

**ASPECTOS PRAGMÁTICOS NA LINGUAGEM DE UM SUJEITO  
COM DIAGNÓSTICO DE DEMÊNCIA DE ALZHEIMER**

Gisleine FONSECA BATISTA

(Orientadora): Profa. Dra. Rosana C. Novaes Pinto

(co-Orientador): Hudson Marcel Bracher Beilke

**RESUMO:** No presente trabalho, trataremos de algumas questões de linguagem relacionadas à Demência de Alzheimer, doravante DA, principalmente dos aspectos pragmáticos e discursivos. Para isso, será abordado o caso de um sujeito (AYG), com diagnóstico médico de DA, em fase inicial da doença, em situações dialógicas, à luz da abordagem da Neurolinguística Discursiva (IEL) e de questões da Pragmática, mais especificamente as máximas conversacionais de Grice. Além disso, também nos atermos a algumas questões que tratam do envelhecimento normal e patológico e como a DA interfere nesse processo. A análise busca compreender melhor as estratégias do sujeito para se manter no jogo da linguagem.

**Palavras-chave:** Linguagem, Demência de Alzheimer, Memória e Aspectos pragmáticos e discursivos

### **Introdução**

No Brasil, o número de idosos passou de três milhões em 1960, para sete milhões em 1975 e 14 milhões em 2002 (um aumento de 500% em quarenta anos). Temos, hoje, 18 milhões de idosos e teremos em 2022, 33 milhões. (Panhoca, 2008)

Segundo a Organização Mundial de Saúde, é considerado idoso qualquer pessoa a partir de 60 anos de idade. Tal consideração é avaliada segundo o envelhecimento fisiológico, o que não impede uma pessoa de ser social e intelectualmente ativa. A saúde intelectual e física nesse processo é de grande valia. Esses podem ser equilibrados através de atividades sociais e de lazer que não deixam com que o indivíduo, em fase de envelhecimento, se sinta excluído da sociedade e incapaz de exercer funções.

Entende-se por envelhecimento as alterações fisiológicas que ocorrem ao longo do tempo em organismos multicelulares. Tais alterações acontecem nas moléculas e nas células que acabam por prejudicar o funcionamento dos órgãos e do organismo em geral. Porém, neste processo deve-se considerar a dimensão biológico-funcional de cada sujeito. Não basta constatar um declínio de função; *é necessário caracterizar as limitações frente à capacidade e às possibilidades*

*de reabilitação, adaptação e suporte que possam ser oferecidas a cada pessoa, com vistas à preservação da sua autonomia, independência e envelhecimento bem-sucedido.* (KOMATSU, 2003)

Canguilhem (1995) comenta que a sociedade, utilizando seus próprios padrões de exclusão, é responsável pela determinação do que se constitui como normal e como patológico. O autor procura diferenciar semanticamente os conceitos de “anormalidade” e “anomalia”, deixando claro que o teor do tratamento deve ser direcionado às situações anômalas. A capacidade de adaptar-se a uma nova condição de vida, mesmo com anomalias, faz com que o envelhecimento não se constitua como processo anormal.

Ao definir as características de envelhecimento normal, Netto e Ponte (1996) argumentam sobre as fases pelas quais passa o organismo humano ao longo da vida, ou seja, a puberdade, maturidade e envelhecimento, deixando claro que facilmente se identificam as transições de uma fase para a outra. Entretanto, os autores comentam sobre a dificuldade de definição quanto às etapas do próprio período de envelhecimento, visto que este é marcado por declínios funcionais que, geralmente, começam de forma quase que imperceptível na segunda década de vida.

