

*SOBRE QUEIXAS DE DIFICULDADES
DE MEMÓRIA NA VELHICE*

Juliana Marcolino-Galli¹
Suzana Carielo da Fonseca²

resumo

A queixa de “perda” ou “dificuldades de memória” entre idosos é ponto de discussão na literatura médica, especialmente na definição dos critérios para diagnóstico precoce da demência. Este trabalho problematiza a noção de dificuldades de memória na velhice. A partir da reflexão do filósofo Canguilhem, assume-se que reduzir o envelhecimento a aspectos unicamente biológicos significa assumir uma tendência reducionista. Nesta visada teórica, incluímos os sujeitos — suas queixas — numa discussão que envolve a dicotomia normal *versus* patológico quando está em causa a “perda” de memória em idosos. A procura de idosos por atividades que possam auxiliá-los a enfrentar problemas relativos à memória e a oferta de oficinas

1 Graduada em Fonoaudiologia. Doutora em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem. Professora Adjunta da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), vinculada ao Departamento de Fonoaudiologia. E-mail: jumarcolino@hotmail.com

2 Graduada em Fonoaudiologia. Doutora em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem. Professora Assistente Doutora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), vinculada ao Departamento de Linguística e ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia. E-mail: suzfonseca@estadao.com.br

com tal finalidade tem-se constituído como uma tendência atual em serviços (públicos e privados) voltados para a promoção da saúde na terceira idade. Um relato de experiência com “oficinas de linguagem e memória” para idosos é apresentado nesta comunicação, bem como a discussão sobre essa experiência.

palavras-chave

Memória. Linguagem. Demência. Envelhecimento.

1 Introdução

O processo de envelhecimento tem sido vinculado à noção de declínio biológico desde muito antes de a velhice ter sido feita “proposição problemática” no campo da ciência. De acordo com Beauvoir, no século II, Galeno já havia proposto que se entendesse a velhice como um estado intermediário entre a saúde e a doença porque, para ele, nessa etapa vital, as funções fisiológicas encontrar-se-iam reduzidas e/ou enfraquecidas. Foi na Idade Média, com Bacon, que a hipótese de que “a velhice é doença” ganhou relevo (BEAUVOIR, 1970, p. 25). A partir de então, os termos “declínio” e “doença” se associaram fortemente e, no âmbito da Medicina, passaram a se referir ao processo de envelhecimento e, conseqüentemente, à velhice. Vale dizer que esse discurso tem se projetado não apenas sobre outros campos da ciência, como também no imaginário popular.

Nessa perspectiva, é importante assinalar que, apenas em meados do século XX, é que a Gerontologia³ se configurou como um campo de saber no qual o envelhecimento e a velhice foram alçados à condição de objeto eleito de investigação. Não sem razão, o discurso fundador desse campo interdisciplinar é inicialmente — e profundamente — marcado por dois movimentos complementares da Medicina, que se realizam entre os séculos XVIII e XIX. O primeiro deles é o advento e a consolidação da anatomopatologia como espaço privilegiado para construção de um discurso sobre a doença. Nesse momento, assinala Foucault (2008), o olhar do médico penetrou o interior do “corpo mudo” (cadáveres), conferindo à Medicina os primeiros fundamentos de sua positividade.

3 Sobre o assunto, ver Beauvoir (1970) e Groisman (2002).

É em meio a essa revolução⁴ — que se alicerça na soberania do olhar sobre um corpo inerte — que Charcot (1872-1873), um eminente neurologista francês, postulou um conjunto de particularidades próprias das “doenças da velhice”, ratificando e fortalecendo a ideia de que o processo de envelhecimento se traduziria pela metáfora da degradação progressiva e, também, a de que a velhice seria sinônimo de doença e invalidez. São hipóteses que, sem dúvida, influenciaram os primeiros estudos gerontológicos e contribuíram, segundo Iacub (2007), para a constituição de um vocabulário de referência para a velhice no qual os termos “debilidade”, “alteração”, “atrofia”, “degeneração”, “lesão” e “esclerose” ganharam relevo.

Ainda no século XIX, outra grande mudança, de acordo com Canguilhem (2007), se processou no saber médico, qual seja: a oposição saúde (normal) *vs.* doença (patologia) passou a ser abordada pelo cientista tendo como base a noção de quantidade. Se antes disso, o estado patológico era entendido como qualitativamente diferente do estado normal (concepção dualista), a introdução do uso da média estatística deu vida à biometria fisiológica, fazendo valer a ideia de que o patológico é uma variação quantitativa do normal.

