



## **ALTERAÇÕES DE LINGUAGEM E DEGLUTIÇÃO NA DOENÇA DE ALZHEIMER**

*Christiana Turner Marquez*<sup>\*</sup>

*Tereza Bilton*<sup>\*\*</sup>

*Elaine Palinkas Sanches*<sup>\*\*\*</sup>

*Juliana Paula Venites*<sup>\*\*\*\*</sup>

### **Introdução**

O envelhecimento populacional vem ocorrendo em quase todo o mundo. Com a queda nas taxas de mortalidade, vemos uma população idosa aumentando

---

\* Fonoaudióloga. Graduada pela PUC-SP. Especializanda em Motricidade Oral pelo Cefac.

\*\* Fonoaudióloga. Professora assistente-doutora da PUC-SP. Especialista em Audiologia e Motricidade Oral pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia. Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Presidente do Departamento de Gerontologia da SBBG-SP. Membro do Centro de Medicina Diagnóstica Fleury.

\*\*\* Fonoaudióloga. Supervisora da Especialização em Gerontologia da Unifesp-EPM. Especialista em Motricidade Oral pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia. Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Pós-graduanda em Epidemiologia pela Unifesp-EPM.

\*\*\*\* Fonoaudióloga. Especialista em Gerontologia pela Unifesp-EPM. Pós-graduanda em Reabilitação pela Unifesp-EPM.

e, junto com ela, temos a ocorrência de diversas patologias que acometem essa população. Entre elas, estão os quadros demenciais.

A demência, um processo patológico que atinge a população que está envelhecendo, representa um dos mais graves grupos de condição de saúde dessa população, pois ela afeta não só o doente, mas também a sua família e os seus cuidadores. Essa mudança que a demência causa demanda uma atenção maior ao paciente, pois ele tem que conviver com a perda de memória, o eventual decréscimo na qualidade de vida, a perda de independência nas atividades de vida diária e, por fim, a necessidade de atendimento especial.

Segundo Morris e col. (1993), a demência é resultante de um processo degenerativo do cérebro e pode ser considerada como uma síndrome neurológica adquirida, com deterioração das funções intelectuais, da personalidade e da comunicação, de tal forma que resulta em uma perda nas áreas funcionais da vida, como a social, a ocupacional, a do trabalho, etc. Ela pode se apresentar sob forma progressiva, não progressiva e reversível.

As demências reversíveis são as conseqüentes de intoxicação por drogas, desordens da fala e da audição, alterações metabólicas e endócrinas, deficiência vitamínica, abuso de álcool, neurosífilis e complicações de quadros arterioescleróticos. As demências não reversíveis e progressivas são as relacionadas à doença de Alzheimer, à doença de Pick, à AIDS, à doença de Parkinson, à doença de Creutzfeldt-Jacob, à paralisia supranuclear e à doença de Binswanger.

A demência, diferente de outros quadros neurológicos, tem sua origem em lesões difusas, nos dois hemisférios cerebrais, levando a muitos déficits cognitivos. Os sintomas podem aparecer de forma gradual (como na doença de Alzheimer) ou de forma abrupta (como na doença de Pick), mas, em grande parte dos casos, são caracterizadas por sua persistência e progressão.

Os primeiros sinais de uma demência são geralmente: perda de memória de curto prazo, maior dificuldade de concentração e atenção, perda das habilidades intelectuais, desorientação têmporo-espacial, mudanças no comportamento, no humor e na personalidade (idem).

Neste trabalho, vamos nos ater aos aspectos clínicos fonoaudiológicos da demência cortical não reversível do tipo Alzheimer.

A demência do tipo Alzheimer pertence ao grupo das demências corticais e é a mais freqüente. Foi primeiramente descrita por Alois Alzheimer em 1907. Ela se caracteriza por sinais de padrão progressivo, gradual e persistente. O cérebro apresenta mudanças devido à perda de neurônios e dendritos, ocorrência de placas senis, degeneração neurofibrilar e angiopatia amilóide, e degeneração granulovacuolar. Essas possíveis ocorrências acabam por desencadear déficit de memória, distúrbios cognitivos (afasia, apraxia, agnosia e distúrbios do funcionamento executivo) e, em uma fase mais avançada da doença, o aparecimento da disfagia.

O doente de Alzheimer, segundo Sayeg (apud Russo, op.cit.), pode se utilizar de alguns recursos que o auxiliam no prognóstico da doença, como um tratamento conjunto com médicos, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga e fisioterapeuta.

O objetivo do trabalho fonoaudiológico, como parte integrante da equipe interdisciplinar, deve ser o de procurar estabelecer estratégias que minimizam os efeitos causados pelo distúrbio de comunicação e de deglutição, desenvolvendo estratégias de comunicação e de deglutição facilitadoras e efetivas no ambiente do paciente, visto que, do estágio inicial ao severo, ele estará em uma condição de dependência total, inclusive para atividades de vida diária, alimentação e higiene pessoal. Há perdas consistentes e globais em todos os níveis de comunicação e de linguagem, e muitos pacientes chegam a níveis severos de mutismo. A personalidade e as funções intelectuais deterioram-se totalmente.

Todos os indivíduos podem apresentar sintomas como característicos da linguagem do idoso: às vezes, falta-nos a palavra, outras vezes, falamos confusamente ou não entendemos exatamente o que nos foi dito, distraímos-nos no meio de uma conversa, cometemos erros fonéticos, inventamos palavras, não completamos frases e, muitas vezes, não controlamos o efeito que nossas palavras podem causar. Esses sintomas podem ocorrer quando estamos tensos ou cansados, mas somos capazes de manter a comunicação de forma efetiva. Porém, quando um quadro neurológico está instalado, como a doença de Alzheimer, o trabalho lingüístico que o idoso exercia pode ficar abalado, havendo mudanças no uso que fazia da linguagem.

A alteração de linguagem foi observada primeiramente por Alois Alzheimer em 1907 e descrita como parte de seus descobrimentos clínicos sobre a doença.

Atualmente, sabe-se que os pacientes com essa doença demonstram um declínio progressivo na comunicação, em diferentes habilidades de linguagem, nos estágios leve, moderado e severo da doença. Na fase inicial, ou seja, no estágio primário da demência, a produção da fala é fluente, bem articulada e sintaticamente preservada, e as habilidades da compreensão auditiva para a conversa e para a leitura oral estão intactas; contudo, esses pacientes apresentam uma afasia semântica ou anômica (Hier, Hagenlocker e Shindler, 1985). Assim, necessitam de mais tempo do que os adultos normais para se lembrar da palavra-chave e são menos capazes de utilizar pistas de fonemas para facilitar as respostas. Nesse estágio, os indivíduos ainda conseguem se corrigir.

No estágio seguinte, a alteração de linguagem fica parafásica, ou seja, os pacientes moderadamente afetados demonstram um número crescente de equívocos verbais e erros parafásicos em suas atividades discursivas. Neologismos também são muito comuns, e a compreensão auditiva varia entre uma alteração leve e moderada. Os problemas de linguagem no estágio médio da doença se parecem com uma afasia transcortical sensorial (na ausência de um déficit de repetição) ou uma afasia de Wernicke (na presença de um déficit de repetição).