Para os autores acima, o envelhecimento normal está relacionado à diminuição da atividade enzimática, declínio funcional e alterações teciduais, celulares, moleculares, com perda das células de alguns tecidos e desorganização estrutural que aumentam progressivamente e ocorrem ao longo da vida. Como exemplo, perdemos 0,2% das células neurais, ao ano, isto constitui um processo que é próprio do envelhecimento normal (Netto, 1996). E o declínio natural que incide na quarta década da vida, não se restringe somente às alterações funcionais, mas também a uma gama de alterações teciduais, celulares, moleculares e enzimáticas, podendo ocorrer perda de células nos tecidos. O padrão de alterações que se verificam na Doença de Alzheimer, entretanto, não está relacionado aos fatores de envelhecimento normal. Faz-se oportuno lembrar que o envelhecimento “normal” que citamos está sendo aqui tratado como “típico”, mas cada sujeito terá um envelhecimento diferente, devido aos aspectos sócio-culturais vivenciados por eles. Fatores que devem ser considerados, extrínsecos, assim como cigarro, álcool, drogas, sedentarismo, dietas, meio ambiente e massa corpórea interferem no processo de envelhecimento.

De acordo com Damasceno (1998, *apud* Beilke, 2007), o envelhecimento normal do cérebro pode ser 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, objetiva. Não existe um marcador seguro do limite entre o idoso com um envelhecimento comum, normal e o idoso com início da DA - nem mesmo o gene característico da

doença de Alzheimer: o alelo Apólipoproteína E, que representa um fator de risco para o desenvolvimento da DA. Entretanto, muitos indivíduos que têm este alelo jamais se tornam dementes. Há, segundo o autor, grandes semelhanças entre o padrão de envelhecimento normal com as fases iniciais da D.A. O autor afirma que o declínio da memória "operacional" e da memória "secundária" ("recente") é maior que o da memória "primária" ("imediate") e da memória "terciária" ("remota").

Diante disto, faz-se muito importante o estudo com idosos, já que é uma população que cresce em números, e muitos são os fatores que interferem em sua qualidade de vida. Dentre eles, a DA uma das doenças que mais acometem idosos.

### **Demência de Alzheimer**

A Demência de Alzheimer é o principal tipo de demência. Alguns dados (Ortiz, 2005) apontam para uma incidência de DA de 5% na população acima de 65 anos e outros apontam para o índice de 1 em cada 3 idosos, sendo que as demências mistas (DA associada a múltiplos infartos) ocupam o segundo lugar. A DA ocorre devido a uma atrofia acentuada do córtex cerebral e pela perda de neurônios corticais e subcorticais, causando um deterioro das funções corticais superiores, apresenta um padrão progressivo, gradual e persistente, sendo que seu início é insidioso.

O nome "Demência de Alzheimer" (DA) originou-se em 1910 em homenagem ao neurologista alemão Alois Alzheimer, que foi o primeiro a descrever a doença (demência pré-senil), destacando os sintomas provocados pela deterioração progressiva das funções cerebrais.

Caracteriza-se pela formação de placas b-amilóides e emaranhados neurofibrilares. Além disso, foram mapeadas no cromossomo 19, mutações no gene da proteína precursora b-amilóide, cuja função é secretar a apolipoproteína-E4, que é uma molécula responsável pelo transporte de colesterol no sangue. Acontece ainda uma hiperfosforilação da proteína TAU, que causa perda progressiva da homeostase celular.

Alguns critérios foram estabelecidos (DSM-IV, APA, 1994) a fim de se avaliar se os sinais da DA estão relacionados ao desenvolvimento de déficits múltiplos, sendo que o sintoma definidor que está presente desde o início da doença é o comprometimento da memória e ao menos um dos seguintes: afasia, apraxia, agnosia, transtornos das funções executivas. Estes sinais têm início gradual e contínuo e causam comprometimento social e ocupacional, porém não podem estar associados ao uso de drogas, depressão ou quaisquer transtornos psiquiátricos.

Em vista da dificuldade de se obter evidências patológicas diretas da presença da doença de Alzheimer, o diagnóstico apenas pode ser feito quando outras etiologias para demência foram descartadas, como: traumatismos cranianos, tumores cerebrais, acidentes vasculares cerebrais, arteriosclerose, depressão, hidrocefalia, hipotireoidismo, entre outras (DSM-IV).

