

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ESTUDOS
LINGUÍSTICOS – PPGEL**

BÁRBARA SCALZER MAIA

**INTERAÇÃO ENTRE DIFERENTES INTERLOCUTORES E UMA
PESSOA COM ALZHEIMER:
UM OLHAR PARA OS ENQUADRES INTERATIVOS**

VITÓRIA
2013

BÁRBARA SCALZER MAIA

**INTERAÇÃO ENTRE DIFERENTES INTERLOCUTORES E UMA
PESSOA COM ALZHEIMER:
UM OLHAR PARA OS ENQUADRES INTERATIVOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Estudos Linguísticos do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Linguística, na linha de pesquisa em Estudos sobre Texto e Discurso.

Orientadora: Profa. Dra. Maria da Penha Pereira Lins

VITÓRIA
2013

BÁRBARA SCALZER MAIA

**UMA PESSOA COM ALZHEIMER EM INTERAÇÃO COM DIFERENTES
INTERLOCUTORES:
UM OLHAR PARA OS ENQUADRES INTERATIVOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em estudos Linguísticos da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para a obtenção do título de mestre - Mestrado em Estudos Linguísticos. Linha de pesquisa: Texto e Discurso.

Defesa da dissertação:

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Maria da Penha Pereira Lins
Universidade Federal do Espírito Santo

Orientadora

Prof. Dr. Santinho Ferreira de Souza
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr. Hebert Wilson Santos Cabral
Universidade Vila Velha
Universidade Federal Fluminense
Emescam

Ao meu tio, motivo maior da minha pesquisa, por ter existido em minha vida.

“A vida vai deixando através do corpo suas marcas, vai desenhando traços firmes que contornam os rostos abrindo sulcos, como marcas indeléveis que se multiplicam e se acentuam ao longo dos anos. Vai embranquecendo e rarefazendo os cabelos, vai fazendo o corpo sentir os anos passarem inexoravelmente. A vida vai escrevendo nossa história em nosso próprio corpo, em nossos gestos, em nosso olhar. Os caminhos percorridos, os anos vividos, as alegrias e sofrimentos, as esperanças, os desejos escondidos parecem confluír todos para o mesmo corpo, agora capaz de revelar uma história, capaz de deixar as rugas falarem, porque elas têm de fato uma história. O rosto envelhecido é história, permite uma interpretação, provoca interpretações, faz pensar... Envelhecer é perceber esse passar da vida, constante e intenso, como se a gente pudesse se olhar no espelho e, em um minuto, ver a metamorfose do mesmo rosto desfilando sucessivamente diante dos próprios olhos, transformando-se gradativamente de jovem para velho.”

Ivone Gebara

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente à professora Maria da Penha Pereira Lins, pela valiosa orientação e pela disposição em me ajudar, mesmo com as dificuldades demandadas por minha pesquisa.

Agradeço aos meus familiares, pelo apoio em todos os momentos de minha vida acadêmica.

Agradeço ao meu noivo Fernando, pelo amor e pela preciosa companhia, principalmente nos momentos tristes desses dois anos.

Agradeço à professora Virgínia Abrahão, por me incentivar, desde a graduação, nos estudos com relação à Doença de Alzheimer.

Agradeço a todos os amigos que colaboraram de alguma forma: à Lorena, por ter cedido importantes materiais para minha pesquisa e pela boa vontade de sempre em esclarecer minhas dúvidas; à Hamanda, Thiago, Kaio, Larissa e Francismar, pelas importantes contribuições vindas dos estudos geográficos; à Camila e à Cida pela parceria desses dois anos; à Daniele Marcato e à Daniele Feres, alunas de medicina da UVV, pelas recomendações vindas da área médica; e, por fim, à Fabiane e à Thiago, por me ajudarem na elaboração do *abstract*.

Agradeço aos professores do PPGEL, pela atenção ao longo do curso e pelas maravilhosas recomendações ao longo das disciplinas ministradas por eles.

Agradeço aos professores Hebert Cabral e Hilda Olímpio, por se disponibilizarem a ler minha dissertação e participarem da minha banca de qualificação.

Agradeço à FAPES, pelo apoio financeiro desta pesquisa; e à CAPES, por me possibilitar um intercâmbio científico com a Unicamp, por meio do PROCAD.

Agradeço às professoras do IEL (Unicamp), Edwiges Morato e Mônica Zoppi, por receberem os alunos do PROCAD e pelas grandes contribuições acadêmicas durante os cursos que ministraram.

Por fim, agradeço aos professores Hebert Cabral e Santinho Ferreira, por aceitarem participar da minha banca de defesa.

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo estudar, com base em situações reais de ocorrência, os diferentes enquadres interativos presentes nas interações entre um sujeito com Doença de Alzheimer (DA) e diferentes interlocutores. O sujeito alvo da pesquisa possui 84 anos, é do sexo masculino, diagnosticado com DA leve, e foi selecionado devido à proximidade familiar entre ele e a pesquisadora. Esse sujeito foi diagnosticado a partir de avaliação clínica de médico especialista em geriatria e de avaliação que inclui a observação de fatores neuropsicológicos, patológicos e de neuroimagem. O *corpus* desta pesquisa constitui-se de dados obtidos por meio de gravações de áudio e vídeo, transcritos com base nas normas de transcrição do Projeto NURC-SP (2007). A análise dos dados considera aspectos como o envelhecimento, a pessoa com Alzheimer (PA), o desempenho dos diferentes interlocutores e a caracterização dos distintos enquadres interativos. A partir daí, buscamos observar como ocorrem, no processo de enquadramento, os alinhamentos entre uma pessoa com Alzheimer e distintos interlocutores nas interações em estudo. Para investigar tais questões propomos uma interface entre a Sociolinguística Interacional e a Neurolinguística. Dessa forma, autores como Goffman (1998), Tannen & Wallat ([1987] 2002) e Morato (2010, 2011), principalmente, são fundamentais para este estudo. Mais objetivamente, pretendemos mostrar como a compreensão de processos interacionais que envolvam pessoas com Alzheimer pode contribuir para o acompanhamento e para a qualidade de vida dessas pessoas. Além disso, almejamos contribuir com a literatura existente sobre o assunto, que ainda é um pouco escassa.

Palavras-chave: Interação; Doença de Alzheimer; enquadres interativos; alinhamentos.

ABSTRACT

This research aims to study, based on real situations of occurrence, the different interactive frames lived in interactions between a subject with Alzheimer's Disease (AD) and different interlocutors. The subject of the study is 84 years old, male, diagnosed with mild AD, and he was selected because of the family proximity between him and the researcher. This subject was diagnosed by clinical assessment of a medical specialist in geriatrics and evaluation that included observation of neuropsychological, neuroimaging and pathological factors. The corpus of this study consists of data obtained through audio and video recordings, transcribed under the rules of transcription from the NURC-SP Project (2007). Data analysis considers aspects such as aging, people with Alzheimer's (PA), the performance of different interlocutors and characterization of the different interactive frames. From there, we tried to observe how the alignments between a person with Alzheimer's and different interlocutors occur, in the framing process, in the interactions being studied. To investigate these issues we propose an interface between Interactional Sociolinguistics and Neurolinguistics. Thus, authors such as Goffman (1998), Tannen & Wallat ([1987] 2002) and Morato (2010, 2011), especially, are fundamental to this study. More objectively, we intend to show how an understanding of interactional processes involving people with Alzheimer's Disease may contribute to the monitoring and quality of life of these people. Furthermore, we aim to contribute to the existing literature on the subject, which is still a bit sparse.

Keywords: Interaction; Alzheimer's Disease; interactive frames; alignments.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Quadro sinóptico de estudos sobre <i>frame</i>	44
Quadro 2:Quadro da evolução do sujeito da pesquisa.....	56

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Esperança de vida ao nascer.	23
Gráfico 2: Razão de dependência total e da população com 60 anos ou mais.....	25
Gráfico 3: Número de idosos na população brasileira - pessoas de 60 anos ou mais.....	26
Gráfico 4: Índice de idosos/ percentual de idosos na população.....	27
Gráfico 5: Alinhamentos no enquadre interrogatório.....	78
Gráfico 6: Alinhamentos no enquadre consulta nutricional.....	83
Gráfico 7: Alinhamentos no enquadre conversa informal.....	87

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Dados do enquadre interrogatório.....76

Tabela 2: Dados do enquadre consulta nutricional.....82

Tabela 3: Dados do enquadre conversa informal.....86

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
CAPÍTULO 1	
O ENVELHECIMENTO	21
1.1 O QUE É SER VELHO EM NOSSOS DIAS?.....	21
1.2 O CRESCIMENTO DO NÚMERO DE IDOSOS NO BRASIL E NO MUNDO.....	24
1.3 A LINGUAGEM NO ENVELHECIMENTO.....	30
1.4 A CATEGORIZAÇÃO SOCIAL DO IDOSO E DA PESSOA COM ALZHEIMER.....	33
CAPÍTULO 2	
A DOENÇA DE ALZHEIMER (DA)	37
2.1 A DA E SUAS CARACTERÍSTICAS.....	37
2.2 OS ESTUDOS LINGUÍSTICOS E A DA.....	41
CAPÍTULO 3	
REFERENCIAL TEÓRICO	47
3.1 A NOÇÃO DE <i>FRAME</i> COMO ENQUADRE INTERATIVO	47
3.2 A IMPORTÂNCIA DE SE OLHAR PARA O CONTEXTO	52
3.2.1 As pistas de contextualização.....	54
3.3 O PAPEL DOS INTERLOCUTORES	56
3.4 <i>FOOTING</i>	57
CAPÍTULO 4	
NATUREZA DO CORPUS E METODOLOGIA DE ANÁLISE	59
4.1 NATUREZA DO <i>CORPUS</i>	59
4.2 METODOLOGIA DE ANÁLISE	61
CAPÍTULO 5	
DESCRIÇÃO DAS INTERAÇÕES A SEREM ANALISADAS	63
5.1 DESCRIÇÃO DO INTERROGATÓRIO.....	63
5.2 DESCRIÇÃO DA CONSULTA NUTRICIONAL	66
5.3 DESCRIÇÃO DE CONVERSA INFORMAL	67
CAPÍTULO 6	
ANÁLISE DE ENQUADRES INTERATIVOS ENVOLVENDO UMA PESSOA COM ALZHEIMER	70
6.1 INTERROGATÓRIO	71
6.2 CONSULTA NUTRICIONAL	81
6.3 CONVERSA INFORMAL	87
CONSIDERAÇÕES FINAIS	91

REFERÊNCIAS.....	96
ANEXO I.....	102
ANEXO II.....	103
ANEXO III.....	109
ANEXO IV	113
ANEXO V	116
ANEXO VI	121

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Observamos, com esta pesquisa, que, com a melhoria das condições socioeconômicas, com a diminuição das taxas de natalidade e de mortalidade, está havendo uma inversão na pirâmide etária e um grande aumento na expectativa de vida dos idosos. Tal aumento pode ser associado à evolução técnico-científica, ao avanço da medicina e das áreas terapêuticas e às melhorias de saneamento básico, entre outros fatores. Porém, apesar do visível aumento na expectativa de vida dos idosos, podemos observar a presença de doenças crônico-degenerativas como o diabetes, a hipertensão arterial, a osteoporose e os diversos tipos de demências em números elevados (GOMES, 2007, p. 293).

Com base nesses dados, notamos que o aumento progressivo da população idosa, no Brasil e no mundo, aponta para a necessidade de estudos que favoreçam essa parcela da sociedade. Intimamente ligado ao aumento da população idosa, está o aumento de pessoas diagnosticadas com Doença de Alzheimer (DA), o que explica o crescente número de pesquisas relacionadas a tal doença e, ao mesmo tempo, atesta a relevância das investigações nesse campo.

Para esta pesquisa, em especial, damos ênfase à linguagem, um dos aspectos alterados durante o curso da DA. Assim, é importante ressaltarmos que estudos com relação à linguagem do idoso, em geral, são desenvolvidos a fim de identificar transformações e detectar causas de possíveis mudanças que surgem em decorrência do envelhecimento. Além disso, tais trabalhos dirigem-se à promoção de melhorias na qualidade de vida dos idosos, tendo em vista o significativo aumento de sua expectativa de vida (BRANDÃO & PARENTE, 2001, p.38). Diante de tais constatações, devemos ter em mente que a linguagem, sendo um fator que sofre influência de possíveis processos cognitivos em declínio na velhice, é um aspecto que não deve ser negligenciado na intervenção cognitiva do idoso. Tanto o idoso como seus familiares devem conhecer e saber lidar com os processos cognitivos que podem modificar-se com o aumento da idade, pois dessa forma alcançarão maior equilíbrio no convívio com as dificuldades e, conseqüentemente, maior qualidade de vida (BRANDÃO & PARENTE, 2001, p.49).

Sabemos que, no Alzheimer, as alterações de linguagem comumente evidenciadas, além de afetarem as atividades comunicativas, geram no paciente isolamento, apatia, e aumentam o risco de institucionalização precoce (BERTOLUCCI & ORTIZ, 2005, p.316).

Um dos maiores problemas encontrados quando é diagnosticada a DA, é a reação da família, que, muitas vezes, apresenta resistência em aceitar o diagnóstico. Por falta de informação, muitos sentem até vergonha de terem uma pessoa demenciada na família. Outros sentem incômodo em imaginarem-se idosos com a mesma doença. Muitos não querem o “fardo” de cuidarem de seus parentes demenciados, deixando-os em instituições voltadas para este cuidado e isentando-se até mesmo de voltar a ver os pais, avós ou tios internados com DA. Esse é um dos fatores que deve estimular a disseminação de pesquisas feitas com relação à doença, a fim de auxiliar familiares e cuidadores na compreensão e vivência diária com as pessoas com DA. Para pesquisas que envolvam a linguagem, precisamos de análises qualitativas que não descartem os fatores sócio-histórico-culturais, assim como os individuais, envolvidos nos processos interativos. A língua não deve ser vista como um sistema abstrato, mas enquanto prática social. Dessa forma, propomos que a análise de enunciados dos sujeitos com Alzheimer seja feita com base em situações reais de comunicação. Assim, concordamos com Koch (2011, p. 15), quando informa sobre a concepção de língua como lugar de interação, em que o sujeito é visto como entidade psicossocial, como ator social, engajado, situado.

Diante do já exposto e tendo em vista a situação do idoso em nossos dias, notamos que o envelhecimento é um campo de interesse, pesquisa e atuação de um grande número de especialidades numa perspectiva interdisciplinar, já que profissionais de diversas áreas (medicina, enfermagem, psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia, gerontologia, terapia ocupacional, etc.) têm possibilidades de oferecer uma contribuição decisiva para melhorar a qualidade de vida do idoso, por meio da prática do intercâmbio e da cooperação, assim como o da busca de uma linguagem comum entre as diversas ciências (GAMBURGO, 2002).

Portanto, nesta pesquisa, propomos uma interface entre a Neurolinguística e a Sociolinguística Interacional, a fim de tecer um estudo acerca da Linguagem de uma pessoa com Alzheimer (PA). Tal escolha se deu devido a um interesse pessoal pelo

tema desde a graduação, tendo em vista a atuação como cuidadora direta de uma PA por quatro anos. Além disso, motivou-nos a incidência estatística de casos de pessoas com a doença e a observação da necessidade de intervenção no curso da mesma.

Entendemos que a análise linguística de episódios dialógicos pode contribuir para a avaliação de linguagem na DA (mais adequada do que a avaliação por meio de baterias de testes), além de contribuir para a orientação de familiares e cuidadores, propiciando uma melhor convivência entre os sujeitos envolvidos. Outro ponto importante é que interlocutores qualificados podem intervir no curso da doença por meio da proposição de atividades linguísticas significativas para os sujeitos com DA; além disso, a compreensão da dinâmica dos enquadres interativos pode gerar menos estresse nas interações face a face.

Pretendemos atestar a importância dos interlocutores “não Alzheimer” e sua necessidade de adequação no reconhecimento dos enquadres interativos, mostrar como isso está relacionado à categorização social e demonstrar como a compreensão do processo comunicativo presente em determinados enquadres interativos pode possibilitar uma interação de maior qualidade com pessoas com Alzheimer e, assim, por meio de práticas linguísticas, favorecer a qualidade de vida dessas pessoas.

É importante frisar que argumentamos em favor das análises qualitativas que privilegiam as interações dialógicas a fim de buscar compreender as dificuldades observadas na DA.

Tendo observado aspectos como o aumento progressivo no número de idosos no Brasil e no mundo e, junto a isso, o aumento da incidência de doenças degenerativas em idosos, tal qual a DA, além de analisar o quadro de pesquisas em linguagem relativas a tal doença, notamos a carência de pesquisas com esse foco. Dessa maneira, achamos relevante e necessário o investimento em um estudo que envolve não somente a pessoa com DA, mas também seus distintos interlocutores, a fim de intervir positivamente nessas interações, garantindo, assim, melhor qualidade de interação para essas pessoas.

Nesse contexto, traçamos o pressuposto desta pesquisa: acreditamos que o estudo de enquadres interativos que envolvem o sujeito com Alzheimer pode contribuir para um melhor entendimento de suas práticas comunicativas. Tal importância está ligada à própria importância que a linguagem possui na vida dos seres humanos. Aprimorar as práticas comunicativas entre a pessoa com DA e seus pares é proporcionar a ela inserção social e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida. Diante disso, lançamos as seguintes indagações:

- a) A pessoa com Alzheimer atua linguisticamente de acordo com as exigências do enquadre em que está inserida?
- b) A pessoa com Alzheimer alterna o seu registro linguístico em função de seu interlocutor?
- c) O interlocutor não Alzheimer pode intervir positivamente na interação de modo a favorecer a expressão da pessoa com Alzheimer?
- d) A pessoa com Alzheimer reconhece relações de poder?
- e) A pessoa com Alzheimer muda de comportamento a depender da condução que seu interlocutor elege para o enquadre?

Sabemos que a convivência e o cuidado com uma PA não é tarefa simples. Diante dessa consciência, nosso principal objetivo é: investigar o trabalho linguístico de uma PA em interação com distintos interlocutores, com a finalidade de analisar os enquadres interativos dos quais participam, em situações naturais de ocorrência, e observar se os interlocutores não Alzheimer alinham-se de maneira satisfatória a PA.

Para isso, em um primeiro momento, no primeiro capítulo, apresentamos reflexões acerca do envelhecimento, de modo geral, no Brasil e no mundo. Falamos sobre o que é ser “velho” em nossos dias, sobre como tem crescido o número de idosos em todo o mundo, sobre a linguagem no envelhecimento e suas especificidades, além de apresentarmos uma síntese de como o idoso é categorizado em nossa sociedade.

No segundo capítulo nos dedicamos ao estudo de aspectos relativos à DA, primeiramente conceituando-a, fazendo uma breve exposição teórica sobre a

doença, sobre seu diagnóstico, e também apresentando o que tem sido feito em termos de estudos linguísticos com relação à DA.

No terceiro capítulo, abordamos estudos com relação à teoria de enquadres interativos no campo da Sociolinguística Interacional. O primeiro item desse capítulo expõe a importância de se olhar para o contexto. Logo, para entender o enquadre interativo, é preciso entender o contexto em que os participantes da interação estão situados. Além disso, no segundo item, apresentamos o papel dos interlocutores nos enquadres, como eles devem agir a depender das situações linguísticas. O próximo item diz respeito às pistas de contextualização, que, assim como o estudo do contexto, auxiliam no entendimento do enquadre. E, por último, nesse capítulo, focalizamos *footing*, mostrando os movimentos feitos pelos participantes dentro dos enquadres, com fins determinados.

O quarto capítulo diz respeito ao método de estudo aplicado nesta pesquisa de base qualitativa. Descrevemos a natureza do *corpus* e a metodologia de análise dos dados. Falamos do sujeito da pesquisa, da coleta dos dados, da maneira como foram transcritos, bem como dos procedimentos relativos à análise.

No quinto capítulo procuramos apresentar e descrever os dados a serem analisados.

Já no sexto e último capítulo, procuramos discutir e analisar situações interativas entre a pessoa com DA e diferentes interlocutores, a fim de mostrarmos a necessidade de adaptação dos interlocutores a determinadas situações que envolvam pessoas com DA, à luz da Neurolinguística e da Sociolinguística Interacional. Além disso, apresentamos a quantificação dos dados analisados, para melhor conseguirmos visualizar os resultados de nossa análise.

As considerações finais apresentam uma síntese das discussões realizadas ao longo do trabalho. Diante dos resultados obtidos, idealizamos a elaboração de um projeto de cartilha com orientações a cuidadores e familiares de pessoas com DA, com o propósito de auxiliar no acompanhamento dos pacientes e no convívio entre os mesmos e as pessoas que o cercam.

É importante acrescentar que na presente pesquisa propomos apenas um estudo de caso e que não pretendemos aqui esgotar o assunto em questão. Muito ao contrário,

almeamos convocar outros olhares para investigar o tema e com eles interagir em nossas futuras pesquisas.

CAPÍTULO 1

O ENVELHECIMENTO

1.1 O QUE É SER VELHO¹ EM NOSSOS DIAS?

Segundo Gamburgo (2002), do ponto de vista biológico, o envelhecimento é marcado por mudanças sucessivas de todas as estruturas e sistemas, que provocam uma diminuição da capacidade de adaptação ao meio ambiente, devido a alterações físicas, psicológicas e sociais no indivíduo. Zimerman (2000, p. 21) afirma que tais alterações dependem da idade, dos fatores genéticos e do modo de vida de cada um. Por exemplo, uma boa alimentação, a prática regular de exercícios, a estimulação mental, o controle do estresse, o apoio psicológico são alguns itens que podem amenizar os efeitos do envelhecimento. Porém, independentemente do estilo de vida de cada um, o desgaste é inevitável. A velhice não é uma doença, mas é uma época em que o ser humano se torna mais suscetível a doenças e, quando adoece, demora mais tempo para se recuperar (ZIMERMAN, 2000, p. 22). Porém, é preciso frisar também que, apesar das dificuldades ainda encontradas, o envelhecimento é uma conquista social extremamente importante.

Diante disso, devemos atentar para o fato de que a situação do idoso no atual contexto sociocultural está ligada a uma contradição: entre uma grande busca pela saúde e pela longevidade e uma crescente situação de marginalização (JUNGES, 2004, p.123). É de se notar que, com o passar dos anos, a elevação da qualidade de vida fez crescer a estimativa de vida das pessoas, os progressos da medicina favoreceram o aumento da longevidade do ser humano, o que não está ligado diretamente à valorização social das pessoas idosas, já que, muitas vezes, são vistas como um estorvo para as famílias, como um aumento de custos para o sistema de saúde e como seres incapazes, ineficazes, doentes. Porém,

segundo Aristóteles, a velhice não deveria ser entendida como *doença*, pois não é algo contrário à natureza. O envelhecimento humano é geralmente definido como um processo gradual, universal e irreversível, que acelera na maturidade e provoca alterações funcionais progressivas no organismo; é

¹ Zimerman (2000) utiliza a palavra “velho” para se referir às pessoas da terceira idade. Concordamos com ela que não há nada de depreciativo nisso. Segundo ela, depreciativo é substituir a palavra “velho” por eufemismos, como se ser velho fosse um defeito que devesse ser ocultado.

universal porque afeta todos os indivíduos de uma espécie de forma similar, sendo intrinsecamente associado a fatores ambientais e comportamentais. (NETTO, 1996 *apud* BEILKE, 2010, p. 9)

Tendo isso em vista, percebe-se que o envelhecimento torna-se uma questão social, cultural e econômica, que acaba gerando incômodo e mal estar, já que idosos “não são pessoas em perfeitas condições”, segundo a ideologia cultural vigente, que reconhece o jovem como paradigma do ser humano e a pessoa sem nenhum defeito e com saúde perfeita como parâmetro de felicidade (JUNGES, 2004, p. 127). Nesse sentido, mostra-se uma sociedade que depende da produtividade, em que as pessoas idosas são discriminadas pela idade e avaliadas pelo que produzem.