No último estágio, o colapso da função pragmática é a alteração primária na habilidade da linguagem. O paciente se torna “não fluente”, ecolálico (repetir involuntariamente palavras que ouviu ou pronunciou), palilálico (disfarçar, atenuar os “erros” cometidos) e preservativo (Sandson e col., 1987, apud Murdoch, 1997). Na fase terminal, o paciente pode ficar mudo ou restrito à ecolalia ou à palilalia, e a compreensão auditiva para a linguagem falada fica severamente prejudicada. Nessa fase, a linguagem, severamente prejudicada, lembra uma afasia global.

Os idosos têm características biológicas peculiares do avançar dos anos, que fazem parte do processo natural do envelhecimento, ou seja, existe uma redução da reserva funcional dos vários órgãos e sistemas do organismo e maior incidência de algumas afecções patológicas, que fazem com que esses indivíduos mereçam especial atenção.

Explica-se a elevada ocorrência de disfagia entre as pessoas idosas devido a vários fatores, como problemas de mastigação por deficiência da arcada dentária, próteses inadequadas, diminuição do volume de saliva, denervação senil do esôfago, presença de afecções associadas que comprometam a atividade motora visceral e uso de medicamentos que possam comprometer a atividade muscular dos órgãos envolvidos no processo de deglutição.

Os sintomas da demência que podem interferir com a alimentação são os distúrbios da memória, afasias, agnosias, apraxias, declínios dos reflexos primitivos, da habilidade de despertar interesse e da razão lógica (Norberg e Athlin; 1989).

Outro grande problema que ocorre frequentemente em indivíduos demenciados é, devido às alterações cognitivas, o esquecimento das funções básicas para a sobrevivência, ou seja, no que diz respeito à deglutição, eles esquecem a hora das refeições, não reconhecem e interpretam os sinais de fome e saciedade, não se lembram e não conseguem identificar os utensílios usados para essa atividade da vida diária. Devido a isso, em muitos casos, os portadores da doença de Alzheimer acabam não se alimentando ou esquecem que estão se alimentando e deixam o alimento no prato, não terminando a refeição (Palinkas, Najas, Ramos e Bilton, 1999).

No estágio inicial da doença já se pode observar uma duração do trânsito oral com um tempo significativamente maior, mastigação anormal ou ausente e movimento lingual ou de mandíbula anormais. Como relataram Priefer e Robins (1997), essas alterações de deglutição mais comuns aparecem na fase oral e na transição entre a fase oral e faríngea.

Do estágio moderado para o severo, muitos comprometimentos são encontrados, e, muitas vezes, esses pacientes apresentam uma grande quantidade de dificuldades associadas, como: verborragia, presença de resíduo na cavidade oral, rejeição à comida, dificuldade de posicionamento, tosse e/ou engasgo, deglutição lentificada ou ausência de deglutição.

Vê-se que as alterações de deglutição no paciente demenciado são uma questão de suma importância, pois é por meio dessa função que um organismo consegue se manter vivo.

Considerando os comprometimentos de linguagem e de deglutição que acometem os pacientes com a doença de Alzheimer, este estudo tem como objetivo verificar, no campo da fonoaudiologia, o funcionamento dessas questões em sujeitos que apresentam essa demência, desde o estágio inicial até o estágio mais severo da doença.

Este trabalho tem como principal objetivo a descrição das alterações de deglutição e características lingüísticas, no grau leve e moderado da doença de Alzheimer.

### **Casuística e método**

Foram avaliadas duas pacientes, com idade superior a 60 anos, diagnosticadas com a doença de Alzheimer, uma com grau leve e outra com grau moderado, que estavam sendo acompanhadas no Centro de Assistência e Reabilitação Gerontológica da Unifesp-EPM.

Os atendimentos fonoaudiológicos ocorreram uma vez por semana, com duração de 45 minutos, pelo período de um mês. As avaliações de linguagem foram baseadas em situações de conversa espontânea com conteúdo de interesse do paciente, textos com assuntos específicos, figuras ilustrativas, fotos, contos e ditados populares. Para o diagnóstico da deglutição, foi usada uma adaptação do protocolo de avaliação estrutural e funcional deste serviço, e, posteriormente a essa avaliação, foi feita uma videofluoroscopia da paciente com grau moderado da doença.

As sessões de avaliação de linguagem foram gravadas em fita cassete e transcritas para análise dos dados. O videodeglutiesofagograma foi gravado em fita de vídeo padrão VHS.

As análises dos dados foram baseadas na ação dialógico-discursiva emergente no discurso dos pacientes, durante as situações já mencionadas, evidenciando o funcionamento lingüístico dos mesmos, a partir dos níveis fonético, fonológico, sintático, semântico e pragmático. As análises da deglutição foram feitas a partir dos resultados obtidos na avaliação clínica e nas imagens da videofluoroscopia.

## **Histórico e caracterização dos sujeitos**

### *Sujeito 1*

O sujeito 1, denominado L., 81 anos, é brasileira e reside na cidade de São Paulo há 50 anos. L. é viúva há 10 anos, tem uma filha e dois netos. Mora com eles desde que seu marido faleceu. Durante toda sua vida trabalhou como costureira (além dos deveres domésticos), cessando essa atividade há alguns anos, quando iniciou o problema de visão.

A filha procurou o Centro de Assistência e Reabilitação Gerontológica da Unifesp-EPM, referindo que a mãe apresentava quadro de esquecimento importante. Após a realização de alguns exames e aplicado o protocolo do Camdex pelo médico responsável, L. foi diagnosticada como portadora da demência de Alzheimer em estado inicial. Num primeiro momento, informou-se a filha sobre a situação da paciente e sobre as conseqüências da doença. L. não recebeu nenhuma medicação e não fez acompanhamento periódico devido a fatores particulares da família da paciente.

Decorrente desse diagnóstico, a fonoaudióloga realizou as avaliações de deglutição e de linguagem descritas e analisadas a seguir.

### *Avaliação da deglutição*

A avaliação de deglutição foi realizada com a filha da paciente presente no momento da anamnese.

A paciente alimenta-se sozinha, sentada à mesa com o restante da família. Não tem alergia a nenhuma comida, porém tem restrição ao sal, por sofrer de hipertensão arterial sistêmica. Relatou comer em todas as consistências (sólida, pastosa e líquida) sem apresentar qualquer queixa.

Na avaliação estrutural, foi constatado que a paciente apresenta próteses totais superior e inferior bem adaptadas. Não apresenta ulcerações na cavidade oral e a saliva se encontra em quantidade normal. A paciente não apresenta nenhum desvio anatômico de lábios ou língua, porém os mesmos se encontram

com o tônus levemente diminuído. Testadas a sensibilidade e a mobilidade de lábios, língua e palato, verificou-se que elas se encontram normais.

A avaliação funcional foi feita com a paciente sentada a noventa graus. Foram-lhe oferecidas as três consistências necessárias para detectar alguma alteração. Observou-se que a paciente abre a boca voluntariamente, não apresenta reflexo de mordida, tem vedamento labial adequado, movimento mastigatório frontal e velocidade da mastigação normal. Não apresenta movimento compensatório ao deglutir, engasgo, tosse ou fadiga. Após a deglutição, verificou-se a presença de resíduo na cavidade oral.