O *National Institute of Neurologic and Communicative Disorders and Stroke–Alzheimer’s Disease and Related Disorders Association* (NINCDS–ADRDA) classifica a DA em definitiva (diagnóstico clínico com confirmação histológica), provável (síndrome clínica típica, sem confirmação histológica), ou possível (características clínicas atípicas, mas sem outro diagnóstico alternativo aparente e sem confirmação histológica). É muito comum apresentarem distúrbios de memória para fatos recentes e desorientação espacial, como afirmam Nitrini e Bascheschi, *apud* Noguchi, 1997.

Com a evolução da doença, o sujeito pode apresentar alterações comportamentais, sinais neuropsiquiátricos, apatia, agressividade, agitação, alucinações e alterações afetivas.

Dentre as características da doença de Alzheimer, o comprometimento cognitivo gradual de evolução lenta acaba por afetar as funções cognitivas específicas globalmente, configurando um quadro afásico, apráxico e agnóstico, como afirma Beilke, 2007. Por isso, faz necessária a avaliação integral da linguagem, da coordenação motora, das condições perceptivas sensoriais, capacidade de abstração, raciocínio, atenção e a memória.

As alterações de linguagem (aspectos fonético/fonológicos, sintático, semântico/lexical, pragmático/discursivo), cognitivas e de comportamento devem ser avaliadas e identificadas.

A avaliação deve ser realizada precocemente e deve auxiliar na composição do diagnóstico diferencial.

### **Linguagem na Demência de Alzheimer**

O referencial teórico que respalda nossa reflexão é o da Neurolingüística Discursiva, que vem sendo desenvolvido no IEL (Instituto de Estudos da Linguagem) /UNICAMP, desde a década de 80, inicialmente com os estudos de Coudry (1986/1988). Este, por sua vez, foi formulado a partir de teorias pragmáticas e discursivas desenvolvidas na Lingüística a partir da década de 70, principalmente a Pragmática, a Análise do Discurso, a Aquisição de Linguagem.

Estamos inseridos no mundo “na e pela linguagem”. Segundo Capra (2002), os processos vitais estão relacionados com a estrutura cognitiva da vida; e foi essa relação associada às novas formas de organização que determinaram o

surgimento da linguagem e da consciência. Processos vitais, como linguagem e pensamento, perpassam toda dinâmica da vida, caracterizada por evoluções e involuções que determinam o sujeito.

Dentre os processos mentais superiores, a linguagem se torna no idoso com DA um ponto complexo para avaliação. Em geral, as tarefas são descontextualizadas, centradas na organização do sistema da língua (fonético/fonológico, sintático, lexical/semântico), não sendo dada ênfase aos processos discursivos-pragmáticos, que são justamente os que se apresentam alterados nas fases iniciais da DA.

A DA é classicamente dividida em três estágios: Inicial, moderado ou intermediário e severo ou avançado. Alguns sinais podem ser notados nos diferentes estágios da doença, sendo que as alterações de memória aparecem primeiramente e se agravam com o desenvolvimento, além das alterações pragmáticas que também estão presentes desde o início da DA e não são avaliadas nos testes tradicionais.

No estágio inicial, aparece dificuldade no desenvolvimento de sucessões de idéias; os sujeitos percebem suas dificuldades e desenvolvem estratégias para ocultar seus déficits (Bayles, 1982), ou ainda, apresentam dificuldade para iniciar e acompanhar conversações em situação complexa, tendências a repetições e a digressões, dificuldade de entender situações de humor, sarcasmo e analogias verbais, anomia seguida de parafasias e neologismos, como afirma Nogushi (1998).

Segundo Bayles (1982), no segundo estágio há comprometimento da memória principalmente em recontagem de histórias, em expressão verbal, presença de frases vazias de sentido ou irrelevante; comprometimento na repetição de frases. Há presença de dificuldades de compreensão. Nesse estágio se dá o início das alterações sintáticas e fonológicas, além dos problemas semânticos já existentes. Overman & Geoffrey (1987) afirmam que, na leitura, os sujeitos com DA substituem palavras por outras e na escrita cometem erros ortográficos e gramaticais sem ao menos reconhecê-los, produzindo um texto sem sentido.

