

## Avaliação de linguagem na Demência de Alzheimer<sup>1</sup>

---

(Language evaluation in the Alzheimer Dementia)

**Rosana do Carmo NOVAES PINTO\***

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)

**Hudson Marcel Bracher BEILKE\***

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)

### RESUMO

Este artigo objetiva discutir criticamente a avaliação de linguagem na Demência de Alzheimer (DA). Instrumentos de avaliação neuropsicológica geralmente apresentam alguns testes como sendo “de linguagem” e seus resultados buscam confirmar o diagnóstico ou avaliar a progressão da doença. Buscamos apontar, por meio de análises qualitativas, à luz da Neurolinguística Discursiva, que os episódios dialógicos que ocorrem durante a anamnese ou ao longo das sessões de testes podem levar a uma melhor compreensão de como

---

<sup>1</sup> Este artigo resulta da interação de dois outros textos: Novaes-Pinto (2007) e Beilke (2007), nos quais considerações teóricas e metodológicas acerca da DA, na perspectiva da Neurolinguística Discursiva, e algumas das análises de dados foram apresentadas pela primeira vez.

\* Sobre os autores, ver página 126.

a linguagem encontra-se (ou não) alterada nos casos em que há uma provável DA.

### **PALAVRAS-CHAVE**

Patologias de linguagem. Avaliação de linguagem. Demência. Episódios dialógicos. Neurolinguística.

### **ABSTRACT**

*This paper aims to discuss language evaluation in the Alzheimer disease (AD). Neuropsychological assessment tests usually present some of them as being “language evaluation” and the results aim to confirm the diagnosis or to evaluate the disease progression. We intend to show, by means of qualitative approach, oriented by the Discursive Neurolinguistics, that the dialogical episodes that take place during the interviews and tests sessions could lead to a better comprehension of how language is altered (or not) in probable cases of AD.*

### **KEYWORDS**

*Speech pathology. Language evaluation. Dementia. Dialogic episode. Neurolinguistics.*

## **Introdução**

Questões relacionadas à metodologia de avaliação de linguagem têm ocupado um importante lugar nas discussões da Neurolinguística Discursiva, seja com relação às afasias, às síndromes demenciais - com destaque para a Demência de Alzheimer (DA) - e também nos chamados “declínios cognitivos”, que iremos mais adiante problematizar.

Coudry (1986,1988), já em seus primeiros estudos, enfatizava a necessidade de se olhar para a linguagem que *resta*, que *resiste* nas afasias, para melhor compreendê-las, ao contrário da visão tradicional que focaliza aquilo que *falta* no sistema da língua, o *déficit*. Analisar como os sujeitos reorganizam sua linguagem, convocando recursos alternativos – verbais e não-verbais - em situações dialógicas reais, é o que torna possível inferir a respeito do “normal” a partir do estudo das patologias, o que é um dos objetivos da ciência Neurolinguística, explícito em grande parte dos trabalhos publicados na área. Por outro lado, para compreendermos as alterações nas diferentes patologias, é necessário um conhecimento *sobre a linguagem* e seu *funcionamento*

*normal*, nas mais diversas esferas de sua utilização, incluindo-se sua função comunicativa e a heterogeneidade e dinamicidade que lhe são constitutivas. Entretanto, a visão que respalda a literatura neuropsicológica e a maior parte dos trabalhos que se destinam a avaliar a linguagem e a orientar os encaminhamentos terapêuticos é aquela geralmente veiculada pelas gramáticas e pela escola, apartada de sua existência real, na qual pesam todos os fatores sócio-histórico-culturais, assim como individuais, sempre descartados das análises. Como veremos adiante, os testes têm como parâmetro um padrão *ideal*, o sistema abstrato da língua.

Um dos objetivos da literatura tradicional, como sabemos, é o de levantar os *sintomas* de cada quadro, observar sua co-ocorrência – geralmente a partir de uma correlação estatística – e definir uma síndrome que permitirá, ao final, a relação com as áreas cerebrais lesadas. Nos modelos neuropsicolinguísticos, busca-se verificar qual módulo de processamento está comprometido. Caplan (1987) afirma que a neuropsicologia é certamente a área onde mais se observa a proliferação de uma taxonomia. Para cada *sintoma* observado é gerado um nome, um rótulo. Sacks (1995) chama a atenção para o fato de que a semiologia na área é marcada pelos prefixos *a* e *dis*:

A palavra favorita da neurologia é déficit, significando deterioração ou incapacidade de função neurológica, perda da fala, perda da linguagem, perda da memória, perda da visão, perda da destreza, perda da identidade e inúmeras outras deficiências e perdas de funções (ou faculdades) específicas. Para todas essas disfunções (outro termo muito empregado), temos palavras privativas de todo tipo – afonia, afemia, afasia, alexia, apraxia, agnosia, amnésia, ataxia – uma palavra para cada função neural ou mental específica da qual os pacientes, em razão de uma doença, dano ou incapacidade de desenvolvimento, podem ver-se parcial ou inteiramente privados (p. 51).

Nesta mesma linha de pensamento, questionamos o termo “demência” - objeto de reflexão deste artigo, que significa *falta da mente*.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Há definições de demência que, além de *falta da mente*, a definem como *loucura* e *extravagância*, como por exemplo, o Dicionário Escolar Latino-Português, de Ernesto Faria, publicado pelo Departamento Nacional de Educação; Ministério da Educação e Cultura, 1967.

Sacks (1995) enfatiza que a doença não é uma simples perda ou excesso. É a reação de todo o organismo que luta para vencê-la e é justamente isso o que observamos quando analisamos as estratégias que os sujeitos usam para driblar suas dificuldades, mesmo nas situações de avaliação. Como veremos adiante, os testes metalinguísticos são desenvolvidos especialmente para fazer emergirem os sintomas. Ocorre, muitas vezes, que o que emerge é justamente a capacidade criativa dos sujeitos para lidarem com a situação do próprio teste. Revela-se sua capacidade de reorganização, de trabalho linguístico e cognitivo, além dos fatores psíquicos que atuam simultaneamente durante o funcionamento linguístico/cognitivo e que podem explicar dificuldades, como alguns bloqueios no acesso às palavras ou às memórias, a produção de parafasias ou de *atos-falhos*, dentre outros. As análises qualitativas podem dar conta de forma muito mais apropriada de se compreender o que está alterado e também de revelar os processos subjacentes à produção dos enunciados, que vão muito além do que aparece nos dados brutos obtidos pela aplicação dos testes.

Neste artigo, buscamos tratar da avaliação de linguagem nas demências e nos chamados “declínios cognitivos”, valendo-nos de toda a experiência acumulada nas reflexões realizadas com os estudos das afasias, ao longo de mais de vinte anos, desde os primeiros trabalhos de Coudry na década de 80, no Instituto de Estudos da Linguagem (IEL)/UNICAMP.

Iniciamos com considerações acerca da relação entre o normal e o patológico, para posteriormente passarmos a tratar das questões de avaliação, contrastando análises de situações experimentais - pela aplicação de testes metalinguísticos - com análises qualitativas de episódios dialógicos.

