

A FALA DE PACIENTES COM DEMÊNCIA NA CLÍNICA DE LINGUAGEM

Juliana MARCOLINO-GALLI
Mariana EMENDABILI (PUC-SP)
Maria Francisca LIER-DeVITTO

Universidade Estadual do Centro-Oeste
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

jumarcolino@hotmail.com
mariemendabili@hotmail.com
f.lier@uol.com.br

Resumo: A “perda de memória” corresponde ao primeiro e mais importante sinal do *aparecimento de quadros de demência* caracterizados, na Medicina, como um processo cerebral degenerativo que tem como correlato cognitivo a *perda de memória*. É na fala que, primeiramente, este sinal aparece com o esquecimento de nomes. Desse modo, relação linguagem-memória é central nas pesquisas sobre quadros de demência. Este trabalho afasta-se do conceito de memória como estocagem e a linguagem como expressão de conteúdos. A relação memória-linguagem é investigada a partir do pressuposto de que o sujeito é efeito (é-feito) de linguagem e que, também, memória é efeito (é-feita) de linguagem. Pressupostos que estão em consonância com as reflexões empreendidas pelos pesquisadores do grupo de pesquisa “Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem, coordenado por Lier-De Vitto e Arantes no LAEL/DERDIC (PUC-SP)”. Neste trabalho, a fala de paciente em fase inicial de demência é apresentada e destaca-se a repetição de cenas vividas. Questiona-se a insistência ou repetição de textos em uma fala bem articulada.

Palavras-chave: demência; linguagem; clínica; fala; patologia.

1. Afasias e Demências: diferenças teórico-clínicas

A Demência é um diagnóstico médico caracterizado pelo “desenvolvimento de múltiplos déficits cognitivos, que incluem *comprometimento da memória* e, pelo menos, uma das seguintes perturbações cognitivas: afasia, apraxia, agnosia ou uma *perturbação do funcionamento executivo*” (DSM IV). Nota-se que a perturbação na memória é o principal sintoma e afasia (alteração da linguagem) é um sinal associado. Isso quer dizer que as alterações cerebrais presentes na demência alteram a memória e, conseqüentemente, há prejuízo na linguagem.

A atuação do fonoaudiológico nas demências é recente. O que se vê, via de regra, são propostas de prevenção, sustentadas pelo discurso da neuro(psico)linguística e/ou um tratamento da linguagem muito semelhante ao que se faz com afásicos. Na prevenção, parte-se do pressuposto que a oferta de estratégias cognitivas, como o treino da memória, associada à vida social ativa, são mecanismos privilegiados na prevenção de demências (YASSUDA, 2009). Sobre o tratamento, não há relatos sobre os efeitos em um quadro que é progressivo. De um modo geral, espera-se que se possa lentificar o avanço dos estágios da doença.

Sob esta ótica, o agravamento das alterações na linguagem é ditado pela progressiva perda da memória. Os sintomas de linguagem na Demência do tipo Alzheimer (DTA) são usualmente comparados com falas afásicas. É bastante frequente afirmar que:

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

No **estágio intermediário**, a linguagem torna-se parafásica. As frases são interrompidas (e abandonadas) e muitas são, em si, confusas. Cummings (1985) sustenta que as alterações de linguagem nesse estágio são similares àquelas da *afasia transcortical sensorial* ou da *afasia de Wernicke*.

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

Além da descrição de sintomas por estágio da doença, a frequência e ordem de aparecimento também são considerados, quais sejam: problemas para encontrar palavras; dificuldade para nomear objetos; dificuldade para escrever uma carta; prejuízo na compreensão de instruções; dificuldade para sustentar a conversação; problemas para completar sentenças; tendências para repetir ideias; problemas de compreensão da leitura; produção de sentença sem sentido; diminuição da fala (conversação); assuntos inadequados (impróprios); tendência para interpretações literais (BAYLES, 1991 *apud* ROMERO, 2005).

