

# A narrativa na demência de Alzheimer: reorganização da linguagem e das “memórias” por meio de práticas dialógicas

(The narrative in Alzheimer’s dementia: reorganization of language and of the “memories” through dialogical practices)

Hudson Marcel Bracher Beilke<sup>1</sup>, Rosana do Carmo Novaes Pinto<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup>Instituto de Estudos da Linguagem – Universidade Estadual de Campinas (IEL-UNICAMP)

hudson@beilke.com.br; ronovaes@terra.com.br

**Abstract:** Narratives constitute a privileged locus for the analysis of the impacts of brain injuries or dementias on the subjects’ language and memory. This study analyses the narratives of AC, MIP e MC – being the first two cases referred to subjects diagnosed with Alzheimer’s Dementia and the third one to a subject who has reported memory problems after a brain surgery done to extract a tumor. All data show evidences about the role of language in the reorganization or reconstruction of “memories” and the role of qualified interlocutors in dialogical processes. This study is oriented by a social-historical-cultural approach, which understands language and memory as activities.

**Keywords:** Alzheimer; narrative; language and memory, neurolinguistics.

**Resumo:** As narrativas se constituem como um lugar privilegiado para a análise dos impactos das lesões cerebrais e das demências na linguagem e na memória dos sujeitos. Este estudo analisa as narrativas de AC, MIP e MC – sendo os dois primeiros casos relativos a sujeitos diagnosticados com Demência de Alzheimer e o terceiro a um sujeito que tem relatado problemas de memória após cirurgia para extração de um tumor. Todos os dados mostram evidências sobre o papel da linguagem na reorganização e reconstrução das “memórias” e o papel dos interlocutores qualificados, nos processos dialógicos. O estudo é orientado por uma abordagem sócio-histórico-cultural, que compreende a linguagem e a memória como atividades.

**Palavras-chave:** Alzheimer; narrativa; linguagem e memória; neurolinguística.

## Introdução: A linguagem no envelhecimento normal e na Demência de Alzheimer

Para dar início à reflexão sobre a linguagem na doença de Alzheimer (doravante DA), julgamos relevante apresentar algumas questões acerca do envelhecimento normal, já que muitos dos sinais que eram anteriormente atribuídos a essa fase da vida passaram a ser concebidos como patológicos.

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

Os critérios utilizados para caracterizar uma pessoa como *idosa* não encontram consenso na comunidade científica. Carvalho e Andrade (2000, p. 28, apud IBGE) criticam a utilização da *idade* como único critério definidor do conceito de *idoso*, pois paralelamente à evolução cronológica, coexistem fenômenos de natureza biopsíquica e social, importantes para a percepção da idade e do próprio processo de envelhecimento.

Para Damasceno (1999), o envelhecimento normal do cérebro pode estar acompanhado de alterações mentais superponíveis às de uma demência incipiente, levando a uma complexidade para o diagnóstico, o qual não se apresenta de forma única e objetiva. As mudanças com características patológicas na DA podem ser similares às observadas em cérebros senis, mas têm frequência e distribuição diferentes. Segundo Netto (1996), o envelhecimento patológico seria um sistema indutor e intensificador do processo normal.

Essa discussão está também presente em trabalhos de autores que há bastante tempo se preocupam com questões sociais relacionadas ao envelhecimento, como Bosi (1979) e Preti (1991). Bosi afirma que a velhice, “além de ser um destino natural do indivíduo, é uma categoria social”. Para Preti, essa categoria é muitas vezes condenada ao silêncio e à reclusão, pois se trata de um grupo discriminado e marginalizado também por sua linguagem.

A respeito da linguagem dos idosos, Marcuschi (1991) afirma que, se alguém perguntar sobre o que se entende por “conversa de velhos”, certamente serão lembradas as seguintes características: “é uma conversa comprida, sem fio, arrastada, pausada, cheia de histórias, lembranças do passado e por aí afora”. O autor<sup>1</sup> afirma, entretanto, que a “conversa de velhos” não se mostra como um evento caótico, “mas é organizado, regular e revelador, constituindo um fator central na construção da identidade social, tão forte quanto fatores como classe social, religião, sexo e raça”. Segundo Marcuschi, as estratégias utilizadas pelos idosos “em contextos de interação verbal constituem atividades com o objetivo de resistir e preservar sua imagem social no processo natural de envelhecimento”.