### **Considerações sobre o envelhecimento: a relação entre normalidade e patologia no estudo das síndromes demenciais**

Segundo Jacob Filho (2006), a partir da segunda metade do século XX nenhuma faixa etária apresentou tanto crescimento como a dos idosos, sendo que a dos chamados “muito velhos” passou a crescer ainda mais. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que no ano 2000 havia

no mundo 600 milhões de pessoas com 60 ou mais anos de idade, número que deverá dobrar até 2025 e atingir 2 bilhões em 2050. Jacob Filho afirma, quanto aos idosos com mais de 80 anos, que a expectativa para a população mundial para 2050 é que, dos atuais 69 milhões de pessoas, passaremos para cerca de 377 milhões. O autor afirma que é imprescindível que todos os interessados na atenção à saúde do idoso tenham claro que o envelhecimento é um fenômeno universal, progressivo e sistêmico, corretamente denominado “senescência”<sup>3</sup> e que deve ser criteriosamente distinto do envelhecimento comprometido por doenças que frequentemente acometem esta faixa etária, neste caso denominado “senilidade”<sup>4</sup>.

Envelhecer pressupõe uma dinâmica bio-psico-social, sem que nela esteja instalada uma patologia; é um processo que ocorre de forma natural e diferenciada em cada sujeito, de acordo com suas características individuais e modo de vida. As alterações não se restringem somente às funcionais, mas também às teciduais, celulares, moleculares e enzimáticas. Em termos cerebrais, no envelhecimento normal ocorre uma perda de 0,2% ao ano de células nos tecidos, o que na Doença de Alzheimer se dá de maneira mais focada e intensa. Segundo Papaléo-Netto (1996), o envelhecimento patológico seria um sistema indutor e intensificador do processo normal.

O termo “declínio cognitivo”, marcadamente uma palavra que remete ao déficit, às alterações “para menos”, é relacionado na literatura ora ao “normal” - quando está dentro das expectativas para uma determinada faixa etária - ora ao “patológico”, sendo classificado em *leve*, *moderado* e *severo*. Alguns se referem a este rótulo para marcar o que seria “pré-clínico”, ou seja, algo que seria normal. Entretanto, vemos que é definido em relação ao patológico. Trata-se de mais um termo cunhado na tentativa de demarcar limites mais estáveis entre o normal e o patológico, o que seria uma das “vontades-de-verdade” da clínica<sup>5</sup>.

<sup>3</sup> O termo “senescência” corresponde à “eugenia”, ou envelhecimento primário.

<sup>4</sup> O termo “senilidade” corresponde à “patogenia”, ou envelhecimento secundário.

<sup>5</sup> Foucault postula o conceito de “vontade de verdade de uma época”, para se referir aos objetos das ciências e à própria definição de ciência em um determinado período histórico. No caso se referia ao objetivismo na ciência do século XX, ao seu desejo de neutralidade, de se poder tratar dos fenômenos humanos e principalmente os mentais da mesma forma que nas ciências naturais.

Para Foucault (1969), as dificuldades de se distinguir os limites entre a normalidade e a patologia, no campo de estudos dos fenômenos ligados à mente, têm suas raízes na metodologia de abordagem dos mesmos. A esse respeito, questiona: “Se parece tão difícil definir a doença e a saúde mental, não é porque se tenta em vão aplicar-lhes maciçamente conceitos destinados igualmente à medicina somática?”. Para o autor, a normalidade é uma convenção social e não há um padrão *a priori* para se determinar o que é normal. Para ele, é somente na história que se pode descobrir o único *a priori* concreto. (FOUCAULT, 1969)<sup>6</sup>. O autor visualiza o patológico ou a doença não como “uma essência contra a natureza da normalidade”, mas como sendo “a própria natureza dessa normalidade”. À semelhança do que vimos acima em Sacks (1995), Canguilhem (1995, p. 19) também afirma que *normal* e *patológico* não são dois opostos, mas estão em uma relação de continuidade: “a doença não é somente desequilíbrio ou desarmonia; ela é também, e talvez, sobretudo, o esforço que a natureza exerce no homem para obter um novo equilíbrio”.

Muitas vezes, *os discursos dos sujeitos com demência* são avaliados tendo-se como parâmetros *os discursos que circulam sobre a demência*, já sendo em princípio caracterizados como patológicos, como mais adiante poderemos observar no dado 5. Salientamos, antes de passarmos às questões mais específicas deste trabalho, que apesar de resistirmos ao termo “declínio cognitivo”, nós o manteremos neste trabalho, uma vez que tratamos do tema da avaliação de linguagem questionando justamente os testes que buscam diferenciar, no diagnóstico, se o sinal (sintoma) refere-se a um declínio ligado ao envelhecimento normal ou a um processo demencial, patológico.

### **A demência de Alzheimer: incidência e critérios para o diagnóstico**

A DA é uma das várias formas de demências que são, de forma geral, definidas como as doenças que causam alterações das funções

---

<sup>6</sup> A esse respeito, Foucault também afirma que a doença não pode ser considerada apenas um déficit, que atinge radicalmente esta ou aquela faculdade; “há, no absurdo do mórbido, uma lógica que é preciso *desentranhar*, pois ela é, em última instância, a própria lógica da evolução normal”.

mentais e do comportamento. Segundo a literatura atual, a DA tem a incidência de 50% a 70% das ocorrências diagnosticadas das demências e caracteriza-se por alterações progressivas da memória, do julgamento e do raciocínio intelectual, tornando o indivíduo progressivamente mais dependente de outras pessoas para sobreviver.

Cytowic (1996) afirma que há atualmente 50 casos de demência para cada 100.000 pessoas (0,5%). Sem considerar a idade e o tipo de demência, esta estimativa está bem abaixo do que se tem visto nos artigos científicos mais atuais. Como referência de estudo epidemiológico realizado no Brasil, a pesquisa de Herrera Jr, Caramelli e Nitrini (1998) indica que 7,5% da população idosa acima de 65 anos de idade estão acometidos pela doença de Alzheimer. Estes autores ainda revelam que a maior prevalência das demências em geral está em pessoas acima de 75 anos, ocorrendo três vezes mais em mulheres e cinco vezes mais em mulheres com histórico de infarto do miocárdio. Apenas para ilustrar o fato de que não há, em geral, concordância quanto à incidência, citamos o trabalho de Silva e Damasceno (2002), que referem um predomínio do sexo masculino (58%), uma alta proporção em brancos (88%) e um alto índice de analfabetismo (25%), nos estudos realizados no Hospital das Clínicas da UNICAMP. Chui (1989) afirma que somente 35% a 80% dos casos são precisamente diagnosticados, quando considerados os resultados histológicos<sup>7</sup>.

Segundo Damasceno (1999), o diagnóstico das demências é bastante complexo, uma vez que o envelhecimento normal do cérebro pode estar acompanhado de alterações mentais que se confundem com estágios iniciais das demências e declínios cognitivos. O sintoma definidor da DA, de acordo com manuais como o DSM IV<sup>8</sup>, é a alteração de memória, necessariamente presente. Pelo menos dois dos sintomas secundários deverão estar associados: afasia (alteração de linguagem), apraxia (alteração

---

<sup>7</sup> Nos exames histológicos normalmente são observadas alterações conhecidas como “emaranhados neurofibrilares” e placas senis. A perda gradual das funções cerebrais que caracteriza a DA parece ocorrer devido a essas alterações e também relacionada ao depósito de proteínas TAU no cérebro.