Nesta concepção, o organismo é visto como uma máquina cujo rendimento pode/deve ser medido, o que abre a porta para experimentos que traduzam estatisticamente a “debilidade” progressiva — teoricamente instituída — que se imputa, com o passar dos anos, ao corpo humano. O que se obscurece no aporte estatístico é, segundo Canguilhem (2007), que a variação quantitativa produz estados qualitativamente diferentes, qualidade esta que não escapa àquele que os experimenta: o sujeito. Para o autor, as noções de excesso e falta dissimulam o caráter qualitativo e o ritmo oscilatório que se imprime na relação entre esses dois estados.

Tais considerações envolvem a assunção de que há dois pontos de vista — diferentes e até não coincidentes entre si — em jogo na discussão que envolve a polaridade saúde (normal) *vs.* doença (patologia): o ponto de vista da ciência e o ponto de vista do doente. No primeiro, está em causa, como já assinalamos, uma visão estática porque nela o foco se dirige para um “corpo mudo” (seja pela via da anatomopatologia, seja pela do dispositivo estatístico); na segunda, ganha a cena um “corpo que fala”. Entende-se assim porque o compromisso com a ciência produziu, no campo da Medicina, uma espécie de “desumanização” da doença. Mas, como denuncia Canguilhem (2007, p. 68): “[...] não há

4 Em que a noção de “sede” substitui a de “classe”, noção a partir da qual os médicos abordavam a doença, os seus sintomas, no século XVIII. Pode-se dizer, então, que à nosologia se acrescentou a nosografia (no século XIX).

nada na ciência que antes não tenha aparecido na consciência”. Dito de outro modo: a medicina moderna — uma disciplina “científica” — se fundou num “escutar” queixas, ou seja, na percepção dos homens de que qualitativamente sua vida atual era “inferior” à sua vida anterior. É dessa experiência humana — suprimida nos dispositivos antes citados — que se erigiu o conhecimento que se tem hoje sobre a doença, afirma o médico filósofo. Entende-se por que ele chame a atenção para o fato de que o “estado fisiológico tem, para o ser vivo, uma qualidade e um valor” (CANGUILHEM, 2007, p. 84-85).

Note-se que Canguilhem, com a noção de valor, introduz a necessidade de um ponto de vista que inclua a dinâmica que envolve os pares quantidade *vs.* qualidade / objetividade *vs.* subjetividade. Isso se dá porque, como diz ele: “[...] o homem, mesmo sob o aspecto físico, não se limita a seu organismo [...]. É, portanto, além do corpo que é preciso olhar para julgar o que é normal ou patológico para esse mesmo corpo” (CANGUILHEM, 2007, p. 162). É assim que, segundo este autor, saúde *vs.* doença deveriam ser discutidos: a partir de uma abordagem em cuja base está o reconhecimento de que uma condição existencial se impõe ao homem enquanto “ser vivo”. Vemos aí uma proposição que redimensiona a noção de corpo na esfera do humano já que sinaliza que, para além de matéria orgânica, o corpo é “humano” porque nele habita um sujeito. Isso faz dele um “ser vivo” único: só ele pode se pronunciar, tomar a palavra, e significar. Só que (re)introduzi-lo numa discussão sobre saúde *vs.* doença poderia representar, para a Medicina, a perda do compromisso com o ideal positivista e, conseqüentemente, com o que lhe dá fundamento: a objetividade científica. É um risco que Canguilhem insiste em correr quando recusa definir o estado patológico meramente como “desvio” (para mais ou para menos) relativamente a uma média estatística.

Para o filósofo, não se deve esquecer que *pathos* pode ser entendido como “sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência, sentimento de vida contrariada” (CANGUILHEM, 2007, p. 106). Como prescindir, então, do sujeito para problematizar saúde e/ou doença? Essa necessária inclusão é, a nosso ver, apenas uma das lições que nos ensina Canguilhem. Isso se dá porque, voltando à discussão sobre o processo de envelhecimento e a velhice, há que se colocar relevo, também, outro ponto e, conseqüentemente, seus desdobramentos para o campo da Gerontologia: se o fenômeno biológico funcional é “essencialmente oscilatório e rítmico” (CANGUILHEM, 2007, p. 120) — o que impõe admitir que saúde e doença sejam estados que implicam a polaridade dinâmica da vida —, como sustentar a ideia de que velhice seja sinônimo de doença?

Nota-se que a reflexão até agora encaminhada indica a pertinência de se recusar teórica e empiricamente tal proposição. Mesmo que se leve em conta, como o fez Beauvoir, de que “[...] a velhice desemboca sempre na morte. Mas, raramente ela acarreta a morte sem que intervenha um elemento patológico” (BEAUVOIR, 1970, p. 46). Se ninguém morre de velhice, o que está em causa aqui é o fato de que a morte biológica resulta da incapacidade de um organismo de lutar contra algo que ameaça sua existência (incluindo, aí, a doença), e isso independe da idade. É assim que se deve entender outra afirmação da filósofa, qual seja: “a doença é um acidente, a velhice é a própria lei da vida” (BEAUVOIR, 1970, p. 37).