Novaes-Pinto (2009), ao abordar a exclusão social dos sujeitos, em decorrência de sua linguagem - no envelhecimento normal e no patológico - afirma que, em geral, a exclusão decorre de uma atitude preconceituosa e estigmatizadora. A autora cita o trabalho de Alkmim (2001, p. 40-41), quando afirma que “a linguagem é mais do que um simples instrumento de comunicação; é também um componente decisivo na formação de preconceitos sociais”.

Este trabalho tratará mais especificamente da linguagem na Demência de Alzheimer (doravante DA), com ênfase na produção das narrativas. Essas têm se constituído com um lugar interessante para se observar não só as dificuldades dos sujeitos com os processos linguísticos e cognitivos, mas também as possibilidades de resgate de eventos ocorridos no passado – as memórias – por meio das interações dialógicas, pela reorganização da linguagem, com o auxílio dos interlocutores.

## **Considerações sobre a demência de Alzheimer**

A *demência* não deve ser considerada *uma doença*, mas um conjunto delas. Em outras palavras, deve ser compreendida como uma *síndrome*.<sup>2</sup> Por ser decorrente de uma lesão difusa, pode apresentar múltiplas desordens, dificultando o diagnóstico que, segundo Cytowic (1996), depende substancialmente das análises

---

<sup>1</sup> O autor faz tais considerações no prefácio do livro de Preti (1991): “A linguagem dos idosos”, cujas referências completas encontram-se ao final deste texto.

<sup>2</sup> A noção de síndrome é fundamental para a neuropsicologia, principalmente para as visões localizacionistas. Caplan (1993 [1987]) afirma que a noção forte de síndrome – aquela na qual todos os sintomas são co-ocorrentes - não contempla as variações individuais. Na concepção de síndrome enfatiza-se mais os modelos - historicamente organicistas - do que os sujeitos reais.

sindrômicas, considerando-se ainda o seu curso temporal, aliado às informações como *etiologia e demografia*.

Quanto à etiologia, torna-se indispensável discorrer a respeito das diferentes lesões que levam ao diagnóstico – muitas vezes excessivo, principalmente da doença de Alzheimer. Doenças causadas por patologias razoavelmente circunscritas podem afetar regiões remotas do cérebro (princípio de *diaschisis*), assim como lesões não-focais dificilmente significam que a patologia seja homogênea, uma vez que podem estar anatomicamente espalhadas, porém restritas a uma única estrutura.<sup>3</sup>

Cytowic afirma que em indivíduos com demência espera-se encontrar atrofia na tomografia computadorizada (TC) e na ressonância magnética funcional (RMf), mas não há uniformidade dessas atrofia nas imagens. Por outro lado, a presença de uma atrofia não significa, obrigatoriamente, prejuízo cognitivo,<sup>4</sup> o que o leva a concluir que o diagnóstico da DA é, em geral, *provável*. O autor critica a atribuição do rótulo de DA a qualquer declínio cognitivo no envelhecimento. Isso se dá, segundo ele, pela necessidade de se rotular o que não se conhece.

O curso clínico das demências não segue nenhum padrão determinado. Os primeiros sinais podem ser sutis o suficiente para serem desconsiderados ou podem ser atribuídos a causas psicodinâmicas. As associações corticais toleram o impacto da patologia – pelo princípio da *adaptação* (ou reorganização funcional).

Embora a memória seja a função mais perceptivelmente comprometida, denunciada pela frequência e tipo de esquecimentos, análises minuciosas de dados de sujeitos em quadros iniciais podem revelar também o comprometimento de outras habilidades cognitivas, dentre as quais a linguagem. O quadro que se segue objetiva sintetizar a ocorrência de sinais linguísticos e cognitivos nas fases da doença (iniciais, intermediárias e avançadas) que, pela natureza deste trabalho, não serão analisados em detalhes neste artigo.