<sup>8</sup> DSM-IV. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

da atividade gestual simbólica), agnosia (alteração nas associações e sínteses de imagens sensoriais: podem ser táteis, visuais e auditivas) e transtornos das funções executivas. A DA inicia-se de forma gradual e contínua. Ocorre um significativo comprometimento social e ocupacional, sendo que as causas não podem estar relacionadas ao uso de drogas ou de outros fatores externos ou ainda a transtornos psiquiátricos.

Quando descreveu originalmente a síndrome demencial, Alzheimer (1907) considerou a produção de parafasias, as dificuldades de nomeação e as dificuldades com leitura e escrita como integrantes do mesmo quadro. Durante muito tempo, entretanto, e até muito recentemente, os estudos focalizaram apenas os déficits cognitivos globais e/ou alteração da memória, sem nenhuma menção às alterações de linguagem associadas. Apenas a partir do DSM III (1980), a linguagem volta a ser considerada como uma função importante de ser avaliada e tendo inclusive o papel de um marcador relevante para se determinar os estágios da doença, mas vale mencionar que é referida como *sintoma*.

A avaliação de linguagem faz parte dos protocolos neuropsicológicos, como veremos adiante, predominantemente assentados nos testes metalinguísticos. Uma das dificuldades para se perceber as alterações de linguagem nas demências em estágios iniciais é o fato de serem sutis e muito mais relacionadas às competências pragmáticas e discursivas e menos marcadas no sistema formal da língua, como já apontava Noguchi (1997). Um fator que compromete as avaliações é que as consultas são geralmente rápidas, não havendo muito tempo – e nem muita disposição – para a interação dialógica entre o médico e o sujeito<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Não se pode desconsiderar, quando tratamos deste tema, a grande dificuldade que os médicos geralmente têm em fazer avaliações mais completas em um sistema de saúde como o nosso. Uma consulta muitas vezes precisa ser realizada em torno de vinte minutos, incluindo-se avaliações neuropsicológicas. Muitas vezes, quando apresentamos nossas análises qualitativas, alguns profissionais se interessam, mas logo nos perguntam como fazer algo parecido em quinze minutos, ou como colocar nossos pressupostos teóricos em um teste. Em consultórios particulares ou hospitais universitários, onde a maioria das pesquisas são desenvolvidas, a avaliação chega a durar de três a quatro horas – o que por sua vez também talvez possa explicar os baixos escores nos testes, pelo cansaço e tensão que o indivíduo enfrenta nessas situações.

O sujeito é falado *pelo outro* – geralmente pelo acompanhante ou pelo próprio médico, que vai levantando os sintomas e apenas pedindo para o paciente confirmar se tem ou não, se sente ou não. Médico e acompanhante falam *sobre* o sujeito, mas quase não falam *com* o sujeito. O sujeito fala apenas por meio do teste, que fragmenta e reduz seu discurso. As queixas do sujeito ou dos acompanhantes, na grande maioria das vezes, relacionam-se às dificuldades de memória, às alterações de comportamento, de humor, dentre outros. Não se procura um médico para relatar alterações nas habilidades discursivas, como dificuldades na interpretação de piadas ou de sentidos figurados, produção de circunlóquios, perda do *fio da meada*, dentre outras questões de linguagem.

A hipótese que orienta as nossas pesquisas com sujeitos que têm diagnóstico provável de DA é a de que alterações de linguagem - inicialmente de ordem pragmática e discursiva - estão presentes desde o início do quadro e não são percebidas por meio das avaliações tradicionais, que focam as estruturas do sistema (como listas de palavras e orações). Basta analisar, por exemplo, as questões de instrumentos como o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) ou o Teste de Fluência Verbal (TFV) - destinados a avaliar principalmente memória e linguagem, respectivamente - para se concluir que são artifícios que permitem inferir, talvez, sobre *alguns aspectos da memória*, por meio de comandos em linguagem verbal, mas não sobre a linguagem.

### **Avaliações “de linguagem” nas baterias de teste para o diagnóstico das demências**

Muitas críticas já foram feitas com relação ao fato de que os testes metalinguísticos avaliam apenas o sistema da língua e, mesmo assim, de forma muito reduzida, centrando-se nos aspectos formais (COUDRY, 1986,88; COUDRY; POSSENTI, 1983; NOVAES-PINTO, 1999).

Perroni (1995), ao criticar a crença nos resultados estatísticos, afirma que a metodologia experimental é a que mais facilmente cai na ilusão da objetividade, pois é baseada numa visão estática da língua, dissociada do

homem, que chama de “visão antropofóbica”. Muitos recorrem ao método experimental pelas supostas vantagens que se teria para, primeiramente, obter informações que não poderiam ser obtidas apenas pela observação. Em segundo lugar, pela *replicabilidade*, isto é, o fato de outros pesquisadores poderem aplicar os testes com um grande número de sujeitos, o que levaria à *generalidade*, ou seja, seria possível tomar os sujeitos como representantes de um processo que se desenvolveria de forma uniforme na mente humana. Entretanto, afirma a autora, o controle das variáveis não significa que se está obtendo um resultado inquestionável.

Compartilhando da reflexão dos autores acima citados, passaremos a tratar mais especificamente de alguns dos testes utilizados para avaliar a linguagem na demência de Alzheimer e demais síndromes. Alguns serão selecionados para ilustrar os limites descritivos com relação às alterações que pretendem revelar.

Nitrini et al (2005) criticam a utilização dos mesmos testes de linguagem que são destinados à avaliação das afasias para a avaliação das demências e dos declínios cognitivos<sup>10</sup>. Além desta questão, na grande maioria das vezes, há uma tradução quase-literal dos testes, geralmente elaborados em inglês, sem uma adaptação cultural adequada e pesa ainda o fato de serem feitos em uma variedade padrão de língua, muitas vezes idealizada, voltada para indivíduos com alta escolaridade e grau de letramento.

Em versões sintéticas da avaliação de DA, o teste de linguagem mais utilizado – às vezes, o único - é o de fluência verbal (TFV), de Isaacs e Kennie (1973), que consiste em enumerar, no tempo de um minuto, o máximo de palavras de uma categoria (animais, frutas, cidades etc.). Segundo Beilke, Canineu e Novaes-Pinto (2008), os baixos escores no TFV têm servido nas pesquisas para indicar problemas de *linguagem* e, conseqüentemente, para validar o diagnóstico de DA já que, como vimos acima, alterações de linguagem são sintomas secundários necessariamente associados aos problemas de memória. Questionamos a validade do

---

<sup>10</sup> Fica implícito na afirmação dos autores, nos parece, que os testes seriam adequados para avaliar as afasias, o que seria uma afirmação também problemática. De qualquer forma, a percepção da inadequação dos testes em nada modifica os procedimentos de avaliação na clínica.

instrumento para este fim, uma vez que o TFV parece se configurar muito mais como um outro teste de memória - do tipo semântica<sup>11</sup>, mas não como um instrumento para avaliar a língua(gem).