Conclui-se que a paciente ainda não apresenta alterações decorrentes da demência no processo de deglutição. Vimos que ela não apresenta movimento mastigatório adequado e capacidade para limpeza de resíduo alimentar no vestibulo, o que pode ser consequência do uso de próteses.

Como essa paciente não apresentou nenhuma alteração que evidenciasse uma possível disfagia, não foi necessário fazer a videofluoroscopia da mesma.

#### *Análise da capacidade do uso da linguagem oral*

A análise dos dados foi baseada em alguns trechos do *corpus* transcrito de situações dialógico-discursivas, ocorridas entre terapeuta e paciente.

*T: Qual o nome da senhora?*

*P: L. C. S.*

*T: Nossa Dona L., a senhora está falando baixinho demais, tenta falar mais alto.*

*P: Vê tentá.*

*T: A senhora tem quantos anos?*

*P: 81.*

*T: Veio pra São Paulo faz tempo?*

*P: Eu vim era pequenininha, era nenê.*

*T: E em São Paulo a senhora só costurava?*

*P: No começo não, porque eu tava morando com o meu cunhado e não se achava casa de jeito nenhum, pra achar era difícil. Foi uma tia dele que morava ali na... perto do Jabaquara... ali onde eu moro... é onde eu moro agora... que ela morava, né. Foi ela que arrumou a casa pra nós.*



*T: Como é que se chama esse bairro?*

*P: Sabe que eu não lembro, né. Acho que é Mirandópolis, agora o dele... até na Luís Góis é Pedroso de Moraes, depois é Jabaquara.*

*T: Era neném quando veio para São Paulo, nasceu onde?*

*P: Vim pra São Paulo não, foi pra Barretos.*

*T: Ah tá, pra Barretos. E onde a senhora nasceu?*

*P: Jaú.*

*T: Jaú, e depois foi pra Barretos?*

*P: Barretos.*

*T: Foi com quantos anos para Barretos?*

*P: Bebê.*

*T: Bebê, e o que a senhora foi fazer em Barretos?*

*P: Olha, eu fui junto.*

*T: Junto, junto de quem?*

*P: Do meu pai.*

*T: Mudaram-se para Barretos a família toda?*

*P: Aonde a gente morava já não tava dando muito bem o trabalho dele, então a gente se foi.*

*T: Foi pra Barretos... ah tá. E pra São Paulo, com quantos anos a senhora veio?*

*P: Pra São Paulo... acho que eu já era casada quando eu vim pra cá.*

*T: Já era casada, e já tinha tido seus filhos?*

*P: Não.*

O trecho acima descrito exemplifica o processo de linguagem de um paciente com o início da doença de Alzheimer. A paciente apresenta, em todos os trechos, alteração na memória. Nos trechos 1 e 3, pergunta-se à paciente quando ela veio para São Paulo e ela responde datas diferentes, e nenhuma é a correta. Nota-se que o discurso é permeado por um grande número de pausas e reticências, característicos do déficit cognitivo (Grober e col., 1985). Porém, com a condução da terapeuta, o contexto se torna claro, a anomia não dificulta o diálogo com o interlocutor.

*P: É, mas eu sempre trabalho, não fico parada.*

*T: Não.*

P: Agora costura que eu gostava muito...

T: Gostava bastante de costura, né?

P: É, isso que era meu prazer.

T: E em casa, o que qui a senhora faz, o que qui a senhora costuma fazer?

P: Arruma a cozinha, cuida da cozinha, fazê comida...

T: Que mais?

P: Lava roupa eu não lavo, porque eu tenho máquina e esfrega, né. Lavo as minhas roupas assim, né.

T: E cozinhar, a senhora gosta de cozinhar?

P: Gostava demais, agora já não gosto muito.

T: Não gosta mais, por que?

P: Eu não sei, a gente cansa das coisas.

T: O que a senhora tem esquecido por exemplo?

P: Eu não consigo lembrar as coisas direito.

T: Como que é esse esquecimento?

P: Tudo eu esqueço e não percebo mais o que eu esqueci.

T: Não percebe?

P: Não.

T: Por exemplo, a senhora está cozinhando e esquece a panela no fogo?

P: Não.

T: Não.

P: A gente fica ali pertinho para não queimar.

P: É difícil eu lembrar.

T: É difícil a senhora lembrar?

P: Lembrar. Esquecer é mais fácil esquecer do que lembrar. Às vezes a pessoa... eu não lembro o nome da pessoa... e vizinha hein.

Consciente das dificuldades e triste, a paciente mostra, no primeiro trecho, não querer demonstrar suas dificuldades, que são apontadas pela sua filha a todo instante. A atividade de cozinhar já não é mais delegada à paciente, e a constatação da doença de Alzheimer é muito dolorosa.

T: Sua filha contou que a senhora tem dois gatinhos e que ontem foi colocar a comida deles e em vez de colocar no potinho deles colocou no lugar deles fazerem xixi.

P: Foi, né?

*T: E não lembrava disso?*

*P: Não. Sabe, tem hora que ela enche muito sabe, ela é muito chata. A gente fala com ela e ela fica teimando. Então é um inferno com ela. Pois isso eu tinha esquecido, né. Eu tinha que ter posto a comida num e eu pus no outro. Sabe, eu ponho numa caixa de... como é que fala... num coiso branco que tem pra gato, que fica uma coisinha...*

*T: Hum...*

*P: Então eu pus ali e troquei.*

*T: Trocou?*

*P: É, eu ponho a comida dele numa coisa menor e não naquela coisa grande, mas pra ele fazê xixi eu ponho na maior né, mas a comida não, é na menor.*

*T: E aí pra colocar bagunçou tudo, trocou e não lembrou disso.*

*P: Não.*

*T: Sua filha que foi perceber?*

*P: Hi, hi, hi, é.*

*T: E o que a senhora gostava de fazer quando era jovem?*

*P: Sempre gostei muito de costurar, eu adorava costurar. Eu uma vez fiz um vestido para a minha mãe que era daquela coisa fininha que fazia sabe...*

*T: Hum...*

*P: Sabe aquela coisa fininha, como é que chama aquilo lá? Não me lembro o nome. Fazia assim uma (mostra na própria roupa) no pano todo, daí eu cortava a fazenda do jeito que eu queria, né. Depois de feito isso aí, e ajustava as pontinhas certa.*

*T: A senhora pregueava o tecido, é isso?*

*P: É, se faz assim, se vira assim e passa uma costura pequenininha na berada assim né. Ai fica tudo daquele jeito.*

*T: Você pregueava todo pra depois cortar?*

*P: Pra depois cortar, e daí juntava como se fazia, como se fosse as pontinhas e juntava tudo aquilo e ficava bonito né.*

Nesses trechos, L. demonstra um claro indício de alteração lexical (Murdoch, Chenery, Boyle e Wiks, 1988). No trecho 1, utiliza a expressão “num coiso branco”, ou “numa coisa menor” quando queria se referir à palavra “pote”. No segundo trecho, utiliza a expressão “coisa fininha” para se referir a um tecido específico.