**Quadro 1: síntese das alterações de linguagem na DA**

| Sinais   | Estágio Inicial | Estágio Intermediário | Estágio Avançado |
|--|-----------------|-----------------------|------------------|
| Dificuldades de memória                                      | X               | XX                    | XXX              |
| Presença de anomia e produção de parafasias e de neologismos | X               | XX                    | XXX              |
| Presença de alterações pragmáticas                           | X               | XX                    | XXX              |
| Alterações sintáticas  |                 | X                     | XX               |
| Desrespeito às leis conversacionais (de natureza pragmática) |                 | X                     | XX               |
| Redução da conversação                                       |                 |                       | X                |
| Presença de <i>ecolalia</i>                                  |                 |                       | X                |
| Comprometimento auditivo para a Linguagem Oral               |                 |                       | X                |

<sup>3</sup> Uma alteração causada pela diminuição da mielina ou a falha no funcionamento de um neurotransmissor seriam exemplos desse princípio.

<sup>4</sup> Cytowic (1996) critica o fato de radiologistas (que não são especialistas em fenômenos cognitivos) inferirem sobre o diagnóstico de demência, baseando-se em neuroimagens que revelam diminuição do córtex, aumento dos sulcos e, principalmente, redução da formação hipocampal, que poderiam ser explicados pela senescência.

## A narrativa na doença de Alzheimer

O discurso de sujeitos com DA é comumente tido como “vazio de sentido e de razão”. Essa idéia foi criticada por Foucault, pois servia para justificar a interdição do discurso do louco na sociedade da sua época, já que nem amigos e nem familiares o consideravam relevante. Ainda hoje, tal discurso está presente na nossa sociedade, nas falas de médicos e de outros terapeutas, que desconsideram os sujeitos com DA e com outras patologias como interlocutores. Não é incomum encontrar situações em que os profissionais falam *sobre eles* com os acompanhantes, mas não falam *com eles*.<sup>5</sup> Foucault (1999) ressalta que, em seu tempo, a palavra do “louco” já recebia certa atenção por parte de pesquisadores, os quais buscavam sentido para seu discurso (quem dizia, como era dito, por quê era dito). Entretanto, foi apenas no final do século XX que aumentaram as pesquisas sobre o comportamento cognitivo, histórico e cultural de pacientes cérebro-lesados, com repercussão na linguagem. O interesse dos cientistas, entretanto, não alterou o cotidiano desses sujeitos.

A linguagem dos sujeitos *demenciados* é avaliada com base nos discursos que se constroem *sobre a demência*, muito mais em direção ao que se concebe como patológico do que em sua relação com a normalidade. Canguilhem (1995), a esse respeito, afirma que o normal e o 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” (p. 19). Como veremos nos dados que serão apresentados adiante, existem discursos relativamente coerentes e, a depender do grau de severidade e do curso da doença, apenas alguns enunciados denotam o que há de patológico nesses sujeitos. Nesse sentido, as análises orientadas pela perspectiva microgenética<sup>6</sup> ajudam a discernir sobre o que é da ordem do normal e o que é da ordem do patológico.

Coudry e Possenti (1989) afirmam que para analisar o discurso patológico se deve levar em consideração o discurso não patológico, com toda a sua incompletude e indeterminação que fazem parte da natureza da linguagem. Apontam ainda para o fato de que avaliações metalinguísticas, focadas nas regras formais da língua, que geralmente são os parâmetros para avaliar a linguagem nas patologias, são redutoras.

Para compreender os discursos que caracterizam a linguagem nas demências, especialmente na DA, os conceitos de *interdiscurso* e de *memória discursiva* são fundamentais. Todo discurso é uma construção social, não individual, e que só pode ser analisado considerando seu *contexto* histórico-social, a significação construída nas relações dialógicas; enfim, suas condições de produção.