Se a noção de “fluência verbal” é fundamental para afirmar sobre alterações de linguagem e pode contribuir para o diagnóstico diferencial da DA - já que pode revelar comprometimentos no funcionamento cognitivo que envolve simultaneamente linguagem e memória – propomos que se analise os enunciados dos sujeitos em situações reais de comunicação ou mesmo durante a resolução de problemas. A linguagem oral contém um grande volume de elementos como pausas, prolongamentos, hesitações, repetições etc., essenciais para a organização do discurso e que revelam a ocorrência de atividades epilinguísticas. Estas atividades são simultâneas às atividades linguísticas e geralmente não interrompem o fio do discurso, ao mesmo tempo em que permitem ao sujeito mudar/corrigir o rumo de seu dizer, adaptar o enunciado ao outro – inclusive monitorando o grau de formalidade, o uso do vocabulário, as estratégias de persuasão etc. Estes processos fazem parte de uma competência pragmática e discursiva, que é justamente o que pode estar alterada no início dos quadros de DA.

Não basta comprovar que nos enunciados dos sujeitos há pausas e hesitações, já que estes fenômenos são constitutivos do normal. Deve-se analisar a sua produção em função do “todo do enunciado”, buscando verificar se as pausas e outros fenômenos como repetição, produção de circunlóquios, digressões, dentre outros, revelam dificuldades do sujeito para nomear, para se lembrar de fatos, se há a perda do “fio da meada”, mudanças bruscas e inesperadas de tópicos, quebra de regras conversacionais etc. Analisados esses fatores, de fato os enunciados poderiam revelar dificuldades que fogem a uma “média típica”<sup>12</sup>, característica da linguagem de sujeitos *reais*, não de sujeitos *ideais* e podem se constituir como um fator mais seguro para o diagnóstico da DA do que os resultados de testes como o TFV.

<sup>11</sup> Trata-se de uma tarefa metalinguística que revela apenas um tipo de conhecimento enciclopédico da língua, a habilidade de armazenamento de um “léxico mental autônomo”.

<sup>12</sup> Conforme sugere Canguilhem (1995), para tratar da relação entre o normal e o patológico, quando descarta a média estatística.

Outro teste bastante utilizado mundialmente para avaliar linguagem é o Teste de Nomeação de Boston (TNB), de Kaplan, Goodglass e Weintraub (1983). O instrumento é composto de 60 figuras desenhadas em preto e branco, escolhidas segundo critério de frequência de ocorrência no léxico do inglês. Utilizar-se de desenhos para testar a capacidade de nomeação configura uma escolha de um tipo de significação imagética que pode influenciar no grau de dificuldade na realização da tarefa e, portanto, em seu êxito ou fracasso, principalmente num contexto de menos “tolerância” ou dialogicidade. Nesse sentido, Mansur (2006) observa que “devemos levar em consideração que as dificuldades com a representação bi-dimensional, assim como a clareza e redundância da informação visual podem influenciar o desempenho”, de modo particular nos indivíduos com menor grau de educação formal<sup>13</sup>.

Santaella; Nöth (1997, apud FORIGO, 2008<sup>14</sup>), no campo de estudos da semiótica imagética, afirmam que o processo de se atribuir sentido ou de se determinar um referente a partir de uma figura não é tão simples quanto parece, já que as figuras desenhadas a mão constituem um processo artesanal que depende da habilidade de um indivíduo para “plasmar o visível”. Novaes-Pinto (1999) acredita que o fato de diversas figuras serem “mal desenhadas” possa interferir nas tarefas de nomeação, mesmo em sujeitos não-afásicos, que não reconhecem os referentes<sup>15</sup>.

Novaes-Pinto (1999) discutiu os resultados de sub-testes da Bateria de Boston, dentre os quais os testes de nomeação. A crítica apontava para diferentes questões, dentre as quais ressaltamos, em primeiro lugar, a má qualidade dos desenhos; os sujeitos erravam muitas vezes porque não

---

<sup>13</sup> Segundo Mansur et al. (2006), no caso de indivíduos pouco escolarizados com lesões cerebrais, situação frequente em nosso país, corre-se o risco de se considerar déficit o que na realidade é desconhecimento.

<sup>14</sup> Relatório Parcial de Iniciação Científica, de Forigo, D., com o trabalho: “A significação imagética no contexto das baterias de avaliação de afásias e diagnóstico de demências e declínios cognitivos”.

<sup>15</sup> A esse respeito, Forigo (2008) afirma que “se não é possível afirmar que esta característica influencia diretamente no êxito na nomeação da imagem, é patente que o grau de indexicalidade do desenho (característica que na situação de testes é tratada como a “qualidade” do desenho) desempenha um papel importante na realização da tarefa, alterando o grau da função referencial da imagem apresentada” (s.p).

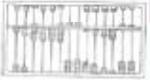
reconheciam as figuras (e.g. *aspargo, tripé* etc). A segunda questão diz respeito à escolha dos objetos a serem nomeados: de 60 figuras, grande parte diz respeito ao léxico de uma língua padrão, escolarizada, com muitas palavras de baixa frequência (e.g. *pergamimbo, barpa, esfinge, ábaco, unicórnio; dardo*, etc.). Em terceiro lugar, a metodologia de aplicação desconsidera na pontuação quando o sujeito acessa o nome a partir de um *prompt* dado pelo examinador, justificando que o sujeito não conseguiu acessar o léxico porque teria *perdido* sua representação mental. Sabemos, entretanto, que muitas vezes o sujeito não nomeia na situação do teste e poucos minutos depois nomeia o mesmo objeto em situação de comunicação. Os resultados, evidentemente, apontam para a existência de uma população muito grande de afásicos com *anomia* ou *dificuldades de encontrar palavras*; uma porcentagem muito maior do que observamos com relação aos mesmos sujeitos em situações dialógicas.

Os dados abaixo, com um falante nativo de língua inglesa<sup>16</sup>, no teste de nomeação, ilustram o fato de que não se trata apenas de problemas de tradução ou adaptação do teste para o Português. Observem-se, por exemplo, algumas das palavras de baixa frequência presentes no teste, relacionadas a uma variante linguística conhecida geralmente apenas por uma parcela da população altamente escolarizada. Mesmo considerando-se que, nos Estados Unidos, a grande maioria tem uma média de doze anos de escolaridade, sujeitos letrados como NB apresentam dificuldades para reconhecer alguns dos desenhos (*aspargo*, por exemplo). Há respostas que também evidenciam que não se trata de ter um problema no acesso a um nome, armazenado num léxico mental, mas de “saber o nome” de um determinado objeto para depois acessá-lo dentro de um tempo determinado, na situação de teste<sup>17</sup>. Vejamos, no **dado 1**, as respostas do sujeito **NB**, que cursou ensino superior, quando algumas das figuras do TNB são mostradas:

---

<sup>16</sup> Os dados foram colhidos por Novaes-Pinto, durante a realização de um estágio de pós-doutorado em uma universidade dos Estados Unidos. A análise foi publicada em Novaes-Pinto (2007), na Revista de Estudos Linguísticos, com o título “Análise linguística de dados obtidos em avaliações metalinguísticas de sujeitos com suspeita de demências”. As figuras foram incluídas para esta publicação.

<sup>17</sup> Todos nós já passamos pela situação de saber o que é um objeto, saber que sabemos seu nome, ter a sensação de que a palavra está na ponta da língua, mas não conseguir produzi-la. Se isso ocorre mesmo em situações dialógicas, maior ainda a chance de que ocorra em situações de avaliação metalinguística.