Até aqui, o debate coloca ênfase nas consequências de se assumir um ponto de vista estritamente organicista do que se denomina *vida* e do que está em jogo quando se problematiza a longevidade. Reduzir a questão da vida (da saúde e da doença, do processo de envelhecimento e da velhice) a aspectos unicamente biológicos significa assumir uma tendência reducionista que, por sua vez, é fonte de exclusão e de sofrimento para aqueles que não se reconhecem nesse discurso ou mesmo para aqueles que se identificam com ele.

Entendemos, assim, que abordar a velhice reclama, no âmbito dos estudos gerontológicos, um redimensionamento da tendência dominante de fazê-lo pela via do determinismo biológico, ou seja, a partir de uma concepção de corpo enquanto matéria orgânica. Lier DeVitto (comunicação oral) ressalta que desde Freud, organismo e sujeito não coincidem. Isso se dá porque, na Psicanálise, o corpo humano é corpo investido, corpo falado/falante porque é “capturado” pela linguagem. Nesta captura de um corpo pela linguagem do Outro, constitui-se o sujeito. Mucida (2009) nos lembra desse encontro/desencontro com o Outro, como diz a autora, e inscrevem-se como traços que serão articulados e rearticulados ao longo da história de um sujeito. Por isso, pode-se dizer que o inconsciente é atemporal. Os efeitos do envelhecimento e da velhice sobre o sujeito são, nessa perspectiva, imprevisíveis e singulares.

Para dar movimento a essa reflexão, voltaremos o foco da discussão para as recorrentes “queixas de perda ou dificuldades de memória” entre idosos. Isso se dá porque, como se lê na literatura pertinente ao tema, elas podem indiciar ou não uma possível condição patológica. No primeiro caso, ganha relevo a relação entre tais queixas e a síndrome demencial ao passo que, no segundo, configura-se a instauração do que se tem denominado comprometimento cognitivo leve⁵. No encaminhamento dessa discussão, optamos por trilhar o

5 A Academia Americana de Neurologia recomendou o diagnóstico de Comprometimento Cognitivo Leve para a detecção precoce de demência (CHARCHAT-FICHMAN et. al., 2005).

caminho aberto por Canguilhem: incluir os sujeitos — suas queixas — numa discussão que envolve a dicotomia normal *vs.* patológico quando está em causa a “perda” de memória em idosos.

2 Quando a memória se impõe como problema e pode fragilizar a velhice

O declínio de memória no envelhecimento é um tema que circula, frequentemente, no discurso médico e na mídia. Isso se dá porque o aumento mundial da população idosa e a prevalência de demência acima de 65 anos têm justificado a insistência da mídia e a preocupação de pesquisadores para esclarecerem os critérios diagnósticos da demência em estágio inicial (CARELLI; BARBOSA, 2002). Entretanto, o diagnóstico precoce da demência é complexo, principalmente em pessoas acima de 90 anos. Os estudos são controversos ao considerarem a queixa de memória como um indicativo para demência, apesar de ser este o primeiro sintoma na demência do tipo Alzheimer (DTA). Pouco se esclarece sobre a transição entre o comprometimento cognitivo leve e a determinação do quadro patológico (SLAVIN; BRODATY; SACHDEV, 2013).

Na opinião de Bourgeois e Hickey (2009), o diagnóstico da demência é complexo e demanda clínicos experientes e atentos para recolherem informações relatadas pela família e pelo paciente. Muitos pesquisadores médicos e neuropsicólogos (uma composição bastante frequente) empenham-se em traçar estratégias clínicas que permitam apreender e estabelecer um diagnóstico que possa distinguir, em cada caso, se há, na queixa de problema de memória, um quadro efetivo de demência (SANTOS; ANDRADE; BUENO, 2009).

Ao avaliar 220 idosos no ambulatório de Unidade de Idosos do Departamento de Saúde Mental da Santa Casa de São Paulo, o neurologista Almeida (1998) afirmou, num estudo quantitativo, que 59,1% dos pacientes apresentaram queixas de memória. Entretanto, 90% desses idosos queixosos não evoluiu para um quadro demencial. Dados semelhantes intrigaram outros médicos brasileiros, como Bertolucci, que levanta uma indagação: “[...] se o processo do envelhecimento, por si, não leva a um declínio tão significativo da memória, por que tantos idosos apresentam essa queixa?” (BERTOLUCCI, 2005, p. 297-8). Sem avançar muito nessa questão, ele diz que, na velhice, “o indivíduo começa a valorizar os lapsos de memória que ocorrem em qualquer idade” (BERTOLUCCI, 2005, p. 298). É uma explicação que resvala, ainda que superficialmente, que a categoria social “velhice” possa afetar o imaginário de um sujeito e produzir

queixas de dificuldades de memória. A resposta do autor como que dissolve, entretanto, a necessidade de distinção entre normal e patológico e se volta às costas para a referida “complexidade” da memória apontada nas pesquisas internacionais da área. Entretanto, a questão clínica levantada sobre a relação entre queixa e declínio de memória é pertinente. Tendo em vista que 90% dos idosos queixosos não evoluem para a demência, assiste-se, em estudos médicos, a gestação de uma consequência nefasta: a tendência a descartar a queixa do idoso, pelo baixo valor preditivo que ela tem para demência e, ainda, para a presença da *anosognosia* como sintoma relevante na síndrome demencial⁶ (DOURADO et. al., 2006). Segundo Sousa et al. (2011), a “falta de consciência” sobre a doença é controversa na literatura.