No estágio severo ou avançado os sujeitos constroem frases, aparentemente, com estruturas alteradas (Bayles, 1982) e têm todas as funções lingüísticas comprometidas; redução da expressão oral; ecolalia, a compreensão auditiva para a linguagem falada fica severamente prejudicada e o quadro lembra uma afasia global (Nogushi, 1998).

Praticamente não há estudos descritivos e analíticos da linguagem dos sujeitos com diagnóstico de demência. Predominam apenas as pesquisas quantitativas, baseadas nos resultados dos testes metalingüísticos. Vale dizer também que há poucos estudos sobre acompanhamentos terapêuticos com

sujeitos com DA e a Neurolingüística Discursiva se mostra como um importante campo teórico e metodológico para que essas pesquisas se desenvolvam.

A maioria dos testes se propõe a avaliar as funções cognitivas, tais como memória, atenção, habilidades construtivas, mas nenhum avalia de fato a linguagem. Aspectos pragmáticos raramente são referidos, apesar de dificuldades estarem presentes nas fases iniciais da DA. Não nos deteremos, entretanto, na questão da avaliação tradicional, visto que o objetivo deste trabalho não é o de questionar a metodologia tradicional, mas apresentar uma alternativa que envolva a análise lingüística, principalmente dos aspectos pragmáticos/discursivos.

A análise dos episódios dialógicos do sujeito estudado será baseada nas *Máximas Conversacionais de Grice* (1970). Estas tratam das condições que governam a conversação e trazem como premissa o *Princípio de Cooperação*, o qual rege todas as outras máximas, as quais são: quantidade (a contribuição no diálogo deve ser informativa e requerida; não devemos ser mais informativos do que o necessário, pois isso pode comprometer a compreensão, além de ser perda de tempo); qualidade (a contribuição, no jogo discursivo, deve ser verdadeira e deve ser dito apenas o que forneça evidência verdadeira); relação (as informações devem ser relevantes) e modo (a maneira como a informação é passada deve ter clareza, não pode conter ambigüidade, os sujeitos devem ser breves, ordenados cuidar do que dizem e como dizem).

Estas *máximas* e o *princípio de cooperação, que regem o discurso*, devem ser respeitados para atingir metas com nossos atos de fala e permanecer no jogo dialógico.

## **Objetivos**

Analisar dados de um sujeito com diagnóstico de DA inicial, em situações dialógicas, com intuito de observar as estratégias utilizadas por ele para se manter no jogo da linguagem, bem como possíveis alterações pragmáticas e discursivas, tendo como parâmetros as máximas conversacionais de Grice.

## **Sujeitos e Método**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada no IEL (Instituto de Estudos da Linguagem/ Unicamp), com um sujeito com diagnóstico provável de DA, em estágio inicial.

Os episódios dialógicos e de avaliação cognitivo/lingüística foram filmados e transcritos, com base no Projeto NURC<sup>5</sup>.

A análise foi orientada pela Neurolingüística Discursiva (Coudry, 1986/88) a qual tem a Linguagem como uma “atividade” e “processo” e não como um “dado” ou “resultado” (Franchi, 1977), bem como por teorias pragmáticas, como a de Grice, 1970, que trata das Máximas conversacionais.

O sujeito deste estudo monográfico é também sujeito da pesquisa de Beilke. O pesquisador tem o consentimento do sujeito AYG para realizar a pesquisa (por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do CCA).

AYG tem 81 anos, é casado e tem cinco filhos, atualmente aposentado (exerceu a profissão de Medicina até 1994, com função de clínico geral e obstetra). Tem diagnóstico médico inicial de DA. O sujeito usa como medicação, Excelon 3mg.

AYG não apresenta queixas. Para ele, sua memória está boa e ele não tem nenhuma alteração de linguagem. Os fatos que esquece, na verdade, não tem relevância para ele; não são importantes, pois como está aposentado não precisa se preocupar a certos acontecimentos. Porém sua esposa relata algumas alterações na memória de curto prazo e acredita que AYG deva realizar acompanhamento especializado para a memória.