Diante de tais aspectos, Bosi (1979) afirma que, além de ser um destino do ser humano, a velhice é uma categoria social na qual o declínio biológico é encarado de maneira diferente de acordo com cada sociedade. Bosi (1979) ainda informa que algumas sociedades tratam o idoso como o *maior bem social*, nas quais possui um lugar de honra e uma voz privilegiada. Porém, nota-se que a maior parte das sociedades industriais, capitalistas, como a nossa, é maléfica para a velhice, de modo que tende a deixar o idoso à margem, encarando-o como um ser descartável. Para ratificar esta observação, vejamos o que apresenta Zimmerman (2000, p.72):

Nas diferentes culturas, os velhos desfrutam de *status* variados. Na civilização ocidental, quase sempre existe tendência a valorizar-se mais o jovem, pois é aquele que mais “produz”. Já nos continentes africano e oriental, a sociedade é mais tradicional e define a velhice como a fase da sabedoria e da experiência, dando ocupação e destaque ao velho. Ele tem funções importantes nos campos jurídico, religioso, médico, educativo e econômico. A coabitação de gerações se mantém vigente e os velhos ocupam papéis importantes na família.

Então, como podemos ver, em muitos lugares do mundo é o próprio sistema cultural que discrimina o idoso e o trata como um ser dependente e que não produz o suficiente para acompanhar o desenvolvimento do sistema econômico. A propósito disso, Junges (2004, p. 140) pondera:

O bem estar do idoso não depende apenas de relações pessoais de cuidado por parte de familiares ou profissionais. Ele se baseia, muito mais, em políticas públicas que assegurem os direitos do idoso, criando condições para a promoção de sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

Portanto, devemos inferir que a melhoria da situação dos idosos depende diretamente de mudanças na mentalidade cultural e da criação de leis que defendam seus direitos. O envelhecimento não deve ser embasado na contradição citada

anteriormente, o idoso não deve ser reduzido à condição de indivíduo inútil, mórbido, mas deve ser inserido efetivamente no convívio social, como indivíduo participante da sociedade e com reconhecido papel social. Além disso,

não adianta ter as melhores condições físicas de cama, comida e remédios se o idoso fica isolado e marginalizado, sofrendo de solidão e inutilidade, não se sentindo valorizado. Por isso é importante a presença afetiva de pessoas, principalmente familiares, impedindo que o processo de envelhecimento desenvolva tendências ao isolamento narcísico e ao ensimesmamento. (JUNGES, 2004, p. 139)

Fundamentamo-nos aqui no Estatuto do Idoso (2003)² que assegura aos idosos todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade. Além disso, é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, acesso à educação, à cultura, ao lazer, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. Em concordância com o Estatuto, devemos observar que pesquisas mostram que uma velhice bem sucedida se dá por meio da articulação de três conjuntos de fatores: a ausência de uma doença que conduza à perda de autonomia, a manutenção de atividades intelectuais e físicas, além do engajamento social e o bem-estar subjetivo.

Levando tais aspectos em consideração, é imprescindível que se olhe para o idoso como se olha para todos os demais indivíduos, como alguém que possui papel social determinado e que necessita de maior atenção e cuidado por parte da sociedade. Sabe-se que envelhecer implica uma perda progressiva da eficiência funcional, por isso há sempre uma necessidade de adequar-se à nova realidade. Além disso, não devemos esquecer que cada idoso é um indivíduo diferente, específico, que precisa de um programa pessoal de trabalho, de acordo com suas necessidades e peculiaridades. Deve-se levar em conta seu passado, sua bagagem, suas perdas, seu presente, suas possibilidades, seus ganhos, seu respaldo psicossocial e econômico. Só assim, estaremos trabalhando para que o idoso se torne uma pessoa mais saudável, capaz de usar todas as suas potencialidades e levar uma vida mais feliz. (ZIMERMAN, 2000, p. 35)

² Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003, que instituiu o Estatuto do Idoso, um marco no processo de garantia dos direitos desse segmento da população. O Estatuto possui papel de guia para que políticas públicas se adequem ao processo do envelhecimento.

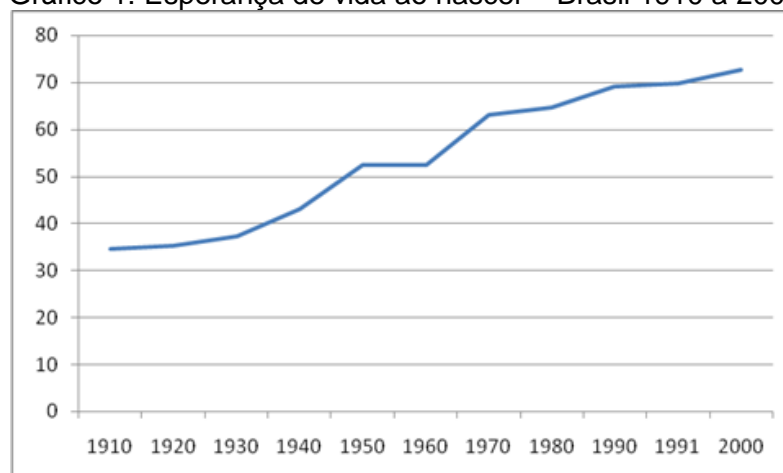
1.2 O CRESCIMENTO DO NÚMERO DE IDOSOS NO BRASIL E NO MUNDO

De acordo com dados do PRB (Population Reference Bureau) ³ (acesso em 16 de jan. de 2013), a população mundial está crescendo mais que em qualquer outra época da história e aumenta cerca de 83 milhões de pessoas a cada ano. Em consonância a isso, aumenta também a quantidade de idosos, o que causa uma série de dificuldades tanto para países pobres quanto ricos, já que o envelhecimento da população não é mais característico apenas de países desenvolvidos, mas tem se mostrado um fenômeno mundial (HERRERA *et al*, 1998, p.1). Em quase todas as regiões do mundo o número de pessoas com mais de 65 anos cresce em maior ritmo que a população total.

Segundo a Síntese dos Indicadores Sociais (2012), fornecida pelo IBGE, a população brasileira de idosos cresce mais que o dobro do crescimento relativo à população total. Além disso, no Brasil, segundo dados também do IBGE, a população de idosos, que compreende a faixa etária daqueles que possuem 65 anos ou mais, possui cerca de 15 milhões de habitantes dentro de um quadro geral de pouco mais de 190 milhões de pessoas. Conforme Zimmerman (2000, p. 13), no Brasil, a esperança de vida, que em 1940 não passava de 42 anos, em 1960 era de 60 anos e em 2000 era de 67 anos, poderá chegar a 74 anos em 2025.

³ O Population Reference Bureau (PRB) é uma organização referência que realiza pesquisas na área de Demografia, Saúde e Meio Ambiente. O trabalho do PRB é financiado por fundações privadas, agências governamentais e doadores individuais.

Gráfico 1: Esperança de vida ao nascer – Brasil 1910 a 2000



Fonte de dados: IBGE

Dessa forma, o aumento da esperança de vida ao nascer⁴ indica melhoria das condições de vida e saúde da população, influenciando no aumento da longevidade. Chaimowicz (2005) afirma que o Brasil caminha rumo a uma revolução etária e que em 25 anos terá o título de “país envelhecido”, estando envolvido com o controle da mortalidade infantil e epidemias de dengue e febre amarela, sendo ao mesmo tempo atingido pelos casos de depressão em idosos, doença de Parkinson e doença de Alzheimer. Frente a esta nova tendência epidemiológica também é possível que o número de casos de doenças crônico-degenerativas aumente e as demências, por serem comuns em idosos, poderão estar presentes em maior número.

Nesse sentido, um dado que preocupa é a 4ª idade (média de 80 anos), pois representa o segmento que mais cresce na sociedade, e o mercado, em sua maioria, ainda não está preparado para tal demanda. Junto a isso está o aumento de doenças típicas de idosos, principalmente em idades mais avançadas, entre elas as demências degenerativas, como as acima citadas, com todas as suas implicações socioeconômicas.

De acordo com Herrera *et al.* (1998, p.1): “o crescimento da população idosa leva a um aumento das doenças crônicas e degenerativas, acarretando uma incapacidade

⁴ A esperança de vida ao nascer indica o número médio de anos de vida esperados para um recém-nascido, mantido o padrão de mortalidade existente, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. A atenção a tal aspecto auxilia na avaliação dos níveis de vida e de saúde da população. (Fonte: Datasus- Ministério da Saúde/ Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb1998/fqa13.htm>>)

física e maior custo-paciente na área de saúde”, isto é, com o aumento do número de idosos, aumenta a demanda por serviços de saúde, há mais gastos com medicação, maior ocupação de leitos hospitalares, maior dificuldade de recuperação de doenças, aumento da incidência de doenças mentais e de doenças típicas da terceira idade. Outro ponto importante, segundo Zimmerman (2000, p. 14), é que o aumento do percentual de idosos, além de trazer consequências médicas, também traz consequências sociais e econômicas, já que passam a existir mais pessoas sem condições de prover o próprio sustento, diminui-se o número de pessoas economicamente ativas⁵, aumenta-se a necessidade de institucionalização de idosos, dentre outros fatores. Do ponto de vista demográfico: a população potencialmente inativa ou dependente compreende as crianças entre 0 a 14 anos e os idosos com 65 anos ou mais, enquanto a população potencialmente ativa compreende a população entre 15 e 64 anos de idade. Do ponto de vista da área de saúde, a população potencialmente inativa ou dependente compreende as crianças com idades inferiores a 15 anos e os idosos com 60 anos ou mais e a população potencialmente ativa compreende as pessoas entre 15 e 59 anos de idade⁶ (RIPSA, 2008). Além disso, a razão de dependência⁷ é um indicador de grande importância para a calibragem das políticas públicas, não só previdenciárias, mas também no campo da educação, da saúde e do trabalho. Valores elevados da razão de dependência indicam que a população em idade produtiva deve sustentar uma grande proporção de dependentes (crianças, adolescentes e idosos) e uma redução da razão de dependência aponta para um maior peso relativo da população potencialmente envolvida em atividades produtivas (população de 15 a 64 anos de idade). Essas situações significam mais encargos para a sociedade e merecem a atenção dos formuladores de políticas.

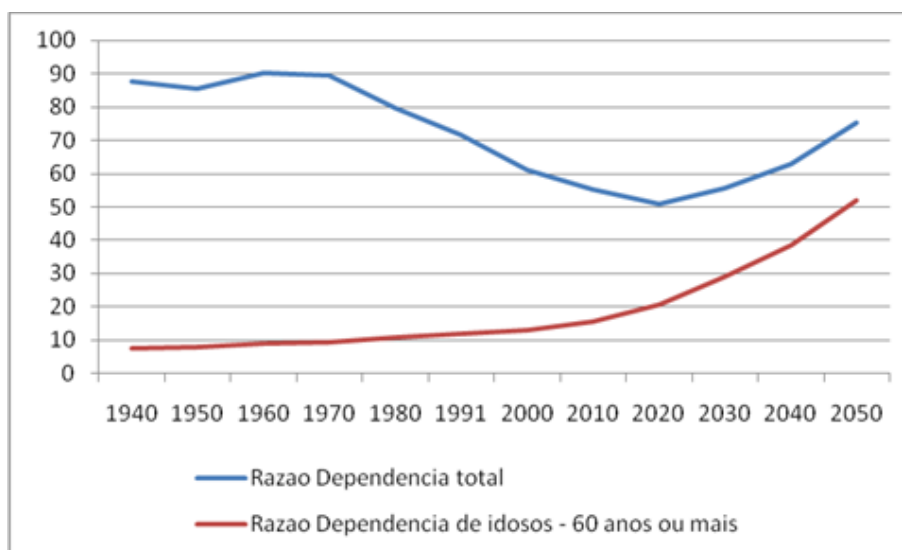
⁵ O número de pessoas economicamente ativas é analisado por meio da razão de dependência, um indicador que, não só acompanha a evolução do grau de dependência econômica de uma população, como também sinaliza o processo de rejuvenescimento ou envelhecimento populacional (Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil. RIPSA, 2008, Brasília, Organização Pan Americana de Saúde, 2008).

⁶ Informações retiradas de RIPSA- Rede Internacional de Informações para a saúde.

Disponível em: < <http://www.ripsa.org.br/php/index.php>>

⁷ Razão de dependência de crianças e jovens = (Pop 0-14 / Pop 15-59) *100.
Razão de dependência de idosos = (Pop 65 ou mais / Pop 15-59) *100.
O resultado é expresso em percentual, ou seja, o número de pessoas em idades potencialmente inativas para cada grupo de 100 pessoas potencialmente ativas. (RIPSA)

Gráfico 2: Razão de dependência total e da população com 60 anos ou mais



Fonte: IBGE

Ainda com relação à saúde, devemos notar que em nosso país a preservação e o atendimento às doenças representam uma grande dificuldade para os brasileiros que dependem do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente para os idosos, que precisam enfrentar filas para receberem atendimento, além de o Sistema não disponibilizar medicamentos gratuitos suficientes para atender a demanda. Diante desse quadro, o que se deve fazer é investir mais em prevenção, em programas de educação em saúde, em trabalhos comunitários que visem o equilíbrio e o bem-estar dos cidadãos, acompanhados de atendimentos dignos para os idosos (ZIMERMAN, 2000, p. 45).

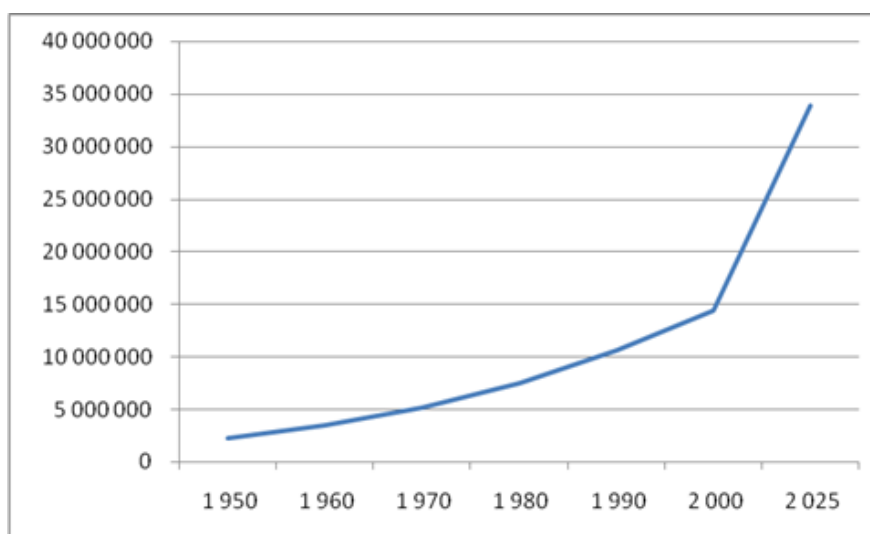
No Brasil, as regiões que possuem maior número de idosos são Sul e Sudeste, enquanto o Norte e o Nordeste são as que apresentam menor quantidade. Isso está ligado ao próprio desenvolvimento econômico brasileiro⁸. Enquanto nas regiões meridionais se observa um avanço científico-tecnológico, as áreas nortistas ainda estão em níveis de desenvolvimento semelhantes a países subdesenvolvidos. Isso

⁸ Vale lembrar que desenvolvimento econômico nem sempre está relacionado a desenvolvimento social/humano, visto que somos a 7ª maior economia do mundo e o 84º em desenvolvimento humano, de acordo com o IDH. (PNUD. Disponível em: <http://www.pnud.org.br>. Acesso em: 18 de jan. de 2013)

se reflete no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)⁹, medido pela Organização das Nações Unidas (ONU), que calcula a qualidade de vida dos países. Se determinado local possui um IDH elevado, significa que possui melhores condições de vida se comparado a outros lugares que apresentam o índice reduzido. Tal aspecto auxilia na diminuição da mortalidade e, por reflexo, no aumento da população idosa.

O crescimento da população de idosos é um fenômeno mundial e está ocorrendo a um nível sem precedentes. Em 1950, eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo e, já em 1998, quase cinco décadas depois, este contingente alcançava 579 milhões de pessoas, um crescimento de quase 8 milhões de pessoas idosas por ano. Vejamos tais números expressos em forma de gráficos quando nos referimos ao crescimento do número de idosos no Brasil:

Gráfico 3: Número de idosos na população brasileira – pessoas de 60 anos ou mais – 1950 a 2025

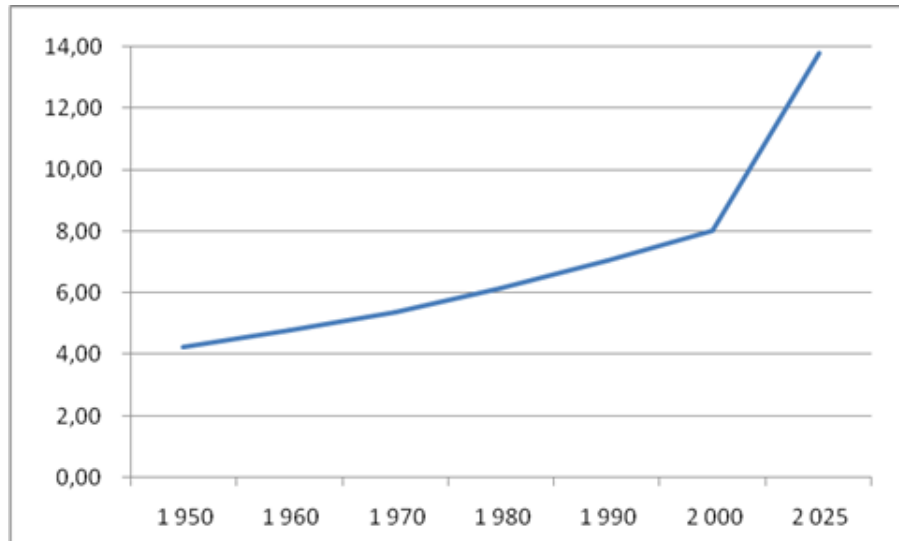


Fonte: IBGE

Obs.: o dado para 2025 é projeção

Gráfico 4: Índice de idosos: percentual de idosos na população – pessoas de 60 anos ou mais – 1950 a 2025

⁹ O IDH mede o Desenvolvimento Humano a partir de três indicadores: renda (medido pelo PIB per capita em paridade de poder de compra), educação (pela taxa de alfabetização de adultos e taxa de escolaridade) e saúde (medido através da longevidade da população, por meio da esperança de vida). (PNUD- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Disponível em: http://www.pnud.org.br/IDH/IDH.aspx?indiceAccordion=0&li=li_IDH. Acesso em: 18 de jan. de 2013).



Fonte: IBGE
(Obs.: o dado para 2025 é projeção)

É importante salientar que o índice de envelhecimento¹⁰ é importante para o estudo dos processos em curso na dinâmica populacional: valores elevados indicam a ocorrência de mudanças nos padrões demográficos, ou seja, apontam para um processo avançado de transição demográfica, no caso, o crescimento expressivo da população de 65 anos ou mais de idade em relação ao crescimento da população jovem (de 0 a 14 anos de idade).

No Brasil, esta transição na estrutura etária da população já vem ocorrendo desde os anos 1980, com a aceleração do declínio das taxas de fecundidade, por um lado, e de mortalidade, por outro. Além disso, tais estudos possuem grande utilidade para a formulação e avaliação de políticas públicas de saúde e de previdência.

As projeções indicam que, em 2050, a população poderá atingir cerca 1.900 milhões de pessoas, montante equivalente à população infantil de 0 a 14 anos de idade. Os números também mostram que atualmente, uma em cada dez pessoas tem 60 anos de idade ou mais e, para 2050, estima-se que a relação será de uma para cinco em todo o mundo, e de uma para três nos países desenvolvidos. De acordo com

¹⁰ (Fonte: IBGE) Número de pessoas de 65 ou mais anos de idade, para cada 100 pessoas menores de 0 a 14 anos de idade. Expresso em percentual, mede o número de pessoas idosas em uma população, para cada grupo de 100 pessoas jovens. (Índice de envelhecimento = $(\text{Pop}_{65+} / \text{Pop}_{0-14}) * 100$.)

Zimmerman (2000, p. 13), os principais fatores que influenciam no aumento crescente da população de idosos são: diminuição da natalidade (devido ao surgimento e difusão de métodos anticoncepcionais) e redução da morbidez e da mortalidade (devido aos avanços da ciência e da tecnologia).

Diante do quadro exposto, o tema do envelhecimento adquire grande relevância neste momento da história, já que, não só no Brasil, mas em todo o mundo, temos acompanhado nas últimas décadas um crescimento acelerado da população idosa, o que demanda o surgimento de novas pesquisas e investimentos a fim de beneficiar esta parcela tão extensa da população.

Como se pode ver, não é mais possível ignorar a necessidade de darmos atenção à velhice no âmbito institucional, político, econômico ou da saúde. Em função da mudança no perfil demográfico mundial, é necessária toda uma reestruturação social, política e econômica. Os velhos têm necessidades próprias, características e peculiaridades que devem ser atendidas. Essa mudança demográfica acarreta mudanças também no estilo de vida das pessoas, a necessidade de criação de novos espaços, novos produtos e serviços e, obviamente, exige a reformulação de conceitos e de posturas. (ZIMERMAN, 2010, p. 15)

Concluindo, é cada vez maior o número de idosos, de forma que não há como passarem despercebidos. Seu peso econômico e social cresce a cada dia, e isso tem feito com que haja uma maior preocupação com eles. (ZIMERMAN, 2000, p.31). Os que creem, por exemplo, que o Brasil seja um país de jovens devem se dar conta de que nossa população está envelhecendo em alta escala. Estimativas mostram que em 2025 seremos a sexta nação no mundo em quantidade de idosos. (ZIMERMAN, 2000, p. 41)

1.3 A LINGUAGEM NO ENVELHECIMENTO

É indiscutível a enorme importância da linguagem na vida do ser humano em todos os estágios da vida, principalmente para manutenção de sua vida em sociedade.