A classificação em estágios, fundamentada nos sintomas e no seu grau de severidade, sustenta a avaliação e a terapêutica fonoaudiológica nos quadros demenciais. Romero (2005) afirma que objetivo principal no acompanhamento desses pacientes é a identificação da progressão dos sintomas e, quando possível, a elaboração de um “plano terapêutico individualizado, visando uma melhor qualidade de vida do paciente e de sua família.” (op. cit., p. 318). Entenda-se, ainda, que o critério que estabelece um plano terapêutico individualizado é o estágio de evolução demencial em que o paciente se encontra (inicial, intermediário ou final). Além disso, a palavra “plano” remete ao modelo pronto de ação para o paciente de determinado estágio da classificação da DTA. O planejamento delineado por estratégias comunicativas será o que o familiar e o cuidador vão utilizar na interação com o paciente. Tais estratégias são divididas de acordo com os estágios de evolução da DTA. Por exemplo, no estágio inicial recomenda-se que o familiar (e o fonoaudiólogo) use frases simples e curtas; diminua a velocidade de fala; dê uma instrução de cada vez; seja literal; simplifique o vocabulário; evite frases ou palavras com duplo sentido; entre outras. No estágio intermediário deve-se: dar uma informação de cada vez; utilizar perguntas simples e

fechadas para que o paciente não se perca na resposta; enfatizar expressões faciais e utilizar as estratégias do estágio anterior, citadas anteriormente. Já no estágio avançado deve-se utilizar toques para manter a atenção do paciente e utilizar o contato de olho e correlacionar o nome com o objeto.

Chama a atenção que: (1) tudo o que se diz sobre linguagem resvala o senso comum (revestido de uma terminologia científica, diria Chomsky, 1954). A exclusão de uma reflexão lingüística sólida parece deixar a porta aberta para a sustentação do discurso médico – que não mostra qualquer implicação com conquistas da Linguística, ignorando o funcionamento autônomo da língua inaugurado por Saussure (1916/1989). Podemos dizer que a língua (*la langue*) não é função cognitiva nem está, portanto, submetida ao pensamento. Além disso, (2) deve-se problematizar se as alterações na linguagem de pacientes com demência são, de fato, afasias. Ou ainda, se a bipartição demência – afasia importa ao clínico de linguagem. Isso porque o encontro do clínico é sempre com uma fala singular. Há uma especificidade na fala desses pacientes que indagam a direção de tratamento? (MARCOLINO e EMENDABILI, 2011, oral).

Sobre a terapêutica, como se vê na Fonoaudiologia, o uso de “estratégias facilitadoras da comunicação” com os pacientes é enfatizado. No planejamento terapêutico, o terapeuta assume o controle da fala do paciente e do diálogo através destas estratégias, sejam elas perceptuais ou ilusoriamente lingüísticas. Espera-se, com essas “técnicas”, um diálogo linear entre terapeuta e paciente. O terapeuta, então, parece não poder suportar ou lidar com o que é característico destas falas: deslizamentos e a suposta “perda de referência externa”.

Sob esse ponto de vista, diálogo é troca de mensagens (codificação e decodificação) em uma relação dual. Para tanto, deve contar com a integridade das funções cognitivas de emissor e de receptor. As “estratégias facilitadoras” que devem regular o diálogo com o paciente visam uma *simplificação da fala* (frases curtas e literais, vocabulário simples) para que se possa colocar em relevo o que é essencial para que a comunicação seja efetiva. A ideia parece ser a de que a simplificação pode *fazer as vezes* da função cognitiva deteriorada e garantir que o paciente tenha um maior sucesso “na sua entrada no diálogo”. Deve-se dizer, ainda, que Romero (op. cit.) não esclarece qual seria o critério que define o que faz com que uma palavra seja *simples*. O critério deve ser, provavelmente, o mesmo que define essa “categoria” nos *testes de linguagem* utilizados por médicos e por fonoaudiólogos: o de *frequência de ocorrência da palavra na fala espontânea* – palavras mais frequentes são mais simples, palavras menos frequentes são mais complexas. Salientamos que tal pressuposição (existência de palavras *mais simples* e palavras *mais complexas*) é estranha a um pesquisador/clínico comprometido com uma teoria de linguagem e revela a adesão de Romero à visão organicista/comportamentalista da linguagem. Em propostas terapêuticas como a de Romero, segundo Tesser, é a “tríade estímulo – resposta – reforço [...] que configura o diálogo” (TESSER, 2004, p. 33). Pode-se afirmar, então, que não há possibilidade de sustentar a noção de diálogo quando se inibe a fala do paciente para que somente as supostas respostas corretas sejam ditas, além disso, outras falas, isto é, as falas “não esperadas”, são ignoradas.