Na avaliação realizada por Beilke (IEL/UNICAMP), foram obtidos os seguintes dados, com a aplicação de testes padronizados: Mini Exame do Estado Mental (MEEM), em acertou 30 perguntas, das 30 apresentadas; teste de Similaridade, no qual obteve todos os pontos; teste de fluência verbal (TFV), em que citou 10 nomes de animais em um minuto; reconhecimento de provérbios obteve bom escore, porém nos resultados do teste do Cerad (com relação à memória), notamos que AYG não obteve um bom resultado, pois acertou 4 das 12 sentenças apresentadas. Devemos levar em consideração que AYG apresenta alto grau de escolaridade e, portanto reserva cognitiva importante.

## **Análises e Discussão**

A seguir, serão apresentados dados de episódios dialógicos de AYG.

No episódio 1, AYG mostra dificuldades de memória e possíveis alterações pragmáticas. Ele disfarça suas dificuldades por meio de estratégias como ironia (turno 51), mudança de assunto e apoio na esposa e com a desculpa de que se esqueceu.

### Episódio 1:

Data: 29/01/2008 Atividade: Primeira entrevista. AYG é questionado sobre seus filhos, quantos têm e seus nomes.

Legenda: InvH e InvR– Investigador

AYG – sujeito

41	InvR	<b>Tem filhos?</b>	
42	AYG	<b>Tenho*, três... Tinha**...tinha cinco...</b>	*Faz sinal de sim com a cabeça **Olha para a esposa que faz cinco com a mão
43	InvH	Qual o nome deles?	
44	AYG	(vo lembra os nomes, deixa eu ver) José Carlos, Mariana, Fernando... Será que eu to esquecendo de algum?*	*Dirigindo-se a esposa
45	Eayg		Faz sinal de cinco com as mãos, sorrindo.
46	InvH	O senhor falou três, ou seja, dois aconteceu alguma coisa?	
47	Eayg		Faz sinal de seis com as mãos, para InvH
48	AYG	Não!	
49	Eayg	Eram seis!	
50	InvH	<b>Eram seis, o que aconteceu? São três filhos que o senhor falou agora o nome</b>	
51	AYG	<b>é... os outros eu não sei...perai... será que eu já matei algum antes do tempo?*</b>	*rindo

Neste episódio há uma possível alteração pragmática quando AYG “brinca” que “matou um filho”. Esta não é uma afirmação que uma pessoa faria referindo-se a filhos, principalmente em uma situação de avaliação.

No episódio a seguir (2), AYG revela arrogância e infringe o princípio de cooperação, quando diz que o investigador não pode ajudá-lo e não reconhece a autoridade de seu interlocutor. Quando diz “até logo, bom dia”, revela que não quer continuar com o diálogo.



### Episódio 2:

Data: 12/02/08 Atividade: Terceira entrevista. InvH fala da importância do acompanhamento.

194	InvH	Deixa eu pergunta uma coisa: o senhor acha que eu posso te ajudar a melhorar o seu desempenho cognitivo?	
195	AYG	<b>Ó, não é que pode melhora. Eu não me sinto deficiente com relação a isso. Então...Não é questão...Por mim...tá tudo bem ,até logo, bom dia!</b>	

No episódio 3, AYG admite que não precisa tirar sua carteira de motorista porque foi uma autoridade militar. Isso mostra uma alteração pragmática, já que normalmente não faríamos essa revelação a uma pessoa que mal conhecemos.

### Episódio 3:

Data: 07/04/08 Atividade: Quarta entrevista. AYG não quer renovar sua carteira de motorista e sua esposa o questiona sobre isso.