Figuras para serem nomeadas	Respostas do sujeito NB
Gaíta (harmonica) 	<i>Harp? (com a entonação de pergunta.)</i>
Unicórnio (unicorn) 	<i>A mythical animal; a horse with a horn.</i>
Ábaco (abacus) 	<i>I have no idea what that is; Chinese or Japanese for counting...</i>
Esfinge (sphinx) 	<i>Egypt... I know it has to do with Egypt...</i>
Aspargo (arpargus) 	<i>"I have no idea of what that is..."</i>
Sanfona (accordion) 	<i>Squeezing box My wife has got one... I call it a squeezing box...</i>
Paleta (pallette) 	<i>For painters... I don't know how they call it.</i>
Pergaminho (scroll) 	<i>Do you want me to read that? (ironizando, olhando para as minúsculas letrinhas – rabiscos - do desenho)</i>

**Quadro 1:** Dado 1. Respostas do sujeito NB para o teste de nomeação

Além dos testes de nomeação e das listas de palavras para serem memorizadas<sup>18</sup>, há um teste de categorização que demanda, a partir de pares de palavras, que se gerem os hiperônimos. Assim, se as palavras forem “maçã” e “banana”, por exemplo, o sujeito deve dizer “frutas”; para “barco” e “carro”, deverá dizer: “meios de transporte”, e assim por diante. O teste faz parte do CAMCOG, que compõe a bateria CAMDEX (The Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly, de Roth, M. et al. (1986).

A realização adequada desta tarefa deve evidenciar, segundo os autores, a capacidade preservada para abstrair, perceber traços relevantes de cada objeto e, posteriormente, generalizar. A tarefa em si poderia ser interessante e possivelmente ajudaria a inferir sobre as dificuldades do sujeito – sobretudo a respeito das relações semânticas – se não fossem outras variáveis, sobre as quais passaremos a comentar.

O próprio protocolo enfatiza a necessidade de se explicar bem a tarefa ao sujeito, dando exemplos (como os acima) até garantir que ele compreenda o que deverá fazer. No caso abaixo, um estudante estagiário aplicava o teste e não seguiu essa determinação. Passou apenas a repetir a pergunta do protocolo: *How are X and Y alike*, sendo a resposta esperada: *they're fruit*. O fato de o estagiário não dar exemplos, evidentemente, fez com que a interpretação do enunciado passasse a ser mais aberta do que o protocolo exigia. Se alguém pergunta: *De que forma uma maçã e uma banana são semelhantes*, não apenas o *nome da categoria* - a resposta “frutas” - pode ser a esperada, mas também outras características dos objetos, de forma a saturar as possibilidades – são frutas, doces, gostosas, podem ser compradas em mercados ou quitandas, não são muito caras, têm casca, podem ser usadas em vitaminas, dentre outras tantas possíveis.

Como poderemos observar no **Dado 2**, o sujeito **NB**, de 82 anos, com provável Demência de Alzheimer em um quadro inicial, tenta saturar as possibilidades na comparação. Reproduzimos os dados em sua forma original, sem tradução, para que se possa perceber a sutileza e ironia dos seus comentários.

---

<sup>18</sup> Listas de palavras muito utilizadas são as do “Rey Auditory Verbal Learning Test”, desenvolvido por André Rey, na França, em 1960.

Quando os elementos são objetos concretos, ele de forma apropriada os descreve e compara. Quando são abstratos, suas respostas são criativas, adequadas e evidenciam um trabalho altamente complexo, revelando habilidades linguístico-cognitivas preservadas, o que seria contrário ao diagnóstico dado, baseado nos resultados quantitativos considerados pelo examinador.

Palavras para serem categorizadas	Respostas do sujeito NB
piano x drum	<i>They both make noise</i>
orange x banana	<i>same color, fruit, tropical, tasty, buy them in a grocery store</i>
eye x ear	<i>both detect from your surroundings</i>
boat x automobile	<i>transport, take people to operate; go on a surface</i>
table x chair	<i>sit on both actually, 4 legs, stable (it has to be), can be connected</i>
work x play	<i>How do you make work into play? That should be the question... How are they alike? They can both be fun...</i>
steam x fog	<i>basically the same. When the humidity is high, you can't see through.</i>
egg x seed	<i>They are both eatable</i>
Democracy x monarchy	<i>they are both ruled by despots; both serve for controlling the people...</i>
poem x statue	<i>They can both be beautiful</i>
praise x punishment	<i>They both make you feel good; result of a behavior</i>
fly x tree	<i>Living creatures, air movement</i>
hibernation x migration	<i>Ways to avoid the winter, the bad weather, seasonal; birds do it... I don't know if fish...</i>
enemy x friends	<i>They are both your neighbors, people that have attitude that might change...</i>

**Quadro 2:** Dado 2. Respostas do sujeito NB para o teste de categorização<sup>19</sup>

Nosso objetivo não é o de comentar os baixos escores do sujeito: nos exemplos apresentados acima, ele “acertou”, segundo os critérios do teste, apenas cinco dos catorze pares apresentados. Se o objetivo da avaliação por meio dos testes é cercar-se de elementos mais objetivos para a avaliação de um quadro, percebemos que esse objetivo pode ser questionado quando respostas como a do sujeito **NB** são vistas como inadequadas. Desconsiderando-se as respostas efetivamente dadas por ele, perde-se a oportunidade de se constatar a “preservação” de habilidades cognitivas altamente complexas. Retomemos a resposta que ele dá para o par *democracia x monarquia*. **NB** não perde de foco que o que se busca são as semelhanças. O primeiro impulso talvez fosse

<sup>19</sup> As palavras em negrito são as esperadas como respostas no teste e foram, portanto, os únicos itens em que houve pontuação no escore. As demais respostas foram consideradas “erradas”.

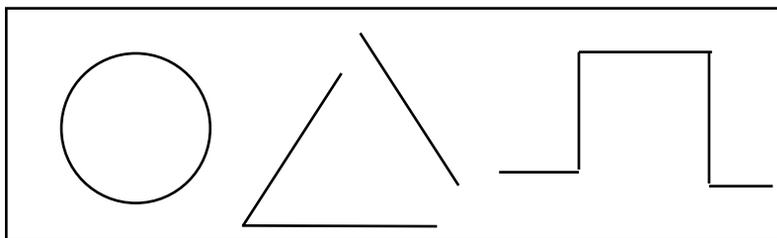
o de se referir às diferenças: dizer que na democracia o país é governado por um presidente, eleito pelo povo, e no caso da monarquia por um rei. Mesmo que viesse a resposta esperada pelo teste: “ambas são sistemas de governo”, não seria tão complexa quanto a relação que **NB** sugeriu: de que ambas são regidas por déspotas e que são meios de controlar as pessoas. Sua resposta revela um sujeito plenamente sintonizado com o momento social e político de seu país. Momentos antes ele havia comentado sobre a posição do presidente Bush com relação à guerra no Iraque e sobre sua política externa, desaprovando-a. É evidente que sua resposta ao teste, considerada errada, é totalmente adequada e vai muito além daquilo que era esperado. Para categorizar as palavras solicitadas, ele se coloca como sujeito – assim como fazemos na vida real – ao contrário dos testes, que visam justamente excluir a possibilidade de subjetividade.

