunicação oral no I Encontro de Aquisição da Linguagem: teoria e método. UNICAMP, Campinas, 2012.

FONSECA, S. C. & LANDI, R. **Questões sobre a correlação entre estágios de**



**aquisição da linguagem e estados afásicos.** Letras de Hoje, vol. 39, n. 3, 313-321. Porto Alegre: EDIPURS, 2004

FREUD, S. (1891/1987) – **La Afasia.** Ediciones Nueva Vision. Buenos Aires.  
GOLDFARB, D. **Demências:** clínica psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

JAKOBSON, R. **Linguística e Comunicação.** São Paulo: Cultrix, 1954/1988.

KEMPLER, D. (1995). **Language changes in dementia of the Alzheimer type.** In: R. Lubinski (org.), *Dementia and communication*, pp. 98-114. San Diego, CA: Singular.

LACAN, J. **Seminário XI:** Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Ed. ZaHar. Rio de Janeiro, 1964.

\_\_\_\_\_. **Seminário III:** As psicoses. Ed. ZaHar. Rio de Janeiro, 1981/2002.

LANDI, R. **O sujeito e o efeito da própria fala na afasia e na demência.** Revista Kayrís Gerontologia, 12 (2). São Paulo, 2009, 33- 45.

\_\_\_\_\_. **“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 linguísticos, 33, pp 51-60. Campinas: Editora da Unicamp, 1997.

\_\_\_\_\_. (2001). **Linguística, 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, Maria Francisca; FONSECA, Suzana. 2012. **Hesitações e pausas como ocorrências articuladas.** Cadernos de Estudos Linguísticos, 54: 67-80.

LIER-DEVITTO, M. F. (1994). **Apresentação.** Maria Francisca Lier-deVitto (org.)

Fonoaudiologia no sentido da linguagem (15: 22). São Paulo: Cortez Editores.

\_\_\_\_\_. **Novas contribuições da linguística para a fonoaudiologia.** Distúrbios da Comunicação, São Paulo, v. 7, n.2, p. 163-171, 1995.

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

\_\_\_\_\_. (1999) **Theory as ideology in the approach deviant linguistic facts.** In Jef Verschoren (org.) *Language and Ideology* (344: 351). Antuérpia: IPRA & Authors.

\_\_\_\_\_. (2000). **Memorial do concurso para professor titular Inédito.**

\_\_\_\_\_. (2000a) **The Symtomatic status of symptoms:** pathological erros and cognitive approache to language usage. Comunicação oral em Painel no 7 International Pragmatics Conference (Budapeste, Hu.).

\_\_\_\_\_. (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.

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

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

LIER-DEVITTO, M. F. & FONSECA, S. C. (2012). **Hesitações e pausas como ocorrências articuladas ao movimento de reformulação.** *Cadernos de Estudo Linguísticos*, 54.1, (67-82), Campinas: UNICAMP.

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

LIER-DEVITTO, M. F. & FONSECA, S. C. "Reformulação" ou "ressignificação". **Caderno de estudos lingüísticos**, 33 pp 51-60. Campinas: Editora da UNICAMP: 1997.

LOCASCIO, J. J., GROWDON, J.H., CORKIN, S 1995. **Cognitive test performance**

**in detecting, staging, and tracking Alzheimer's disease.** Arch Neurol 52: 1087–1099.

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.

MANSUR, L. CARTHERY, M. T., CARAMELLI, P., NITRINI, R. Linguagem e cognição na doença de Alzheimer. **Distúrbios neurológicos adquiridos: linguagem e cognição.** São Paulo: Lovise Editora, pp. 300-307, 2005.

MARCOLINO, J. **A clínica de linguagem com afásicos:** a indagação de um atendimento. Dissertação de Mestrado. LAEL-PUC/SP, 2004.

MARCOLINO-GALLI, J. **A relação memória-linguagem nas demências:** abrindo a caixa de Pandora. Tese de Doutorado. LAEL-PUC/SP, 2013.

MARCOLINO-GALLI, EMENDABILI, M. **A fala e a escrita de uma paciente com demência:** considerações sobre a relação sujeito-linguagem. Anais do XVI Congresso Internacional de la ALFAL, Alcalá, 2011.

MARCOLINO-GALLI, EMENDABILI, M., LIER-DEVITTO, M. F. **A fala de pacientes com demência na Clínica de Linguagem.** Anais do SILEL. Volume 3, Número 1. Uberlândia: EDUFU, 2013.

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.

MILNER, J. C. (2006). **Os nomes indistintos.** Rio de Janeiro: Companhia de Freud;

\_\_\_\_\_. O amor da língua. **Tradução e notas:** Souza Júnior, P. S. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 1978/2012.

NOVAES, M. **Os dizeres na esquizofrenia:** Uma cartola sem fundo. Tese de Doutorado. Campinas: IEL/UNICAMP, 1995.

ORTIZ, K. & BERTOLUCCI, P.H.F. Alterações de linguagem nas fases iniciais da doença de Alzheimer. **Arquivos de neuropsiquiatria**. 63 (2-A), pp. 311-17, 2005.

POLLONIO, C. **Interpretação e Escuta na Clínica de Linguagem**. Tese [Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem]. LAEL/PUC-SP, São Paulo, 2011.

PORGE, E. (1994). **Psicanálise e o Tempo: o tempo lógico de Lacan**. Rio de Janeiro: Campo Matêmico.

ROMERO, S. B. Intervenção Fonoaudiológica nas demências. In: K.Z. ORTIZ (org.) **Distúrbios neurológicos adquiridos: linguagem e cognição**. São Paulo: Lovise Editora, pp. 366-393, 2005.

ROUDINESCO, E., PLON, M. Dicionário de Psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar: 1998.

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

SAUSSURE, F. (1916/1991) – **Curso de Lingüística Geral**. Editora Cultrix. São Paulo.

TESSER, E. **A noção de diálogo na clínica com afásicos**. Trabalho de Conclusão de Curso. São Paulo: PUCSP, 2004.

\_\_\_\_\_. **Reflexões sobre o diálogo: sob efeito da clínica de linguagem com afásicos**. Dissertação [Mestrado em Linguística aplicada e estudos da linguagem]. LAEL/PUC-SP, São Paulo, 2007.

\_\_\_\_\_. **O diálogo na Clínica de Linguagem: considerações sobre a transferência e a intersubjetividade**. Tese [doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem]. LAEL/PUC-SP, São Paulo, 2012.

TUBERO, A. L. **Parafasia: O quiproquó das palavras**. In: E. M. Morato (org.) A semiologia das afasias. São Paulo: Cortez, pp. 62-101, 2010.

TUMIATE, C. F. **Considerações sobre o agramatismo: seus traçados e seus tropeços**. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

[https://pt.wikipedia.org/wiki/Buraco\\_negro](https://pt.wikipedia.org/wiki/Buraco_negro). Acesso em janeiro de 2016.