14	InvH AYG	Então, porque senão vai causar uma dor de cabeça maior, ser parado na pista, o cara vai... [ <b>Posso contar pra ele?*</b>	* Esfrega a mão no rosto e se dirige a E
15	Eayg	Pode, pode.	
16	AYG Eayg AYG Eayg AYG Eayg	<b>Porque eu sou coronel... da polícia. Então:::</b> [ Mas, transgredir uma coisa não é bom, a gente tem que andar de acordo com os conformes. [ <b>Mas, eu não to querendo transgredi, só tô explicando porque eu não me importo.</b> [ Mas, usar de uma posição não está certo. [ Eu já usei quando? [ Eu to falando pra frente. Se tem as regras, vamos usar as regras, porque é o certo.	

## Considerações Finais

AYG infringe as máximas conversacionais propostas por GRICE (quantidade, qualidade, relação, modo) e, principalmente, o Princípio de cooperação, o qual rege todas as máximas.

Os níveis formais da linguagem são comprometidos mais tardiamente nos quadros demenciais ou potencialmente de DA e uma análise lingüística qualitativa de episódios dialógicos permite observar sinais que são sutis ou que não são avaliados nos testes tradicionais e nem referidos pelos acompanhantes.

A participação da Lingüística na investigação de fenômenos como a DA e outros quadros demenciais pode auxiliar na elaboração de protocolos qualitativos que permitam ajudar no Diagnóstico diferencial.

É possível fazer inferências para a prática fonoaudiológica/ terapêutica, uma vez que as interações travadas com interlocutor qualificado (Beilke, 2007) podem retardar os efeitos das alterações neurofisiológicas, auxiliando na reorganizar da linguagem e da memória pelo sujeito.

---

## Referências Bibliográficas:

- BEILKE, H.(2007)Considerações sobre a relação Linguagem-Memória, à luz da análise lingüística dos enunciados de sujeitos com diagnóstico de demência de Alzheimer. In: IV Anais do SEPEG: Seminários de Pesquisas da Graduação (IEL).
- CANGUILHEM, G.(1995) O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- CAPRA, F.(2002) As conexões ocultas: ciência para uma vida sustentável. São Paulo: Ed. Cultrix.
- COUDRY, M. I. H.(1988) Diário de Narciso - Discurso e Afasia. 1ª. ed. São Paulo: Martins Fontes.
- CRUZ, F. M.(2004) Uma perspectiva enunciativa das relações entre linguagem e memória no campo da neurolingüística. Tese de Mestrado, UNICAMP: Campinas/ S.P.
- DAMASCENO, B. P.(1999) Envelhecimento cerebral: O problema dos limites entre o normal e o patológico. Arq. Neuro-Psiquiatr., vol.57, no.1. p.78-83.
- DSM-IV.(1995) Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Trad. Dayse Batista, 4a ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- GRICE. H. P.(1982) Lógica e conversação. In: DASCAL. M. (org.) Fundamentos metodológicos da lingüística: pragmática, problemas críticos, perspectivas da lingüística. Vol. 4. Cap. 4. Campinas.
- LURIA, A. R.(1986) Pensamento e Linguagem: as últimas conferências de Luria. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas.
- NETTO, M. P.(1996) Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada, São Paulo: Ed. Atheneu.
- NITRINI, R. Caramelli, P. BOTTINO, C. M. de C. DAMASCENO, B. P. *et al.*(2005) Avaliação Cognitiva e Funcional: recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. Arq Neuropsiquiatr;63(3-A).
- NOGUSHI, M.S.(1998) A Linguagem na doença de Alzheimer: Considerações sobre um modelo de funcionamento Lingüístico. Dissertação de mestrado. UNICAMP.

- NOVAES-PINTO, R.C.(1999) A contribuição do estudo discursivo para uma análise crítica das categorias clínicas. Tese de Doutorado. Inédita. IEL/Unicamp.
- NURC- Estudo da Norma Lingüística Urbana Culta. CASTILHO; PRETI, 1986-1987, p.9-10.
- ORTIZ, K. Z. BERTOLUCCI, P. H. F.(2005) Alterações de linguagem nas fases iniciais da Doença de Alzheimer. Arq Neuropsiquiatr;63(2-A):311-317.
- VYGOTSKY, L.S.(1986) A Formação Social da Mente. 2º ed. São Paulo: Ed. Martins Fontes.