Os discursos também são marcados por pausas e reticências em todos os momentos, quando ocorrem os lapsos de memória, tornando visível o declínio progressivo na comunicação, ou seja, a perda da fluência, como relatou Critchley

(1984). Mesmo assim, a paciente consegue manter coerência e coesão discursiva, permanecendo no assunto iniciado. Nota-se a presença de frases inacabadas, alterando a forma semântica. Nesses trechos, também é claro o indício de alterações sintáticas, pois a paciente, para conseguir explicitar os seus desejos, utilizou o concreto e não a linguagem para descrever o concreto.

É interessante notar a conduta da filha tentando conscientizar a paciente de seus lapsos de memória no primeiro trecho.

*T: E conheceu seu marido como?*

*P: Foi numa quermesse que conheci ele. Onde agora tem o negócio de rodeio lá em Barretos.*

*T: Han...*

*P: Não, acho que foi no jardim...*

*T: Foi o que?*

*P: No jardim. Sabe, tinha mania de passear no jardim da praça, e lá no centro tinha outro jardim, e na igreja também... lá eu não ia porque era muito escuro. Então eu tava sempre no jardim, tava sempre cheio de gente, tinha coreto, tinha banda.*

*T: Então foi no jardim, não foi na quermesse.*

*P: Não, foi por ali, porque na quermesse eu não quis namora ele porque ele tava namorando outra, então eu não quis namora ele.*

*T: Mas conheceu ele na quermesse ou no jardim?*

*P: Han... na quermesse, na quermesse. Agora no jardim eu conheci ele assim, porque eu não deixava, eu não queria saber de conversa com ele... agora... um dia uma amiga que tava do meu lado falo que ia se, e quando eu vi ele tava do meu lado.*

*T: Hun...*

*P: Ai eu falei: O que você tá fazendo aqui? Eu vim porque a Isaura me chamou.*

*T: Quem era Isaura?*

*P: Essa minha, uma amiga minha que morava em frente de casa.*

*T: Ai ele conheceu a senhora mas não começaram a namorar?*

*P: Não, eu não queria nada com ele, não gostava de namorar, gostava de brincar.*

*T: A senhora era muito jovem?*

*P: Era moleca.*

*T: Tinha quantos anos?*

*P: Acho que uns 16, 17 anos. Eu gostava muito de correr com o meu cachorro, lá praquelles jardim tudo.*

*T: Ai começou a namorar com ele?*

*P: É, eu fiquei namorando acho que uns 11 anos.*

*T: 11 anos?*

*P: É por aí.*

Nesse trecho, podem-se perceber algumas alterações tanto na forma lingüística, quanto na forma discursiva (Appell, Kertez e Fishman, 1982). No início do relato, L. começa a contar uma parte específica de sua história. No entanto, não consegue manter o relato de forma clara, menciona outros aspectos de sua vida, inclui sentimentos do passado e outras pessoas. Nesse momento, a paciente realiza um movimento de digressão do tópico referido em outros trechos (o lugar onde conheceu seu marido), porém ela recupera o contexto do relato e consegue ser clara.

*T: E história infantil, a senhora contava pra sua filha?*

*P: Contava.*

*T: Que história que ela gostava de escutar?*

*P: Qualquer história ela gostava, distraía, né.*

*T: E a senhora contava o que, conto de fadas?*

*P: É isso aí.*

*T: A senhora lembra de alguma história que a senhora contava pra ela?*

*P: Não.*

*T: Não. Chapeuzinho vermelho, Branca de Neve, Cinderela...*

*P: Tudo isso eu contava.*

*T: E a senhora não lembra de nenhuma?*

*P: Não.*

*T: E partes, a senhora lembra de alguma.*

*P: Num sei, a cabeça da gente mudou e é um corre corre a vida né. Apesar de agora a gente tá trabalhando menos, a gente ainda tem uma vida muito corrida.*

*T: E, por exemplo, se eu contar um pedaço da história da Cinderela, a senhora sabe me contar o final?*

*(Silêncio)*

*T: Cinderela a sua filha gostava?*

*P: Gostava... os anoizinhos também ela gostava muito.*

*T: Como que acaba a história dos sete anos, a senhora pode me contar?*

*P: Eles estavam naquela cabana, estavam na cabana dormindo todos no quarto... mas eu não lembro direito, direito não.*

*T: Não. Na história dos sete anos tinha uma princesa, né? A senhora lembra o nome dela?*

P: Não.

T: Era Cinderela, Branca de Neve, Rapunzel...

P: Era Branca de Neve, né?

T: É. E a do Chapeuzinho Vermelho, sua filha também gostava?

P: Tudo que era história, ela gostava muito.

T: E o final da história da Chapeuzinho Vermelho, a senhora sabe me contar?

P: Do lobo, né? Que ele queria comer... agora certinho, certinho não.

T: Pros netinhos a senhora contou todas essas histórias também, né?

P: Conteí muito, mas agora eles já estão todos moços.

T: Tão todos moços?

P: É, eles crescem.

A paciente perdeu a capacidade de relatar histórias, o que fez sua vida inteira para a filha e para os netos. Como tem consciência desse declínio progressivo na comunicação, a paciente articula uma desculpa para o lapso de memória em meio ao seu discurso. A terapeuta, durante todo o discurso, vai fornecendo os elementos faltantes (memória auxiliar), e, assim, a paciente se reorganiza.

T: Bom, Dona L., vamos fazer um jogo de nomeação pra terminar?

P: Vamos.

T: Então, eu vou te mostrar alguns objetos ou fotos e a senhora fala o nome tá bom?

P: Tá.

(Mostro uma caneta)

P: Caneta.

(Mostro um caderno)

P: Caderno.

(Mostro a foto de um cachorro)

P: Cachorro.

(Mostro a foto de uma escova de dentes)

P: Escova de dentes.

(Mostro um bloco de anotações)

P: Papel.

(Mostro a foto de uma geladeira)

(Silêncio)

(Mostro a foto de uma família)

P: Pessoas.

A paciente mostra não ter perdido a capacidade de nomeação quando tem a figura concreta presente, apesar de que, em alguns momentos, permaneceu em silêncio.

Em quase todos os trechos, a palavra “coisa” foi utilizada com grande frequência, denotando a presença de uma anomia (Hier, Hagenlocker e Shindler, 1985). Pode-se notar com clareza, durante toda a narração, a presença de pausas e reticências, mostrando a alteração cognitiva (Critchley, 1984). Porém, mesmo apresentando essas características, a paciente mantém uma conversação clara com o interlocutor. Nessa fase da doença, a capacidade do uso da linguagem oral está preservada.

## *Sujeito 2*

O sujeito 2, denominado A., 74 anos, é brasileira e reside na cidade de São Paulo.

A. é casada e tem três filhas. Mora com seu marido e as três filhas na mesma casa. Durante a vida, trabalhou como funcionária em uma fábrica de cigarros. Após receber a aposentadoria, passou a se ocupar com os trabalhos da casa e a ter como passatempo a costura de tapeçarias. Devido ao avanço da doença, não tem mais cumprido os deveres domésticos, pois, como relatou, não lembra mais como se fazem as coisas.