Também, interessa-nos assinalar que a referida queixa do paciente é sempre desvalorizada porque é confrontada com a do cuidador⁷ — a verdade sempre está em outro lugar. Landi (2007) e Emendabili (2010), pesquisadoras filiadas às reflexões da Clínica de Linguagem⁸, abordam este ponto — do acompanhante como “informante confiável”. Elas discutem efeitos dessa redução de valor da queixa do sujeito e retiram implicações clínicas quanto ao compromisso com o tratamento e na relação com o próprio sintoma. A dicotomia consciência *vs.* não consciência sobre o sintoma serve a propósitos bem específicos de testagens, mas ela não só anula a “heterogeneidade das respostas que uma pessoa possa dar” (LANDI, 2007, p. 88) como tem deixado rastro indesejável na clínica:

[...] uma vez desqualificada ou destituída da posição de sujeito-falante, o que a pessoa diz importa pouco — ela perde estatuto psicológico, social e jurídico e sua fala é escutada como *vazia*. Enfim, o prejuízo da redução da demência a uma questão de maior/menor consciência de si é o apagamento de linguagem e, portanto, da relação do sujeito com seu dizer. (EMENDABILI, 2010, p. 16)

Levando em conta este panorama, deve-se admitir que a relação entre queixa e presença/ausência de patologia de memória (como a demência) é bastante complexa. Isso se dá porque, na presença de queixa, pode ou não estar em causa uma condição sintomática. Sabe-se que diante de tal constatação,

6 Isso equivale a dizer que um paciente portador de demência, via de regra, não tem consciência dos seus déficits mnemônicos.

7 Fonseca discute esse ponto quando indica que na Clínica de Linguagem com afásicos, recomenda-se que ele entre só nas entrevistas e nas sessões clínicas (FONSECA, 2006).

8 Proposta que se origina no grupo de pesquisa Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem, coordenado por Lier-DeVitto 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).

ênfase tem sido dada à realização de diagnósticos “precoce” que articulam, de um lado, baterias de testes neuropsicológicos com, de outro, resultados de exames de neuroimagem e, em alguns casos, estudos genéticos. Damasceno (1999, p. 81), contudo, não nos deixa esquecer que:

A literatura neuropatológica registra casos diagnosticados clinicamente como “provável” DTA, mas sem as alterações patológicas desta doença; e casos de sujeitos idosos cognitivamente intactos que apresentam grande número de placas neuríticas no neocórtex, satisfazendo os critérios diagnósticos de DA.

Note-se, entretanto, que a correlação positiva entre manifestação sintomática cognitiva (déficit de memória) e presença de alterações orgânicas tem sido tomada como único parâmetro fidedigno para o diagnóstico clínico da demência na Medicina. Mas, como “déficits de memória” poderiam ser alçados ao estatuto de sintomas, na ausência de achados orgânicos? Como já dito, a realização de testes neuropsicológicos tem sido dispositivo privilegiado para tentar identificar marcadores de risco dessa condição patológica. O uso de computadores também tem sido feito em grande escala para conferir maior precisão e controle à apresentação de estímulos e à mensuração do tempo e da quantidade de respostas do paciente. É uma abordagem que, como se vê, tem como solo o tratamento estatístico dos dados e, conseqüentemente, a comparação da *performance* de um paciente com as de um grupo controle⁹ (CHARCHAT et al., 2001).

Resultados de estudos que tomam como base esta comparação têm chamado atenção para o fato de que 10% a 15% dos casos de idosos com comprometimento cognitivo leve (CCL) evoluem para demência (CHARCHAT-FICHMAN et al., 2005). Embora não seja consenso, alguns pesquisadores, tais como Morris et al. (2001), chegam a considerar que o CCL possa ser um estágio pré-demencial. É exatamente essa falta de consenso que impede tomá-lo, de fato, como marcador de risco para o diagnóstico da demência. Assim, não é ilícito dizer que ainda não existem critérios clínicos confiáveis que possam predizer que o CCL evoluirá para um quadro patológico, tal como uma síndrome demencial.