As reflexões de Courtine (1981) tornam-se relevantes para essa discussão, pois ajudam a compreender como se dá a recepção dos discursos dos sujeitos com demência, numa sociedade logocêntrica como a nossa. As condições de produção são circunstâncias nas quais os “sujeitos do discurso” interagem e que passam a constituir a fonte das relações discursivas. Para o autor:

---

<sup>5</sup> Um exemplo disso é o fato de que se avalia a severidade da DA por meio de informações colhidas em um questionário que consta numa das baterias mais utilizadas na clínica, o CDR - Clinical Dementia Rating, aplicado aos cuidadores e/ou familiares dos sujeitos.

<sup>6</sup> A abordagem microgenética procura destacar um evento em particular, por meio do qual se possam compreender processos mais gerais. Nas palavras de Góes (2000, p. 4): [...] essa análise não é micro porque se refere a curta duração dos eventos, mas por ser orientada às minúcias indiciais, é genética no sentido de ser histórica, por focalizar o movimento durante processos e relacionar condições passadas e presentes, tentando explorar aquilo que, no presente, está impregnado de projeção futura.

[...] as condições de produção são comumente confundidas com a definição empírica de uma situação de enunciação. As relações entre estes lugares determinados se encontram representados no discurso por uma série de “formações imaginárias” que designam o lugar que o destinador e o destinatário se atribuem cada um a si e ao outro (...). (COURTINE, 1981, p.3)

Derivando do conceito de *condições de produção*, o conceito de *formação discursiva* surge pela primeira vez em 1969, em “Arqueologia do Saber”, de Foucault, interligado ao conceito de *formações ideológicas*. A formação discursiva determina, a partir da formação ideológica e de uma determinada conjuntura, o que pode e o que deve ser dito numa determinada situação. Para Maingueneau (1998, p. 86), o interdiscurso pode ser considerado como um conjunto de discursos (de um mesmo campo discursivo ou de campos distintos e ainda de épocas diferentes). Tratando-se de um discurso particular, o interdiscurso pode ser *o conjunto das unidades discursivas com as quais ele entra em relação*. Segundo Courtine (1981), o interdiscurso é o lócus do discurso, atravessado por outros, pelo tempo e pela história, pelo qual o sujeito enunciador dá coerência “*ao fio do discurso*”. Analisando os dados de sujeitos diagnosticados com demência do tipo Alzheimer, especialmente aqueles em quadros iniciais, a aplicação desse conceito parece ser produtiva para compreender os enunciados em que aparentemente se flagra a perda desse “fio”.

A noção de “memória discursiva”, introduzida por Courtine (1981, p. 49), é um dos conceitos que têm sido explorados no tratamento da relação entre linguagem e memória no campo das demências e dos declínios cognitivos (CRUZ, 2004; BEILKE; NOVAES PINTO, 2007). Para Maingueneau (1998, p. 96), a memória discursiva é considerada como uma interação verbal que se desenvolve no tempo, que participa constantemente de novos discursos; é toda palavra, todo enunciado e toda enunciação de um passado discursivo, os quais foram constituídos na cultura.

Passamos, a seguir, a apresentar análises de três narrativas: duas de sujeitos com diagnóstico de DA e uma narrativa de um sujeito com dificuldade de memória pós-cirurgia de clipagem de aneurisma. Tais episódios são singulares, na medida em que permitem que observemos aspectos do funcionamento da linguagem, da memória, bem como da intrínseca relação entre essas capacidades e demais funções cognitivas.