Foi internada na enfermaria do Hospital São Paulo para investigação de nódulo pancreático. Ao receber alta, foi encaminhada para o Centro de Assistência e Reabilitação Gerontológica da Unifesp-EPM para acompanhamento. Devido à suspeita de Alzheimer, foi aplicado pelo médico o protocolo do CAMDEX e confirmada a demência em estágio moderado. Num primeiro momento, houve uma conversa com o marido sobre as alterações já presentes e referidas por ele. Num segundo momento, foram feitas, pela fonoaudióloga, as avaliações de deglutição e linguagem que estão descritas e analisadas a seguir.

### *Avaliação da deglutição*

A anamnese de deglutição foi realizada com o auxílio do marido da paciente.

A paciente se alimenta sozinha, sentada à mesa com o restante da família. Não tem alergia a nenhuma comida, porém tem restrição a alimentos gordurosos devido a uma dislipidemia. Relatou já ter mudado a consistência de sua alimentação, tendo retirado os alimentos mais secos e fibrosos.

Na avaliação estrutural, foi constatado que a paciente faz uso de próteses totais superior e prótese parcial inferior, bem adaptadas. Não apresenta ulcerações na cavidade oral, e a saliva se encontra em quantidade normal. A paciente não apresenta nenhum desvio anatômico de lábios ou língua, porém esta última apresenta um tremor constante. Testados a mobilidade, o tônus e a sensibilidade de lábios, língua e palato, verificou-se que se encontram adequados.

A avaliação funcional foi feita com a paciente sentada a noventa graus. Foram-lhe oferecidas as três consistências alimentares. Observou-se que a paciente abre a boca voluntariamente, não apresenta reflexo de mordida, tem vedamento labial adequado, movimento mastigatório unilateral à direita e velocidade da mastigação lentificada. Não apresenta movimento compensatório para deglutir, porém, após colocar o alimento sólido na boca (em pequena quantidade), ingere grande quantidade de líquido. Não apresenta engasgo, tosse ou fadiga. Após a deglutição, verificou-se a presença de resíduo na cavidade oral.

Concluiu-se que a paciente já pode estar apresentando alterações decorrentes da demência no processo de deglutição. Vimos que ela apresenta uma lentificação do movimento mastigatório, ou seja, o trânsito oral já apresenta um tempo significativamente maior. Apresenta resíduo na cavidade oral após a deglutição, o que pode ter ocasionado uma perda da sensibilidade nessa região.

O videodeglutoesofagograma (diagnóstico por imagem) foi realizado com a paciente nas posições ortostática lateral, ântero posterior e oblíqua. Foram oferecidas as consistências pastosa, sólida, líquida engrossada e líquida fina misturadas ao bário.

Foram observados vedamento labial e da nasofaringe adequados e um discreto, porém constante, tremor de língua. Observou-se, também, a presença de



alguns alvéolos dentários na mandíbula. Mastigação unilateral à direita com organização satisfatória do bolo na cavidade oral, com adequado movimento de ejeção de língua.

Nas consistências líquida engrossada e líquida fina, há presença de escorrimo de meio de contraste pelo dorso da língua em direção à orofaringe, acumulando em valécua e seios piriformes, mas que desaparecem com o movimento de deglutição.

Após a deglutição da consistência sólida, foi observada permanência do meio de contraste na cavidade oral, principalmente do lado direito do vestibulo.

Dinâmica de proteção de vias aéreas sem falhas.

Esvaziamento esofágico adequado para a idade com presença de contrações terciárias.

A zero graus em relação ao solo, não foram encontrados sinais de hérnia hiatal e refluxo gastro-esofágico nas diferentes manobras.

Estômago: forma, topografia, capacidade e relevo mucoso normais.

### *Análise da capacidade do uso da linguagem oral*

A análise dos dados foi baseada em alguns trechos do *corpus* transcrito de situações dialógico-discursivas, ocorridas entre terapeuta e paciente.

Nessa situação, a paciente fica feliz quando o marido sai da sala de terapia.

*P: Eu prefiro que ele saiu porque... eu preciso falá... eu tô perdida... (SI).*

*T: A senhora está nervosa, né, dona A... pode falar o que a senhora quiser que eu estou aqui prá te escutar.*

*(Silêncio)*

*T: E às vezes a gente fica encabulada de estar falando na frente de outras pessoas, né?*

*P: E ele me ajuda que só vendo.*

*P: Agora eu não sei é cozinhar mais. Olha, eu fazia bolo, fazia tudo, elas... eu fazia coisa bonita... elas falavam: mãe eu quero um bolo bonito pro meu aniversário... eu fazia, tudo eu fazia.*

*T: Como?*

P: Agora eu não sei mais, sabe porque?

T: Ah?

P: Agora vai fazer um arroz, você precisa lavar aquele arroz, porque se não você põe aquele arroz e ele não vai, porque é duro, duro. Então eu vô ficando, ficando... eu ponho uma coisa, e isso é verdade mesmo, eu fico assim... eu vô fazê, eu vô pegá, pego lá o arroz e tal, do uma lavada, porque muito faz fica ruim e si não fize nada também fica também ruim. Então eu, eu faço a coisa e não fica bom, porque se eu puser um pouco a mais já fica um arroz assim... meio, meio... não é um arroz bem feito, fica um arroz assim... meio, meio... como é que se diz... um arroz que não é bem apresentável, mas dá pra comer, né, pelo menos. Então eu faço as coisas e quando eu vejo, depois quando eu percebo que não fica bom eu já fico sem vontade mais de fazer aquilo, eu faço e ninguém come porque não tá bom.

T: E isso com todas as comidas?

P: Ainda essa semana passada... é, passada, eu falei ah eu vô faze ah... ah... um macarrão, peguei uma coisa pra fazê lá o molho... uma latinha de Salsareti e tem o macarrão que é tudo, tudo... ele é todo... como é que é... ele é assim... sabe uma gravatinha? Então, aí eu peguei as gravatinhas, cozinhei as gravatinhas, fiz o molho e comi... e eu fiquei contente porque eles comeram... falam: mãe, tava bom mãe.

T: Deu a satisfação de ter feito o almoço.

P: Tinha posto até o avental.

Percebem-se alterações tanto na forma lingüística quanto na forma discursiva. No trecho a seguir, a paciente relata um fato marcante que precedeu o início de sua doença.

P: A minha filha mais velha fica falando: mamãe porque se tá fazendo isso... (SI). É porque ele... ele... ele... queria vir pro hospital São Paulo... no carro, porque ele tava se sentindo mal, mas aí ele passou por um... por um... um outro... outro... como se diz... outro hospital, aí ele pegou e parou, parou e teve tudo que ele precisava ter.

T: O que qui ele teve?

P: Aí ligou, ligaram lá pra casa depois que ele já tinha...

T: Mas ele veio sozinho?

P: Então, ele largou o carro e falou: pelo amor de Deus me ajuda que eu tô passando mal. E depois o hospital não tinha condição di... di...

T: De cuidar.