Cabe observar, neste momento, que tais tentativas de distinção entre o normal e o patológico quando há prejuízo da memória na velhice vai ao encontro da tendência que já apontamos anteriormente: o raciocínio causal linear e quantitativo, que privilegia o orgânico e marginaliza o sujeito falante

9 Sujeitos com idade acima dos 55 anos e supostamente saudáveis, ou seja, com ausência de doenças neurológicas e psiquiátricas.

e/em seu sofrimento. Não se deve esquecer que nessa lógica implícita está, também, a hipótese de que se o cérebro envelhece e a mente também se deteriora (MORRISON; HOF, 1997).

Entendemos que a questão que se coloca aqui tem dupla face: quais são as consequências de se prescindir do testemunho do sujeito no empreendimento da investigação teórico-clínica acerca das mudanças referidas como “perda da memória” pelo idoso? Se esse testemunho se traduz como sofrimento para um sujeito, que tipo de manejo (clínico ou de outra natureza) pode ser feito, tendo em vista os limites impostos pelo estado atual da investigação científica? Esclarecemos que tais indagações não estão desvinculadas da prática que envolve o exercício de uma clínica de linguagem. Cada vez mais, pacientes com “queixas de problemas de memória” têm sido encaminhados por outros profissionais ou procurado fonoaudiólogos com uma demanda explícita de atendimento clínico, o que coloca em cena a necessária problematização acerca da relação entre memória, linguagem e sujeito.

Este é um caminho que começa a ser explorado no interior do Grupo de Pesquisa CNPq “Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem”. Nesta perspectiva, os trabalhos de Landi (2007), Emendabili (2010) e Marcolino-Galli (2013) apresentam uma discussão original ao assumirem o compromisso com uma teorização sobre a linguagem e sobre o sujeito pela via da aproximação com a Linguística e com a Psicanálise. Essas autoras, de fato, abrem caminho para, na consideração sobre a condição sintomática demencial, incluir as falas dos sujeitos, reconhecendo que nelas se apresentam “ligações esparsas do sujeito com uma história – uma história que fica fragmentada e descosturada em sua fala” (EMENDABILI, 2010, p. 86). Esse modo de ver e dizer a demência se distancia consideravelmente daquele que se encontra no discurso médico que articula perda de memória à diminuição da capacidade cerebral.

Marcolino-Galli (2013), sob efeito da reflexão encaminhada na Psicanálise, não nos deixa esquecer que memória é efeito e é feita de linguagem. Assim, o que se articula na fala é a história do sujeito. O que se deve colocar em relevo nessa visada alternativa é o fato de que “a etiologia orgânica não encerra a questão” (EMENDABILI, 2010, p. 57).

Como se vê, embora alguns passos já tenham sido dados no sentido de problematizar a relação entre linguagem-sujeito-memória no Grupo de Pesquisa antes referido, e do qual fazemos parte, o exercício de uma clínica de linguagem com pacientes portadores de demência ainda permanece como uma questão sem resposta. Pacientes têm sido acompanhados por fonoaudiólogos pesquisadores desta linha: é do testemunho de seus efeitos que se espera gradativamente ir contornando mais precisamente a pertinência de uma

possível proposição de acolhimento de sujeitos com tal condição sintomática na clínica de linguagem. O que não se pode perder de vista, neste caso, é o compromisso ético que movimenta toda e qualquer clínica, qual seja, o de promover mudanças. Ainda é cedo para conclusões, mas elas não podem ser feitas sem o testemunho a que nos referimos.

Levando em conta tais considerações, outro ponto merece, ainda, ser abordado aqui: que manejo deve ser feito da demanda que alguns idosos têm dirigido ao clínico de linguagem relativamente a uma almejada mudança quando a memória parece falhar, na ausência de comprometimento orgânico? Para movimentar um pouco essa discussão, traremos o relato de uma experiência com idosos em “rodas de conversa” (um experiência não clínica).

De um lado, elas compõem neste espaço porque delas se recolheu a possibilidade de entender que tais queixas não estão desvinculadas dos efeitos do envelhecimento e do discurso médico sobre o envelhecimento sobre o próprio sujeito. De outro, porque permitem discutir a hipótese que o sujeito é efeito e é feito de linguagem e que memória é efeito e é feita de linguagem.

3 Queixas de memória em idosos: relato sobre uma experiência na Oficina de Linguagem e Memória, da Universidade Aberta para a Terceira Idade (UATI)

A procura de idosos por atividades que possam auxiliá-los a enfrentar problemas relativos à memória e a oferta de oficinas com tal finalidade tem se constituído como uma tendência atual em serviços (públicos e privados) voltados para a promoção da saúde na terceira idade. Não é incomum, assim, que diversos profissionais da saúde, inclusive fonoaudiólogos, sejam convidados para realizar esse tipo de trabalho.