## **Análise e discussão dos dados**

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

**Dado 1: Episódio Dialógico com AC<sup>7</sup>**

| Turno | Sigla | Enunciado   | Observações / Gestos                                       |
|-------|-------|---|--|
| 1     | InvH  | Quantos anos a senhora está nessa casa?   |  |
| 2     | AC    | Ah faz...faz quantos anos?  | Sorri, olha para a irmã.                                   |
| 3     | AC    | Assim, definitivamente, definitivamente, faz o quê? Uns seis meses...   |  |
| 4     | Iac   | [ uns quinze anos ...   |  |
| 5     | Iac   | Não AC, desde que o Antônio morreu, você, você saiu de lá e veio pra cá.  |  |
| 6     | AC    | [ meu marido morreu...  |  |
| 7     | AC    | Daí vim pra cá, ainda tem a casa em Sorocaba, e eu ficava lá...   | Estão em Sorocaba  |
| 8     | 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<br><b>E ficou doente e precisou fazer uma operação e logo ele morreu...</b>               | * Aponta para a altura do peito<br>** faz gesto indicativo |
| 10    | Iac   | Mas escute, e você não tava junto?  |  |
| 11    | AC    | 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    | AC    | Ah esse aqui foi um acidente.   |  |
| 15    | Iac   | Então como foi esse acidente?   |  |
| 16    | AC    | 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<br>** Ac sorri              |

No episódio descrito no dado 1, o processo dialógico foi fundamental para o resgate da memória de um evento ocorrido no passado de AC. Sua irmã, Iac, não contradiz seus enunciados, enquanto estes vão sendo produzidos, mas complementa e interpela de forma adequada, permitindo que ela reorganize sua linguagem e também suas memórias. Nota-se que, no início do diálogo, ao ser indagada sobre o seu marido (turno 8), AC diz que ele teve um acidente, ficou doente, precisou fazer uma operação e logo morreu (turno 9). Ao final do enunciado, depois de se “lembrar” que também estava no carro, na hora do acidente, diz que ele “morreu na hora” (turno 16). As afirmações parecem ser contraditórias, pois AC tinha afirmado, inicialmente, que “ele estava sozinho”.<sup>8</sup> Entretanto, ainda no turno 9, percebe-se que, quando ela descreve o momento do acidente, o relato é de alguém que estava presente, mesmo que ela negue (turno 11). AC forneceu detalhes, como o fato de ter sido “numa baixada”, quando o carro “deu um sapetão”, e fez também gestos indicativos, dêiticos, como quando diz “assim” (turno 9).

Sua irmã chama a atenção para o fato de que existe uma cicatriz em sua mão direita (turnos 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?” (turno

<sup>7</sup> O referido dado foi analisado em Beilke e Novaes-Pinto (2007), quando retomam alguns dos pressupostos sobre linguagem e memória de autores que as definem como *trabalho*, em uma perspectiva sócio-histórica e cultural.

<sup>8</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.

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...”. Portanto, Iac, 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 – não só o referente (a própria cicatriz), mas toda a rede de significação associada a esse signo (a memória do acidente e todos os seus detalhes).

O próximo episódio refere-se a MIP, do sexo feminino, com 62 anos de idade, quando está na sala de atendimento para a primeira entrevista com InvH, acompanhada de sua filha Fmip, que é quem vai narrando fatos do passado de MIP (turnos 1 a 10).

### Dado 2: Episódio Dialógico com MIP

| Turno | Sigla | Enunciado  | Observações / Gestos |
|-------|-------|--|----------------------|
| 01    | Inv   | Fez até que série?   |                      |
| 02    | Fmip  | Fez primário, ginásio, colégio... Você conheceu o pai no colégio, depois você fez faculdade. Fez faculdade do que mãe? |                      |
| 03    | MIP   | ((silêncio)) junto com seu pai.  |                      |
| 04    | Fmip  | Não. Você fez faculdade de que curso?  |                      |
| 05    | MIP   | ((silêncio))   |                      |
| 06    | Fmip  | O pai fez arquitetura. E você?   |                      |
| 07    | MIP   | ((silêncio))   | Risada               |
| 08    | Fmip  | Matemática. E, depois o que você fez com a matemática?   |                      |
| 09    | MIP   | Parei!   |                      |
| 10    | Fmip  | Não!.  |                      |

A filha conta que MIP conheceu seu marido ainda no colégio, fizeram juntos a faculdade, ele de Arquitetura e ela de Matemática. MIP teve dificuldades para se recordar desses fatos. A filha continuou sua narrativa, dizendo que a mãe foi professora universitária durante 25 anos em uma universidade da região de Campinas, quando começou a apresentar alguns sinais, logo atribuídos à DA, e então se aposentou.