P: Di cuidar. Puseram ele numa cama qui ele tinha qui ficar com os pés assim, assim pra fora da cama, num tinha assim... e eu ficava em casa, quer dizer, eu ia na hora do

*almoça, na hora do lanche eu tava lá, mas pra dormir né... cansada né, eu dormia, mas eu acordava na delegacia e dizia: ai meu Deus será que ele tá vivo. Foi isso que mi abalou.*

*T: A preocupação de estar perdendo seu marido, seu companheiro.*

*P: É.*

*T: E a senhora contou que conheceu seu marido trabalhando na fábrica de cigarros, né. E depois que a senhora se aposentou, o que a senhora gosta de fazer?*

*P: Eu fazia muita... ah... ah... é, trabalhos manuais, de quadro uma coisa assim, minha, eu faço... um quadro, se eu quiser fazer um quadro eu faço, se eu quiser fazer com a linha eu tenho... tudo a mão, tudo a mão.*

*T: Tapeçaria.*

*P: É, isso, isso. E agora eu olho, eu olho e num... si... si... aliás eu também precisei fazer a catarata no ano passado nessa aqui (mostra com as mãos), e esse ano nessa (mostra com as mãos), então não tinha como fazer nada porque eu não enxergava... agora que dá, né.*

*T: Agora está enxergando de novo?*

*P: Agora eu tô.*

*T: Então desde que a senhora se aposentou está fazendo tapeçarias.*

*P: Fazendo todas as outras coisas também. Tinha vontade explícita de trabalha (silêncio). É qui nem a gente fala, senta lá na sala, fica vendo um pouco de televisão e deixa que eu faço aqui. Eu quero fazê e ele não que que eu faça.*

*T: Hoje em dia a senhora continua fazendo essas tapeçarias ou não?*

*P: Agora vô começar.*

*T: Vai começar de novo?*

*P: Vou começar porque eu consegui o óculos agora, então eu vô...*

*T: E a senhora lembra como faz as tapeçarias?*

*P: Sei, sei, sei, quando pega é rapidinho.*

No primeiro trecho, utilizou a expressão “uma coisa assim”, quando queria dizer “tapeçaria”. No trecho seguinte, a história mobiliza a ativação da memória (quando se recorda do oferecimento do cigarro), porém alterações de ordem semântica ocorrem. No entanto, a paciente demonstra dificuldade ora relacionada à nomeação dos termos, ora relacionada apenas à seleção lexical (como ao utilizar a palavra fumo quando poderia ter dito cigarro). No terceiro trecho, pode-se ressaltar que A., em alguns momentos, apesar de ocorrerem várias trocas de turnos dialógicos, não consegue ativar o processo de memória para relacionar o

nome de suas filhas, as idades e em que trabalham. No quarto trecho, ocorrem desestruturas sintáticas, na concordância verbal (“só à noite que fica, né”), quando se refere às filhas.

Preserva coerência e coesão discursiva, mantendo-se no assunto iniciado; um movimento de digressão do tópico aparece em certos momentos. Como expôs Critchey (1984), nota-se a presença de pausas, reticências e frases inacabadas em todos os trechos descritos acima. Também se vêem os déficits de memória, repetições e expressões usadas no lugar de palavras, caracterizando um declínio progressivo na comunicação.

Nesses trechos selecionados, A. demonstra um claro indício de alteração em todas as habilidades da linguagem. A paciente apresenta alteração cognitiva – as pausas e reticências indicam perda de memória (Grober e col., 1985) –, semântica – incapacidade de nomeação (Murdoch e col., 1988) – e sintática – desorganização na construção das frases e na concordância gramatical (Irigaray, 1967). Há um declínio progressivo na comunicação, caracterizado pelos déficits de memória, pausas, reticências, repetições e expressões usadas no lugar de palavras.

*P: Essas moças de hoje, independentes, namoraram bastante mas não casaram e não querem nem saber, elas falam: a não mãe, a gente vê lá que caso e o marido já tá assim, assado e não sei o que, a gente fica muito bem assim.*

*T: E a senhora não quer netos?*

*P: Eu bem que queria, mas não tem né.*

*T: E quando elas eram pequenas, a senhora gostava de contar histórias para elas? Histórias infantis, contos de fadas?*

*P: Ai, não me lembro disso, se eu falava pra elas, se eu contava essas coisas.*

*T: A senhora conhece contos de fadas?*

*P: Tem bastante historinhas, né. Branca de Neve...*

*T: E a senhora sabe me contar essa história?*

*P: Ai, acho que não sei não, viu. Sabe, assim falando tudo bem né, mas depois pra contar a história fica difícil, né.*

*T: A senhora, por exemplo, lembra o final da história da Branca de Neve e os sete anões?*

*P: Sete anões...*

*T: A Branca de Neve saiu de casa por causa da bruxa e encontrou os sete anõeszinho numa floresta, daí ficou vivendo com eles durante um bom tempo, conheceu um príncipe e ia se casar... daí a bruxa encontrou ela na casa dos sete anões e deu uma maçã envenenada para ela e ela dormiu e não acordou, até que... como termina a história?*

*P: Num sei... acho que tava boa né?*

*T: Os sete anões saíram à procura de quem pra ir acordar a Branca de Neve?*

*P: Eu sabia quem era, mas agora não sei não.*

*T: Com o príncipe, né?*

*P: Ai... o príncipe... é mesmo.*

*T: E, por exemplo, coisas assim como o dia da semana e o ano a senhora se lembra?*

*P: Agora eu pego o... o... o jornal logo cedo e vô ver a data que tá, que dia é... qui se não... eu esqueci até meu aniversário esse mês, não esse mês passado, porque eu sou do mês cinco. Eu... eu... chegou cinco de maio e eu não falei nada, eu não lembrei, num lembrei né... e meu marido chegou à tarde, porque ele tava trabalhando né, porque depois ele não trabalhou mais, depois que ele teve o infarte, ele não trabalhou mais... eu... eu... que qui eu tava falando... ele veio à tarde né, com uma coisa de planta né... com... é... com uma planta muito bonita branca e num coiso grande ele trouxe e veio com... com... ai eu falei assim, ué porque você me deu... quem tá aniversariando aqui hein, com flores e tal... e ele falou: é seu aniversário. Daí eu falei: desculpe... eu não me lembrei.*

*T: Foi esse ano?*

*P: Foi.*

*T: E ele teve enfarte esse ano também.*

*P: Não, não, ele já faz um tempinho. Já, já. Ele tá meio cansado porque ele andou fazendo... foi lá nas Clínicas e... e... sempre pegam meu marido pra essas coisas, então... vão lá, pegam e ele vai... e ele tá... com aqueles... com um negócio que faz com qui as pessoas... um exame... qui ele entra... eu já fiz essa coisa...*

*T: Uma ressonância?*

*P: É, é. Então, ele fez... mas é... muito, muito... ficou um pouco cansado. Ele tá... qui nem ontem ele num queria come, num queria come, falava: eu num tô com fome, depois eu como qui agora eu num tô com fome.*

*T: Então estão os dois comendo que nem passarinho dentro de casa?*

*P: É... mas ele come muito bem. Agora com o negócio dele tá cansado é que ele...*

Nesses três trechos, vemos a perda da fluência e a desarticulação do discurso.