A atuação do fonoaudiológico no envelhecimento é recente, sendo sua presença mais marcada em propostas de prevenção, elaboradas no âmbito da Neuro(psico)linguística. A prevenção é basicamente assentada em oferta de estratégias cognitivas (como o treino/exercícios de memória), associada ao incentivo para uma vida social ativa (SOUZA; CHAVES, 2005; ALMEIDA; BEGER; WATANABE, 2007; SOUZA et al., 2008). O relato de experiência, a seguir, se afasta do “treinamento da memória”.

As oficinas que relataremos foram coordenadas por uma fonoaudióloga e realizadas no âmbito do programa de extensão Universidade Aberta para a Terceira Idade (UATI), em um município no interior do Paraná. Delas participaram cerca de trinta idosos, com idade entre 55 e 88 anos. Começamos pela consideração de que entre esses idosos, alguns tinham “queixas” (muito

bem configuradas) sobre dificuldades de memória, e outros, não. Para a divulgação dos resultados da oficina, este trabalho recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Centro-Oeste, sob o parecer nº 358.777/2013.

Algo em comum os reunia na proposta de realização de uma oficina: o receio de que, no primeiro caso, isso fosse indicativo de uma condição sintomática e, no segundo, de que inevitavelmente os sintomas se apresentariam se a memória não fosse “exercitada”. Entendemos que em ambos os casos os efeitos do discurso médico sobre o envelhecimento (com ênfase na perda) e a vivência de uma mudança de condição, no que diz respeito à memória, concorreram para justificar a presença desses idosos na referida oficina.

No entanto, a presença/ausência de queixa deve ser lida, do nosso ponto de vista, na articulação que entretém com os efeitos singulares não só do veredicto contido em tal discurso como também de uma mudança de condição atestada pelo próprio sujeito. Coloquemos em confronto, por exemplo, os dizeres de alguns idosos que relataram esquecimentos diários (tais como dar recados, saber onde estão objetos guardados por eles, nomear pessoas conhecidas etc.) com aqueles que se deslocam numa outra direção, tais como os de uma senhora (a mais velha do grupo) que disse: *“Minha memória está boa, lembro-me do dia do meu casamento, do nascimento dos meus filhos e netos. É isso que importa.”*

Tendo isso em vista, procurou-se investigar melhor, nos encontros com esses idosos, o que estaria articulado ou subjacente à presença/ausência de queixas de memória. Solicitou-se, por exemplo, que eles falassem mais sobre o pedido de exercícios para memória. O grupo foi indagado sobre, por exemplo: *“O que é, em sua opinião, a memória?”* e *“Como está a sua memória?”*. As respostas à primeira questão chamaram atenção porque nem todos se alinharam aos dizeres correntes sobre a velhice. Assim, se alguns, bem em conformidade com discursos estabilizados, definiram memória como *“capacidade de armazenar informações e de aprender novas condutas”*, outros, diferentemente, fizeram um deslocamento interessante: enfatizaram a ideia de que a memória responderia pela singularidade de uma existência. Uma das senhoras deste grupo disse: *“A memória é a minha história de vida”*. Vê-se, assim, duas definições, quais sejam, a primeira, que identifica memória a uma função cognitiva, e a segunda, que a remete à história subjetiva.

Interessante é notar que a parcela de idosos que não apresentava queixa se inscreveu para participar da oficina. Podemos dizer que o que estava em causa para esse grupo era o medo de fragilizar-se com uma possível perda significativa de memória. De um modo geral, o que eles queriam era evitar o agravamento ou aparecimento das dificuldades de memória e, como

consequência, não desenvolver um quadro de demência. O pedido de uma prática preventiva foi instaurado. Entretanto, como sustentar a “prevenção” se não há indicadores confiáveis?

Com os estudos são tão prematuros e os resultados ainda inconsistentes, resolvemos não tomar queixas ou pedidos de tratamentos preventivos como questões clínicas. Havia uma demanda para os encontros e o que os sustentava: a abertura de um diálogo. A solução encontrada foi propor que eles se configurassem como uma “roda de conversa” na qual se pudesse comentar fatos (lidos e/ou vividos), pois ela seria motivada pelo uso de jornais, revistas, filmes, etc. Na verdade, com o tempo, essa dinâmica foi sendo modificada no interior da própria atividade proposta e se transformou num espaço de “falar de si”, “de contar a própria história”, o que instigava a memória, respondendo à demanda da “oficina”. A linguagem tornou-se, então, espaço de movimento do par lembrar/esquecer.

Pode-se dizer que a transformação da atividade inicialmente proposta abriu espaço para um “poder falar” cujo efeito produzia resgate de memória. Nesse caso, os idosos “tomaram as rédeas” e os encontros passaram a ser, efetivamente, uma “roda de conversa”, o que equivale a dizer que deixamos de lado o planejamento estrito dessa atividade em favor da espontaneidade, motor das narrativas sempre endereçadas ao(s) outro(s). Podemos dizer que a fala recuperou, assim, sua função maior — a de ser fala de um sujeito dirigida a outro sujeito. Entendeu-se, assim, que a motivação para falar é subjetiva, porque, necessariamente, a memória assim é.