A linguagem (...) constitui um dos aspectos fundamentais da vida do homem. A capacidade de comunicação é o instrumento de interação social por excelência e se desenvolve ao longo da vida através de múltiplas relações em contínua transformação (RABADÁN, 1998 *apud* GAMBURGO, 2002)

Porém, o envelhecimento origina uma deterioração da capacidade comunicativa, da mesma forma como o faz nos outros aspectos da vida e da saúde, o que, de certa forma, implica uma diminuição da qualidade de vida dos idosos (GAMBURGO,2002). Isso se dá porque estes perdem, aos poucos, sua capacidade de interagir com eficácia, em virtude, em muitos casos, de *déficits* de atenção e de memória característicos dessa faixa etária. A fragilidade física, segundo Mansur & Radanovic (2004 *apud* Beilke, 2010, p. 14), em geral também contribui para a diminuição das habilidades comunicativas. Afirmam também que impedimentos na comunicação podem dificultar a diferenciação do que é normal e do que é patológico no idoso. Nesse sentido,

as mudanças linguísticas no envelhecimento parecem ser sutis e podem estar relacionadas às condições de saúde, presença de depressão e de outras alterações no funcionamento cognitivo, relacionadas às mudanças no plano físico, emocional e social, que exercem influência direta ou indireta no funcionamento da linguagem. (BEILKE, 2010, p. 24)

Gamburgo (2002) cita Rabadán (1998) para quem a comunicação na velhice é determinada por um processo sociocultural, assinalado pelo afastamento do homem do sistema produtivo, e, além disso, por um processo biológico. Muitas vezes, o idoso, mesmo que queira se manter ativo em processos interacionais, acaba ficando à margem, tendo em vista que vivemos em uma era em que tudo deve acontecer com muita rapidez e quem não se enquadra em tais parâmetros fica para trás. Pretti (1991, p.27) afirma que o envelhecimento afeta a condição de relacionamento social dos idosos pela linguagem e ainda que a lentidão natural dos idosos impede o processamento, a recepção, a compreensão de informações em velocidade considerada compatível com os padrões conversacionais dos mais jovens.

De acordo com Damasceno (1999, p. 80), o idoso em processo de envelhecimento normal apresenta relativamente intactos o vocabulário e o processamento sintático, porém pode se esquecer de palavras (por exemplo na conversação ou em testes de fluência verbal). Além disso, no nível discursivo podem-se observar dificuldades narrativas (especialmente com inferências, sumarização e interpretação moral de estórias). Na conversação, por sua vez, pode apresentar dificuldades de compreensão, falta de clareza do enunciado, problemas com inferências e pressuposições, dentre outros.

Porém, poucas ainda são as formas de se avaliar a linguagem no envelhecimento. Damasceno (1999, p. 80) informa que, de maneira geral, a linguagem do idoso, seja ele saudável ou com alguma demência, tem sido avaliada com testes metalinguísticos, que se restringem aos níveis fonológico, sintático e semântico-lexical, dando pouca relevância ao nível pragmático-discursivo, que poderia mostrar mais claramente alterações de linguagem nos idosos investigados. O mesmo autor mostra que os testes não incluem aspectos discursivos e epilinguísticos, não sendo capazes de detectar perturbações no processo de significação, como: alterações em relações de sentido; problemas com pressupostos interpretativos; violação de leis conversacionais ou discursivas; dificuldades com operadores argumentativos; alterações de mecanismos de coesão e coerência textual, dificuldades com acesso e manutenção de tópicos. Ainda com relação à avaliação das alterações de linguagem, não podemos deixar de citar o fato de que parte do diagnóstico é feito por meio de testes metalinguísticos que avaliam apenas o sistema da língua, deixando de lado aspectos pragmáticos e discursivos, não tendo importância, assim, o contexto histórico/discursivo/social, o que tem recebido muitas críticas por parte dos pesquisadores. Outro aspecto importante é que nas consultas médicas, devido à falta de tempo hábil, o sujeito com Alzheimer geralmente é falado pelo acompanhante e está ali apenas para responder às perguntas dos testes, não sendo levadas em conta suas habilidades discursivas, e a observação dos problemas de linguagem acaba ficando restrita a aspectos estruturais da língua (PINTO & BEILKE, 2008, p.105). Dessa forma:

(...) a atividade metalinguística – que olha a linguagem de seu exterior – coloca a linguagem em um plano de objeto observável, descrito e representável, ignorando ou podendo a atividade epilinguística tão necessária para o sujeito explorar e (re)estruturar recursos alternativos de sua própria linguagem. São considerados erros os recursos utilizados pelo indivíduo para tentar solucionar suas dificuldades, sendo utilizados para quantificar sua produção e promover apenas aspectos considerados patológicos em sua linguagem. (GOMES, 2007, p. 299)

Conclui-se, em consonância com Gamburgo (2002), que:

É essencial conhecer a linguagem das pessoas idosas, as mudanças que ocorrem ao longo do tempo, seus mecanismos e deficiências. Deste modo será possível desenhar programas de intervenção e prevenção a serem postos em prática no âmbito familiar, nos clubes de terceira idade, nas instituições, nos lares para idosos, e desse modo contribuir para conservação da comunicação destes indivíduos nas melhores condições possíveis.

1.4 A CATEGORIZAÇÃO SOCIAL DO IDOSO E DA PESSOA COM ALZHEIMER

A ideia de que o idoso é obsoleto perpassa nossa sociedade. Os idosos são uma categoria social da população fortemente estigmatizada em oposição à categoria dos jovens. Nossa sociedade prima pela juventude, pelos padrões idealizados de saúde e beleza, por tudo que é rápido e tecnológico, pelo que gera lucros e pelo que produz.

Vivemos em uma sociedade em que a expectativa é ser adulto. Quando uma criança ou um adolescente projeta o futuro sempre se vê como um adulto jovem, formado, com alguma profissão, trabalhando e ganhando dinheiro. Não se imagina um velho feliz e até prefere nem pensar na velhice, como se o velho já fosse um semimorto ou alguém com uma doença infectocontagiosa. Para muitas pessoas, quando se fala em velho a imagem que vem à mente é de um sapato gasto, furado e que, portanto, já não serve para mais nada.”(ZIMERMAN, 2000, p. 28)

Em muitos casos o próprio idoso se enxerga dessa forma, se autodiscrimina, vê-se como um estorvo, “como alguém que já fez a sua parte, já teve seu papel no mundo e hoje não passa de alguém dispensável, que não tem mais função e por isso não precisa mais viver.” (ZIMERMAN, 2000, p. 28).

Permeia a sociedade atual a cultura da velhice infeliz. Assim, os *déficits* são aceitos como naturais, os velhos se veem como pesos, a sociedade enxerga a velhice como um transtorno. Ninguém questiona por que os velhos são considerados doentes e inúteis, como um fardo a ser carregado pela família e pela sociedade, e essa ideologia vai se prorrogando e sendo permanentemente realimentada. Porém, essa mentalidade deve acabar. A velhice não deve ser encarada como o oposto da juventude, mas como uma nova etapa da vida, que deve ser vivida de modo mais positivo, ativo, saudável e feliz. Precisamos que se invista na velhice como se investe em outras faixas etárias. É óbvio que a velhice traz consigo consequências do envelhecimento orgânico, do corpo. Mas doenças são comuns a todas as idades e não é por isso que o idosos devem ser vistos como estorvos. Devem ser vistos em sua totalidade, como seres humanos que merecem atenção e respeito.

Zimerman (2000) assevera que uma das piores formas de violência cometida contra os velhos é a massificação. A massificação resulta de ideias pré-concebidas e

estigmatizantes sobre o velho, que tendem a padronizá-lo, como se fossem personagens chamados de “velhos” e não vistos em sua individualidade. Ouvem-se muito chavões do tipo “velho é chato”, apelidos como “vovô” e “vovó” para definir qualquer idoso, como alguém de cabelos brancos, sorriso bondoso:

Ora, isso é uma forma de despersonalizar e massificar as pessoas, que deixam de ser o Pedro, a Ana, o ser humano com gostos, preferências e hábitos, o cidadão que tem direitos e paga impostos, e passam a ser bonecos sem vida própria. A massificação transforma o velho em um todo, e quem é um todo não é nada. (ZIMERMAN, 2000, p. 41)

Alguns pontos importantes a serem considerados a fim de conscientizar as pessoas da necessidade de se buscar entender, respeitar e valorizar o idoso como um indivíduo singular, de acordo com Zimerman (2000), são:

- Respeitar as individualidades; evitar generalizações;
- Não infantilizá-lo;
- Não tratá-lo como doente;
- Não tratá-lo como incapaz;
- Oferecer-lhe cuidados específicos para sua faixa etária;
- Preservar sua independência e autonomia;
- Ajudá-lo a desenvolver aptidões;
- Ter paciência, pois seu tempo é outro;
- Trabalhar suas perdas e seus ganhos;
- Promover muita estimulação biopsicossocial;

Nesse sentido, a família possui papel crucial, pois deve ajudar o idoso a viver não só mais como melhor, de forma a não se tornar um peso para si nem para os que o cercam, e sim uma pessoa integrada no sistema familiar e social.

As pessoas do entorno social do idoso ou até mesmo o idoso trazem, frequentemente, à interação categorias identitárias relacionadas ao envelhecimento:

Categorias identitárias como “*idoso*”, “*velho*” são evocadas no decorrer de uma (inter)ação através de atividades linguístico-discursivas, como

comentários, justificativas, explicações e atividades de auto-categorização e através de ações como a introdução de um novo tópico discursivo em torno de temas como a velhice, o esquecimento e a passagem do tempo. (CRUZ, 2008, p.132)

Falhas de memória são, na maioria das vezes, associadas ao envelhecimento. Porém, podem ocorrer em todas as faixas etárias, até mesmo em jovens:

A falta de memória não é uma característica só do envelhecimento. A memória não envelhece, o que ocorre frequentemente é que ela passa a ser menos exigida, piorando pela falta do uso. Para mantê-la, devemos exercitá-la, assim como é importante fazer exercícios físicos e manter-se ativo, ocupado. Devemos exercitar a nossa memória, nossas relações, nossa troca de afeto, passear, ir a festas, enfim, mexer com o corpo, os olhos, a boca, a mente e a afetividade. (ZIMERMAN, 2000, p. 29)

Sabe-se que a estimulação é uma das práticas mais importantes para manter o velho com vida e com saúde. Deve-se ressaltar que o impacto das falhas de memória na vida do indivíduo pode ser marcante. Isso porque, além das alterações na vida cotidiana, esquecer compromissos, esquecer nomes de pessoas, etc., pode causar consequências psicológicas, como diminuição na autoestima e no contato social, assim como pode aumentar a insegurança, a angústia e o sentimento de solidão (WILKINS; BADDELEY, 1978 *apud* PARENTE *et al*, 1999, p.59). Quando falamos em falhas de memória persistentes na terceira idade, podemos constatar, em muitos casos, a presença de Doença de Alzheimer. Não que este incômodo seja o único sinal, mas como já foi dito, torna-se o principal e aparece associado a muitos outros. Ocorre que as falhas de memória no idoso com Alzheimer acabam gerando certa estigmatização do mesmo. Ouvimos as pessoas usarem expressões como “velho caduco”, “velho esclerosado”, “velho gagá”, constituindo o que aqui reconhecemos como a categorização social do idoso com Alzheimer. O idoso tem sido enxergado socialmente, em muitos casos, como alguém inútil, como um estorvo para a família, para a sociedade e para o governo, e tem recebido rótulos associados a isso. A própria sociedade, utilizando seus próprios padrões de exclusão, é responsável pela determinação do que se constitui como normal e como patológico nesses casos.

É preciso reconhecer que há indivíduos diferentes que devem ser tratados de formas peculiares, de acordo com cada necessidade, até porque, por exemplo: um indivíduo que apresente uma patologia de linguagem (como problemas de linguagem encontrados na DA) não é patológico o tempo inteiro e nem indivíduos considerados

normais podem ser normais o tempo todo, podem apresentar lapsos, por exemplo. Porém, o que se nota é que a sociedade, de modo geral, preocupa-se em taxar o idoso com muitos rótulos depreciativos relacionados à doença e isenta-se de participar mais ativamente do processo de intervenção para melhoria de sua qualidade de vida.

O que é triste de se perceber é que há, em nossa sociedade, muito mais uma fixação na doença, mesmo por parte de algumas áreas da saúde, que estão mais preocupadas em curar a doença do que em manter a saúde (ZIMERMAN, 2000). É preciso valorizar o lado positivo da velhice. Deve-se saber que o idoso é alguém que, precisa, sim, de cuidados especiais, mas que merece toda a assistência, todo o respeito e, sobretudo, tem direito a viver com dignidade.

Nos estudos com relação à linguagem do idoso com Alzheimer, devemos atentar para a forma como a categoria “portador” de Alzheimer é aceita, recusada, discutida ou desconstruída na interação, a fim de nos aprofundar no entendimento de como a doença é encarada pela sociedade e, assim, poder intervir positivamente no curso da mesma.

CAPÍTULO 2

A DOENÇA DE ALZHEIMER (DA)

2.1 A DA E SUAS CARACTERÍSTICAS

A Doença de Alzheimer (DA), também chamada de Demência de Alzheimer¹¹ ou ainda Mal de Alzheimer, descrita pelo alemão Alois Alzheimer em 1906, quando este analisou o caso de uma paciente chamada Auguste D., 51 anos de idade, em Frankfurt, que apresentava dano cognitivo progressivo, alterações mnêmicas e linguísticas (BEILKE, 2010, p.39), popularizou-se no Brasil enquanto categoria médica apenas no início dos anos 90, e até os dias de hoje a interpretação clínica desta doença não é clara. É preciso levar em consideração que,

se a doença de Alzheimer é um fenômeno tão recente, às vezes fica difícil acreditar que ela, especialmente nos Estados Unidos, virou uma epidemia, uma das maiores ameaças à saúde pública. Isto, sem dúvida, é ligado também ao crescimento populacional, onde, praticamente no mundo inteiro, o grupo de pessoas acima de 60 anos está aumentando, às vezes de uma forma dramática. (LEIBING, 1999, p.38)

A dificuldade de diagnóstico preciso reside no fato de não haver exames clínicos que detectem com clareza a doença, os sinais variam muito de pessoa para pessoa e, além disso, são difusos, muitas vezes podendo ser confundidos com sinais normais do envelhecimento. Além disso, Cytowic (1996, *apud* BEILKE, 2010, p. 35) critica a atribuição do rótulo de DA a qualquer declínio cognitivo no envelhecimento. É importante verificar que o diagnóstico da DA é, em geral, provável e sua confirmação é feita apenas *post-mortem*.

Sendo assim, a não existência de um marcador biológico que seja seguro transfere a responsabilidade do diagnóstico aos testes neuropsicológicos e à avaliação do examinador, que, por sua vez, deve atestar se o sujeito está desenvolvendo DA ou

¹¹ Demência (*de*: partícula privativa; *mência*: do latim *mens*, mente. Literalmente, “perda de mente”. As demências recebem esse nome, pois comprometem a memória e outras funções cognitivas, gerando perda funcional, incluindo até a realização de atividades da vida diária ou o reconhecimento de pessoas ou lugares do entorno habitual, por exemplo. (SQUIRE & KANDEL, 2000 *apud* PRADO *et al*, 2007, p.44)

se apenas possui declínio cognitivo relativo à idade (GOMES, 2007, p. 294). A confusão muitas vezes se dá, porque

o envelhecimento normal do cérebro pode se acompanhar de alterações mentais superponíveis às de uma demência incipiente, levando a problemas de diagnóstico diferencial, especialmente com a doença de Alzheimer (DA). Embora se tenham estabelecido, em consenso, critérios neuropsicológicos, patológicos e de neuroimagem para diferenciação entre o normal e o patológico, o diagnóstico dos problemas cognitivos leves de cada cliente idoso continua representando um desafio. Ainda não se descobriu um marcador biológico seguro da DA. (DAMASCENO, 1999, p.78)

Morato (2010, p. 103) diz ser o Alzheimer o tipo mais comum entre as demências, atingindo dois terços das que são diagnosticadas. A mesma autora informa também que as causas de tal doença não são bem esclarecidas, mas algumas delas podem ser: fatores genéticos, fatores de risco (ex: traumatismo craniano) e depressões não tratadas. Atualmente, a DA é caracterizada pela deterioração das funções corticais superiores, de padrão progressivo, gradual e persistente. As células neuronais de determinadas áreas do cérebro começam a morrer, formando cicatrizes em forma de estruturas microscópicas chamadas placas senis, o que faz com que o cérebro não funcione mais como deveria funcionar, tendo em vista que várias de suas funções são comprometidas (BEILKE, 2007, p.66)

Por ser uma doença degenerativa e progressiva, a evolução da DA é caracterizada por passar por três estágios, como já foi dito anteriormente. Os primeiros sintomas aparecem geralmente depois dos 65 anos. No início o paciente mostra dificuldades em pensar com clareza, tem tendência a cometer lapsos, a se confundir, além de diminuir seu rendimento na execução de tarefas mais complexas. Observa-se também uma certa tendência ao esquecimento de fatos recentes e uma dificuldade em se registrar novas informações. Com a progressão da doença, o paciente passa a ter dificuldades na execução de tarefas simples, como utilizar utensílios domésticos, ou ainda para vestir-se, cuidar da higiene pessoal e alimentar-se. Já no estágio mais avançado da doença, o sujeito acaba perdendo a autonomia e a independência, tornando-se muito dependente de um cuidador. O quadro se agrava ainda mais quando o paciente desenvolve sintomas psicóticos ou alterações de comportamento, o que gera desgaste ao próprio paciente e ao cuidador. (ABREU *et al*, 2005)

Cabral *et al* (2005, p. 40) apresentam a Doença de Alzheimer clinicamente da seguinte maneira:

(...) caracteriza-se pelo aparecimento de um déficit cognitivo precoce e proeminente, com comprometimento gradual da memória e de outros domínios cognitivos nos anos subsequentes. (...). As atividades da vida diária, como dirigir, cozinhar e lidar com o dinheiro, podem sofrer mudanças, às vezes percebidas por um familiar ou cuidador. Nos estágios moderados da DA, observa-se piora dessas alterações. No estágio final da doença temos a degradação quase que total do paciente, inteiramente dependente de seus cuidadores.

Observa-se que a doença inicia-se de forma gradual e contínua e, por meio dela, ocorre um significativo comprometimento social e ocupacional dos sujeitos acometidos. As principais queixas do sujeito e dos acompanhantes são com relação às dificuldades de memória, às alterações de comportamento, de humor, dentre outras (PINTO & BEILKE, 2008). Um dado relevante é que em determinados estágios, a doença de Alzheimer praticamente anula o autocontrole. Ocorre como “se o passado se descarrilhasse e o doente fosse condenado a viver em um presente absoluto (mesmo preso em uma ‘paisagem na qual se acha encerrado pelas recordações’, porque fragmentos de passado se misturam com o presente)” (LEIBING, 2001, p.85).

Muitos são os sintomas, as alterações e as consequências que esta doença traz:

A DA é uma das várias formas de demências que são, de forma geral, definidas como as doenças que causam alterações das funções mentais e do comportamento. Segundo a literatura atual, a DA tem a incidência de 50% a 70% das ocorrências diagnosticadas das demências e caracteriza-se por alterações progressivas da memória, do julgamento e do raciocínio intelectual, tornando o indivíduo progressivamente mais dependente de outras pessoas para sobreviver. (PINTO & BEILKE, 2008, p. 102)

Batista (2009, p. 274) também comenta que com a evolução da doença, o sujeito pode demonstrar sinais neuropsiquiátricos, apatia, agressividade, agitação, alucinações e alterações afetivas. Dentre os vários sintomas citados, a diminuição da capacidade mnésica é o sintoma mais evidente e o que é mais levado em conta nos diagnósticos, mas deve vir associada a outros sintomas como: afasia (alteração de linguagem), apraxia (alteração de atividade gestual simbólica), agnosia (alteração nas associações e sínteses de imagens sensoriais) e transtornos das funções executivas. (PINTO & BEILKE, 2008, p.103). Apesar de ser a memória a função mais perceptivamente comprometida, análises de dados obtidos com sujeitos em

quadros iniciais da DA podem revelar também o comprometimento de outras habilidades cognitivas, dentre as quais a linguagem. Outros sinais que podem corroborar o diagnóstico são: desorientação espacial e temporal, desinibição, mudança geral no comportamento, negligência na higiene, instabilidade emocional, dificuldade de adaptação a uma situação nova (BEILKE, 2010, p. 36). Diante de tudo que já foi mencionado acerca do diagnóstico da DA, sabe-se que este não representa tarefa fácil, devendo ser realizado de maneira diferencial, ou seja, por método de exclusão.

Luzardo (2006, p.25) defende que, apesar de muitos estudos estarem sendo empreendidos com relação à doença de Alzheimer, a população ainda necessita de muitos esclarecimentos sobre esta patologia. A mesma autora comenta que faltam investimentos e ações mais efetivas em programas de saúde para os idosos com demência e que alertem a sociedade para os sinais e sintomas, tendo em vista que, muitas vezes, as famílias buscam ajuda médica já em estágios avançados da doença. Sabe-se que a DA tem atraído grande atenção, principalmente em países mais desenvolvidos, tendo em vista que se trata de um processo neurodegenerativo grave, progressivo e, até o momento, sem cura, o que pode tornar-se um grande problema de saúde pública futuramente, pois demanda mais investimentos, pesquisas e ações que favoreçam a parcela da população acometida por essa doença (VIEGAS *et al*, 2011, p.289). Um dado interessante quanto a isso é que, nos Estados Unidos, a DA está entre as doenças atuais que mais preocupam o sistema de saúde, já que o paciente perde gradualmente suas funções motoras e psicológicas, passando a ser dependente totalmente de auxílio externo, envolvendo familiares e pessoas próximas e, em casos mais graves, chegando a gerar um custo para o governo de mais de U\$ 36.000,00/ano. Já no Brasil, os dados de saúde pública mostram que cerca de 1,2 milhões de pessoas possuem DA, chegando a 4,5 milhões nos Estados Unidos e cerca de 18 milhões em todo mundo. Estes dados devem não só preocupar, mas mobilizar os Estados, as comunidades científicas e acadêmicas e demais entidades que possam colaborar para: melhorar a cognição, retardar a evolução da doença e atenuar alterações comportamentais. (VIEGAS *et al*, 2011, p.291)

Por ser uma doença de curso clínico insidioso, as consequências trazidas pela DA para os seus portadores, familiares e cuidadores são incomensuráveis e o seu impacto econômico na saúde pública e na sociedade é enorme. Dessa forma, diante do envelhecimento populacional em larga escala e das altas taxas de incidência e prevalência, a doença de Alzheimer se mostra como um problema de saúde pública que tem mobilizado a comunidade científica na busca de soluções para minimizar os efeitos socioeconômicos (LUZARDO, 2006, p. 24).

2.2 OS ESTUDOS LINGUÍSTICOS E A DA

Cruz (2008) nos fala que a abordagem da DA não deve se restringir às ciências médicas. Esclarece-nos que a linguagem é um dos aspectos modificados na DA, já que se observa perda das habilidades comunicativas, o que reforça a necessidade de, também, uma intervenção linguística em tais casos:

Uma abordagem sócio-cognitiva da linguagem nos quadros de neurodegenerescência leva-nos à suposição de que as dificuldades ou limitações decorrentes da DA relacionadas à linguagem, quando manifestadas nas interações, são (re) organizadas pelos participantes dentro das estruturas de base da linguagem e da interação social. [...]. A DA e a linguagem na DA têm sido assim explicadas e descritas a partir de um modelo biomédico comprometido com um paradigma cognitivista que privilegia, sobretudo, as relações entre estruturas neurológicas afetadas e declínio cognitivo, com ênfase nos processos neurodegenerativos. Porém, a DA não altera apenas as estruturas cerebrais internas, mas os processos cognitivos, a linguagem, a interação e a organização das práticas sociais cotidianas. (CRUZ, 2008, p. 18)

Para isso, contamos com os avanços dos estudos da Neurolinguística, ciência que hibridiza os estudos das neurociências aos estudos da ciência linguística e que em muito pode contribuir para o avanço da linguística na contemporaneidade:

Da tradição dos estudos linguísticos, a Neurolinguística mantém o foco e o interesse na descrição e na análise da estrutura, organização e funcionamento da linguagem, o que envolve o interesse pelas práticas sócio-culturais, os vários elementos que constituem o contexto situacional e o histórico, os modos diferenciados de constituição e de organização das semioses não verbais, os diferentes processos cognitivos com os quais compreendemos e atuamos no mundo, dentre os quais a memória, a atenção, a percepção, a gestualidade *etc.* Da tradição de estudo das

Neurociências, a Neurolinguística mantém o foco e o interesse em um conjunto de questões às voltas com o velho problema mente-cérebro (...). (MORATO, 2010, p. 102)

Edwiges Morato (2011, p. 143) esclarece que a Neurolinguística é um dos campos mais recentes da Linguística e que, no Brasil, apenas a partir dos anos 80, tornou-se área de pesquisa e disciplina na Unicamp¹². Porém, tais estudos têm avançado e atingido outras universidades que buscam compreender melhor, dentre outras coisas, o funcionamento da cognição humana.