A paciente perdeu a capacidade de contar histórias, o que, segundo seu marido, ela realizou durante muito tempo, até suas filhas crescerem (trecho 1). Consciente de que perdeu a capacidade da narração, A. articula uma desculpa para o lapso de memória em meio ao texto que está falando. Elementos relacionados à coordenação temporal estão presentes, como quando a paciente se refere ao esquecimento do aniversário e à necessidade de ver no jornal a data para saber o dia em que se encontra, demonstrando já ter perdido essa capacidade (trecho 2). Também demonstra um episódio de digressão e confabulação, caracterizado pela não manutenção do tema (trecho 3). Essa alternância com relação ao tema gera uma desestruturação sintática da frase e uma alteração semântica do sentido.

*T: E ditados populares, dona A... Se eu falar um ditado para a senhora, a senhora consegue me explicar?*

*P: Consigo.*

*T: Por exemplo, se eu falar para a senhora, mais vale um pássaro na mão do que dois voando, a senhora consegue me explicar o que significa essa frase?*

*P: Como é que é?*

*T: Mais vale um pássaro na mão do que dois voando.*

*P: Verdade.*

*T: Verdade. O que qui significa?*

*P: Uma coisa boa.*

*T: Uma coisa boa. Deixa eu ver um outro ditado para falar para a senhora... Panela velha é que faz comida boa.*

*P: Porque o tempero ou outra coisa é melhor do que qualquer outra coisa. Não é porque a panela é... como é que se diz... porque não pode uma comida ser feita nessa mesma panela.*

Nesse trecho, tornam-se visíveis as dificuldades que a paciente apresenta e as tentativas de superá-las, bem como os processos alternativos de significação de que lança mão para enfrentar as atividades verbais às quais é exposta. A paciente responde o último ditado usando a linguagem ligada à sua experiência de vida.

*T: Dona A., agora vamos fazer um jogo onde eu mostro uma figura e a senhora fala o nome, tá bom?*

*P: Tá sim.*

*(Mostro uma figura de um rolo de papel higiênico)*

*P: Sei o qui é.*

*T: Como que é o nome?*

*P: É... como é que chama... é... ele limpa...*

*T: Papel higiênico.*

*P: Higiênico isso, isso.*

*(Mostro uma figura de um óculos)*

*P: Isso (mostra no próprio rosto).*

*(Mostro uma figura de um cachorro)*

*P: Cachorro.*

*T: Então essas coisinhas a senhora não tem esquecido.*

*P: Não, não.*

*T: Só com dia, meses e ano que a senhora tem se confundido, né. Mas a senhora sabe que ano a gente, tá?*

*P: 2002 né.*

*T: 2002?*

*P: Não, 2000.*

*T: 2000 né.*

*P: Já tô querendo...*

*T: E o mês?*

*P: Setembro.*

A paciente mostra, ainda, não ter perdido completamente a capacidade de nomeação quando tem o concreto presente, apesar de, em alguns momentos, precisar lançar mão do concreto ou de expressões para se fazer entender.

Essa paciente demonstra um número crescente de equívocos verbais e erros parafásicos em suas atividades discursivas, característicos da demência em estágio moderado (Murdoch, Chenery, Boyle e Wiks, 1988). Também apresenta constantemente a palavra “coisa”, denotando a presença de uma anomia, pausas e reticências que demonstram a presença de uma marcante alteração cognitiva e semântica (Grober e col., 1985 e Critchley, 1984).

### **Considerações finais**

Durante o atendimento fonoaudiológico e após a descrição das alterações de deglutição e da capacidade de uso da linguagem oral, foi possível estabelecer, por meio das diferenças encontradas, o grau em que se encontra a doença de Alzheimer em cada um dos indivíduos.

Baseando-se nos dois casos citados, podem-se perceber sutis alterações de deglutição entre o estágio inicial e o estágio moderado da doença. O funcionamento do processo de deglutição já se encontra alterado no caso de A., em que vimos a mudança espontânea das consistências, uma lentificação do movimento mastigatório e a presença de resíduo na cavidade oral. A duração do trânsito oral, com um tempo significativamente maior, foi descrita por Priefer e Robins (1997) como a primeira das alterações no processo de deglutição a aparecer. Já a presença de resíduo na cavidade oral foi descrita por Steele, Greenwood, Ens, Robertson e Seidman (1997) como característica do estágio moderado da demência.

Vimos que, no caso de L., mesmo sendo diagnosticada, a doença em estágio inicial ainda não apresenta nenhuma alteração no processo de deglutição.

No que diz respeito à linguagem, foi possível visualizar a ocorrência dos processos lingüísticos e alterações discursivas ocasionadas pela doença de Alzheimer, evidenciando assim um certo funcionamento lingüístico característico de cada estágio da demência.

Com base nos dois casos analisados, pode-se perceber a variabilidade das alterações de linguagem existentes nos estágios inicial e moderado da doença. Essa questão se torna mais evidente no segundo caso, no qual se observa a ocorrência de um número bem maior de alterações lingüísticas e discursivas.

A função pragmática da linguagem, por ser a mais dependente da cognição, é, conseqüentemente, a mais afetada e aparente nos discursos analisados. Appell, Kertesz e Fishman (1982) dizem que, devido à escassez de comandos, de perguntas, de pedidos indiretos, de pronomes na segunda pessoa e de termos deduzidos da fala do emissor, o uso da linguagem como instrumento de comunicação, transmissão de informação, guia de ação e conceito gerado de proposição fica alterado.



No primeiro caso, as alterações lingüísticas são evidenciadas claramente, mas nota-se que a paciente ainda não perdeu a capacidade de julgar os efeitos contextuais e de usar convenções de conversação. Também se pode ressaltar que as alterações que mais aparecem são os lapsos de memória, pausas e reticências e as alterações semânticas com substituição do lexema. Nesse caso, as inferências realizadas pela terapeuta ocorriam com maior dificuldade, sendo necessárias grandes alternâncias de turno dialógico.

No segundo caso, o funcionamento lingüístico já se encontra afetado, portanto, a linguagem já não está sobre total controle da paciente. O discurso se constitui muito mais numa forma narrativa, possibilitando maiores tendências à divagação e às confabulações. Aparecem alterações nas construções das frases e na concordância gramatical em maior número. Também a presença de frases inacabadas seguidas de longos silêncios mostra que os códigos lingüísticos sintáticos e fonológicos estão num processo de deterioração mais avançado.

Nos dois casos, vemos que há presença de características consideradas marcantes na conversação de um paciente portador da doença de Alzheimer; como as reticências causadas pelos déficits de memória e as alterações no campo semântico, envolvendo tanto a afinidade hierárquica como a linear.

Enfim, sabemos que a demência de Alzheimer, por ser um processo degenerativo, desorganiza cognitivamente o indivíduo e, conseqüentemente, sua família. Devido a essa desorganização, é necessário que se consiga estabelecer, a partir das dificuldades aparentes em cada paciente, o grau em que se encontra a demência, para que o terapeuta responsável possa intervir nos processos de deglutição e linguagem, fazendo adaptações com o decorrer da doença. Com essas condutas, poderá haver melhora na qualidade de vida do paciente, melhorando o processo de deglutição, redescobrimdo todo o processo verbal, interferindo significativamente para que haja uma menor desorganização durante o processo degenerativo.