Contar atualiza um passado e o torna original. Como disse Mucida (2009, p. 39), “contar e escutar não são em vão”. Lembrando Freud, a autora esclarece que quando alguém fala, esta pessoa experimenta, na escuta, os efeitos produzidos pela própria fala. De acordo com seu ponto de vista, “[...] a análise é um dispositivo privilegiado desse tipo de escuta [psicanalítica], mas não é o único. Vários laços sociais são importantes caminhos à escuta do que se escreve e, com certeza, a arte de contar histórias é uma delas” (MUCIDA, 2009, p. 39). Vale dizer que algumas das histórias contadas na “roda” surpreenderam o grupo de idosos devido à riqueza dos detalhes narrativos, colocando sob suspeita a referida possível “perda da memória”. Todos os participantes das oficinas lembraram detalhes das cenas vividas na infância e na adolescência. Alguns lembraram propagandas do rádio com mais de 50 anos, vestimentas de crianças, entre outros.

No decorrer dos quatro meses de realização da “roda de conversa”, observamos que todos os idosos contaram suas histórias no passado e no presente.

Disputas pela palavra eram frequentes e reclamações pelo pouco tempo que tínhamos também. Isso demonstrava que eles estavam comprometidos com a proposta desses encontros. O presente foi ganhando elaboração e a ideia de perda sendo substituída pela de ganho. Uma senhora nos lembrou de que “em tempos modernos, ganhamos mais liberdade, a mulher pode trabalhar, usar calça comprida, temos o computador e netos”. Ao final, todos os idosos afirmaram que a memória “melhorou”. Levando em conta que o trabalho em grupo possibilita o mascaramento de alguma manifestação de alguma questão de cunho mais clínica, incluindo um pedido de diagnóstico, ofereceu-se a possibilidade de avaliação fonoaudiológica. Nenhum idoso se interessou em realizá-la. De fato, eles não estavam mais motivados para um atendimento clínico (“preventivo”).

4 Considerações finais

Talvez o que se possa retirar dessa reflexão, ainda muito inicial, é que a abertura de espaço para falar e ser escutado possa produzir efeitos positivos na relação do sujeito com os estigmas e as verdades (sempre singulares) da velhice. Discursos e histórias endereçadas circulam e produzem efeitos subjetivos. Como dissemos, o significante *velhice* afeta o sujeito de modo singular e imprevisível. Ao nosso ver, não podemos afirmar que atividades tais como a “roda de conversa”, ou mesmo as denominadas “oficinas de memória”, possam se constituir como mecanismos de prevenção da demência. O que essa experiência indicia é que elas oferecem a possibilidade de laço com o Outro e de certo enfrentamento das feridas abertas no corpo envelhecido. É uma oportunidade para que discursos estereotipados sobre a velhice (“a velhice é doença”) possam encontrar outros destinos — quem sabe até se transformar em demanda para um atendimento clínico fora do campo da Medicina ou da Fonoaudiologia. Como pontuou Lier-DeVitto (2009, comunicação oral), “na Psicanálise, o desejo sempre se reinscreve sob efeito das vivências do sujeito — o sujeito, portanto não é uma unidade, é possibilidade de rearranjo”. Neste relato de experiência, o que pretendemos enfatizar foram arranjos que ocorreram (para o bem dos sujeitos) fora da situação clínica.

ABOUT COMPLAINTS OF DIFFICULTIES
MEMORY IN THE AGING

abstract

The complaint of “loss” or “memory difficulties” in the elderly is a point of discussion in the medical literature, especially in the definition of criteria for early diagnosis of dementia. This paper discusses the difficulties of memory in old aging. From the reflection of the philosopher Canguilhem, this communication assumed that reduce the aging aspects only biological reductionist means taking a position. In this theoretical offered, we included subjects - their complaints - the discussion that involves the usual dichotomy pathological X normal, when it is in question “loss” of memory in the elderly. The demand for older for activities that can help them address problems with memory and offer workshops for this purpose is a current tendency in services (public and private) to promotion of health in old age. This communication presented in the report of experience with “language and memory workshops” for the elderly.

key words

Memory. Language. Dementia. Aging.

referências

- ALMEIDA, Maria Helena Morgani de; BEGER, Maria Lucia Martuscelli; WATANABE, Helena Akemi Wada. Oficina de memória para idosos: estratégia para promoção da saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 271-280, maio/ago. 2007.
- ALMEIDA, Osvaldo P. Queixa de problemas com a memória e o diagnóstico de demência. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, São Paulo, v. 56, n. 3A, p. 412-418, set. 1998.
- BEAUVOIR, Simone. *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1970.
- BERTOLUCCI, Paulo. Demências. In: ORTIZ, Karin Zazo (Org.). *Distúrbios Neurológicos Adquiridos: Linguagem e Cognição*. São Paulo: Manole, 2005. p. 295-329.
- BOURGOIS, Michelle S.; HICKEY, Ellen M. *Dementia: From Diagnosis to Manageent — a Functional Approach*. New York: Psychology Press, 2009.
- CANGUILHEM, Georges. (1996). *O normal e o patológico*. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 6. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.
- CARAMELLI, Paulo; BARBOSA, Maira Tonidandel. Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 7-10, abr. 2002.