A mesma autora cita Caplan (1987) para quem a Neurolinguística é o estudo das relações entre cérebro e linguagem, com enfoque no campo das patologias cerebrais. A investigação em curso relaciona determinadas estruturas do cérebro com distúrbios ou aspectos específicos da linguagem. A respeito disso, Morato afirma:

O que sabemos na atualidade sobre a atividade cognitiva indica que há uma relação estreita entre linguagem e cérebro, ancorada na inter-relação de diferentes áreas do córtex e na interdependência de múltiplos processos ou funções cognitivas (como memória, linguagem, percepção etc.) que atuam em nossas várias formas de perceber e interpretar o mundo. (MORATO, 2011, p. 144).

É importante observar que alguns interesses da moderna Neurolinguística são, de acordo com Morato (2011, p. 146): estudo do processamento normal e patológico da linguagem por meio de modelos elaborados no campo da linguística, das Neurociências, da Neuropsicologia ou da Psicologia Cognitiva; estudo da repercussão dos estados patológicos do/no funcionamento da linguagem; estudo de processos alternativos de significação (verbal e não verbal) de sujeitos afetados por patologias cerebrais, cognitivas ou sensoriais; discussão de aspectos éticos e socioculturais relacionados ao contexto patológico, à cognição humana e à questão normal/patológico; estudo dos processos discursivos que relacionam linguagem e cognição.

Dessa forma, observamos que o que é produzido pela Neurolinguística é bastante produtivo para os interesses da Linguística. Segundo Morato (2011, p.147), tais

¹² Universidade Estadual de Campinas-SP

estudos contribuem para o melhor desenvolvimento das atividades clínico-terapêuticas, desempenhando um importante papel social, ao destinarem explicitamente parte de sua vocação científica à diminuição de tensões e sofrimentos provocados pelas patologias cerebrais, bem como à análise da produção e da circulação de preconceitos e estigmas relativos às alterações linguístico-cognitivas.

De acordo com Morato (2011, p.152),

(...) a Neurolinguística tem sido lugar de investigação de pré-conceitos (como os de língua, linguagem, representação, cognição, significação etc.); da articulação epistemológica entre linguagem e cognição, essas duas formas de conhecer e de apreender o mundo; da relação entre semiose verbal e não-verbal; da semiologia e da classificação de problemas de linguagem; da elaboração de modelos de processamento cerebral da linguagem e da cognição; dos limites da correlação anátomo-clínica; da relação entre normalidade e patologia; das condições de reorganização linguístico cognitiva após dano cerebral; das relações entre o processo de aquisição e o de patologia de linguagem.

Diante de tantas áreas de interesse e atuação, podemos perceber a grande produtividade da Neurolinguística frente aos interesses da própria Linguística contemporânea, tendo em vista, ainda, a aplicabilidade de tais estudos em função de tantas pessoas acometidas, principalmente, por patologias que envolvam a capacidade de linguagem. Devemos dizer que não é tarefa fácil tecer tais investigações pretendidas pela Neurolinguística, pois o pesquisador deve “dar conta” de inúmeros fatos clínicos que não conferem objetividade aos estudos (MORATO, 2011, p. 161)

Ainda podemos completar, citando Scherer & Gabriel (2007, p.68) que “florescem no terreno fértil da neurolinguística teorias sobre como a linguagem é adquirida e processada, e, principalmente, como se degrada”. Assim, o estudo dos estados patológicos do funcionamento da linguagem são altamente instigadores, pois provocam novas questões, podem levantar novas hipóteses, levando à comprovação ou refutação de teorias existentes.

Como benefício da Neurolinguística, podemos destacar, por exemplo, estudos realizados com relação à linguagem na DA, que em muito contribuem para uma melhor qualidade de vida dos sujeitos com a doença e também para um melhor

entendimento por parte de cuidadores e familiares. Dessa forma, citamos Cruz (2008), que afirma a importância de ir além das teorias médicas acerca da doença:

Uma abordagem sócio-cognitiva da linguagem nos quadros de neurodegenerescência leva-nos à suposição de que as dificuldades ou limitações decorrentes da DA relacionadas à linguagem, quando manifestadas nas interações, são (re) organizadas pelos participantes dentro das estruturas de base da linguagem e da interação social. [...]. A DA e a linguagem na DA têm sido assim explicadas e descritas a partir de um modelo biomédico comprometido com um paradigma cognitivista que privilegia, sobretudo, as relações entre estruturas neurológicas afetadas e declínio cognitivo, com ênfase nos processos neurodegenerativos. Porém, a DA não altera apenas as estruturas cerebrais internas, mas os processos cognitivos, a linguagem, a interação e a organização das práticas sociais cotidianas. (CRUZ, 2008, p. 18)

Sendo assim, a Neurolinguística tem muito a oferecer à Linguística, pois, dentre outros motivos, é muito relevante ao conceber o sujeito em interação, em suas práticas e atividades de linguagem e não em situações isoladas. E, em decorrência disso, muitos são os resultados positivos obtidos pelos estudos da Neurolinguística:

É inquestionável o avanço alcançado pela neurolinguística. No entanto, até mesmo pela complexidade da linguagem humana, muito há que ser investigado até que se obtenha um conhecimento abrangente sobre a relação armazenamento, produção e compreensão da linguagem pelo cérebro humano. O estudo da interação do processamento linguístico com habilidades não especificamente linguísticas como memória e controle atencional, nas mais diferentes faixas etárias, está ainda em fase gestacional. Outro fértil campo de investigação é o processo de aprendizagem do conhecimento linguístico da primeira língua e de uma segunda língua (ou de várias); no que tange ao multilinguismo, mesmo em nível internacional, as pesquisas são muito escassas. (SCHERER; GABRIEL, 2007, p. 78)

Sabe-se que é preciso avançar mais, mas que muito tem sido feito para este fim, inclusive no avanço de técnicas modernas para auxiliar nos estudos:

Considerando-se o acelerado refinamento das técnicas de neuroimagem e a grande expansão da pesquisa neurolinguística registrada especialmente nas duas últimas décadas, em breve compreenderemos melhor essa complexa e maravilhosa máquina – o cérebro humano – e os processos que subjazem à organização e ao funcionamento da linguagem dentro dele. (SCHERER; GABRIEL, 2007, p. 79)

Em muito tem avançado a Neurolinguística. Desse modo, tem cada vez mais condições de dialogar, não apenas com uma determinada concepção de língua e de cognição, mas com as possibilidades que os próprios domínios ou campos da Linguística propiciam. Parece-nos que esse é um investimento teórico a ser feito

pela Neurolinguística no campo da pesquisa cognitiva: reconciliar linguagem com processos relativos a ela, como a interação humana, os diferentes processos de significação, as propriedades do ideológico e do inconsciente. (MORATO, 2011, p. 167)

A Neurolinguística interessa-se por investigar diversas alterações de linguagem acarretadas por problemas de declínio cognitivo, o que é muito relevante no acompanhamento das patologias de linguagem. São algumas das alterações de linguagem estudadas (MORATO, 2011):

- Anomia: dificuldade de selecionar ou evocar palavras;

-pausas ou hesitações;

-parafraasias: trocas ou substituições inesperadas de palavras;

-dificuldades de ordem semântico-lexical: como dificuldades de encontrar palavras;

-confabulações: produção de falsas informações ou falsas memórias;

Para fins de beneficiar os idosos, estudos com relação à linguagem desse grupo são desenvolvidos em busca de identificar transformações e detectar causas de possíveis mudanças que ocorrem em decorrência do envelhecimento. Além disso, tais trabalhos dirigem-se à promoção de melhorias na qualidade de vida dos idosos tendo em vista o significativo aumento na expectativa de vida (BRANDÃO & PARENTE, 2001, p.38). Sabe-se que a diminuição de certas habilidades cognitivas na velhice pode influir no declínio da linguagem do idoso (BRANDÃO & PARENTE, 2001, p.45), o que demanda maiores investimentos voltados para esta parcela da população no que diz respeito à preservação de sua capacidade comunicativa:

As controvérsias, dúvidas e mistérios que rondam os estudos a respeito da linguagem do idoso demonstram que este é um campo que ainda necessita evoluir muito, mas que está em franco crescimento e tem caracterizado-se pelo enfoque interdisciplinar. Certamente, é necessário avançar ainda mais para desvendar a cognição do idoso. Na busca por respostas às suas perguntas, o pesquisador que se ocupa deste campo deve voltar-se para a valorização do idoso. (BRANDÃO & PARENTE, 2001, p.48)

Desse modo, a linguagem, sendo um fator que pode sofrer influência de possíveis processos cognitivos em declínio na velhice, é um aspecto que não deve ser

negligenciado na intervenção cognitiva do idoso. Tanto este como seus familiares devem conhecer e saber lidar com os processos cognitivos que podem modificar-se com o aumento da idade, para uma maior estabilidade da qualidade de vida do idoso. (BRANDÃO & PARENTE, 2001, p.49)

CAPÍTULO 3

REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A NOÇÃO DE *FRAME* COMO ENQUADRE INTERATIVO

Frames são, basicamente, estruturas sociais (molduras comunicativas) que organizam situações de interação. Muitas podem ser as acepções para a noção de *frame*, tais quais: *contexto, prática, sistemas de referência, enquadre, esquema, conhecimento prévio, situação social, script, moldura comunicativa* (MORATO, 2010, p.94). Tais acepções são adotadas por diferentes autores e não tratam necessariamente da mesma coisa, como podemos observar no quadro abaixo:

QUADRO SINÓPTICO DE ESTUDOS SOBRE FRAME						
	INTERACIONISTAS			UM TIPO DE INTERACIONISTA	CONCEPTUAIS	
	Goffman	Ensink e Sauer	Tannen e Wallat	Kovecses	Fillmore, Petruck e Salomão	Lakoff
Natureza da noção de frame / Opção conceitual	Trabalhos da sociologia (Bateson's)	AD de origem inglesa	Antropologia / Sociologia / Psicologia / Inteligência artificial	Linguística / Ciências cognitivas	Semântica dos frames / Estudo do léxico	Fillmore / Natureza psicológica ou idealizada dos MC's
Propriedades do frame	Enquadre / São estruturas sociais: Molduras comunicativas que organizam uma situação de interação	Estrutura de conhecimento / Relação com o uso e com o domínio cognitivo	Enq. social dos falantes / Est. de experiência (frames, esq., scripts) / Est. de expectativas (enq. interativos e esq. de conhecimento)	Representação mental de uma categoria conceptual / Constructo cultural	Estrutura conceptual internamente complexa / Categorias (sócio) cognitivas	Esquemas de conhecimentos / Prototípa / Modelo cognitivo idealizado
O que a noção de frame é capaz de explicar	Processos de significação / Intenções interativas dos falantes	Compreensão do discurso / Percepção dos eventos	Entendimento da interação	Cultura / Experiências / Comportamento / Categorização	unidades lexicais a partir de esquemas conceptuais	Possibilita o domínio, a lembrança e o uso de um vasto conjunto de conhecimentos
Fenômenos associados à noção de frame	Enquadres / Estruturas de expectativa	Script / Perspectiva / Quadro; enquadre	Enquadres / Esquemas de conhecimento / Protótipos / Script	Script / Contexto / Âncoras / Estereótipo / Perspectiva	Protótipo / Perspectiva	Categoria / Schema / Efeitos prototípicos / Perspectiva
Categorias de análise empregadas	Questões interacionais / Intencionalidade / Categorização	Discurso em interação	Mudanças contextuais	Níveis de interação com o mundo / Relação linguagem - cognição	Categorização / Experiência dos falantes	Estabilização de categoria
Metodologia	Procura isolar estruturas disponíveis na sociedade / Frameworks (Ex: debates, consultas)	Percurso histórico / Análise de fragmento de discurso escrito	Exame de interação em contexto específico	Análise de sistemas de categorização / Sentido das palavras / Efeitos prototípicos	FrameNet	Est. proposicional / Esq. imagéticos / Metafóricos e metonímicos
Frame / Realinhamento	Footing ou alinhamento	Footing / Mudar frame é mudar perspectiva, cálculo	Footing			Estabilidade provisória do MCI

Quadro 1- Quadro sinóptico de estudos sobre *frame*¹³

¹³ Quadro produzido para trabalho final da disciplina Seminário Temático em Neurolinguística (LL417), cursada na Unicamp, por meio da modalidade Mestrado Sanduíche, no semestre letivo 2011/2.

Se observarmos bem, veremos que tais autores e acepções apenas convergem no reconhecimento de que *frame* tem a ver com a questão do *conhecimento*, auxilia na estruturação do conhecimento (ex: *frame* de família) e está relacionado às práticas de linguagem. Assim,

(...) os *frames* têm sido compreendidos como conjuntos ou “blocos” de conhecimentos inter-relacionáveis que, incorporados por meio de práticas sociais nas quais emergem e por meio das quais se reconstróem, atuam na organização de nossas experiências e são reciprocamente por elas organizados. (MORATO, 2010, p. 98)

Diante disso, devemos observar que *frame* não diz respeito apenas a um conhecimento estruturado em termos linguístico-conceituais, e sim em termos do enquadramento social dos falantes na interação ou nos regimes e práticas textuais. Sendo assim, concordamos com Goffman (1974) que compreende os *frames* como enquadres¹⁴, metáfora que ajuda a compreender melhor o que na Sociologia é entendido como contexto, conhecimento prévio, situação social (MORATO, 2010, p. 95), e, além disso, os enquadres como estruturas sociais, passíveis de serem modificadas pelos indivíduos.

De modo geral, os trabalhos de Goffman visaram à importância de se entender interações entre indivíduos como construções discursivas que se relacionam, intrinsecamente, com as esferas mais amplas do social, do político e de formações ideológico-culturais, dentro de um processo que retrata o todo social (macrossocial) nas manifestações interacionais dos falantes, e vice-versa (RODRIGUES JÚNIOR, 2005, p.131).

Também em *Frame Analysis* (1974), Goffman trata enquadres como estruturas sociais reconhecidas pelos interactantes, numa relação dinâmica de construção de significados. Desta maneira, os enquadres se adaptam às formas complexas de nossa vida cotidiana, de acordo com a condução interacional que elegemos uns para com os outros, dinamizando o que queremos dizer e representar.

Em outras palavras, o dinamismo natural dos enquadres faz com que estes possam ser recuperados a qualquer momento da interação, sinalizando as intenções comunicativas dos falantes envolvidos no enlace interacional e se transformando de conformidade com os

¹⁴ Gregory Bateson ([1972] 2002) introduz nas Ciências sociais o conceito de enquadre. De acordo com ele, o enquadre oferece aos participantes os elementos que delimitam o tipo de comunicação efetivada e como cada participante deve responder a situações específicas. Goffman (1974), dentre outros autores, baseou-se nos trabalhos de Bateson.

objetivos da interação em curso. Nesta perspectiva, Goffman privilegia o falante como agente de mudanças e de condução do envolvimento interacional. (RODRIGUES JÚNIOR, 2005, p.130)

Tal aceção também é corroborada por Tannen e Wallat ¹⁵ ([1987] 2002) que afirmam ser o enquadre algo mais do que um conhecimento estruturado em termos linguísticos e conceptuais. Para elas o enquadre refere-se ao enquadramento social dos falantes na interação e aos regimes e práticas sociais que a organizam.

Devemos acrescentar que Tannen e Wallat ([1987] 2002) trabalham com a noção de enquadre com referência à noção antropológica/sociológica de enquadres interativos de interpretação, isto é, conhecimentos compartilhados pelos interactantes que atuam na definição do que está acontecendo na interação, de qual atividade está sendo encenada, de qual sentido é dado pelos falantes ao que dizem. As mesmas autoras consideram, ainda, estudos advindos da Psicologia e da Semântica, com o intuito de auxiliar na diferenciação entre enquadre e esquema.

Nesse contexto, Morato (2010, p.95) deixa clara a distinção estabelecida entre *enquadres interativos* e *esquemas de conhecimento* feita por Tannen e Wallat ([1987] 2002): enquadres interativos como conhecimentos compartilhados pelos interactantes, e *esquemas de conhecimento*, como expectativas dos participantes em relação às pessoas e seus propósitos, aos objetos, aos eventos. Logo, Tannen e Wallat ([1987] 2002) diferenciam enquadres de esquemas, tratando ambos como estruturas de expectativas.

Dessa maneira, segundo as autoras citadas, devemos olhar para o enquadre interacional como as múltiplas relações que os participantes constroem conjuntamente em um encontro face a face. Em outras palavras, as autoras sugerem que se use o conceito de enquadre para se denominar o que é construído numa interação e *esquema* para se referir às informações pressupostas, padrões ou esquemas de conhecimento¹⁶. Diante disso, é preciso observar que as noções de enquadre e esquema são importantes para explicar muitas coisas que ocorrem

¹⁵ Deborah Tannen é linguista e Cynthia Wallat é psicóloga. O trabalho conjunto realizado por elas contribuiu para o estudo de aspectos interacionais e cógicos que estão por trás da construção do discurso em encontros face a face.

¹⁶ Esquema de conhecimento nada mais é do que as expectativas dos participantes acerca das pessoas, dos objetos, dos eventos e dos cenários no mundo.

durante uma interação, tanto no que diz respeito ao sucesso da mesma, quanto ao que se refere às falhas interpretativas e as quebras que ocorrem na comunicação.

É importante acrescentar que o sucesso das interações depende da compreensão dos enquadres nos quais os participantes estão situados, de modo que ajam de acordo com o que o contexto exigir:

A noção interativa de enquadre se refere à definição do que está acontecendo em uma interação, sem a qual nenhuma elocução (ou movimento ou gesto) poderia ser interpretado. Para usarmos o exemplo clássico de Bateson, um macaco precisa saber se uma mordida de um outro macaco deve ser entendida dentro do enquadre brincadeira ou do enquadre de luta. As pessoas constantemente se deparam com essa mesma tarefa interpretativa. Para compreender qualquer elocução, um ouvinte (e um falante) deve saber dentro de qual enquadre ela foi composta: por exemplo, será que é uma piada? Será que é uma discussão? Algo produzido para ser uma piada mas interpretado como um insulto (certamente podendo significar ambos) pode originar uma briga. (TANNEN & WALLAT, [1987] 2002, p. 188)

Em outras palavras, a noção interativa de enquadre diz respeito à percepção de qual atividade está sendo encenada e de qual sentido os falantes querem dar ao que dizem.

Para melhor esclarecermos os conceitos mencionados de enquadre e esquema, é válido citarmos o exemplo da consulta médica estudado por Tannen e Wallat ([1987] 2002). O cenário escolhido como contexto de interação a ser analisado é o pediátrico. As autoras sugerem que entender o que se passa em tal contexto auxilia na análise de outros. Isso, porque há uma dualidade expressa nessa interação: por um lado observa-se a estabilidade consequente do contexto social, por outro a variabilidade das interações nesse cenário.

A análise das autoras é baseada em “videoteipes de interações que envolvem uma criança com paralisia cerebral, sua família e um grupo de profissionais da área da saúde de um centro hospitalar de uma universidade” (TANNEN & WALLAT, [1987] 2002, p. 187), com a intenção de refletir sobre a prática médica e para auxiliar na análise da interação humana. A análise mostra que discrepâncias nos esquemas geram alterações nos enquadres. Em síntese o cenário é o seguinte: uma consulta feita por uma pediatra a uma criança na presença de sua mãe. O entendimento deste enquadre serve para compreendermos as exigências de movimentação interacional que são feitas à pediatra, tendo em vista que ela deve se dirigir ora à

criança, ora à mãe. Além disso, a pediatra ainda se dirigia aos alunos da universidade que veriam a consulta posteriormente, como material de estudo. A opinião da mãe da criança é a de que a médica se saiu muito bem, pois não a isolou na consulta, como muitos médicos fazem, segundo ela. Para isso, a médica teve que usar um registro adequado, pois:

Um elemento chave no enquadramento é o uso de registros linguisticamente identificáveis. Registro, conforme a definição de Ferguson (1985), é simplesmente “variação condicionada pelo uso”: convenções para escolhas lexicais, sintáticas e prosódicas consideradas apropriadas para o cenário e para a plateia. (TANNEM & WALLAT, [1987] 2002, p. 194)

Para dirigir-se à criança, a pediatra usa o *maternalês*¹⁷. Para dirigir-se aos residentes, que veriam depois o vídeo em sala de aula, ela usa uma entoação monótona fazendo um relato contínuo dos resultados do exame. E ao dirigir-se à mãe, a pediatra usa o registro convencional de conversa entre adultos. Portanto, durante a consulta, a médica alterna os registros, fazendo movimentos em direção ao interlocutor que pretende alcançar, o que nos mostra a dinamicidade dos enquadres. Observa-se que a pediatra opera *footings*¹⁸ à medida que se dirige a cada um de seus interlocutores, ou seja, lida com cada plateia de maneira distinta, dependendo do enquadre em que está operando:

Os três enquadres mais importantes nessa interação são o encontro social, o exame da criança ligado a um enquadre externo, que é a gravação do exame, e a consulta com a mãe. Cada um dos três enquadres pressupõe tratamentos diferentes a cada uma das três plateias. Por exemplo, o encontro social exige que a médica entretenha a criança, estabeleça uma relação social com a mãe e ignore a câmera de vídeo e os operadores. O enquadre do exame exige que ela ignore a mãe, certifique-se de que os operadores estão prontos e depois os ignore, e examine a criança e explique o que está fazendo para a futura plateia dos residentes de Pediatria. O enquadre da consulta exige que ela fale com a mãe e ignore os operadores e a criança- ou melhor, mantenha a criança “de prontidão”, para usarmos o termo de Goffman, enquanto responde às perguntas da mãe. (TANNEN & WALLAT, [1987] 2002, P. 198)

Logo, é tarefa da médica manter um equilíbrio na alternância dos enquadres, respondendo às exigências de cada um. Observamos, então, que as maneiras de falar adotadas pela pediatra demonstram a mudança de enquadres e esquemas no

¹⁷ Registro em tom de brincadeira, caracterizado por mudanças na altura da voz, pausas longas, sons vocálicos alongados, acompanhados de sorrisos.

¹⁸ A definição de *footing* diz respeito à forma pela qual os interactantes enquadram e negociam as relações interpessoais de um evento.

decorrer da interação. A relevância do estudo empreendido por Tannem e Wallat ([1987] 2002) vai além do cenário médico, pois mostra a complexidade dos enquadres e auxilia na compreensão das interações humanas.