Em conjunto com as demais respostas dos outros testes aplicados, os resultados indicaram que **NB** apresenta um declínio cognitivo importante, sendo que seu escore o mantém no grupo de provável Demência de Alzheimer. Os neuropsicólogos responsáveis pela avaliação em momento algum tiveram contato com as respostas do sujeito (acima transcritas) aos testes. As sessões não foram gravadas, nada foi anotado pelo estagiário - a não ser os números de acertos e erros, quantificados posteriormente por técnicos em estatística. O trabalho cognitivo do sujeito **NB** pode ser ainda revelado quando ele pede para que o examinador lhe explique como é possível, por meio das perguntas dos testes, saber como ele está *por dentro* (referindo-se ao cérebro). O estagiário respondeu que compara os resultados dos testes anteriores com os atuais. **NB**, então, infere rapidamente, brincando: *So... the trick is not to do so well on this one and do better next time*<sup>20</sup>.

Um outro exemplo pode ilustrar o fato de que todos os comentários que são feitos pelos sujeitos durante as tarefas metalinguísticas poderiam servir como pistas, não só para que pudéssemos compreender melhor cada caso, mas também para entrever as relações entre linguagem e outros processos cognitivos. Em um teste de discriminação de figuras, para avaliar a memória não-verbal, o sujeito **DR** - com 37 anos, que refere muitas dificuldades de

<sup>20</sup> Então o truque é não ir tão bem desta vez e fazer melhor na próxima.

memória e uma demência provocada por alcoolismo e uso de drogas - após perceber que estava indo muito bem, comenta sobre suas estratégias para memorizar as figuras. Uma das provas continha os seguintes desenhos, que deveriam ser reconhecidos posteriormente, dentre muitos outros:



**Ilustração 1:** Teste de discriminação de figuras

A estratégia desenvolvida por **DR** foi pensar em um “cenário” no qual via uma pirâmide, com o sol ao fundo. A terceira figura foi relacionada a um “padrão egípcio”, encontrado nos desenhos das roupas dos faraós. **DR** estabeleceu a relação entre os elementos isolados e os organizou em uma *cena enunciativa* (MAINGUENEAU, 1998). Essa estratégia é muito comum quando precisamos memorizar sequências verbais ou não-verbais. Quando o sujeito é capaz de explicitar qual foi a estratégia que estabeleceu para executar a tarefa, estamos diante de um dado inestimável para poder confirmar ou refutar hipóteses sobre o processamento linguístico-cognitivo, nesse caso sobre as relações entre linguagem e um tipo de memória que, apesar de caracterizada como *não-verbal*, foi permeada pela linguagem verbal para que pudesse ser armazenada e posteriormente acessada.

### **Avaliação por meio da análise qualitativa de episódios dialógicos**

Passaremos, a seguir, a apresentar análises de alguns episódios dialógicos, nos quais há pistas que julgamos serem singulares e que possibilitam entrever a relação entre a linguagem e a memória, além de revelarem alterações sutis – de natureza pragmática e discursiva – nos enunciados dos sujeitos com diagnóstico de DA.

### Dado 3: Episódio dialógico com AC

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

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

Quadro 3: Episódio dialógico com AC

Nesse episódio, o processo dialógico foi fundamental para o resgate da memória. IAC, irmã de AC, não contradiz seus enunciados, na medida em que são produzidos, mas complementa, interpela de forma adequada, permitindo que ela organize sua linguagem e também suas memórias. Nota-se que, no início do diálogo, ao ser indagada sobre o marido (linha 8), AC diz que ele teve um acidente, ficou doente, precisou fazer uma operação e logo morreu (linha 9). Ao final do enunciado, depois de se “lembrar” que também estava no carro, na hora do acidente, diz que ele “morreu na hora” (linha 16). As afirmações parecem ser contraditórias, pois a paciente afirma inicialmente que “ele estava sozinho”<sup>21</sup>. Entretanto, ainda na linha 9, percebe-se que quando ela descreve o momento do acidente, o relato é de alguém que estava presente, mesmo que ela negue (linha 11). Dá detalhes como o fato de ter sido “numa baixada”, quando o carro “deu um sapetão”, e faz também gestos indicativos, dêiticos, quando diz “assim” (linha 9).

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

O dado acima foi analisado em Beilke e Novaes-Pinto (2007), quando retomam alguns dos pressupostos sobre *linguagem* e sobre *memória* de autores que as definem como *trabalho* em uma perspectiva sócio-histórica e cultural:

A linguagem é entendida, neste estudo, como um sistema simbólico, por meio do qual as funções mentais superiores são socialmente formadas e culturalmente transmitidas. Nas palavras de **Franchi** (1977:92), “a linguagem, pois, não é um dado ou um resultado; mas um trabalho que ‘dá forma’ ao conteúdo variável de nossas experiências, trabalho de construção, de retificação do ‘vivido’ que, ao mesmo tempo, constitui o simbólico mediante o qual se opera com a realidade e constitui a realidade como um sistema de referências em que aquele se

<sup>21</sup> É evidente que este dado poderia ser explorado com relação ao funcionamento psíquico, uma vez que o bloqueio da lembrança está diretamente ligado a um evento traumático, o da morte do marido e ao fato de que ela sobreviveu. Não nos deteremos, porém, nesta análise, neste trabalho.

torna significativo”. A memória é, dessa forma, tida como prática social, historicamente constituída e organizada pela linguagem. **Cruz** (2004) concebe a memória como sendo toda palavra, todo enunciado e toda enunciação de um passado discursivo, os quais foram constituídos na cultura. **Smolka** (2000:187) afirma que o discurso constitui lembranças e esquecimentos e é pelo discurso que as lembranças vêm à tona. O discurso se torna um lócus da recordação partilhada para o sujeito e ao mesmo tempo para o interlocutor, organizando as funções mentais. A linguagem é fundamental na socialização da memória (p. 38).

Passemos à análise do dado 4, ocorrido entre o sujeito **HL** e seus interlocutores durante a aplicação do teste do Mini-Mental (Mini Exame do Estado Mental):

#### Dado 4: Episódio dialógico com HL

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

Turno	Sigla	Enunciado	Observações / Gestos
01	Ihb	Que dia é hoje, H.L.?	Repete a pergunta, enfatizando.
02	<b>HL</b>	Não sei.	
03	Ihb	E a hora, que horas são?	Repete novamente a pergunta.
04	<b>HL</b>	É cedo, né?	São quase 16 horas.
05	Ihb	Onde a senhora mora HL?	Repete, falando mais alto.
06	HL	Santo Amaro. <u>Quer dormi comigo?</u> <sup>21</sup>	FH esboça um sorriso.
07	Ihb	Quando a senhora faz aniversário?	
08	<b>HL</b>	Não lembro	Olha para FH
09	FH	Vai mãe faz uma força aí pra lembrar.	
10	<b>HL</b>	É ... dia 19 de agosto de...	
11	Ihb	Mil novecentos e...	Prompt.
12	<b>HL</b>	Vinte e sete.	
13	Ihb	Quantos anos a senhora têm?	
14	<b>HL</b>	Sô nova né. Tenho poucos anos.	
15	Ihb	O que a senhora mais gosta de fazer?	
16	<b>HL</b>	Tricô e vender roupa.	

Turno	Sigla	Enunciado	Observações / Gestos
17	Ihb	Como a senhora está de saúde?	
18	<b>HL</b>	Eu tô boa.	
19	Ihb	A senhora não tem nenhum problema?	
20	<b>HL</b>	Não, eu só não escuto muito bem.	