CHARCHAT, Helenice et al. Investigação de marcadores clínicos dos estágios iniciais da doença de Alzheimer com testes neuropsicológicos computadorizados. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 305-316, 2001.

CHARCHAT-FICHMAN, Helenice et al. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 79-82, mar. 2005.

CHARCOT, Jean Martin. *Leçons sur les maladies du système nerveux: faites a la Salpêtrière*. Paris: Adrien Delahaye, 1872-1873. Disponível em: <<https://archive.org/details/leonssurlesmal00char>>. Acesso em: 5 jun. 2013.

DAMASCENO, Benito Pereira. Envelhecimento cerebral: o problema dos limites entre o normal e o patológico. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, São Paulo, v. 57, n. 1, p. 78-83, mar. 1999.

DOURADO, Márcia et al. Consciência da doença na demência. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 33, n. 6, p. 313-321, 2006.

EMENDABILI, Mariana Elza Tomaselli. *Um estudo de perspectivas teórico-clínicas nas demências: sobre a relação linguagem, memória e sujeito*. 2010. 93 f. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paul. 2010.

FONSECA, Suzana Carielo da. O estatuto da entrevista no processo diagnóstico da afasia. In: LIER-DEVITTO, Maria Francisca; ARANTES, Lúcia (Org.). *Aquisição, patologias e clínica de linguagem*. São Paulo: EDUC/FAPESP, 2006. p. 331-339.

FOUCAULT, Michel. (1963). *O Nascimento da Clínica*. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

GALLUCCI NETO, José; TAMELINI, Melissa Garcia, FORLENZA, Orestes. Diagnóstico diferencial das demências. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 119-130, 2005.

GROISMAN, Daniel. A velhice, entre o normal e o patológico. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 61-78, jan./abr. 2002.

IACUB, Ricardo. *Erótica e velhice: perspectivas do Ocidente*. São Paulo: Vetor, 2007. (Coleção Psicologia).

LANDI, Rosana. *"Falas Vazias": língua, referência e sujeito na demência*. 2007. 135 f. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

LIER-DEVITTO, Maria Francisca. Questions on the normal-pathological polarity in language. *Revista da Anpoll*, Brasília, v. 1, n. 12, p. 169-186, jan./jun. 2002.

_____. Sobre corpo, envelhecimento e velhice. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO DE PSICOGERONTOLOGIA, 3., 1994, São Paulo. *Anais...* São Paulo: PUCSP, 2009.

MARCOLINO-GALLI, Juliana F. *A relação memória-linguagem nas demências: abrindo a caixa de Pandora*. 2013. 156 f. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.

MORRIS, J. C. et al. Mild Cognitive Impairment Represents Early-Stage Alzheimer Disease. *Archives of Neurology*, v. 58, n. 3, p. 397-405, 2001.

MORRISON, John H.; HOF, Patrick R. Life and Death of Neurons in the Aging Brain. *Science*, Washington, D.C., v. 278, n. 5337, p. 412-419, Oct. 1997.

MUCIDA, Ângela. *Escrita de uma memória que não se apaga: envelhecimento e velhice*. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

SANTOS, Flávia Heloísa dos; ANDRADE, Vivian Maria; BUENO, Orlando Francisco Amodéo. Envelhecimento: um processo multifatorial. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 14, n. 1, p. 3-10, jan./mar. 2009.

SLAVIN, Melissa J.; BRODATY, Henry; SACHDEV, Perminder S. Challenges of Diagnosing Dementia in the Oldest Old Population. *The Journals of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, Washington, D.C. , v. 68, n. 9, p. 1103-1111, May 2013.

SOUSA, Maria Fernanda Barroso de et al. Consciência da doença na doença de Alzheimer: resultados preliminares de um estudo longitudinal. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 57-60, 2011.

SOUZA, Juliana Nery de; CHAVES, Eliane Corrêa. O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 13-19, mar. 2005.

SOUZA, Priscilla Alfradique de et al. Oficinas de estimulação cognitiva para idosos com demência: uma estratégia de cuidado na enfermagem gerontológica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 29, n. 4, p. 588-595, dez. 2008.

Recebido: 04/05/2014
Aceite Final: 17/02/2017