Vale dizer que ligadas à definição de *frames* interativos, que são tomados a partir do enquadramento social dos falantes e do contexto situacional em que estão imersos, temos outras definições importantes tais quais: contexto, *footing* ou alinhamento (*cf.* Goffman (1974)), categorização social dos falantes, todas a serem exploradas quando falamos em enquadres interativos. (MORATO, 2010, p. 100)

3.2 A IMPORTÂNCIA DE SE OLHAR PARA O CONTEXTO

Para compreender o funcionamento de um enquadre é necessário que olhemos para o contexto que o engloba. Olhar para o contexto nada mais é do que levar em conta elementos como o cenário, o entorno sociocultural, a própria linguagem como contexto e os conhecimentos prévios dos participantes.

Na fase inicial de pesquisas sobre o texto, fase da análise transfrástica, o contexto era apenas reconhecido como o entorno verbal, ou seja, como cotexto. Para esta concepção, o texto era visto como uma sequencial combinação de frases. Paralelo a isso, os pragmaticistas questionavam que era necessário considerar a situação comunicativa como um todo. Com o passar do tempo e com o advento da Teoria dos Atos de Fala e da Teoria da Atividade verbal, a Pragmática volta-se para descrever as ações que os usuários da língua, em situações de interlocução, realizam através da linguagem, que é considerada então como atividade intencional e social. (KOCH, 2011, p. 23)

O fato de levar em conta os interlocutores não foi suficiente, tendo em vista que qualquer manifestação linguística ocorre no interior de determinada cultura, que deve ser reconhecida pelos estudos de linguagem. Diante disso, começou-se a

considerar outro tipo de contexto- o sociocognitivo. Ou seja, falamos aqui em contextos situados, nos quais observamos as práticas sociais situadas:

Quando as pessoas estão na presença uma das outras, todos os seus comportamentos verbais e não-verbais são fontes potenciais de comunicação, e suas ações e intenções de significado podem ser entendidas somente com relação ao contexto imediato, incluindo o que antecede e o que pode sucedê-lo. Logo, a interação somente pode ser entendida em contexto: em um contexto específico. (TANNEN & WALLAT, [1987] 2002, p. 186)

Assim, para que duas ou mais pessoas possam compreender-se mutuamente, é necessário também que seus contextos sociocognitivos sejam, pelo menos, um pouco parecidos. Ou seja, seus conhecimentos devem ser, ao menos, parcialmente compartilhados, já que em uma interação cada um traz consigo uma bagagem cognitiva individual. É importante ressaltar que a cada momento da interação, “esse contexto é alterado, ampliado, obrigando, assim, os parceiros a se ajustarem a novos contextos que se vão originando sucessivamente (...)” (KOCH, 2011, p. 24).

Diante do exposto acima e de acordo com Koch (2011, p. 24), poderíamos postular que o contexto sociocognitivo dos interlocutores é capaz de englobar os demais tipos de contexto, já que o contexto, a situação comunicativa em si e as ações comunicativas e interacionais empreendidas pelos interlocutores, passam a fazer parte do domínio cognitivo de cada um.

Assim, o contexto abrange todos os tipos de conhecimentos arquivados na memória dos atores sociais como: o conhecimento linguístico, o conhecimento enciclopédico (declarativo e episódico – *frames, scripts*), o conhecimento da situação comunicativa e de suas regras, o conhecimento superestrutural (tipos textuais), o conhecimento estilístico (registros, variedades da língua e sua adequação às situações comunicativas distintas), o conhecimento sobre os variados gêneros adequados às práticas sociais, assim como o conhecimento de outros textos de nossa cultura (intertextualidade). Para que se mobilizem esses conhecimentos, em virtude do processamento textual, devem-se realizar as seguintes estratégias: cognitivas (ex: inferências); sociointeracionais (ex: preservação das faces e polidez); textuais (ex: conjunto de decisões relativas à textualização, feitas pelo produtor do texto em função de seu “projeto de dizer”) (KOCH, 2011, P. 24).

Passemos agora ao estudo do contexto, conforme Van Dijk (2001). Dijk (2001, p.71) nos diz que representação mental da situação comunicativa se faz com um modelo mental específico que chamamos modelo de contexto ou simplesmente contexto. Deve-se observar que os modelos de contexto (MC) são uma forma específica dos modelos que formamos com nossas experiências cotidianas.

O MC se constrói como a base mental de eventos sociais de interação e de comunicação e como a base da produção e compreensão discursiva. Além disso, o mesmo autor informa que o contexto não é externo ou visível, não está fora dos participantes, mas os participantes o constroem como representação mental. O MC nos mostra todos os aspectos pessoais ou sociais da situação comunicativa e também os aspectos que em dado momento são relevantes para os participantes. O contexto não é apenas social, mas também pessoal, porque cada pessoa tem sua própria interpretação da situação social em que participa. Sendo assim, o MC é subjetivo e individual: é a representação pessoal do que é relevante para alguém na situação comunicativa. (VAN DIJK, 2001, p.72). Outro ponto importante é que a formação do MC é estratégica. Faz-se em segundos, preenchendo primeiro as categorias mais relevantes em cada momento: cenário, participantes, objetivos, etc. (VAN DIJK, 2001, p.74).

Portanto, diante das informações, concernentes a contexto, aqui expostas, percebemos que nenhuma análise de contexto pode desconsiderar o entorno sociocomunicativo como um todo. Não é possível considerar as unidades linguísticas isoladamente, mas é preciso levar em conta elementos exteriores aos dados analisados, dentre tantos outros fatores supracitados.

3.2.1 As pistas de contextualização

A noção de contexto está associada à noção de frame, observando-se que a noção de frame, assim como a de contexto, parece ter a ver com um estado de coisas que em parte é organizado a priori, e em parte está associado a uma significação que emerge de sua própria organização. Devemos refletir em torno de uma noção mais abrangente de contexto, que não se restrinja apenas a elementos estáveis, como

espaço, tempo e participantes, mas que inclua toda a situação social que emerge na interação face a face.

Assim, para nos auxiliar no entendimento de um enquadre interativo, além da noção de contexto, está a de pistas de contextualização, pistas essas capazes de colaborar para a orientação da organização de nossas situações interativas. Segundo Gumperz (1982), as pistas de contextualização são sinalizações verbais e não verbais utilizadas por falantes/ouvintes, na interação face a face para relacionar o que é dito em dado tempo e em dado lugar ao conhecimento adquirido através da experiência, com o objetivo de detectar as pressuposições em que se devem basear para manter o envolvimento conversacional e ter acesso ao sentido pretendido. Em outras palavras, as pistas de contextualização são todos os traços linguísticos que contribuem para a sinalização de pressuposições contextuais. Além do que já foi mencionado, e de acordo com o mesmo autor, são pistas capazes de sinalizar nossas intenções comunicativas ou nos dar indícios das intenções alheias e capazes ainda de criar expectativas sobre o que poderá acontecer na sequência da interação.

Gumperz (1982) diz, ainda, que tais pistas podem ser de natureza prosódica, paralinguística, linguística ou ainda não verbal. Cita como exemplos de pistas: prosódica (entonação, acento de intensidade, mudanças de clave); sinais paralinguísticos (ex: pausas, hesitações, sobreposições de turnos, tom e volume de voz); escolha do código ou do registro; formas de seleção lexical ou expressões formulaicas; gestos; expressões fisionômicas; movimentos do corpo ou dos olhos (que podem significar apoio, oposição, ironia, sarcasmo, ênfase, aborrecimento etc.). É importante salientar que os usos destas pistas são culturalmente e convencionalmente definidos.

É válido dizer ainda que, segundo Gumperz (1982), as pistas de contextualização são internalizadas pelos falantes e são ativadas durante a interação social de forma a sugerir inferências, dando destaque ao que é relevante para uma interpretação, num determinado momento.

3.3 O PAPEL DOS INTERLOCUTORES

O sentido de um texto, independente da situação comunicativa, não depende apenas da estrutura textual em si. O que muito influencia na construção do sentido de um texto são os próprios participantes de uma dada situação comunicativa. Muitas lacunas e implícitos são deixados nos textos, de modo que os participantes mobilizam conhecimentos diversos para se compreenderem mutuamente. O produtor do texto, por exemplo, deve levar em consideração quem é seu interlocutor, do que deve dizer, do quanto deve dizer e de como deve dizer. E o leitor/ouvinte deve, por sua vez, tendo em vista as informações contextualmente dadas, construir representações coerentes, a partir de seu conhecimento de mundo (KOCH, 2011, p. 30). Dessa forma,

(...) o tratamento da linguagem, que em termos de produção, quer de recepção, repousa visceralmente na interação de produtor-ouvinte/ leitor, que se manifesta por uma antecipação e coordenação recíprocas, em dado contexto, de conhecimentos e estratégias cognitivas. (KOCH, 2011, p. 31)

Com base nisso, é possível entender que, na interação, cabe ao interlocutor selecionar o contexto adequado à construção de sentidos de determinado texto. Assim, o falante/escritor deve agir de modo a utilizar as representações necessárias e relevantes para que o interlocutor consiga compreender suas intenções sem grande esforço, dadas as informações contextuais e/ou conceituais fornecidas, como um grande trabalho estratégico e cooperativo (KOCH, 2011, p. 31). É importante salientar que:

Olhares, sorrisos, gestos, a distância entre os participantes e as posturas mantidas pelos mesmos, por exemplo, integram nosso conhecimento sociolinguístico; são constitutivos de nossas práticas discursivas e, portanto, contribuem para produzir efeitos comunicativos. (PINTO, 2011, p.4)

Nesse sentido, para nossa pesquisa, é indispensável levar em consideração como se estabelece uma interação entre uma PA e uma pessoa não- Alzheimer, tendo em vista suas intenções e suas diferenças sociocognitivas. É necessário, por exemplo, que todos os que convivem com sujeitos com DA compreendam que a doença gera certo deslocamento espaço temporal e que isso pode afetar as relações interacionais destes sujeitos. Dessa forma, vale ressaltar a grande importância dos

interlocutores, tais quais familiares e cuidadores, no processo interacional. Segundo Travaglia (2007, p. 27),

A comunicação eficiente, competente entre os seres humanos é fundamental para o entendimento entre os homens e este entendimento é necessário e crucial para que os homens vivam e convivam bem. Podemos dizer, pois, que a boa comunicação garante não só a qualidade de vida em uma sociedade, mas a própria vida, a própria existência da humanidade [...].

Dessa maneira, como é de nosso interesse, enfatizamos a importância do interlocutor nas práticas comunicativas que envolvem uma PA, conforme nos fala Morato (2010, p.105):

(...) observa-se o aprofundamento da importância do papel do interlocutor na qualidade da autonomia enunciativa do portador de DA e na relevância de seus processos e atos de significação, bem como na estruturação (textual, conversacional, pragmática) da interação. Em outras palavras, o caráter regulador da linguagem e da interação frente aos processos cognitivos passa – na DA – a depender acentuadamente do papel do interlocutor e dos contextos situados.

Além disso, devemos considerar o papel do interlocutor (seja ele pesquisador, seja ele cuidador ou familiar) na análise das características linguísticas dos sujeitos com DA produzidas em contexto, experimental ou natural de interação linguística, tendo em vista que a presença e o papel desempenhado pelo interlocutor são de fundamental importância para o estudo da linguagem em contextos patológicos.

3.4 FOOTING

Para caracterizar a dinâmica do encontro face a face entre falantes e ouvintes, Erickson e Schultz (1977, 1982) propõem o conceito de estrutura de participação, definido como os direitos e deveres dos participantes enquanto falantes e ouvintes, e os papéis sociais e discursivos que os mesmos desempenham ao interagirem face a face. Estes papéis sofrem constantes modificações. Para Goffman, essas mudanças constituem mudanças de *footing*. (PINTO, 2011, p.4)

Goffman (1974) fala em *footing* como um desdobramento do conceito de enquadre no discurso e como uma mudança no alinhamento¹⁹ que assumimos para nós mesmos e para os outros presentes. Além disso, *footing* representa o alinhamento, a postura, a posição, a projeção do “eu” de um discurso em construção. Assim, “Goffman (...) introduziu o termo *footing* para descrever como os participantes enquadram os eventos e ao mesmo tempo negociam as relações interpessoais, ou “alinhamentos”, que constituem os eventos” (TANNEN & WALLAT, [1987] 2002, p. 189).

Goffman (1974) expressa, ainda, que a mudança no alinhamento se mostra na forma como conduzimos a produção ou a recepção de uma elocução.

E são estas mudanças na postura, no ritmo, na ênfase e na tonalidade da fala, assim como nos níveis morfossintático e semântico, que possibilitam a nós, falantes de uma dada língua, mudarmos o *enquadre* da interação, isto é, o que está acontecendo no momento em que interajo com meu interlocutor (TANNEN, 1986 *apud* PINTO, 2011, p. 4).

Dessa maneira, Goffman (1974) descreve a habilidade que os falantes possuem de mudar de *footing* diversas vezes dentro de uma interação, a partir de suas intenções comunicativas, mostrando como um enquadre pode ser dinâmico. Os *footings*, segundo o mesmo autor, são introduzidos, negociados, ratificados (ou não), co-sustentados e modificados na interação.

Para analisarmos a ocorrência de *footings* devemos levar em conta alguns aspectos como: o alinhamento, posicionamento, postura dos participantes em interação; a projeção do comportamento de cada falante; as mudanças de posicionamento ocorridas durante a interação; se há ou não alternância de código linguístico e se há marcadores de variação de som (ex: entonação, volume, ritmo). Assim, se assumimos mudanças no alinhamento para nós e para os outros presentes operamos *footings*. É importante avaliar que tais mudanças são características inerentes à fala natural.

¹⁹ O alinhamento contextual entre os participantes diz respeito à qualificação social, como eles se apresentam uns aos outros, como ratificam ou resistem às apresentações dos outros. (RIBEIRO & GARCEZ (orgs.), 2002, p 258)

CAPÍTULO 4

NATUREZA DO CORPUS E METODOLOGIA DE ANÁLISE

4.1 NATUREZA DO *CORPUS*

O *corpus* desta pesquisa trata de conversações transcritas, obtidas por meio de gravações de áudio e vídeo, em que a linguagem de uma pessoa com DA é observada em seu trabalho linguístico com distintos interlocutores com o fim de se analisar os diferentes enquadres interativos presentes. O sujeito da pesquisa é do sexo masculino, diagnosticado com DA leve, tem baixo nível de escolaridade e trabalhava no campo. Durante a coleta de dados, possuía 84 anos de idade e teve a DA diagnosticada aos 81. Podemos observar, de forma mais detalhada, a evolução²⁰ da doença do sujeito citado no quadro abaixo:

Evolução do sujeito investigado na pesquisa					
	2008 (81 anos)	2009 (82 anos)	2010 (83 anos)	2011 (84 anos)	2012 (85 anos)
1º semestre	Possui boa saúde física e mental;	Possui boa saúde física; Apresenta perda de memória mais evidente;	Desconhece parentes; Apresenta sintomas de depressão;	Período em que é feita a coleta de dados Apresenta boa produção oral;	Sinais de declínio; Quase nenhuma produção oral; Nenhuma escrita; Total dependência; Internação; Falecimento;

²⁰ A evolução do sujeito foi coletada por meio de caderno de registros.

<p>2º semestre</p>	<p>Começa a apresentar esquecimentos; se perde na rua;</p>	<p>Esquece nomes (anomia);</p>	<p>Apresenta dificuldades com leitura e escrita; Muda o nome das pessoas que convivem com ele; Faz alusão a pessoas falecidas como se estivessem vivas; Esquece a própria idade, diz ser jovem;</p>	<p>Coleta de dados Começa a declinar em meados de novembro; Mostra-se dependente para atividades cotidianas: alimentação, higiene, vestuário;</p>	<p>-----</p>
---------------------------	--	--------------------------------	---	---	--------------

-Quadro sobre a evolução do sujeito investigado na pesquisa. -

Devemos informar também que a coleta de dados foi realizada sem dificuldades burocráticas, tendo em vista a relação de parentesco entre a pesquisadora e o sujeito da pesquisa. É válido também citar que a pesquisadora, no período da coleta de dados, era também a cuidadora responsável juridicamente pelo sujeito da pesquisa, automaticamente, assim, autorizando a divulgação de dados referentes a este sujeito. O sujeito da pesquisa não tem filhos, e sua esposa concorda amplamente com a divulgação dos dados do sujeito nesta pesquisa, conforme termo de anuência concedido pela mesma (Anexo VI).

A coleta de dados foi realizada no ano de 2011, em uma fase em que a PA ainda apresentava grande fluência em suas produções orais. Tal coleta foi feita por meio de gravações de áudio e vídeo- que se deram sem o sujeito investigado saber que estava sendo filmado para fins de pesquisa- de modo que este age naturalmente nas gravações, sem se sentir intimidado pela câmera. Os dados recolhidos são frutos de conversações entre a PA e distintos interlocutores, sendo selecionados para esta pesquisa apenas os mais relevantes no que tange à observação dos enquadres interativos. Para este estudo elencamos três enquadres, a saber:

- Interrogatório *in loco* feito à pessoa com Alzheimer para fins de processo de interdição/curatela;

- consulta nutricional domiciliar de rotina feita à pessoa com Alzheimer;
- conversa informal entre a pessoa com Alzheimer e um cuidador direto/ familiar;

É importante informar que achamos bastante importante o fato de o corpus recolhido ser formado pela gravação de conversações, uma vez que o que mais há em pesquisas são corpus formados por entrevistas fechadas, em que nem sempre é possível observar como a pessoa com DA interage, como é seu comportamento linguístico nas mais diversas situações e como devem se comportar seus interlocutores, de modo que a comunicação seja eficiente.

Por último, é válido lembrar que a transcrição dos dados foi realizada tendo como base as normas de transcrição de textos orais do Projeto NURC/SP (FÁVERO *et al*, 2007), apresentadas em anexo (Anexo I). Tal referência foi escolhida observando-se a clareza dos sinais de transcrição adotados pelo Projeto e a facilidade que há em utilizá-los e interpretá-los.

4.2 METODOLOGIA DE ANÁLISE

De acordo com Marcuschi (2003, p. 14), “A conversação é a primeira das formas de linguagem a que estamos expostos e provavelmente a única da qual nunca abdicamos pela vida afora”. Tendo em vista o caráter essencialmente dialógico da linguagem e os comportamentos linguísticos dos falantes em estudo, reconhecemos para esta pesquisa a conversação como o gênero de base de todas as interações a serem analisadas adiante.

Consideramos cinco características elementares para a organização da conversação, com base em Marcuschi (2003, p.15): interação entre no mínimo dois falantes; ocorrência de pelo menos uma troca de falantes; presença de uma sequência de ações coordenadas; execução e envolvimento numa identidade temporal. Ou seja, para a conversação ser uma ação verbal centrada deve ocorrer entre dois ou mais interlocutores, que estejam focados em uma tarefa comum. Os

interlocutores não precisam necessariamente ocupar o mesmo espaço (não é preciso estar face a face), mas devem estar situados no mesmo tempo.

Para iniciar uma interação é importante e necessário, além de conhecimentos comuns compartilhados,

num primeiro momento, abrir-se para um evento cujas expectativas mútuas serão montadas. Em certos casos há alguém que inicia com um objetivo definido em questão de tema a tratar e então supõe que o outro esteja de acordo para o tratamento daquele tema, o que indica que além do tema em mente ele tem também uma pressuposição básica, que é a aceitação do tema pelo outro. Iniciada a interação, os participantes devem agir com atenção tanto para o fato linguístico como para os paralinguísticos, como os gestos, os olhares, os movimentos do corpo, e outros. (MARCUSCHI, 2003, P. 16)

No caso das interlocuções em estudo, observaremos como se comportam os participantes, a fim de demonstrarmos o quanto é fundamental a atuação dos interlocutores não Alzheimer em interações com pessoas com Alzheimer. Além disso, pretendemos mostrar como podemos aplicar a noção de enquadres nas interações em estudo, observando como a compreensão de tal noção pode ser capaz de auxiliar no aperfeiçoamento das interações que envolvem uma PA e distintos interlocutores.

Analisaremos detalhadamente como atuam os interlocutores não Alzheimer, se são colaborativos ou não, se se alinham às exigências dos enquadres interativos em análise. Considerando as transcrições que compõem o nosso *corpus*, para cada uma estabelecemos critérios de alinhamento dos participantes não Alzheimer em relação a pessoa com DA, a fim de constatarmos, por comparações, em que casos houve mais ou menos alinhamentos, objetivando uma melhor visualização dos dados.

CAPÍTULO 5

DESCRIÇÃO DAS INTERAÇÕES A SEREM ANALISADAS

5.1 DESCRIÇÃO DO INTERROGATÓRIO

Inicialmente descrevemos um interrogatório (Anexo II) feito ao sujeito da pesquisa - a PA, sob processo de interdição/curatela, realizado em uma audiência *in loco*, com o objetivo geral de analisar como se dá o processo de interação entre juiz e interrogado, tendo em vista o contexto e o enquadre (frame) em que os participantes estão situados.

Como objetivo secundário, temos a tentativa de demonstração das diferenças que há em um interrogatório feito a uma PA e interrogatórios feitos a pessoas não-Alzheimer, tendo em vista a observação da categoria *pessoa com Alzheimer*.

A gravação feita possui cerca de oito minutos e foi transcrita conforme orientações propostas pelo projeto NURC/SP (FÁVERO *et al*, 2007), como já informado anteriormente. Nosso objetivo é observar como os interactantes em questão se comportam no enquadre interativo do interrogatório em análise e, além disso, mostrar como os enquadres tornam-se mais dinâmicos, mesmo em situações altamente formais, quando se tem um interlocutor com DA.

Para este fim, buscamos empreender uma breve análise a partir do gênero textual inquirido/ interrogatório que foi realizado em audiência *in loco*, devido às dificuldades de locomoção da PA sob processo de interdição/ curatela²¹. Vale ressaltar que tal procedimento, no caso do *corpus* em estudo, foi a fim de criar as condições de o Juiz atestar a capacidade de discernimento ou não da pessoa com DA, para que, no caso de ser comprovada a sua falta de capacidade, fosse conferida a alguém a tarefa de zelar e cuidar dos interesses da pessoa a ser interdita.

²¹ Ver informações em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm

Sobre o estudo de gêneros é importante refletirmos que “A vivência cultural humana está sempre envolta em linguagem, e todos os nossos textos situam-se nessas vivências estabilizadas em gêneros. Nesse contexto, é central a ideia de que a língua é uma atividade sociointerativa de caráter cognitivo, sistemática e instauradora de ordens diversas na sociedade.” (MARCUSCHI, 2008, p. 163). A respeito do gênero estudado, podemos defini-lo, de acordo com o que nos diz Costa (2008, p. 118):

INQUÉRITO (v. INQUIRIÇÃO, INTERROGATÓRIO, INVESTIGAÇÃO, SINDICÂNCIA): conjunto de atos e diligências com o fim de apurar a verdade dos fatos, casos alegados, duvidosos. Estrutura-se geralmente como interrogatório (v), em que a autoridade faz perguntas diretas ao réu, ouve testemunhas, etc. O espaço formal dessa esfera comunicativa reflete-se no tom e no estilo das respostas que devem ser objetivas, claras, sem “volteios”.

Acerca de interrogatórios, em geral, podemos afirmar que são atos em que a autoridade judiciária formula ao interrogando perguntas a respeito dos motivos e circunstâncias do processo. Nesse sentido, é importante a presença de um advogado a fim de orientar o interrogando durante o interrogatório. Um ponto relevante é que os silêncios não poderão ser interpretados em prejuízo da defesa. Ao fim dos questionamentos procedidos pelo juiz, este indagará das partes se restou algum fato para ser esclarecido, formulando as perguntas correspondentes se assim o interpretar pertinente e relevante.