**Quadro 4:** Episódio dialógico com HL

Além de certa desorganização temporal, percebida quando questionada a respeito do dia e hora da entrevista, é o enunciado “Quer dormir comigo?” que chama a atenção. O investigador não demonstra estranhamento ou constrangimento, naquele momento, e segue em frente com a próxima pergunta: Quando a senhora faz aniversário? Embora possível, parece improvável supor que **HL** estivesse fazendo uma brincadeira com seu interlocutor (note-se, entretanto, que isso acontece no enunciado “Sô nova, né? Tenho poucos anos”), ou que estivesse realmente fazendo-lhe um convite. O último enunciado de **HL** (linha 20) – de que seu problema se reduziria a não escutar bem – também não condiz com os relatos feitos pelos familiares e com os exames neurológicos, assim como “fazer tricô e vender roupas”, embora tenham sido atividades realizadas por ela no passado, não são mais realizadas no presente, como **HL** afirma na linha 16. Enunciados como os que aparecem no dado acima parecem apontar para alterações características de quadros iniciais de DA e envolvem tanto a linguagem, quanto a memória. Foucault (1999) questiona por que um determinado enunciado é produzido e não outro, em seu lugar. Essa decisão tem a ver com as formações discursivas, que determinam o quê falar num determinado momento ou o quê não se pode ou não se deve falar. O falante deve conhecer as distintas opções de ação e as consequências imediatas ou futuras de cada uma delas. No caso de **HL**, alterações podem ter já comprometido as funções executivas mais complexas, que envolvem o planejamento da ação e da própria linguagem, como, por exemplo, o controle daquilo que pode ou não ser dito. O enunciado em *excessivo*, na situação inadequada, no momento inadequado, seria um *signal* da presença da doença<sup>22</sup>.

<sup>22</sup> O não questionamento ou retomada do enunciado de HL, com o objetivo de compreendê-lo, talvez possa ser considerado como uma forma de “interdição ao discurso do sujeito”, como propõe Foucault (1988). É como se o que ela disse não merecesse resposta, já que não fazia parte do teste (neste caso o MEEM), esse sim considerado “validado” por uma comunidade científica altamente respeitável.

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

Passemos ao dado 5, que se refere a um episódio dialógico com o sujeito **DG**.

### Dado 5: Episódio dialógico com o sujeito **DG**

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

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

**Quadro 5:** Episódio dialógico com o sujeito DG

Vimos, no início deste artigo, que muitas vezes os enunciados dos sujeitos diagnosticados com DA são prontamente atribuídos ao patológico. Basta o diagnóstico e é como se tudo o que é dito pelo sujeito carecesse de

sentido ou não fosse apropriado. É exatamente o que se percebe no dado acima. A pergunta feita a **DG** foi a respeito da sua fruta favorita (linhas 1 e 2) e não sobre a que comia todos os dias. A resposta adequada, para a filha de **DG**, é a que ela espera. Mesmo após responder “japoticaba” (linha 3), a sua filha insiste com o interlocutor Ihd para que repita a pergunta (o que ele faz na linha 6). De qualquer forma, o desfecho (linha 10) indica que muito provavelmente sua fruta favorita é mesmo japoticaba. Na linha 9, o fato de dizer “A fruta que eu como todo dia? Não sei o que eu como todo dia” não significa necessariamente que haja um problema de memória, mas talvez que ele apenas deseje “acertar” a resposta da pergunta, como se a filha a soubesse e ele não.

Para encerrar as análises e este artigo, citamos dois dados do mesmo sujeito: **ZR**, sendo o dado 6 de uma situação dialógica e o dado 7 a partir da aplicação do TNB. O objetivo de voltar à questão da avaliação metalinguística, neste momento, é apenas para evidenciar a diferença na competência linguística do mesmo sujeito em cada situação. Verifica-se que **ZR** tem grande dificuldade para selecionar a palavra-alvo que nomeia o objeto “cama”, no TNB, assim como ocorreu com todas as demais figuras:

### Dado 6: ZR na aplicação do TNB para nomear “cama”

Turno	Sigla	Enunciado	Observações / Gestos
01	<b>ZR</b>	Eu não gosto muito de ficar sem trabalhar sem... pegar minhas roupas... EL...para dançar	EI = enunciado ininteligível
02	Ihb	Sua vida foi dançar, né dona <b>ZR</b> ?	
03	<b>ZR</b>	Não, tem mais coisas...	
04	Ihb	Olha só, dona <b>ZR</b> , aqui tem umas figuras, eu queria que a senhora dissesse o que que é isso...	
05	<b>ZR</b>	Isso aqui?	Apontando a figura e pedindo confirmação.
06	Ihb	É.	
07	<b>ZR</b>	Cã...Calan?	Risos
08	Ihb	Isso aqui é uma cã...	Prompt para “cama”.
09	<b>ZR</b>	Cara...	
10	Ihb	O que é isso aqui?	

11	ZR	É...não, é... Cara...	
12	Ihb	Pra que serve isso aqui?	
13	ZR	Pra... /s/... /s/... pode falar?	Faz um gesto como se estivesse arrumando a cama.
14	Ihb	Podê, isso aqui não serve para dormir? é uma ca...?	
15	ZR	Cama.	

**Quadro 6:** ZR na aplicação do TNB para nomear “cama”

No **dado 7**, a seguir, podemos perceber que há pausas e hesitações e também alguns recomeços. Entretanto, sua produção é muito mais próxima ao que consideramos “normal”, se comparados ao dado anterior:

### Dado 7: ZR, durante episódio dialógico

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

**Quadro 7:** Episódio dialógico de ZR

Essa senhora, além de ter se saído mal no TNB, apresentou escores muito baixos no TFV. Durante o episódio dialógico, contudo, nas interações verbais, observa-se que as dificuldades para nomear não são tão graves. Observa-se ainda nos enunciados a presença de recursos como pausas e hesitações, que evidenciam o trabalho que ela realiza sobre os recursos da língua para elaborar seus enunciados, dentro de um padrão que nos parece absolutamente normal.

## Considerações finais

Nosso objetivo principal, neste trabalho, era o de apresentar questões concernentes à avaliação de linguagem na DA, contrapondo resultados obtidos em baterias neuropsicológicas validadas para tal fim – TNB, TFV, dentre outros - aos dados de episódios dialógicos com sujeitos com diagnóstico provável de DA em fase inicial, mesmo que tais situações interativas tenham sido deflagradas na aplicação de testes metalinguísticos<sup>23</sup>.

Buscamos também questionar a relação entre o normal e o patológico, tendo-se como parâmetros para a avaliação o funcionamento efetivo da linguagem, em situações reais de comunicação, e demais pressupostos de uma concepção discursiva. Destaca-se, nesta perspectiva, o papel do sujeito, como aquele que trabalha sobre os recursos da língua para produzir discursos significativos e que luta para preservar sua identidade e restaurar um equilíbrio de alguma forma abalado pela patologia.

Procuramos apontar para as vantagens de se valorizar a análise qualitativa das respostas e dos comentários feitos pelos sujeitos (mesmo que durante a aplicação dos testes metalinguísticos), que podem revelar capacidades linguísticas e cognitivas preservadas (ou não), superando os diagnósticos ancorados nas análises quantitativas que são extremamente valorizadas em função de sua pretensa objetividade.