Este trabalho parte da noção de diálogo entendida na vertente teórico-clínica elaborada no interior do Grupo de Pesquisa *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem* coordenado pela Profa. Dra. Maria Francisca Lier-De Vitto e Profa. Dra. Lucia Arantes, no LAEL/PUC-SP. Tesser, pesquisadora deste grupo, pontua que o diálogo se configura como *modus operandi* da terapêutica que se implementa na clínica. Nessa vertente teórica, a noção de diálogo está atrelada à de interação, porém “quem assujeita é a *linguagem*, não o *parceiro*” (LIER-DE VITTO, 1998 *apud* TESSER, 2004, p. 10). Assim, o diálogo na clínica não é nem decodificação de mensagens, nem controle de estímulos. É através dele que são executados procedimentos implementados por um clínico de linguagem – entrevistas, diagnóstico e terapia – lugares que configuram a sua especificidade em relação a outros clínicos e a um

leigo. Nesse sentido, Fonseca (2002) afirma que na clínica de linguagem “interpretar um sintoma linguístico é, em última instância, procurar depreender o lugar do sujeito na língua e o movimento da língua nele”.

Apesar de afasias e demências remeterem a um problema cuja *etiologia é cerebral*, a diferença entre essa determinação não aproxima o que dela emerge como efeito em quadro e em outro. Do ponto de vista orgânico, a afasia decorre de uma lesão cerebral estável e a demência implica lesão degenerativa e gradual do cérebro – trata-se de uma doença neurológica progressiva, o que, de antemão, deveria interrogar propostas clínicas. Do ponto de vista linguístico, a clínica e a reflexão de autores filiados à Clínica de Linguagem¹, introduziram nessa discussão a questão do sujeito, mais precisamente, como mostraram Lier-DeVitto, Fonseca e Landi (2007), ao indicar diferenças na relação do sujeito com a própria fala e com a do outro. Podemos dizer, com Fonseca (1995, 2002), que o afásico guarda na escuta a sua fala de antes da lesão cerebral e, por isso, reconhece que seu dizer afásico é expressão de uma *fala em sofrimento*. Essa cisão na escuta do afásico propulsiona a demanda: que o clínico possa mudar sua condição de falante (FONSECA, 2012). A afasia e demência remetem a quadros distintos para a Clínica de Linguagem, seja por sua manifestação sintomática, seja pelo efeito que produz no sujeito-falante (FONSECA, 2011).

Ao iniciar um processo diagnóstico de pacientes com demência, questões teórico-clínicas e éticas impõem-se: pergunta-se se a práxis com pacientes afásicos, já tão cotidiana numa Clínica de Linguagem, poderia direcionar um caminho para atendimento de pacientes demenciados. É preciso partir da queixa: o paciente com demência, invariavelmente, queixa-se de dificuldades com a memória e este não é o caso com pacientes afásicos. É preciso perguntar “o que essa queixa significa para um fonoaudiólogo, clínico de linguagem”? Como ele *escuta* essa queixa? Afinal, o que é memória para uma clínica que se diz de linguagem?

2. A Clínica de Linguagem nas demências

Na demência, fragmentos vindos de textualidades diversas irrompem na fala e a descaminham. Na maioria das vezes, os demenciados não se dão conta imediatamente dos deslizamentos desestruturantes e disruptivos deixando o discurso à deriva. Interessante que em algumas vezes, mesmo nos estágios avançados da doença, o paciente está sob efeito do que diz e isso, nas propostas vigentes, é ignorado pelo terapeuta (LANDI, 2007).