No caso do processo de interdição, devemos atentar que o interditando é interrogado minuciosamente pelo juiz de Direito, pois este precisa fazer um exame pessoal do sujeito a fim de aferir o seu estado e as suas condições de se autogerir. O juiz interroga acerca da vida, dos bens e de outras particularidades que sejam necessárias para ajuizar sobre o estado mental do interditando:

Com efeito, o contato direto do interditando com o Juiz possibilita a este formar a sua convicção a respeito da incapacidade alegada pelos parentes, não se descartando a hipótese, não incomum, de o pedido de interdição mascarar interesses escusos destes, com vistas ao apossamento dos bens da pessoa que, apesar muitas vezes de idade avançada ou de problemas de saúde, apresenta perfeita lucidez, demonstrando consciência até da conduta dos aludidos parentes visando prejudicá-la para o processo. Há que se exigir, portanto, cuidado do magistrado, especialmente nos casos considerados limítrofes. (GONÇALVES, 2008, p. 636)

Câmara (2008, p. 399) nos diz que as pessoas impedidas (interdito por demência, por enfermidade ou debilidade mental) não deverão prestar o compromisso de dizer a verdade e o Juiz poderá tomar seus depoimentos na qualidade de informantes apenas, não estando sujeitas ao crime descrito no Art. 342 do Código Penal Brasileiro (falso testemunho). Porém, deve o julgador atribuir aos referidos depoimentos o valor que possam merecer.

Gonçalves (2008, p. 636-637) nos informa que após o acontecimento do interrogatório, e no prazo de cinco dias, o interditando poderá impugnar o pedido. Passado o prazo de cinco dias, o juiz nomeará perito médico, para proceder ao exame do interditando e apresentar o respectivo laudo. Sendo assim, é nulo o processo em que não se realizou interrogatório ou no qual não foi feito o exame pericial, tendo em vista que o Art. 1.771 do Código Civil impõe que antes de pronunciar-se acerca da interdição, o juiz, auxiliado por especialistas, examinará o arguido de incapacitado. Gonçalves (2008, p.637) completa essa explicação da seguinte forma:

Se, todavia, os esclarecimentos do perito não afastaram as dúvidas sobre o estado de saúde do interditando, pode o Juiz, usando da faculdade prevista no Art. 437 do Código de Processo Civil, determinar a realização de nova perícia.

Devemos acrescentar que no contexto da audiência em foco neste trabalho estavam presentes (ver transcrição da audiência em anexo- anexo III): um juiz de Direito, com a função de aplicar o Direito, representando o Estado e com a responsabilidade de, por meio dos questionamentos, atestar a sanidade mental ou não do paciente de Alzheimer (o Juiz é representado por J na transcrição); um promotor, representante do Ministério Público, com o papel de Fiscal da lei, não como parte, mas na condição de representante do Estado e da coletividade, atestando se a audiência seguia as trâmites legais (representado por P na transcrição); a pessoa com Alzheimer, que deveria responder aos questionamentos sem a ajuda de *outrem* (representado por A na transcrição); e outras vozes, de pessoas da família da pessoa com Alzheimer, que tentavam participar da audiência de alguma forma, estas estavam no local apenas devido a ser uma audiência *in loco*, mas não eram parte (representadas por O na transcrição).

5.2 DESCRIÇÃO DA CONSULTA NUTRICIONAL

Descreveremos o cenário de uma consulta domiciliar feita a uma pessoa com Alzheimer, com o objetivo geral de analisar como se dá o processo de interação entre Nutricionista e paciente, tendo em vista o contexto e o enquadre (frame) em que os participantes estão situados. Temos como objetivo também levantar as características que diferenciam uma consulta feita a uma PA e a uma pessoa não Alzheimer. A transcrição da consulta nutricional encontra-se em anexo (Anexo III)

A gravação feita possui cerca de doze minutos e foi transcrita conforme orientações propostas pelo projeto NURC/SP (FÁVERO *et al*, 2007), como já citado acima.

Devido às dificuldades de locomoção da pessoa com Alzheimer, a consulta foi realizada em domicílio. As consultas com a nutricionista eram mensais e é importante levar em conta que a escolhida para análise não foi a primeira, a nutricionista já acompanhava o paciente há cerca de seis meses.

Reconhecemos como consulta nutricional a situação em que um profissional de Saúde (nutricionista) procede a uma anamnese nutricional, que nada mais é do que uma entrevista específica para fins de avaliação (DUTRA, 2007). O nutricionista conversa com o paciente para: identificar seu estado nutricional, saber como é sua rotina, seus horários, o que costuma comer e o que gosta ou não gosta. Além de buscar a obtenção de dados pessoais e relativos à alimentação no cotidiano, o nutricionista procede a um recordatório alimentar, a fim de checar como está o consumo de alimentos por parte do paciente nas últimas vinte quatro horas que antecedem à consulta. Em seguida, o nutricionista realiza uma avaliação clínica, com o intuito de averiguar o histórico de doenças do paciente e de sua família, assim como os medicamentos usados pelo paciente. É de praxe encaminhar o paciente a exames laboratoriais para fins de análise de taxas sanguíneas importantes e extremamente ligadas à alimentação (ex: glicose, triglicerídeos, ácido úrico, colesterol). Depois de levantada a história clínica do paciente, o nutricionista faz uma análise física. Observa se há presença de edemas, manchas na pele, danos nos cabelos, por exemplo. Além disso, observa as mucosas, a fisionomia, observa se há sinais de emagrecimento, obesidade ou desidratação. Outra avaliação indispensável

é a antropométrica, na qual se afere peso, estatura, calcula-se o IMC (Índice de Massa Corporal), é feita a medição de circunferências corporais (braço, quadril, cintura, abdômen). É realizada, ainda, a verificação de percentual de gordura corporal e também é feito o cálculo das necessidades energéticas e metabólicas do paciente. Como base em todos esses dados recolhidos, é tecido um plano alimentar personalizado, com metas de tratamento para cada paciente de acordo com suas peculiaridades.

5.3 DESCRIÇÃO DE CONVERSA INFORMAL

Descreveremos uma conversa informal (Anexo IV) entre uma pessoa com Alzheimer e um cuidador direto/familiar, com o objetivo de analisar como se dá o processo de interação entre cuidador e a PA, tendo em vista o contexto e o enquadre (frame) em que os participantes estão situados. Pretendemos observar as características que diferem esse enquadre dos demais analisados nesta pesquisa.

A gravação da conversa informal analisada possui cerca de quatro minutos e foi transcrita como as demais, de acordo com as normas de transcrição do projeto NURC/SP (FÁVERO *et al*, 2007).

Como conversa entendemos:

Atividade de fala que ocorre geralmente em um encontro, na qual, entre outras condições, os participantes fundamentalmente serão obrigados a sustentar seu envolvimento no que está sendo dito, assegurando-se de que não ocorrerá nenhum período longo sem que ninguém faça uso da palavra e que não mais do que uma pessoa o faça por períodos extensos. (RIBEIRO & GARCEZ, 2002, p. 260)

Devemos observar também as seguintes características constitutivas da conversação, de acordo com Marcuschi (2003, p. 15):

- interação entre pelo menos dois falantes;
- ocorrência de pelo menos uma troca de falantes;

- presença de uma sequência de ações coordenadas;
- execução numa identidade temporal;
- envolvimento em uma interação centrada;

Nota-se que é necessário que haja mais de um participante e ao menos uma troca. Isso é o que diferencia uma conversação de um monólogo, por exemplo. Além disso, é preciso que haja identidade temporal, pois os participantes devem interagir em um mesmo espaço de tempo, estar no mesmo lugar já não é necessário (ex: conversa telefônica). Não é preciso, portanto, que os participantes estejam em co-presença, mas é necessário que possuam um objetivo comum, o que chamamos interação centrada. (MARCUSCHI, 2003)

Além disso, as partes devem estar em acordo sobre o que será tratado na interação:

Iniciar uma interação significa, num primeiro momento, abrir-se para um evento cujas expectativas mútuas serão montadas. Em certos casos há alguém que inicia com um objetivo definido em questão de tema a tratar e então supõe que o outro esteja de acordo para o tratamento daquele tema, o que indica que além do tema em mente ele tem também uma pressuposição básica, que é a aceitação do tema pelo outro. Iniciada a interação, os participantes devem agir com atenção tanto para o fato linguístico como para os paralinguísticos, como os gestos, os olhares, os movimentos do corpo, e outros. (MARCUSCHI, 2003, p. 15-16)

É válido notar ainda que, para haver a produção e a sustentação de uma determinada conversação, duas pessoas devem partilhar um mínimo de conhecimentos comuns, como: aptidão linguística, envolvimento cultural e domínio de situações sociais. Outros aspectos que devem ser observados são: falar um de cada vez, para uma melhor organização estrutural da conversação; respeitar a quem tem a palavra; evitar sobreposição de vozes; atentar para pausas, silêncios e hesitações, porque são organizadores da conversa, etc. (MARCUSCHI, 2003).

No caso da conversa informal a ser analisada, temos uma situação de simetria no diálogo²², a conversação é espontânea, livre. Logo, temos papéis simétricos e direitos também. Nesse contexto, devemos observar também a disposição do interlocutor não Alzheimer em aproximar-se da pessoa com Alzheimer, aceitando,

²² Segundo o alemão H. Steger, diálogo simétrico ocorre quando os vários participantes têm o mesmo direito à autoescolha da palavra, do tema a tratar e de decidir sobre seu tempo. (DITTMANN, 1979, p. 5-6 apud MARCUSCHI, 2003, p. 16)

por exemplo, o deslocamento espaço-temporal da mesma. Observamos, portanto, que o sucesso da interação dependeu em muito da negociação positiva feita por parte da pessoa não Alzheimer.

CAPÍTULO 6

ANÁLISE DE ENQUADRES INTERATIVOS ENVOLVENDO UMA PESSOA COM ALZHEIMER

Partimos aqui da visão segundo a qual a língua não pode ser concebida fora da interação. Dessa forma, conforme Koch (2005, p. 124), a língua se forma a partir das práticas sociais de uma sociedade, de uma comunidade. Sendo assim, a língua se configura no meio social, como expressão do meio, lugar de interação entre os membros de uma sociedade e nesse lugar de interação é que se constituem as formas linguísticas e todas as maneiras de falar que existem num determinado tempo. Em sintonia com essa concepção de língua está a concepção de texto, de interlocutor e de sentido aqui adotadas. O texto como o próprio lugar da interação, os interlocutores como sujeitos ativos e o sentido como algo que é construído na interação texto-sujeitos e não algo que preexista à interação.

Nosso estudo tem por base a abordagem interacionista de frame como enquadre que é utilizada por Goffman (1974), e Tannen & Wallat, ([1987] 2002). Ainda em concordância com esta perspectiva, o texto é visto como lugar de interação entre atores sociais e “enquanto atividade sociocognitiva-interacional de construção dos sentidos” (KOCH, 2008, p. 12)

Em consonância com essa perspectiva, Cruz (2008, p.292) ressalta que a qualidade da vida social e das práticas de interação pode levar a uma progressão ou a um retardamento da DA. A autora afirma também que as interações sociais e as práticas intersubjetivas de linguagem são condições para a manutenção da participação de sujeitos com Alzheimer na vida social de uma forma ativa. A mesma autora revela que é no plano das práticas efetivas e colaborativas de linguagem que a relação entre cognição e os processos cognitivos deve ser pensada quando se trata de contextos em que há perda cognitiva progressiva.

Para tal empreendimento analítico levaremos em conta questões de ordem interacional, buscando observar como se compõe o contexto (Van Dijk, 2001) e o enquadre interativo de tal situação e como se comportam os interactantes em seus

papéis sociais. Devemos levar em conta que o comportamento dos interactantes é capaz de determinar a dinâmica dos enquadres. Os alinhamentos operados por eles são capazes de dar novos rumos à interação, o que ocorre várias vezes quando levamos em conta interações com pessoas com Alzheimer.

Para este estudo, focamos a noção de frame como enquadre, como já dito anteriormente. No caso, um enquadre interativo que envolve uma PA. Devemos levar em consideração que a noção de frame, em Neurolinguística, conforme nos diz Morato (2010, p.102):

(...) pode nos ajudar a compreender melhor o que acontece quando a relação entre sujeito, cérebro, cognição e vida social é afetada por determinadas circunstâncias, como a Doença de Alzheimer, responsável por lesões cerebrais degenerativas que implicam um declínio cognitivo generalizado.

Além disso, segundo a mesma autora, em uma abordagem sócio-cognitiva da Doença de Alzheimer, linguagem e interação podem auxiliar muito na compreensão da cognição humana, do funcionamento do cérebro, dos impactos gerados pelo comprometimento neurológico, das estratégias encontradas pela PA, por seus familiares e por todo seu entorno social para lidar com as mais diversas dificuldades que vão surgindo ao longo do curso da doença, desde seus sintomas à sua recepção social (MORATO, 2010, p. 102).

6.1 INTERROGATÓRIO

Como já foi mencionado, participaram deste enquadre o juiz (representado na transcrição por J), a pessoa com Alzheimer (representada na transcrição por A), o promotor (representado na transcrição por P) e outras pessoas que estavam presentes na casa, um advogado e dois cuidadores/familiares (representado na transcrição por O- Indicando “outros”).

Temos uma situação interativa entre um juiz de Direito e uma PA basicamente organizada pelo par pergunta-resposta. Trata-se de um interrogatório feito à pessoa com DA a fim de atestar sua capacidade de discernimento e de se autogerir. Então,

temos como primeiro enquadre para esta interação o encontro social entre os interactantes, como outro enquadre temos o interrogatório ligado a um enquadre externo – a gravação, temos ainda o enquadre interrogatório juiz/pessoa com DA e, ainda, o enquadre conversa informal pessoa com DA/juiz.

Focaremos nossa análise no enquadre “interrogatório juiz/pessoa com DA”. As estruturas de expectativas para este enquadre são: que o juiz tenha hierarquia sobre DA (assimetria de papéis), que a linguagem usada pelo juiz seja a mais formal possível, dado o papel social que ele ocupa, e que as características do gênero “interrogatório” sejam mantidas.

Tal situação interativa ocorre num contexto situado de um ambiente fechado, institucional e altamente regrado do ponto de vista do seu encaminhamento. Quanto à definição proposta por Van Dijk (2001) para contexto, devemos lembrar que se trata da representação mental da situação comunicativa, que depende das experiências dos participantes, dos conhecimentos partilhados, daquilo que os interlocutores projetam para cada situação. Tendo isso em vista, reconhecemos o quão fundamental é o papel do juiz durante a inquirição, já que este possui a representação mental do caráter scriptal de um interrogatório, mas que, no interrogatório em estudo, feito a uma PA, age de forma a, além de cumprir com seu papel social de juiz, colaborar com o interrogando, como vemos na linha 8, em que o juiz pergunta se a PA “pode falar o nome” e não o questiona de maneira autoritária:

- J: “o nome completo do senhor... o senhor pode falar?” [linha8]

Logo nesse dado já vemos o reconhecimento por parte do juiz da categoria “pessoa com Alzheimer”. Também nas linhas 16 e 18, 21, 35 e 37, 57, 63, 74,104, 119, dentre outras, notamos o mesmo reconhecimento:

- J: “o senhor... quantos anos o senhor tem...seu Arlindo?” [linha 16]

- J: “quantos anos o senhor tem?” [linha 18]

- J: “e o dia do seu aniversário... o senhor lembra? O dia que o senhor faz anos... o senhor lembra?” [linha 21]

- J: “o senhor é casado?” [linha 35]

- J: “e os nom...o nome dos pais do senhor...do pai e da mãe...o senhor lembra?” [linha 57]

- J: “que dia é hoje? O senhor lembra? Que dia é hoje.” [linha 63]

- J: “em que ano nós estamos? O senhor sabe?” [linha 74]

- J: “o nosso governador... o senhor sabe quem é?” [linha 104]

- J: “o senhor recebe alguma coisa? Aposentado?” [linha 119]

Por ser uma situação institucional, teoricamente o interrogado deveria enquadrar-se de modo a comportar-se seriamente e a responder aos questionamentos sem volteios, como é de praxe nesse tipo de procedimento. Porém, como se vê, o interrogado age como se estivesse participando de uma conversação espontânea, não se dá conta de que está sendo avaliado, devido ao seu déficit cognitivo, responde aos questionamentos feitos pelo juiz de forma a fazer até brincadeiras:

- J: “casado é? com quem? [linha 33]

- A: “não...não. Sou sol...é...eu mais a mulher ((risos)) mas não é não... brincadeira... ((risos)). [linha 34]

O interrogado também ri em diversos momentos:

- A: “ah... eu to com uns 40 anos ((risos)) [linha 19]

- A: “você sabe que eu num...num... ((risos)) [linha 25]

- A: “ não...não. Sou sol...é...eu mais a mulher ((risos)) mas não é não... brincadeira... ((risos)). [linha 34]

- A: “não... não sei... ((risos)) não botei sentido não... não é brincadeira não ((risos))” [linha 60]

- A: “((risos)) fala aí você ((aponta para outra pessoa)) [linha 65]

Além disso, há momentos em que a pessoa com Alzheimer desconhece o fato de que apenas ela deve responder às perguntas e se dirige a outra pessoa pedindo que responda por ela [linha 65], como em situações de interação mais naturais, não fortemente institucionais:

- A: “((risos)) fala aí você ((aponta para outra pessoa)) [linha 65]

Não devemos ignorar o fato de que é necessário aludir ao enquadramento do juiz, tendo em vista que ele sabe que está lidando com uma PA. Ou seja, os conhecimentos prévios do juiz, o frame pessoa com Alzheimer e o contexto fazem com que este se ajuste à situação comunicativa. Notamos que o juiz, por ter claro o contexto do qual está participando, age de forma cooperativa para com a pessoa com DA, dando explicações:

- J: “ e o dia do seu aniversário... o senhor lembra? O dia que o senhor faz anos...o senhor lembra?” [linha 21]:

repetindo perguntas, como na seguinte sequência:

- J: “ que dia é hoje...seu Arlindo?” [linha 61]

- J: “que dia é hoje? O senhor lembra? Que dia é hoje”. [linha 63]

- J: “o que o senhor lembrar... o que o senhor souber o senhor fala. O que o senhor não souber o senhor pode falar que não sabe. O senhor fica à vontade. O senhor sabe que dia é hoje?” [linha 68]

O juiz colabora, também, quando questiona a categoria pessoa com Alzheimer como bloco monolítico. Como inquiridor, ele busca alguma racionalidade na pessoa com Alzheimer, por isso é que repete, insiste, porque busca reconhecer a subjetividade do sujeito.

Percebemos, então, uma interação em que a postura dos interactantes depende da posição que eles ocupam, da função que exercem, dos propósitos comunicativos ou conversacionais de cada um deles.

O fato de a PA não possuir consciência de que está sendo interrogada judicialmente gera dinamicidade no enquadre. Ora tem-se a impressão de que os interactantes estão inseridos em um enquadre com características institucionais, formais:

- J: “o senhor é eleitor? o senhor já votou alguma vez?” [linha 81]
- J: “votou em algum candidato?” [linha 83]
- J: “o senhor recebe alguma coisa? aposentado?” [linha 119]

Ora tem-se a impressão de que os participantes estão num enquadre que dá espaço a brincadeiras, à informalidade, à conversação livre:

- A: “não... não. Sou sol...é...eu mais a mulher ((risos)) mas não é não... brincadeira... ((risos))” [linha 34]
- A: “não... não sei... ((risos)) não botei sentido não... não é brincadeira não ((risos)) [linha 60]
- A: “aí é que é ((risos))” [linha 75]

Interrogatórios, em geral, não admitem tal caráter de conversação livre, de brincadeiras. Mas os turnos são bem definidos, apenas o juiz possui o direito de perguntar, não há espaço para intrusões, confabulações, dúvidas, volteios, nem para intervenções por parte de terceiros, etc. Vejamos algumas falas de terceiros:

- O: “em cada perna e nos braços ((risos)). Ai... deixa eu ir pra cá que eu vou rir ()” [linha 20]
- O: “o dia que o senhor nasceu ele tá perguntando...” [linha 22]

- O: "... quando que foi? Foi em que mês?" [linha 24]

No caso do interrogatório em estudo, vemos que há muitos lugares de instabilidade no enquadre, ora por parte da PA, ora por parte do juiz, que, para cumprir com seu papel de arguir a PA, dispõe-se a agir colaborativamente com a mesma. Como também vemos partes em que não se identificaria nem mesmo a categoria pessoa com Alzheimer, já que o interrogado responde prontamente a perguntas sem dúvidas ou volteios:

-J: "o seu nome todo? como que você se chama?" [linha 9]

- A: "Arlindo" [linha 10]

- J: "o senhor é casado, seu Arlindo?" [linha 31]

- A: "sou" [linha 32]

Com relação aos participantes, não podemos deixar de mencionar o papel do promotor na interação, ele trata de organizar o ambiente do interrogatório, assegurando que apenas a PA responda aos questionamentos:

- P: "não pode falar não. Não pode falar nada...só ele" [linha 29]

Sabemos que o juiz age de modo, principalmente, a atingir seu objetivo de avaliar o estado do interrogando e que, embora seja uma situação protocolar, alguns momentos exigem do juiz muito mais que um conhecimento sobre a forma como a condição patológica do interrogado afeta a interação. Porém, a fim de enquadrar-se à situação interativa, o inquiridor aciona seus conhecimentos prévios acerca da categoria pessoa com Alzheimer: instabilidade cognitiva e de linguagem, processos de memória e de auto-organização afetados, etc. Percebemos, dessa forma, por marcas linguístico-discursivas, que o juiz categoriza a pessoa com Alzheimer de

modo que esta é vista como idosa, com dificuldades de entendimento, sendo necessário repetir perguntas:

- J: “é seu Arlindo o nome do senhor...né?” [linha 6]

- J: “o nome completo do senhor...o senhor pode falar?” [linha 8]

Também se faz necessário repetir palavras ou expressões de modo explicativo, utilizando expressões sinônimas:

- J: “e o dia do seu aniversário...o senhor lembra? O dia que o senhor faz anos...o senhor lembra?” [linha 21]

Ou ainda dar explicações sobre as perguntas feitas:

J: “o que o senhor lembrar...o que o senhor souber o senhor fala...o que o senhor souber o senhor fala...o que o senhor não souber o senhor pode falar que não sabe... o senhor fica à vontade... o senhor sabe que dia é hoje?” [linha 68]

Tal forma de categorizar, a forma de falar do Juiz, demonstra ainda mais os papéis sociais dos envolvidos no interrogatório em estudo.

Vale citar, também, um trecho em que o juiz opera um alinhamento, *footing*, alterando seu registro. Vemos, então, uma inadequação à institucionalidade do interrogatório, mas uma grande adequação ao enquadre “conversa com uma pessoa com DA” comprovando, assim, a grande dinamicidade dos enquadres:

- A: “um pai, coitado... e uma mãe... só. e eu não sei () vou te falar a verdade... eu não sei () saíram, coitados. Eu vim pra cá e tô vendo que o negócio tá feio” [linha 50]

- J: “tá feio... não é?” [linha 51]

Dessa forma, devemos observar que até mesmo em situações altamente institucionais, como um interrogatório judicial, tal qual nosso *corpus* de análise, deve

haver por parte dos interactantes não-Alzheimer cooperatividade para uma boa qualidade de interação.