O diálogo entre MIP e InvH praticamente só se inicia no turno 11, transcrito abaixo, a partir do momento em que ele tenta reconstruir com ela os eventos.

### Dado 3: Episódio Dialógico com MIP

| Turno | Sigla | Enunciado  | Observações / Gestos             |
|-------|-------|--|----------------------------------|
| 11    | Inv   | A senhora lembra dessa época? A senhora começou a ter dificuldade... Lembra disso?         |                                  |
| 12    | MIP   |  | faz sinal que “sim” com a cabeça |
| 13    | InvH  | Que sentimento que a senhora tinha? O que acontecia?                                       |                                  |
| 14    | MIP   | Olha... eu <i>tava</i> saindo da escola, a <i>Silvia tava</i> comigo...                    |                                  |
| 15    | Fmip  | [a <i>Silvia dava</i> aula com ela.  |                                  |
| 16    | MIP   | e... <i>ai deu</i> um (gesto com os braços)... <i>deu</i> um “black”... <i>ai eu sumi!</i> |                                  |
| 17    | InvH  | Como assim?  |                                  |
| 18    | MIP   | Num...num...num <i>via</i> mais nada.  |                                  |
| 19    | InvH  | Deu um branco?   |                                  |
| 20    | MIP   | É, um branco.  |                                  |

|    |            |   |                                       |
|----|------------|---|---------------------------------------|
| 21 | InvH       | Não entendia o que estava acontecendo...  |                                       |
| 22 | <b>MIP</b> |   | faz sinal que “não” com a cabeça      |
| 23 | InvH       | nunca teve AVC, epilepsia, nada?  |                                       |
| 24 | Fmip       | Não. Então, foi por causa desse branco que deu pra ela na faculdade, que ela parou de trabalhar.  |                                       |
| 25 | InvH       | Conseguiu vir embora sozinha naquele dia?   |                                       |
| 26 | Fmip       | Conseguiu, depois voltou tudo ao normal... foi uma coisa rápida, momentânea... ela entrou em desespero, chamou uma professora, a Silvia, para ajudar a terminar a aula e depois disso ela falou “não quero mais dar aulas”. |                                       |
| 27 | <b>MIP</b> | Por causa do Alzheimer  | depois dessa fala, ri                 |
| 28 | InvH       | A senhora acha que tem Alzheimer?   |                                       |
| 29 | <b>MIP</b> |   | ri e faz sinal que “sim” com a cabeça |
| 30 | INV        | A senhora conhece esta doença?  |                                       |
| 31 | <b>MIP</b> | Ô!  | Risos                                 |

Apesar de seus enunciados serem bastante reduzidos, MIP conserva algumas das características do gênero narrativo (LABOV, 1967, apud PERRONI, 1992), como o verbo no passado (linhas 14, 16, 18), a presença de marcadores de encadeamento do discurso (linha 16), a presença do fato inédito (linhas 14, 16 e 18), que se refere ao momento em que ela teve um “branco” (apesar de ter dito *black*, talvez com o significado de “black out”).

Assim como no dado anterior (de AC), portanto, vemos que o fato de reconstruir conjuntamente a narrativa possibilitou que MIP recordasse alguns eventos passados, embora tenha se referido a eles de forma metafórica: *deu um black... aí eu sumi*. O enunciado de MIP lembra o que foi dito por Auguste D. – famoso caso do Dr. Alzheimer (apud HARDY, 2006) –, que sintetizou o que sentia após ter sido acometida pela DA, dizendo: *Eu me perdi de mim mesma*. Os enunciados de MIP e de Auguste D. nos levam a refletir sobre uma das principais características da DA – a perda da subjetividade, que vai ocorrendo à medida que a doença avança.

O próximo episódio não se refere a um sujeito com diagnóstico de DA.<sup>9</sup> Entretanto, trata-se de um dado singular sobre o papel da narrativa na reorganização da memória, pois é o próprio sujeito quem vai revelando como isso se dá, por meio de um trabalho dialógico realizado não somente com o investigador (InvH) mas com a esposa, como se vê no seguinte dado:

<sup>9</sup> MC teve sequelas de memória em decorrência de cirurgia de clipagem de aneurisma.