Emendabili (2010), em sua dissertação de mestrado, pode visualizar a possibilidade de uma clínica de linguagem com o objetivo de “sustentar o falante na fala” nas demências. Nesse caso, o clínico deve suportar “ficar tanto fora de um sentido desejado ou antecipado”, como sugere Fonseca, para poder garantir uma escuta diferenciada para aquele paciente e manejos para o caso. Essa possibilidade se abre porque as autoras (Landi, 2007 e Emendabili, 2010) reconhecem ligações esparsas do sujeito com uma história – uma história que fica fragmentada e descosturada em sua “fala vazia”. Em outras palavras: “a despeito da dissociação profunda entre fala e escuta e entre fala e realidade, a despeito, inclusive, do falante não se apresentar no intervalo entre os significantes” (LANDI, 2007, p. 114), a Clínica de Linguagem não se esquivar de enfrentar essas falas “vazias” e “demenciadas”.

Não se esquivar demanda se indagar como o paciente demenciado se apresenta ao clínico. Como questionou Fonseca (2011), poderíamos dizer que os “encontros” com os pacientes e intervenções feitas em relação às falas estariam num âmbito clínico? São encontros, são sessões?

¹Proposta que se origina no grupo de pesquisa Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem, coordenado por Lier-De Vitto e Arantes na PUC-SP/DERDIC/LAEL. As reflexões estão em consonância com o estruturalismo europeu (Saussure e Jakobson) e com a Psicanálise (hipótese do Inconsciente).

Muitas vezes, a característica da fala é ser evanescente tanto para quem diz, quanto para quem escuta. Nos dizeres desses pacientes, muitas vezes monológicos, “o significante é movediço, não há ponto de apoio para o outro puxar ou sustentar uma cadeia de fala” (EMENDABILI, a sair). Contudo, há um texto ali numa cadeia que hesita, que é intercotada e evanescente e, também um texto que flutua e que não consegue se “concretizar”.

Difícil é suportar esta instabilidade que a demência produz tanto no paciente quanto na fala/escuta do terapeuta que, muitas vezes, se vê atado pela exclusão/barreira que o sintomático impõe à ação clínica. (EMENDABILI, a sair) Esta instabilidade leva, aparentemente, a descaminhos enunciativos, o que pode parecer insuportável, ou melhor, insustentável.

A partir da nossa experiência clínica, observamos que estágios finais e iniciais se sobrepõem. Dito de outro modo, mesmo que a demência progrida com o passar do tempo, a fala do paciente subverte essa cronologia descrita em estágios – há instabilidade no curso da doença. Por exemplo, familiares referem “momentos de lucidez” quando seus parentes demenciados já estão voltados ao mutismo. Sobre esse “enigma”, Goldfarb (2004) fala sobre Dona Pierina, com 95 anos e diagnóstico de demência do tipo Alzheimer. Esta senhora havia nascido e residido na Argentina até seus 90 anos. Tendo recebido o diagnóstico da doença, ela vem morar com o filho no Brasil. A patologia segue o seu curso: ela deixa de reconhecer seus filhos, não reconhece lugares. Por questões familiares, ela retornou a Argentina. No momento de se dirigir ao aeroporto, a senhora mostra “uma lucidez momentânea”: lembra-se de todos e da sua casa. Repentinamente, é como se a relação com a realidade irrompesse para, em seguida, desfazer-se. Nesse estágio final, contudo, não há comunicação, nem diálogo, nem outro. Em termos saussureanos, a demência toca na relação entre sincronia e diacronia. Não se nega que algo passa no tempo, mas somente uma proposta estrutural poderá enfrentar a sobreposição de estágios que o sujeito e sua fala subverte.

A Clínica de Linguagem – posição teórica deste trabalho - sublinha a importância da “escuta para **densidade significativa**” (LIER-DeVITTO, 1997, 2000 e outros). A posição teórica e clínica que decorre da relevância dada ao **significante em falas sintomáticas** nos levará a Saussure e à Psicanálise para trabalhar a ideia de que **linguagem não é função cognitiva e, portanto, nem a memória**.