No caso da situação interativa em estudo temos definidos os papéis sociais dos interactantes e claros seus propósitos comunicativos. A pessoa com Alzheimer transita no enquadre, ora respondendo ativamente aos questionamentos feitos pelo juiz ora agindo como agiria numa conversação livre, espontânea. O juiz, por sua vez, comporta-se de modo a cumprir com seu papel de representante do Estado e dirige os necessários questionamentos à pessoa com Alzheimer a fim de atestar suas condições mentais, porém transita no enquadre na medida em que tem a devida preocupação em agir colaborativamente com a pessoa com DA, a fim de alcançar seu objetivo. Para isso, não são necessários apenas os conhecimentos do juiz do que seja a Doença de Alzheimer e das formas como se comporta a pessoa com Alzheimer, mas de todo um conhecimento profissional acerca de interrogatórios em geral, de direitos assegurados a pessoas com demências, além de noções de comportamento em diversificadas situações interacionais e de conhecimentos de ordem linguística, que são usados como forma de estratégia interacional.

Devemos levar em conta que, no caso da pessoa com Alzheimer, ela é isenta até mesmo de ter que responder com verdade, dada sua patologia. Sendo assim, o juiz também colabora no sentido de reconhecer a categoria pessoa com Alzheimer, adequando-se ao contexto em questão.

Sabemos que um interrogatório é altamente regrado e formal. Além disso, é judicialmente um meio de prova, geralmente possui a mesma estrutura de perguntas e respostas, em que apenas o Juiz pode arguir e o interrogado tem o dever de responder com verdade aos questionamentos feitos. Porém, como vimos, no caso do interrogatório em estudo, muitos aspectos foram modificados: os silêncios, as dúvidas, as confabulações, as intrusões, as informalidades, tudo isso é levado em conta. Enquanto, em interrogatórios altamente formais, muitos desses aspectos são vistos como forma de desrespeito, de desvio, de inadequação.

Diante dessas informações, devemos relatar que, mesmo com os realinhamentos observados, o frame do inquérito/interrogatório é mantido. Temos um processo judicial em andamento, temos os participantes (juiz, interrogado, promotor), temos a

estrutura de perguntas e respostas, perguntas sempre feitas pelo juiz e dirigidas a um interrogado, e nesse cenário apenas o interrogado pode responder, dentre outros aspectos peculiares a interrogatórios tradicionais.

Podemos concluir, então, com a observação de que não foi preciso o juiz infantilizar a pessoa com Alzheimer para proceder ao interrogatório. Por meio de estratégias linguísticas, o juiz cumpriu com seu papel de inquiridor e, concomitantemente, conseguiu garantir o bom andamento da interação com a pessoa com Alzheimer, que, reconhecidamente, possui um déficit cognitivo e de linguagem, necessitando, portanto, de um tratamento diferenciado. A pessoa com Alzheimer em momento algum se sentiu pressionada, mas conseguiu, com a ajuda do juiz, responder aos questionamentos da maneira que achou relevante e, assim, cumpriu também com seu papel social no dado interrogatório.

Notamos uma assimetria de papéis entre os participantes. Hierarquicamente e em situações normais de ocorrência, em um interrogatório, teoricamente, o Juiz de Direito é quem tem o poder sobre a manipulação de todo o enquadre. Porém, na situação analisada, notamos um diálogo parcialmente simétrico, tendo em vista que o Juiz, em muitos momentos, deu liberdade à pessoa com Alzheimer de expressar-se de maneira livre.

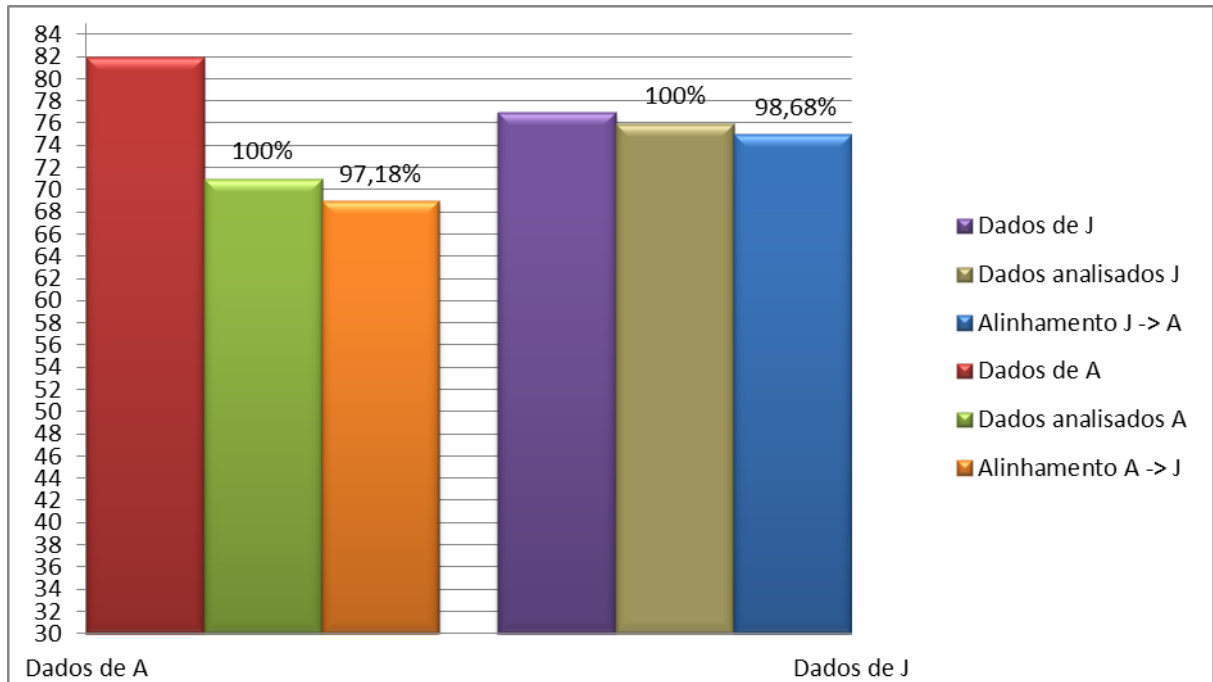
Ao olharmos quantitativamente para os dados do enquadre em análise, temos:

Tabela 1: Dados do enquadre interrogatório

DADOS	QUANTIDADES
Total de dados	175
Dados desconsiderados	28
Dados analisados de A	71
Dados analisados de J	76

Do total de dados analisados de A (representação da pessoa com Alzheimer na transcrição), 71 dados, temos 69 casos em que A se alinhou a J. Isso não quer dizer que A tenha reconhecido a figura de autoridade de um juiz, mas que J atuou no enquadre de modo que A interagiu com ele o tempo todo, sem se opor a responder aos questionamentos. O que constatamos é que A atuou no enquadre sentindo-se como se estivesse participando de um enquadre de conversação espontânea. Em momento algum A se sentiu coagido a responder às indagações propostas por J. Ao contrário, A estava completamente à vontade, tanto é que se sentiu livre para fazer brincadeiras com o juiz, por exemplo. Ao verificarmos os dados analisados de J, 76 dados, notamos que J alinhou-se a A em 75 dos casos analisados, o que nos mostra que J atua no enquadre de modo altamente cooperativo para com A. Tal quantia de alinhamentos não nos diz que J tenha fugido ao enquadre “Interrogatório”, mas que J foi capaz de reconhecer a categoria “Pessoa com Alzheimer” e, assim, operar alinhamentos de modo que A, em momento algum, se sentisse pressionado ou ficasse nervoso por estar ali e ter que responder a questionamentos o tempo todo. É importante dizer que J não fugiu ao caráter scriptal de um interrogatório, mas comportou-se de forma que J ficasse o mais tranquilo possível para atuar também no enquadre de maneira efetiva, o que só repercutiu em benefícios, já que J conseguiu todas as informações das quais necessitava para dar seu parecer judicial acerca da inquirição feita. Podemos melhor verificar a produtividade do enquadre analisado, observando o gráfico abaixo:

Gráfico 5: Alinhamentos no enquadre interrogatório



6.2 CONSULTA NUTRICIONAL

Participaram desse enquadre a pessoa com Alzheimer em estudo (representada na transcrição por A), a nutricionista (representada na transcrição por N) e a esposa (representada na transcrição por O de “outros”).

Temos como primeiro enquadre para esta interação o encontro social entre os interactantes; como outro enquadre temos a consulta nutricional ligada a um enquadre externo – a gravação; temos ainda o enquadre consulta nutricional nutricionista/paciente com DA; e, ainda, o enquadre conversa informal pessoa com DA/nutricionista.

Focaremos nossa análise no enquadre “consulta nutricional nutricionista/paciente com DA”. Temos um enquadre interativo caracterizado como uma consulta nutricional feita a uma pessoa com Alzheimer, em domicílio, devido às dificuldades

de locomoção do paciente. É válido dizer que a nutricionista em questão, que é especialista em idosos, acompanha o paciente em estudo há mais de seis meses, o que nos informa que ela não está conhecendo o paciente na consulta analisada, mas fazendo um acompanhamento.

A nutricionista utiliza terminologia específica da área médica, linguagem técnica, fazendo, assim, com que haja dificuldades no processamento das informações por parte da pessoa com Alzheimer. Como profissional de saúde, especializada em idosos, pressupomos que faz parte dos conhecimentos prévios da nutricionista as peculiaridades do enquadre interativo “consulta a uma pessoa idosa com Alzheimer”. Ou seja, pretendemos com essa observação dizer que a utilização de termos técnicos dificulta a fluidez da comunicação entre a profissional e o paciente. Vejamos alguns exemplos:

- A: “doze por sete... tá ótima... a pressão tá ótima” [linha 1]

- A: “deixa eu medir a glicose do senhor” [linha 11]

Em dúvida sobre o que se trata ele responde:

-A: “hein?” [linha12].

Na sequência ela dá o resultado do teste de glicose: -“duzentos e sessenta e três” [linha 19] e ele responde: “é?” [linha 20] e ri, aparentando não entender nada, e ela afirma que está muito alta a taxa de glicose. Diante de tais dados, entendemos a tentativa da nutricionista de inserir o paciente o tempo todo no processo comunicativo, mas como pudemos notar, há certas informações e questionamentos que não são relevantes à pessoa com Alzheimer, por isso suas respostas são curtas e objetivas.

Outro dado importante para analisarmos é o uso recorrente de diminutivos por parte da nutricionista:

-N: “continua tomando os remédios **direitinho** viu” [linha 3]

- N: “qual **dedinho** que eu posso furar?” [linha 15]
- N: “(...) dá pra ficar um **pouquinho** mais em pé seu Arlindo?” [linha 49]
- N: “ (...) espera só um **minutinho**” [linha 55]
- N: “ um **pouquinho** mais pra frente esse pé aqui seu Arlindo” [linha 70]
- N: “vou abaixar aqui um **pouquinho**” [linha 78]
- N: “só que esse peso tá um **pouquinho** baixo pro senhor... tem que tentar engordar um pouquinho tá?” [linha 90]

Notamos tais usos (destacados em negrito) não como uma forma de infantilizar o idoso, tendo em vista seus déficits cognitivos, mas como uma tentativa de maior aproximação entre profissional e paciente. Devemos deixar claro aqui que infantilizar o idoso não é bom para sua recuperação, ele deve ser bem tratado e ter sua dignidade de idoso respeitada. Para isso, não deve ser subestimado quanto à sua capacidade de entendimento. Sabemos que sua cognição é comprometida, devido à doença que possui, mas isso não o impede de se comunicar livremente com os demais.

Devemos destacar também, na interação analisada, que a nutricionista em alguns momentos recorre a outras pessoas (cuidadores familiares) para buscar informações sobre o paciente não obtidas nas interpelações feitas a este [linha 25]: “((a nutricionista interpela a esposa)) depois do almoço ele comeu mais alguma coisa? ((ela responde negativamente e diz que ele tem comido muitas coisas que não deve, que o aniversário dele foi na semana; a nutricionista pergunta sobre as medicações que ele toma))”. Além disso, age como se estivesse se dirigindo a ele, mas dirigindo-se às outras pessoas presentes pra obter ajuda durante a consulta:

- N: “aí tá bom se não ele cai” [linha 43]
- N: “aqui tá bom... só segurar o ombro dele aqui” [linha 45]
- N: “deixa eu só medir a cintura dele” [linha 49]

Percebemos então que a nutricionista alterna os registros durante a consulta, operando assim *footings*, ora dirigindo-se à pessoa com Alzheimer, ora aos familiares utilizando registros diferentes. Isso nos mostra que, em geral, os interlocutores lidam com cada plateia de maneira diferente, a depender do enquadre no qual estão situados.

Outro dado é que há momentos em que o paciente não sabe o que fazer, nem como agir, até porque ele, aparentemente, não reconhece o enquadre como uma consulta médica, mas como uma situação natural de conversação. Assim, há situações em que ele não sabe como proceder, como em uma simples tarefa de subir na balança para aferir peso:

- A: “((anda))” [linha 51]

-O: espera meu filho [linha 52]

- A: “o quê?” [linha 53]

-O: pra subir aqui... na balança [linha 54]

-N: aqui seu Arlindo é... espera só um minutinho [linha 55]

-O: fica em pezinho e sobe aqui tá? espera aí... [linha 56]

-N: coloca o pé aqui seu Arlindo [linha 57]

-O: o pé

- A: “colocar o quê?” [linha 59]

Outro exemplo é quando a nutricionista diz: “posso levantar a blusa pra medir a cintura do senhor?” [linha 76] e ele reage como se fosse abaixar a bermuda, exatamente por não compreender o que ela quis dizer:

- A: “pode...derruba ((faz gesto de que vai abaixar a bermuda))” [linha 79]

Problemas de comunicação dessa ordem exigem dos cuidadores, familiares e profissionais da saúde, principalmente, muita paciência e gentileza, para não deixar a pessoa com Alzheimer em situação de desconforto ou de constrangimento.

Outras coisas a serem observadas é que por vezes a pessoa com Alzheimer balança a cabeça positivamente ou dá respostas positivas, mas em seguida dá sinais de que não entendeu o que se quis dizer. Ou ainda, a nutricionista faz uma pergunta, ele responde “sim”, ela pergunta novamente a mesma coisa e ele responde “não”, exatamente por não ter compreendido o que ela pretendeu dizer. Vejamos [linhas 5 a 10]:

- N: “é a sua esposa que dá o remédio pro senhor?” [linha 5]

- A: “não” [linha 6]

- N: “é o senhor mesmo?” [linha 7]

- A: “((balança a cabeça positivamente))” [linha 8]

- N: “é a dona Teodolina que dá o remédio pro senhor? ((apontando para a esposa))” [linha 9]

- A: “é” [linha 10]

Ao olharmos quantitativamente para os dados do enquadre em análise, temos:

Tabela 2: Dados do enquadre consulta nutricional

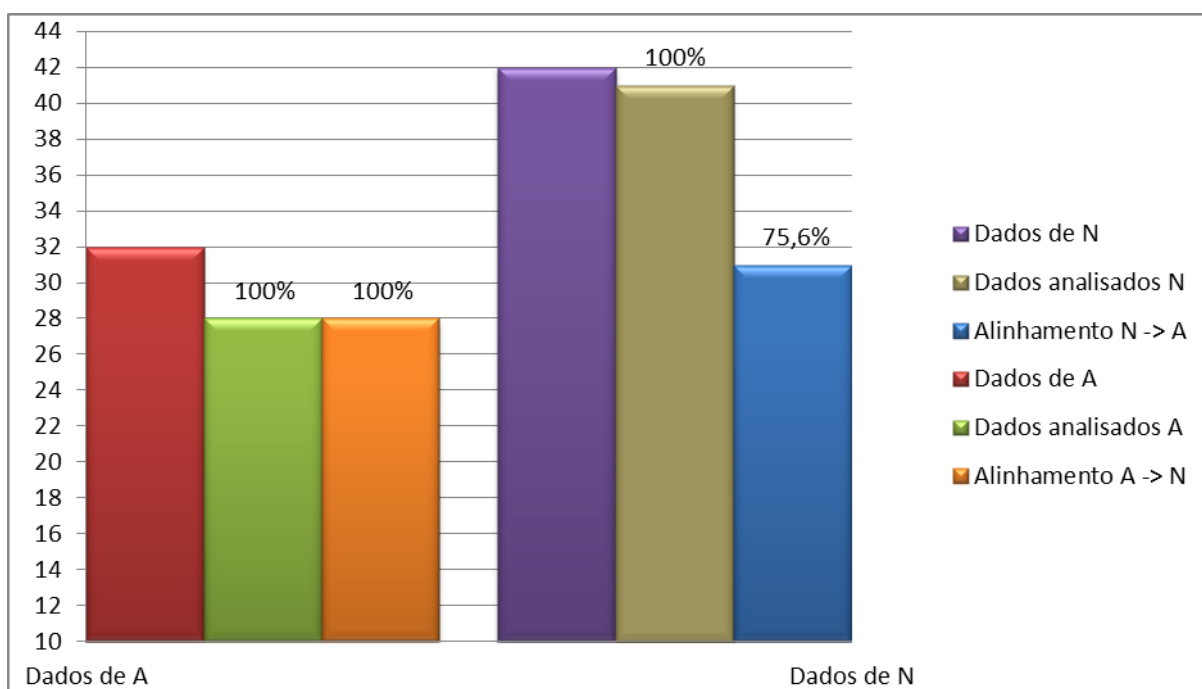
DADOS	QUANTIDADES
Total de dados	91
Dados desconsiderados	22
Dados analisados de A	28
Dados analisados de N	41

Do total de dados analisados de A, 28 dados, percebemos que em todos os 28 casos A se alinhou a N. Isso não significa que A tenha reconhecido que estava a participar de um enquadre de consulta médica, mas que interagiu naturalmente com N, tendo em vista que acreditava estar conversando espontaneamente com uma

pessoa já conhecida. O diferencial desse enquadre foi a grande atuação de outras pessoas (representadas por O na transcrição). Essas pessoas são familiares e auxiliaram no comportamento de A durante a consulta. Em momentos que N apresentava dificuldades de comunicação com A, os familiares presentes detalhavam melhor a A o que N pretendia e, assim, conseguiam que A participasse naturalmente dos procedimentos da consulta. O que constatamos a olhar para esse enquadre é que N apresentou algumas dificuldades na interlocução com A, e, desse modo, dependia do auxílio dos familiares, o que acaba sendo um quadro comum em consultas médicas feitas a pessoas com Alzheimer. Diante disso, explica-se nossa preocupação com as interlocuções que envolvam pessoas com DA. Isso porque até mesmo profissionais da saúde têm dificuldades em lidar com as peculiaridades da doença no que tange o entendimento, a linguagem, a comunicação. Dos 41 dados analisados de N, temos 31 casos em que N alinhou-se satisfatoriamente a A. Devemos levar em conta que tais alinhamentos mostram-se como satisfatórios em virtude do comportamento de A que foi também induzido pela participação de O.

Podemos melhor verificar a produtividade do enquadre analisado, observando o gráfico abaixo:

Gráfico 6: Alinhamentos no enquadre consulta nutricional



6.3 CONVERSA INFORMAL

Temos uma conversa informal entre uma pessoa com Alzheimer (representada na transcrição por A) e uma cuidadora/familiar (representada na transcrição por B). A conversa gira em torno da análise de um objeto que está nas mãos da pessoa com DA, um papagaio de pelúcia.

Observamos um alto grau de cooperação da pessoa não Alzheimer para com a pessoa com Alzheimer. O fato de conviver diariamente e conhecer as especificidades da pessoa com DA faz com que a cuidadora, que também é um membro da família, tenha com esta mais proximidade, facilitando, assim, o processo interativo. Nota-se que a conversa flui, porque a cuidadora reconhece plenamente o enquadre em que está inserida em conjunto com a pessoa com DA e dá liberdade para que esta interaja à sua maneira.

A cuidadora faz perguntas que induzem a pessoa com DA a dar respostas, não pressiona em momento algum, é paciente, concorda com o que seu interlocutor diz, aceita suas impressões sobre o objeto (papagaio de pelúcia), mesmo que sejam incoerentes com a realidade.

A cuidadora é altamente colaborativa quando incentiva a pessoa com Alzheimer a dar respostas e a resgatar a memória, como no trecho abaixo [linha 24 a 35]:

-B: “e como é que é o nome dele?” [linha 24]

-A: “((silêncio))” [linha 25]

-B: “você sabe?” [linha 26]

-A: “sei” [linha 27]

-B: “sabe?” [linha 28]

-A: “sei” [linha 29]

-B: “começa com pa...” [linha 30]

-A: “sei...mas agora me...” [linha 31]

-B: “esqueceu?” [linha 32]

-A: “uhum” [linha 33]

-B: “é papagaio” [linha 34]

-A: “é...é a cara de papagaio mesmo...” [linha 35]

Além disso, no trecho acima, podemos constatar que a cuidadora se esforça para ajudar a pessoa com DA a criar uma referência sobre o objeto em questão, para isso não dá respostas prontas, mas incentiva a pessoa com DA a refletir sobre o objeto.

Outro dado interessante que podemos notar é o fato de a cuidadora ratificar as coisas ditas por seu interlocutor:

-A: “é... é a cara de papagaio mesmo” [linha 35]

-B: “a cara é né?” [linha 36]

Com a ajuda da cuidadora, a pessoa com DA é capaz de montar o objeto e mostra-se esclarecida disso quando imita o som emitido pelo papagaio:

-A: “Louro... louro” ((imita um papagaio)) [linha 37]

-B: “é?” Assim que o papagaio faz? [linha 38]

-A: “Só pode” ((risos)) [linha 39]

As pesquisas afirmam que a memória recente de uma PA não é eficiente, mas o passado pode ser resgatado de modo eficaz. Falar do passado é uma forma de resgatar a memória da pessoa com DA. A cuidadora faz menção ao passado perguntando:

-B: “isso aqui ((aponta para o papagaio)) onde você morava tinha muito?” [linha 62]

E a PA nem hesita em responder:

-A: “ah...tinha demais primeiro...” [linha 63]

Outro dado interessante é que a cuidadora não desiste da conversa. Se a pessoa com DA silencia, ela faz perguntas diferentes para manter-se em interação com a PA

A conversa termina com a pessoa com DA retomando o que já havia dito no início da conversa.