#### Dado 4: Episódio Dialógico com MC

| Turno | Sigla | Enunciado   |
|-------|-------|---|
| 01    | MC    | Uma coisa que eu sempre fiz na vida, desde adolescente... eu sempre assisti muito filme. Eu gosto de cinema. Se pegar aqui em Campinas, mesmo atualmente, eu vou pelo menos duas vezes por semana pra assistir um filme.  |
| 02    | InvH  | Ô coisa boa! E depois o senhor consegue lembrar do que viu?   |
| 03    | MC    | Assim... eu consigo lembrar, eu tento dialogar com minha mulher. Ela vai bastante, me acompanha, mas tem vezes que não dá para acompanhar. Eu vou sozinho; eu acho que fica difícil. Porque eu vou falar com ela. Se ela for comigo... tudo bem... a gente dialoga e eu tenho condição de falar coisa e entender. |
| 04    | InvH  | Então quando ela vai junto do senhor, o senhor consegue lembrar de mais coisas, conversando com ela?  |
| 05    | MC    | A gente dialoga mais.   |
| 06    | InvH  | E na conversa, o senhor vai lembrando de mais coisas, mais detalhes?  |
| 07    | MC    | Olha, eu acho que tem coisa que eu lembro e tem coisa que ela lembra pra mim. Que ela fala... “ó... tem tal coisa”. Mas também tem coisas que ela fala e é como se eu nunca tivesse visto. Mas é uma coisa que eu já elaborei na minha cabeça a possibilidade disso...  |

Os enunciados de MC ilustram a concepção de *memória* como *trabalho*, que está subjacente aos trabalhos realizados na Neurolinguística de orientação discursiva. Assim como a linguagem não é um dado, ou resultado (FRANCHI, 1992), a memória também não o é. Não se trata de um depósito de informações, de registros de impressões. Para que *memórias* sejam formadas e, posteriormente, “resgatadas”, é preciso que se construam *sentidos*. MC esclarece o papel de sua esposa como interlocutora. Quando ele “dialoga” com ela, por exemplo, sobre o filme que viram juntos, ela o auxilia na (re)construção dos sentidos e isso faz com que ele se lembre. Há dados que revelam as faces da patologia: *Mas também tem coisas que ela fala e é como se eu nunca tivesse visto* (linha 7), mas há outros que revelam as possibilidades de se minimizar a incompletude na/da linguagem e as dificuldades de memória decorrentes da patologia, por meio dos enunciados e das memórias do outro: *Olha, eu acho que tem coisa que eu lembro e tem coisa que ela lembra pra mim* (linha 7).

#### Considerações finais

Vimos, com as questões acima abordadas e, sobretudo, nas análises dos dados apresentados, que as narrativas dos sujeitos com dificuldades de memória (em particular os que recebem o diagnóstico de DA), não só revelam processos em desenvolvimento – normais ou patológicos, mas se constituem como *método* eficaz para a reconstrução/reorganização das memórias.

A construção de uma narrativa demanda uma (re)organização tanto das estruturas linguísticas (escolha lexical, encadeamento, uso de verbos no passado, apresentação de algo inédito que valha a pena ser contado, etc.), quanto dos fatos – das memórias – a serem narrados (reais ou fictícios).

Os dados evidenciam, ainda, que sujeitos com dificuldades decorrentes de lesão (como MC) ou de processos degenerativos do cérebro (como AC e MIP) se beneficiam muito da interação com interlocutores que temos chamado de “qualificados”. Com esse termo, não nos referimos apenas aos profissionais da área da saúde que foram

preparados para acompanhar terapêuticamente esses sujeitos,<sup>10</sup> mas a qualquer interlocutor que os auxilie na construção dos sentidos, buscando junto com eles desenvolver recursos alternativos para atingir o seu *intuito discursivo* (BAKHTIN, 1997 [1929]).