Alterações que podem indicar comprometimento da linguagem e de sua relação com outros processos cognitivos (como memória) devem ser analisadas em relação a uma *média típica*, para um sujeito possível (CANGUILHEM, 1995) e não a uma *média aritmética*, para um sujeito idealizado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZHEIMER, A. Über einen eigenartige Erkrankung der Hirnrinde. In: **Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtlich**

---

<sup>23</sup> Como é o caso, por exemplo, dos dados 2, 4 e 5.

**Medizin**, vol. 64, 1907.

BEILKE, H. Considerações sobre a relação linguagem-memória, à luz da análise linguística dos enunciados de sujeitos com diagnóstico de Demência de Alzheimer. **Língua, Literatura e Ensino**, v. II, **Anais...**(edição eletrônica), Instituto de Estudos da Linguagem, da Universidade Estadual de Campinas, 2007.

\_\_\_\_\_; NOVAES-PINTO, R. On the relation language-memory: considerations based on the linguistic analysis of data of patients with the diagnosis of alzheimer's dementia. In: COMPOSIUM INTERNACIONAL DA INTERNATIONAL ASSOCIATION OF LOGOPEDICS AND PHONIATRICES, 2., 2007. São Paulo: **Anais...**, São Paulo: IALP, 2007. CD.

\_\_\_\_\_,CANINEU, P; NOVAES-PINTO, R. Re-significando o Papel da Fluência Verbal nas Avaliações da Doença de Alzheimer. In: CONGRESSO BRASILEIRO DO CÉREBRO, COMPORTAMENTO E EMOÇÕES, 4., 2008. Bento Gonçalves. **Anais...**, 2008. CD.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CAPLAN, D. **Neurolinguistics and linguistic aphasiology: an introduction**. Cambridge: Cambridge University Press, 1987.

COUDRY, M. I. H. **Diário de Narciso: discurso e afasia**. Análise de interlocuções com afásicos. 1986. [s.p] Tese (Doutorado em Linguística) – Instituto de Estudos da Linguagem da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1986.

COUDRY, M.I.H. **Diário de Narciso: discurso e afasia**. São Paulo: Martins Fontes, 1988 p.

COUDRY, M.I.H; POSSENTI, S. Avaliar discursos patológicos. **Cadernos de Estudos Linguísticos**, Campinas, n. 5, p. 99-109, 1983.

CYTOWIC, R.E. **The neurological side of neuropsychology**. Cambridge: MIT Press, 1996.

CHUI, H. Dementia: a review emphasizing clinicopathologic correlation and brain-behavior relationships. **Archives of Neurology**, Chicago, 46, p. 806–814, 1989.

CRUZ, F. M. **Uma perspectiva enunciativa das relações entre linguagem e memória no campo da Neurolinguística**. 2004. 204p. Dissertação (Mestrado em Linguística) – Instituto de Estudos da Linguagem da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

DAMASCENO, B.P. Envelhecimento cerebral: o problema dos limites entre o normal e o patológico. **Arquivos Neuropsiquiatria**, São Paulo, n. 57, p. 78-83, 1999.

DSM-III. **American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 3<sup>th</sup> ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980.

DSM-IV. **American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4<sup>th</sup> ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.

FORIGO, D. A significação imagética no contexto das baterias de avaliação de afásias e diagnóstico de demências e declínios cognitivos. **Relatório Parcial de Iniciação Científica**, PIBIC/CNPq, 2008.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1988

\_\_\_\_\_. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1969.

\_\_\_\_\_. **O nascimento da clínica** 5. ed. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1963.

GOODGLASS, H.; KAPLAN, E. **Evaluación de La Afasia y de Transtornos Relacionados**. Madrid: Editorial Medica Panamericana, 1996.

HERRERA Jr., E., CARAMELLI, P., NITRINI, R. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva, Estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, n. 25, p. 70-73, 1998.

ISAACS, B.; KENNIE, A.T. The set test as an aid to the detection of dementia in old people. **The British Journal of Psychiatry**, London, n. 123, p. 467-470, 1973.

JACOB FILHO, W. **Diagnóstico e tratamento**. v. 2, São Paulo: Ed. Manole, 2006.

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

MAINGUENEAU, D. **Termos-Chave da Análise do Discurso**. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 1998.

MANSUR, L. L. et. al. Teste de nomeação de Boston: desempenho de uma população de São Paulo. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, Barueri, v. 18, n. 1, p. 13-20, jan-abr, 2006.

NITRINI, R. et. al. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil. Avaliação Cognitiva e Funcional. Recomendações do Departamento de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. **Arquivo de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 63, n. 3-A, p. 713-719, 2005.

NOGUCHI, M. S. **A linguagem na Doença de Alzheimer**: considerações sobre um modelo de funcionamento linguístico-cognitivo. 1997. 102 p. Dissertação (Mestrado em Linguística) – Instituto de Estudos da Linguagem da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1997.

NOVAES-PINTO, R.C. **A contribuição do estudo discursivo para uma análise crítica das categorias clínicas**. 1999. 271 p. Tese (Doutorado em Linguística) – Instituto de Estudos da Linguagem da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.

NOVAES-PINTO, R.C. Análise linguística de dados obtidos em avaliações metalinguísticas de sujeitos com suspeita de demências. **Estudos Linguísticos**, Araraquara, v. XXXVI, n2, p. 311-318, 2007.

PAPALÉO-NETTO, M. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 1996.

PERRONI, M.C. O que é dado em aquisição da linguagem?. In CASTRO, M. F. (Org.). **O método e o dado no estudo da linguagem**. Campinas: Editora da Unicamp, 1995, p. 55 – 86.

RODRIGUES, C.; TOMITCH, L.M. B. **Linguagem e cérebro humano**: contribuições multidisciplinares. São Paulo: Artmed, 2004.

ROTH, M.; et al. A standardized instrument for the diagnosis of mental disorder in the elderly with special reference to the early detection of dementia. **The British Journal of Psychiatry**, London, n. 149, p. 698-709, 1986.

SACKS, O. **Um antropólogo em Marte**: sete histórias paradoxais. São

Paulo: Companhia das Letras, 1995.

SANTAELLA, M. L.; NÖTH, W. **A imagem**: cognição, semiótica, mídia. São Paulo: Iluminuras, 1997.

SMOLKA, A.L. A memória em questão: uma perspectiva histórico-cultural. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. XXI, n.71, p. 166-191, 2000.

*Recebido em 10/06/2008.*

*Aprovado em 23/06/2008.*

## **SOBRE OS AUTORES**

**Rosana do Carmo Novaes Pinto** é Mestre e Doutora em Linguística pelo Instituto de Estudos da Linguagem (IEL)/UNICAMP. Pós-Doutorado em Neuropsicologia e Neurolinguística pela Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, com estágio no Benton Laboratory of Neuropsychology da Universidade de Iowa, U.S.A. Docente do Departamento de Linguística do IEL/UNICAMP. E-mail: ronovaes@iel.unicamp.br

**Hudson Marcel Bracher Beilke** é Fonoaudiólogo, graduado pela Universidade Metodista de Piracicaba (UNIMEP) Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Linguística do Instituto de Estudos da Linguagem (IEL/UNICAMP) E-mail: hudson@beilke.com.br

Os autores receberam, em 2007, prêmio de Melhor Trabalho Científico, na categoria: Linguagem do Idoso e saúde coletiva, da IALP – International Association of Logopedics and Phoniatrics – com a pesquisa desenvolvida sobre o tema da linguagem na demência de Alzheimer, sintetizada neste artigo.