### **Resumo**

*Este trabalho teve como principal objetivo a descrição das alterações de deglutição e das características lingüísticas no grau leve e moderado da doença*

*de Alzheimer. Foram avaliadas duas pacientes, com idade superior a 60 anos, diagnosticadas com a doença de Alzheimer, que estavam sendo acompanhadas no Centro de Reabilitação Gerontológica da Unifesp-EPM. Os atendimentos fonoaudiológicos ocorreram uma vez por semana, com duração de 45 minutos, pelo período de um mês. As avaliações de linguagem foram baseadas em situações de conversa espontânea com conteúdo de interesse do paciente. Foi feita avaliação estrutural e funcional da deglutição e, posteriormente, a videofluoroscopia. Pode-se verificar que as alterações de linguagem e de deglutição pioram à medida que aumenta a degeneração cerebral causada pela doença.*

**Palavras-chave:** *Doença de Alzheimer; alterações; linguagem; deglutição.*

### **Abstract**

*In this research we limit ourselves to the work of speech therapy to minimize the damage caused by the Alzheimer disease. By following two patients, one at the initial stage of the disease and the other during the moderate stage, we were able to clearly identify all changes in language and swallowing, which accompany brain degeneration. From the start of this process, we could observe and report the swallowing alterations and the language characteristics which indicate the degree the disease has reached. We conclude that through the changes shown by the patient, we may determine with considerable precision the phase of the disease in which the patient has fallen, because such alterations are clearly marked in each of the two stages.*

**Key-words:** *Alzheimer dementia; changes; language; swallowing.*

### **Resumen**

*Este trabajo tuvo como principal objetivo la descripción de las alteraciones de deglutição y de las características lingüísticas en el grado liviano y moderado de la enfermedad de Alzheimer. Dos pacientes, con edad superior a 60 años, fueron evaluadas y diagnosticadas con la enfermedad de Alzheimer, las cuales estaban en observación en el Centro de Reabilitación Gerontológica*

*de Unifesp-EPM. Los exámenes fonoaudiológicos ocurrieron una vez por semana, con duración de 45 minutos, por un periodo de un mês. Las evaluaciones de lenguaje fueron basadas en situaciones de conversación espontánea de interés del paciente. Fué hecha una evaluación estructural y funcional de la deglutição y posteriormente la videofluoroscopia. En consecuencia, se pudo verificar que las alteraciones de lenguaje y de deglutição han empeorado a medida que aumentan la degeneración cerebral causada por la enfermedad.*

*Palabras claves: Enfermedad de Alzheimer; alteraciones; lenguaje; deglutição.*

### Referências

- ALENCAR, Y. M. G. e CURIATI, J. A. E. (1994). "Envelhecimento do aparelho digestivo". In: CARVALHO FILHO, E. e PAPALÉO NETO, M. *Geriatrics – Fundamentos, Clínica e Terapêutica*. São Paulo, Atheneu.
- APPELL, J.; KERTEZ, A. e FISMAN, M. (1982). A study of language functioning in Alzheimer's patients. *Brain and Language*, 17, pp. 73-91.
- CAPPA, S. F.; BINETTI, G.; PEZZINI, A.; PADOVANI, A.; ROZZINI, L. e TRABUCCHI, M. (1998). Object and action naming in Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. *Neurology*, 50, pp. 351-355.
- CHOUINARD, J.; LAVIGNE, E. e VILLENEUVE, C. (1998). Weight loss, dysphagia and outcome in advanced dementia. *Dysphagia*, v. 13, n. 3, pp. 151-155.
- CRITCHLEY, M. (1984). And all the daughters of musick shall be brought low: Language function in the elderly. *Archives of Neurology*, 41, pp. 1135-1139.
- FLEISCHMAN, D. A. e GABRIELI, J. D. (1998). Repetition priming in normal aging and Alzheimer's disease: a review of findings and theories. *Psychology and Aging*, 13, pp. 88-119.
- GROBER, E.; BUSCHKE, H.; KAWAS, C. e FULD, P. (1985). Impaired ranking of semantic attributes in dementia. *Brain and Language*, 26, pp. 276-287.
- GROHER, M. E. (1999). "Distúrbios de Deglutição em idosos". In: FURKIM, A. M. e SANTINI, C. S. *Disfagias orofaríngeas*. São Paulo, Pró-Fono.

- HIER, D. B.; HAGENLOCKER, K. e SHINDLER, A. G. (1985). Language disintegration in dementia: effects of etiology and severity. *Brain and Language*, 25, pp. 117-133.
- IRIGARAY, L. (1967). Approche psycho-linguistique du langage des dements. *Neuropsychologia*, 5, pp. 25-52.
- KOWACS, P. A. (1999). "Causas neurológicas de disfagia em adultos". In: FILHO, E. M.; PISSANI, J. C.; CARNEIRO, J. e GOMES, G. *Disfagia: abordagem multidisciplinar*. São Paulo, Frôntis Editorial.
- LARRSON, T.; SJÖRGREN, T. e JACOBSON, G. (1963). Senile dementia. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl.*, 167, pp. 1-100.
- MAC-KAY, A. P. M. G. (1999). "Distúrbios de linguagem: demência". In: RUSSO, I. P. *Intervenção fonoaudiológica na terceira idade*. Rio de Janeiro, Revinter.
- MORRIS, J. C.; EDD, S.; CLARK, C.; GALASKO, D.; KOSS, E.; MOHS, R.; BELLE, G.; FILLENBAUM, G. e HEYMAN, A. (1993). The consortium to establish a registry for Alzheimer's disease (CERAD), part IV. Rates of cognitive change in the longitudinal assessment of probable Alzheimer's disease. *Neurology*, 43, pp. 2457-2465.
- MURDOCH, B. E. (1997). "Distúrbios de linguagem na demência". In: *Desenvolvimento da fala e distúrbios da linguagem*. Rio de Janeiro, Revinter.
- \_\_\_\_ CHENERY, H. J., BOYLE, R. e WILKS, V. (1988). Functional communicative abilities in dementia of the Alzheimer type. *Australian Journal of human communication disorders*, v. 16, n. 1, pp. 11-21.
- NASI, A.; CARVALHO, L. E. B.; CECCONELLO, I. e PINOTTI, H. W. (1999). "Disfagia no individuo idoso". In: FILHO, E. M.; PISSANI, J. C.; CARNEIRO, J. e GOMES, G. *Disfagia: abordagem multidisciplinar*. São Paulo, Frôntis Editorial.
- NORBERG, A. e ATHLIN, E. (1989). Eating problems in severely demented patients – issues and ethical dolemmas. *The nursing clinics of North America*, v. 24, n. 3, pp. 781-789.
- PALINKAS, E.; NAJAS, M. S.; RAMOS, L. R. e BILTON, T. (1999). Descrição das modificações da alimentação em idosos com demência e a atuação

fonoaudiológica. In: II CONGRESSO BRASILEIRO DE ALZHEIMER. São Paulo, p. 18.

PRIEFER, B. A. e ROBBINS, J. (1997). Eating changes in mild-stage Alzheimer's disease: a pilot study. *Dysphagia*, 12, pp. 212-221.

RUSO, I. C. P. (1999). *Intervenção fonoaudiológica na terceira idade*. Rio de Janeiro, Revinter.

*Recebido em maio/01; aprovado em out/01.*