O argumento deste trabalho ganha força com a leitura de Freud, já que a linguagem e memória são postas lado a lado, sem hierarquia. A memória é-feita de linguagem, o que tem consequências teóricas e clínicas para a Clínica de Linguagem.

Freud submete a memória ao funcionamento do aparelho – a memória é trilhamento - e põe em jogo a dupla função da linguagem, como assinalou Lacan (1959-60/1995). Assim, admite-se que o inconsciente tem propriedade de estrutura, como a linguagem e, também se dá ao encontro do sujeito com a realidade, como função comunicativa.

Neste ponto, vemos com maior clareza, que o funcionamento psíquico é memória governada por uma estrutura de linguagem. Linguagem não é memória – Freud não autoriza esta leitura – mas é certo que esses domínios são “concomitantes dependentes” para utilizar uma expressão do próprio Freud em *A afasia* (quando ele ressignifica o paralelismo psicofísico de Jackson).

No início da doença, o sujeito se ancora em frases e cenas vividas, que retornam numa repetição insistente. Elas se cristalizam com a progressão da doença e tornam-se falas cristalizadas que aparecem “fora de tempo e de lugar”, em expressão de Lier-DeVitto (2005). Parece que com o avanço da demência, há mesmo uma espécie de perda de consistência, não há mais encontro do sujeito com a realidade, face imaginária em termos lacanianos. Os enunciados vêm como blocos esclerosados e derrotam a eficácia do **Simbólico**.

Mesmo com a gradativa dissolução subjetiva e linguística, um sujeito insiste. Em alguns casos, em período avançado da doença, restam apenas murmúrios, choros, gritos sem dor, sem afetação. Há dissolução subjetiva, mas algo resta e tem força para favorecer os tais

“momentos de lucidez”.

Aos poucos, a demência dissolve lembranças e laço social; dispersa a unidade, o efeito de significação e a referência. Entretanto, enquanto ainda resta algo de imaginário e de simbólico – caminho possível para uma direção clínica.

Tanto o Interacionismo, quanto a Clínica de Linguagem voltam-se para aquele Saussure que foi reconhecido pela leitura lacaniana: aquele que a Linguística *não* pode ler. Lacan viu ali a importância do significante e a possibilidade de inconsciente e estrutura. Ele afirmou: “o inconsciente é estruturado como uma linguagem”, que dizer: “o inconsciente é a presença do significante” LEMOS (2002, p. 52). O estruturalismo europeu caminhou, depois de Saussure, na tentativa de articulação da língua na fala (Jakobson, 1960; Benveniste, 1902-1976/2005), mas não pode desenvolver uma teorização sobre o sujeito-falante. Essa questão excede o programa da Linguística. É exatamente nesse ponto de excesso, ponto que implica o sujeito, que Lacan avança e legitima a “doutrina significante”. Ele valoriza, com Freud, o fato e que aquilo que escapa ao falante – o equívoco – pode invadir a fala e perturbar a cadeia. Nesse momento: “a *representação gramatical* cede lugar a uma *articulação significante*” (LIER-DeVITTO e FONSECA, 2012, p. 70). A entrada do sujeito na cadeia, como disseram Lier-DeVitto e Fonseca (2012), deixa ver a não coincidência entre **falante** e **sujeito**.

Se, como disse Coelho (1967, p. 28), a estrutura pode implicar um sujeito, que “nunca se tornar visível na plena evidência dessa cena”. Isso quer dizer que “a fala é a condição necessária para um sujeito desaparecer” (LEMOS, 2006, p. 62). O sujeito desaparece na cadência da fala, ainda que ocorram “invasões” inesperadas – aí ele faz sua emergência imprevisível.