A análise dos episódios dialógicos contribui para a teorização sobre os processos cognitivos complexos, ao revelar aspectos do funcionamento da linguagem e da sua relação com a memória, além de permitir compreender variações individuais, uma vez que essas funções superiores complexas são histórica, social e culturalmente constituídas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALKMIM, T. Sociolinguística. In: MUSSALIN, F.; BENTES, A. (Orgs). *Introdução à Linguística: domínios e fronteiras*, Vol. 1, p. 21-27, São Paulo: Cortez, 2001.

BAKHTIN, M. *Estética da Criação Verbal*. Tradução de Maria Ermantina Galvão G. Pereira. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

BEILKE, H.M.B.; NOVAES-PINTO, R.C. On the relation Language-Memory: considerations based on the linguistic analysis of data of patients with the diagnosis of Alzheimer's Dementia. In: II COMPOSIUM INTERNACIONAL DA IALP (International Association of Logopedics and Phoniatics), II, São Paulo. Anais do II compositium internacional da IALP. São Paulo, 2007.

BOSI, E. *Memória e sociedade: lembranças de velho*. São Paulo: T.A. Queiroz, 1979.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. [1966]

CAPLAN, D. *Neurolinguistics and Linguistics Aphasiology*. Cambridge: Cambridge University Press, 1993. [1987]

CARVALHO, J. A. M.; ANDRADE, F. C. D. Envejecimiento de la población brasileña: oportunidades y desafíos. Anais do Encontro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de Edad. Santiago: CELEDADE; 1999.

COUDRY, M. I. H; POSSENTI, S. Avaliar discursos patológicos. In: *Cadernos de Estudos Linguísticos*, Campinas, n. 5, 1989.

COURTINE, J. -J. Analyse du discours politique: le discours communiste adressé aux chrétiens. *Langages*, Paris, n. 62, 1981.

CRUZ, F. M. *Uma perspectiva enunciativa das relações entre linguagem e memória no campo da neurolinguística*. 2004. Dissertação (Mestrado em Linguística) - UNICAMP, Campinas/ SP, 2004.

CYTOWIC, R. *The Neurological Side of Neuropsychology*. Cambridge, MA, USA: Bradford Books, 1996.

DAMASCENO, B. P. Envelhecimento cerebral: o problema dos limites entre o normal e o patológico. In: *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo, v. 57, n.1, p.78-83, 1999.

FOUCAULT, M. *A ordem do discurso*. São Paulo: Loyola, 1999.

---

<sup>10</sup> Devemos também esclarecer que nem todos os profissionais da saúde estão preparados para serem interlocutores qualificados, nesse sentido. Na maioria das vezes, trata-se a doença, não o doente.

- FRANCHI, C. Linguagem: atividade constitutiva. *Cadernos de estudos linguísticos*, Campinas, n. 22, p. 9-39, 1992.
- GÓES, M. C. R. de. A abordagem microgenética na matriz histórico-cultural: Uma perspectiva para o estudo da constituição da subjetividade. *Cadernos Cedes*, Campinas, SP, ano XX, n. 50, 2000.
- HARDY, J. A Hundred Years of Alzheimer's Disease Research. In: *Neuron*, v. 52, issue 1, p. 3-13, 2006.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil. In: *Estudos & Pesquisas – Informações demográfica e socioeconômica*. Vol. 9, 2000
- MAINGUENEAU, D. *Termos-chave da análise do discurso*. Belo Horizonte: UFMG, 1998.
- MARCUSCHI, L. A. Apresentação. In: PRETI, D. *A linguagem dos idosos*. São Paulo: Contexto, 1991. p. 9-13.
- NETTO, M. P. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Ed. Atheneu, 1996.
- NOVAES-PINTO, R.C. Preconceito Lingüístico e Exclusão Social nas Patologias da Linguagem. In: *Avesso do Avesso: Revista de educação e cultura*. Faculdade da Fundação Educacional de Araçatuba/SP (ISSN: 1678-7862), Vol. 5, n. 5, p. 8 – 36, Araçatuba, SP, 2009.
- PERRONI, M.C. *Desenvolvimento do Discurso Narrativo*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- PRETI, D. *A linguagem dos idosos*. São Paulo: Contexto, 1991.