Falas sintomáticas suspendem a ilusão de a fala é uma sucessão de signos. No estágio final da demência, dilui-se o efeito comunicativo e a operação deixa de ordenar a realidade. Rompe-se a referência externa, mas a fala insiste, bastante articulada do ponto de vista sintático – há como que uma cristalização da representação gramatical em detrimento da mobilidade da cadeia significante. Sendo esse o caso, não há surpresas (lapsos, tropeços, por exemplo) porque temos **menos sujeito**, mas, digamos, **há mais fala/falante** do que nas afasias. Há fala bem estruturada, mas elas são “vazias”. Pouco a pouco, perde mais um tanto: fica **menos sujeito** e **menos falante** – o caminho é o silêncio.

3. A repetição da fala no início da demência

No período inicial da doença, um drama subjetivo pode ser escutado, não pelo sofrimento, mas pelo arrebatamento subjetivo. O que se vê é resistência à própria demência e ao final da vida. Vejamos, abaixo, a fala da senhora Marlene no início da demência do Tipo Alzheimer – o que nos remete à menos sujeito e mais fala/falante (MARCOLINO-GALLI, 2013).

A paciente queixa-se da “falta de memória”, mas não sustenta quando indagada sobre sua queixa. Ela oscila entre “aumentar” e “fracassar” a memória, entre ter ou não Alzheimer: ela disse que quer “sarar logo disso”. Neste momento, ela também diz sobre o seu fracasso – cerebral e de posição na família – “eles querem que eu tome o remédio para memória”. Um pedido de ajuda se presentifica: “dá uma vontade de sarar”... mas ficamos na dúvida se esse apelo era dirigido ao clínico e, se ainda, era suficiente para sustentar um tratamento, conforme o que se seguiu nos outros encontros com a paciente. Neste momento, a especificidade da demência e a especificidade do caso pressionaram. Mesmo diante de um caso em que a queixa é verbalizada, algo parecia ficar encoberto – a própria demência.

Os recortes (1) e (2), ocorridos em diferentes sessões, são exemplares da repetição da narrativa sobre a queda no jardim que se repetia em quase todo encontro entre terapeuta e paciente. Como se pode notar, não são blocos estáticos de uma fala cristalizada. Há

mobilidade no encadeamento do mesmo texto.

(1):

*M: às vezes **quando morre muitos parentes da gente** (riso) (SI) **falo em morte né? Eles não me contam mais porque eu vô em tudo quanto é enterro** (riso) **porque eu sô uma das mais velha né? Vô até com a funerária quando não tem alguém que vá junto com o chofer eu vô junto com o / o chofer eu vô junto, ele já me chama que hoje não tem ninguém, avisam pra eu ir junto né? Porque eu não posso ir a pé, eu tenho muita dificuldade em andá sabe, caio onde que é né? Agora como netinho, eles só me dão pra eu ficá um pouco sentada com ele né? (SI) eu já cai no jardim** (riso) **eu fui plantá e cai dentro dos cantero sabe? E eles tinham saído aquela hora lá de casa sabe, disseram “já voltamo” a senhora sabe (SI) eu disse “não” mas vi aquele pezinho de flor lá mal plantando, vô plantá, cai sentada, depois não posso levantá, ainda bem que cai sentada.***

(2):

*M: **uhum, agora quero vê se dá pra implantá mais esses dentes aqui às vezes** (SI) **se não eu implantava todos aqui sabe, apesar de sair caríssimo né? Porque eu tenho medo de implantá, já era pra ter implantado, de burra não fiz, tava bem boa daí** (SI) **não come, a fraqueza né? E era forte, andava bem agora não ando muito bem, tenho que andá, qualquer dia desse tenho que andá de bengala, caio não posso me levantá, esses dias cai no jardim, eles tinham saído um poquinho mas já voltavam, e eles não querem que eu faça, porque eu gosto muito de lida assim com flores sabe.***

Precisamente, Marlene estava se distanciando do outro e da realidade imediata e aprisionando-se suas próprias vivências. A direção do atendimento foi pautada pela tentativa de suplência imaginária que pudesse mantê-la mais próxima do outro e da realidade textual em curso. As queixas não desapareceram, mas algo se abriu como “esperança” para a paciente. Encontros semanais que duraram apenas seis meses, mas que ensinaram que uma clínica dita de linguagem permite que a lembrança aflore. Marlene contou que agora se lembra de sonhos, além de voltar a escrever mais!

Compreender o encontro do sujeito com a realidade, ponto nevrálgico que se instaura na demência, exige um esforço teórico. Isso porque, como já disse a demência dissolve lembranças e laço social; dispersa a unidade, o efeito de significação e a referência externa. Entretanto, algo resta de fala e de falante. Mesmo que seja insustentável neste momento evanescente (o da repetição), algo oscila num movimento de ir e vir, de fazer referência ao externo e à fala do outro e à própria fala. Assim, há algum espaço para caminhar um diálogo. Há como entrar no caminho de fala, mesmo que de modo breve, com o outro.

Referências bibliográficas

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

COELHO, E.P. Introdução a um pensamento cruel: estruturas, estruturalidade e estruturalismos. In. COELHO, E. P. (org.). *Estruturalismo- antologia de textos teóricos*. São Paulo, Portugália Editora, p. I- LXXV, 1967.

EMEMDABILI, M. *Um estudo de perspectivas teórico-clínicas nas demências: sobre a relação linguagem, memória e sujeito*. 2010. Dissertação (Mestrado em lingüística aplicada e estudos da linguaem). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

FONSECA, S.C. *Afasia: a fala em sofrimento*. Dissertação [Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da linguagem]. LAEL/PUC-SP, São Paulo, 1995.

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

_____. Presença/Ausência de Reformulação: Sobre a Relação Cérebro-Linguagem e o Tratamento de Afasias e Demências. Comunicação oral no *XVI Congresso Internacional da Associação Linguística e Filologia da América Latina*. Alcalá de Henares, Espanha, 2011.

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

LACAN, J. *O Seminário Livro 7, a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1959-60/1995.

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

LEMOS, M. T. *A língua que me falta: uma análise dos estudos em aquisição da linguagem*. Campinas: Mercado de Letras, 2002.

_____. O sujeito imprevisto. In: LIER-DeVITTO, M.F.; ARANTES, L. (orgs) *Aquisição, patologias e clínica de linguagem*. São Paulo: EDUC/FAPESP, p. 57-62, 2006.

LIER-DeVITTO, M. F. Subjetividade e Linguagem: um olhar sobre a Psicologia do Desenvolvimento. *Distúrbios da Comunicação*, São Paulo, v. 9, n.1, p. 21-34, 1997.

_____. *As margens da linguística*. Memorial de concurso para professor titular. São Paulo, LAEL/PUC-SP, 2000.

_____. Falas sintomáticas: fora de tempo, fora de lugar. *Cadernos de Estudos Linguísticos*, v. 47, n. 1-2, Campinas: Editora da UNICAMP, p. 143-150, 2005.

LIER-DeVITTO, M.F.; FONSECA, S.C. LANDI, R. Vez e Voz na Linguagem: o sujeito sob efeito de sua fala sintomática. *Revista Kairós*, v. 10, p. 19-34, 2007.

MARCOLINO, J.; EMENDABILI, M. A fala e a escrita de uma paciente com demência: considerações sobre a relação sujeito – linguagem. *Trabalho apresentado no XVI Congresso Internacional da Associação Linguística e Filologia da América Latina*. Alcalá de Henares, Espanha, 2011.

MARCOLINO-GALLI, J. A relação memória-linguagem nas demências: abrindo a caixa de Pandora. Tese [Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem]. LAEL/-PUC-SP, São Paulo, 2013.

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

SAUSSURE, F. (1916). *Curso de Linguística Geral*. BALLY, C.; SECHEHAYE, A. (orgs.). São Paulo: Cultrix, 1916/1997.

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

YASSUDA, M.S.; LASCA, V.B.; NERI, A.L. Meta-memória e auto-eficácia: um estudo de validação de instrumentos de pesquisa sobre memória e envelhecimento. *Psicologia, Reflexão e crítica*, vol 18, n. 1, p. 78-90, 2005.