Ao olharmos quantitativamente para os dados do enquadre em análise, temos:

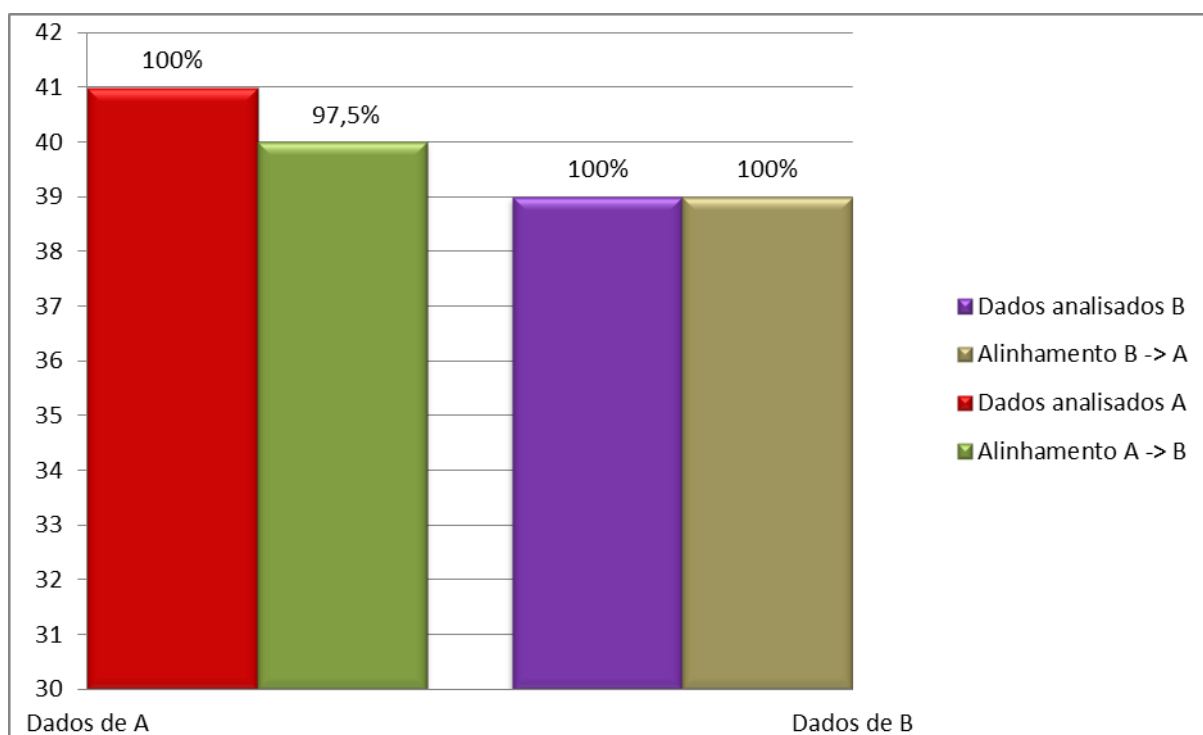
Tabela 3: Dados do enquadre conversa informal

DADOS	QUANTIDADES
Total de dados	80
Dados analisados de A	41
Dados analisados de B	39

Do total de dados analisados de A, 41 dados, percebemos que em 40 dos casos A se alinhou a B. O dado em que não houve alinhamento foi um em que A se distraiu e ficou em silêncio. Logo na sequência, B repetiu o que havia dito e A respondeu naturalmente. Diante disso, notamos, praticamente, total correspondência de A em relação a B. O fato de B ser membro da família e cuidadora direta faz com que A sintasse muito à vontade para interagir, já que B conhece todas as peculiaridades de A, fala com paciência, não discute com A em momento algum, mesmo se A fale coisas que não sejam condizentes com a realidade material das coisas, B age de modo natural, como se concordasse com tudo que é dito por A. Dos 39 dados analisados de B, notamos que em todos os casos B alinhou-se de modo extremamente satisfatório a A.

Podemos melhor verificar a produtividade do enquadre analisado, observando o gráfico abaixo:

Gráfico 7: Alinhamentos no enquadre conversa informal



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabemos que a literatura médica analisa o Alzheimer como uma doença degenerativa do cérebro e irreversível, mas não queremos enxergá-la apenas dessa forma. Queremos aqui pensar o Alzheimer como uma readaptação às condições de vida, readaptação essa que engloba o sujeito e as pessoas que o cercam e não se pode permitir que tais mudanças prejudiquem o convívio social do paciente.

É imensa a quantidade de idosos acometidos pela Doença de Alzheimer no Brasil e no mundo. Inclusive, “um dos grandes desafios que a sociedade brasileira enfrentará nas próximas décadas, portanto, será como envelhecer evitando o aparecimento de doenças dessa natureza.” (PRADO *et al*, 2007, p. 44). Sendo assim, torna-se urgente a busca de práticas das mais diversas que auxiliem na qualidade de vida e na qualidade da interação dessas pessoas com seus pares. Diante disso, torna-se também necessário que a Linguística, enquanto ciência da linguagem, se utilize de todo aparato teórico que possui a fim de desenvolver mais estudos no que se refere às alterações de linguagem sofridas por sujeitos com DA, para que, dessa forma, contribua com a bibliografia existente sobre o assunto e, conseqüentemente, auxilie no tratamento da Doença e na melhora da qualidade de vida dos sujeitos envolvidos. Devemos observar também que cada sujeito tem uma história de vida única inserida em contextos sócio-culturais específicos que deve ser levada em conta em todas as análises. Outra questão importante é que se torna cada vez mais urgente que os interlocutores não-Alzheimer tenham acesso a informações que auxiliem na interação com pessoas com Alzheimer a fim de contribuir para a qualidade de vida destas.

Muitas pessoas acreditam que sujeitos com Alzheimer não possuem capacidade suficiente para organizar sua linguagem ao longo de uma interação. O engano de muitos é pensar que o paciente não possui controle algum sobre o que diz e que não possui propósitos comunicativos concretos. Porém, o que percebemos que ocorre é que as pessoas com Alzheimer, por meio de estratégias eficientes, assim como fazem as pessoas que não possuem comprometimento de linguagem, são capazes de organizar sua linguagem, de introduzir e manter tópicos, de introduzir objetos de discurso, de se comportar eficientemente em enquadres interativos diversos, dentre

outras atividades de linguagem. Diante disso, constatamos a capacidade criativa dos sujeitos mesmo diante de dificuldades de acesso a palavras ou a memórias, por exemplo. (PINTO & BEILKE, 2008, p.100)

O presente estudo procurou analisar enquadres interativos que envolvem uma pessoa com Alzheimer (PA) com o intuito de analisar como devem se comportar os interactantes não-Alzheimer com relação à PA. Vimos que os enquadres, segundo Goffman (1974), são estruturas que se adaptam às formas complexas da nossa vida cotidiana, a depender da condução interacional que elegemos uns para com os outros, ou seja, como estrutura dinâmica e flexível, sensível às intenções dos interlocutores. Portanto, toda a interação que envolve uma PA depende da condução eleita pela pessoa não-Alzheimer com relação à pessoa com DA, deve haver uma negociação de uma versão provisória do contexto em questão para que haja adequação dos sujeitos ao enquadre. Sabemos que a linguagem é naturalmente uma atividade colaborativa, mas que nas situações analisadas exige ainda mais colaboração por parte dos interactantes.

Analisamos a linguagem em condições situadas de uso, em sua existência real, levando em consideração os fatores sociais, históricos, culturais e individuais relacionados ao processo interativo. Não basta analisar apenas pausas e hesitações em enunciados produzidos por pessoas com DA, até porque tais fenômenos podem ocorrer com qualquer pessoa em quaisquer situações. É preciso, portanto, que se analise a produção linguística do sujeito em seu todo, verificando todos os processos envolvidos em função da doença e como isso pode interferir nas interações. Procuramos neste estudo analisar as sutis alterações pragmáticas e discursivas apresentadas pela pessoa com DA (em estágio inicial), a fim de criarmos condições positivas de intervenção por parte dos possíveis interlocutores. E, além disso, o entendimento mais profundo do uso da linguagem nesses casos pode melhorar o serviço de muitos profissionais e auxiliar também a familiares e cuidadores na comunicação eficiente com as pessoas com DA. Diante de nossa análise, pudemos notar o importantíssimo papel do interlocutor não Alzheimer para o sucesso das interações e observar como os enquadres podem ser modificados positiva ou negativamente em função do modo de falar dos interactantes.

Na primeira análise feita (Interrogatório), notamos que o interlocutor principal foi capaz de contribuir para o resgate da memória, interpelando de maneira adequada e dando condições para que a pessoa com DA organizasse sua linguagem e suas memórias, obtendo, assim, o retorno esperado. O juiz opera alinhamentos no enquadre de modo a adequar-se às condições que a situação implica, agindo de modo cooperativo e não deixando de cumprir seu papel social. Quando ele, por exemplo, dá explicações em meio aos questionamentos próprios do interrogatório, está respondendo às exigências imediatas do enquadre em que está situado.

Na segunda análise (Consulta nutricional), notamos que a nutricionista movimentava-se nos enquadres de modo a inserir a PA no diálogo e transmitir informações aos familiares sobre o estado clínico do paciente, ora utilizando um registro para dirigir-se ao paciente, ora alternando o registro para referir-se à família. O que ocorre é que na maioria das tentativas de interlocução com a pessoa com DA, a nutricionista desiste da comunicação e apela para os familiares, para agilizar o processo da consulta.

Na terceira análise (conversa informal), observamos a presença de elementos que indicam um grau mais alto de cooperação por parte do interlocutor não Alzheimer, tendo em vista o convívio e a proximidade familiar com PA. Tal contexto faz com que a PA sintasse-se à vontade e nota-se que o diálogo fluiu mais. A cuidadora é paciente, ouve atentamente, auxilia a PA na elaboração de respostas e dá liberdade para que a PA se expresse do modo como achar melhor.

Notamos, então, a atuação linguística da PA não muda de acordo com as exigências do enquadre no qual esteja inserido. A PA não altera seu registro para se comunicar com interlocutores distintos. Não importa a ela estar sendo interrogada por um juiz, sendo consultada por um profissional da saúde, ou apenas estar participando de uma conversa informal com um cuidador direto. Constatamos que se a PA está em interação com um cuidador/familiar, ela atua no enquadre conversa informal. O fato é que quando está em interação com representantes de instituições, a PA também atua no enquadre conversa informal, porque não reconhece relações de poder. Na verdade, a PA, por perdas cognitivas, não sabe que o J é um juiz, por fragilidade das funções sociais. O fato é que a PA comporta-se naturalmente em qualquer enquadre, sentindo-se mais ou menos à vontade a depender da condução que seu

interlocutor elege para o enquadre. Conversar com um membro da família certamente a deixa à vontade, mas observamos também que ao conversar com um juiz, por exemplo, a PA atua num enquadre de brincadeira, descontração, como se estivesse numa conversa informal com um amigo. Tal fato se deve a atuação do juiz como interlocutor capacitado, com conhecimentos prévios sobre seu interlocutor (PA) que atua com extrema cooperação, sem demonstrar a assimetria comum a um interrogatório, como pudemos observar no gráfico 5. Isso nos faz constatar que os interlocutores podem sempre intervir positivamente nos processos interativos das pessoas com Alzheimer, tendo em vista a compreensão da doença, o deslocamento espaço-temporal causado por ela e as especificidades de cada pessoa acometida pela doença.

Se compararmos os gráficos dos enquadres analisados, veremos que, sem dúvidas, B, que é a pessoa que convive diariamente com A, alinha-se em todos os casos a A. Logo em seguida, J, o juiz, alinha-se satisfatoriamente a A, pois age de maneira altamente cooperativa, mesmo sem conhecer o sujeito interrogado, mas reconhece nele a categoria “pessoa com Alzheimer” e é capaz de interagir de modo muito proveitoso. Por último, quem menos se alinha a A é N, a nutricionista, que precisa da ajuda recorrente dos familiares para o bom andamento da consulta. Ela se esforça no sentido de tentar incluir A, mas, em alguns momentos, não consegue dele as informações de que necessita.

Diante dos resultados obtidos, idealizamos um projeto de uma possível cartilha de orientação a cuidadores de PA, no sentido de tentar colaborar no acompanhamento das pessoas com DA e auxiliar os cuidadores e familiares na convivência, nas interações, nas interlocuções com as pessoas com Alzheimer, tendo em vista que melhorar a comunicação com as pessoas com DA facilita a convivência harmônica com as mesmas. Além disso, evita uma série de problemas decorrentes da instabilidade emocional por que passam as pessoas com DA em alguns estágios da doença. Sabemos da existência de muitos manuais com o intuito de auxiliar familiares e cuidadores, porém estes não dão grande relevância à linguagem, como aspecto fundamental na convivência com as pessoas com DA. Os manuais existentes focalizam estratégias práticas de como lidar com as alterações físicas da PA durante a doença, como recomendações de higiene, de exercícios físicos, de

alimentação, etc. Por isso nosso grande interesse em elaborar uma cartilha que focalize a linguagem da PA, a fim de demonstrar como estratégias de comunicação podem ser capazes de ajudar no dia a dia com a DA.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Izabella Dutra de; FORLENZA, Orestes Vicente; BARROS, Hélio Lauar de. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. **Rev. psiquiatr. clín.** vol.32 no.3 São Paulo May/June 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832005000300005&script=sci_arttext> Acesso em: 15 nov. 2011.
- BATESON, Gregory. Uma teoria sobre brincadeira e fantasia. In: RIBEIRO, B. e GARCEZ, P. (orgs.). **Sociolinguística Interacional**. Porto Alegre, [1972] 2002. P. 85-105.
- BATISTA, Gisleine Fonseca. Aspectos pragmáticos na linguagem de um sujeito com diagnóstico de Demência de Alzheimer. **Língua, Literatura e Ensino**. Maio/2009 – vol. IV p. 271-281.
- BEILKE, H.M.B. Considerações sobre a relação *linguagem-memória*, à luz da análise linguística dos enunciados de sujeitos com diagnóstico de demência de Alzheimer. **Língua, Literatura e Ensino**. Maio/2007. Vol.II.
- BEILKE, H.M.B. **Linguagem e memória na Demência de Alzheimer**: contribuições da neurolinguística para a avaliação da linguagem. Dissertação (mestrado), Unicamp, IEL. Campinas, SP: [s.n], 2010.
- BERTOLUCCI, Paulo Henrique Ferreira; ORTIZ, Karin Zazo. Alterações de linguagem nas fases iniciais da Doença de Alzheimer. **Arq. Neuropsiquiatr** 2005;63(2-A), p. 311-317.
- BOSI, E. **Memória e sociedade**: lembranças de velho, São Paulo: T.A. Queiroz, 1979.
- BRANDÃO, L., PARENTE, M.A.M.P. Os estudos de linguagem do idoso neste último século. **Estud. interdiscip. envelhec.**, Porto Alegre, v.3, p. 37-53, 2001.
- BRASIL. Lei Nº 10.406, de 10 DE janeiro de 2002. Institui o Código Civil Brasileiro. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm>. Acesso em: 16 nov. 2011.
- BRASIL. Decreto-lei nº10. 741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/2003/L10.741.htm>>. Acesso em: 06 nov. 2011.
- CABRAL, H. W. S.; MORELATO, R. L.; MANHÃES, A. C.; TOSTES, G.; BRANDÃO, L.A.; BRANDÃO, A.C.C.; SCHMIDT, S.L. Fronteiras em neuropsiquiatria: demência e Neuropsicologia. **Arquivos brasileiros de psiquiatria, neurologia e medicina legal**. Vol. 99, nº 01, jan/fev/mar 2005.

CÂMARA, Alexandre Freitas. **Lições de Direito Processual Civil**. 17ª edição. Rio de Janeiro: Editora Lumen Júris, 2008. v.1., p. 391-392, 399-403.

CAVALCANTE, M.M. *et al.* Dimensões textuais nas perspectivas de abordagem do texto. In: BENTES, A. C.; LEITE, M. Q. (Org.). **Linguística de texto e análise da conversação: panorama das pesquisas no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010. p. 225-261.

CHAIMOWICZ, F. Envelhecimento populacional e transição epidemiológica no Brasil. In: TAVARES, A. (Org.). **Compêndio de neuropsiquiatria geriátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Cap. 6, p. 66-77.

COSTA, S.R. **Dicionário de gêneros textuais**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

CRUZ, Fernanda Miranda da. **Uma perspectiva enunciativa da relação entre linguagem e memória no campo da neurolinguística**. Dissertação de mestrado em linguística. IEL/UNICAMP, 2004.

_____. **Linguagem, interação e cognição na doença de Alzheimer**. Campinas, SP: [s.n.], 2008.

DAMASCENO, Benito Pereira. Envelhecimento Cerebral: o problema dos limites entre o normal e o patológico. **Arquivos de Neuro Psiquiatria**, 57 (1), p. 78-83, 1999.

DATASUS. **Esperança de vida ao nascer**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ldb1998/fqa13.htm>> Acesso em: 17 de jan. de 2013.

DEBERT, G.G. **A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. SP: Edusp/Fapesp, 1999.

DUTRA, A.C. **Avaliação nutricional: Aspectos clínicos e laboratoriais**. Rio de Janeiro: Atheneus, 2007.

FÁVERO, L.L.; ANDRADE, M.L.C.V.O.; AQUINO, Z.G.O. **Oralidade e escrita: perspectivas para o ensino de língua materna**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2007. P.118-119.

FÁVERO, L.L. *et al.* Interação em diferentes contextos. In: BENTES, A. C.; LEITE, M. Q. (Org.). **Linguística de texto e análise da conversação: panorama das pesquisas no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010. p. 91-158.

FILLMORE, C. (1982). Frame semantics, em *The Linguistic Society of Korea* (ed.), *Linguistics in the Morning Calm*. Soeul/ Hanshin:111-137.

GEBARA, I., **Religião, Cultura e Envelhecimento: ponto de vista latino-americano**. *Concilium*, Petrópolis, t. 235, n. 3, p. 109, 1991.

GAMBURGO, Lilian Juana L. de. **Envelhecimento, Linguagem e Qualidade de vida**. Data do artigo: 03/12/2002. Disponível em: <<http://www.fonoaudiologia.com/trabalhos/artigos/artigo-033.htm>> Acesso em: 28/05/2012.

GOFFMAN, E. **Frame analysis**. New York, Harper & Row, 1974.

_____. (1979). Footing. In: RIBEIRO, B. T., GARCEZ, P. M. (orgs.). **Sociolinguística Interacional**. São Paulo: Edições Loyola, p. 107-148, 2002.

GOMES, Juliana Brazolin. A linguagem em sujeitos com Demência de Alzheimer, sob a ótica de uma concepção enunciativo-discursiva. **Estudos Linguísticos** XXXVI(2). Maio-agosto, 2007. P. 293/300.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito da família**. Col. Direito Civil Brasileiro. 5.ed. São Paulo: Saraiva, 2008. v.6, p.636.

GUMPERZ, J. (1982) Convenções de contextualização. em RIBEIRO, B. e GARCEZ, P. (orgs.). **Sociolinguística Interacional**. São Paulo: Edições Loyola, 2002. P.149-182.

HERRERA JUNIOR, E.; CARAMELLI, P.; NITRINI, R. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva, estado de São Paulo, Brasil / Population epidemiologic study of dementia in Catanduva city: state of São Paulo, Brazil. In: **Rev. psiquiatr. clín.** (Sao Paulo); 25(2):70-3, 1998.

IBGE. **Síntese dos indicadores sociais** – uma análise das condições de vida da população brasileira. 2012. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2012/default.shtm>. Acesso em: 16 de jan. de 2013.

JUNGES, José Roque. Uma leitura crítica da situação do idoso no atual contexto sociocultural. **Estud. interdiscip. envelhec.**, Porto Alegre, v.6, p. 123-144, 2004.

KOCH, I. G. V. Introdução à Linguística Textual. São Paulo: Martins Fontes, 2004a.

_____.; CUNHA-LIMA, M. L. A. Do Cognitivismo ao Sociocognitivismo. IN: MUSSALIM, F.; BENTES, A. C. (org.). Introdução à Linguística: Fundamentos epistemológicos. vol.3. São Paulo: Cortez, 2004b.

_____. Ingedore Grunfeld Villaça Koch. In. XAVIER, Antonio Carlos; CORTEZ, Suzana (orgs.). **Conversas com linguistas** – virtudes e controvérsias da Linguística. São Paulo: Parábola, 2005.

_____. **As tramas do texto**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2008.

_____. **Desvendando os segredos do texto**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

LEIBING, Annette. Olhando para trás: os dois nascimentos da doença de Alzheimer e a senilidade no Brasil. **Estud. interdiscip. envelhec.**, Porto Alegre, v.1, p. 37-56, 1999.

LEIBING, Annette. O homem sozinho numa estação: a doença de Alzheimer e as práticas de esquecimento no Brasil. *In*: LEIBING, A. & BENNINGHOFF, S. (orgs.). **Devorando o tempo: Brasil, o país sem memória**. São Paulo: Mandarim, 2001.

LUZARDO, Adriana Remião. **Características de idosos com doença de Alzheimer**: Uma Série de Casos em um Serviço de Neurogeriatria. 2006. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

MACHADO, J.C.B. Doença de Alzheimer. *In*: Freitas, E.V. (colab.) **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. RJ: Guanabara Koogan, 2002, cap. 15, p. 133-147.

MANSUR, L.L. Avaliação da linguagem nas demências. *In*: CAIXETA, L. (Org.) **Demência**: abordagem multidisciplinar. 1.ed. RJ: Atheneu, 2006, v.1.

MARCUSCHI, Luiz Antônio. **Análise da conversação**. São Paulo: Ática, 2003.

_____. **Cognição, linguagem e práticas interacionais**. Rio de Janeiro: Lucerna, 2007.

_____. **Produção textual, análise de gêneros e compreensão**. São Paulo: Parábola, 2008.

MARTINS, C. **Avaliação do Estado Nutricional e Diagnóstico**. Curitiba: Nutroclínica, V.1., 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 703 12/04/02 Instituído no Âmbito do SUS o programa de Assistência aos portadores de DA. **Diário Oficial** [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, nº 72, 16 de abril, seção 1, 2002.

MORATO, Edwiges Maria. **A noção de frame no contexto neurolinguístico**: o que ela é capaz de explicar? Cadernos de Letras da UFF – Dossiê: Letras e cognição no 41, p. 93-113, 2010.

_____. Neurolinguística. *In*: MUSSALIM, F.; BENTES, A.C.(Orgs.) **Introdução à linguística**: domínios e fronteiras. 7.ed. São Paulo: Cortez, 2011. v.2, p. 143-170.

NETTO, M.P. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. SP: Ateneu, 1996.

PARENTE, M.A.M.P.; SABOSKINSKY, A.P.; FERREIRA, E.; NESPOULOUS, J.L; Memória e compreensão da linguagem no envelhecimento. **Estud. interdiscip. envelhec.**, Porto Alegre, v.1, p. 57-76, 1999.

PINTO, Rosana do Carmo Novaes; BEILKE, Hudson Marcel Bracher. Avaliação de linguagem na Demência de Alzheimer. **Estudos de Lingua(gem)**, v.6,n.2, Vitória da Conquista, 2008, p.91-126

PINTO, Diana. **Análise do discurso, o uso de imagens e o campo da saúde:** aspectos teórico-metodológicos. RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v5, n.2, p.5-12, Jun., 2011 [www.reciis.iciict.fiocruz.br] e-ISSN 1981-6278.

PNUD- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **O que é o IDH.** Disponível em: http://www.pnud.org.br/IDH/IDH.aspx?indiceAccordion=0&li=li_IDH. Acesso em: 18 de jan. de 2013.

PRADO, M.A.; CARAMELLI, P.; FERREIRA, S.T.; CAMMAROTA, M.; IZQUIERDO, I.. Envelhecimento e memória: foco na doença de Alzheimer. **Revista USP**. São Paulo, n.75.p.42-49.setembro/novembro 2007

PRB. Las dificultades que supone el envejecimiento de la población para todos los países. **Disponível em:** <http://www.prb.org/SpanishContent/Articles/2005/LasDificultadesqueSuponeelEnvejecimientodelaPoblacionparaTodoslosPaises.aspx>. Acesso em: 16 de jan. de 2013.

PRETI, Dino. **A linguagem dos idosos** – Um estudo de Análise da Conversação. São Paulo: Contexto, 1991.

RIBEIRO, B. T.; GARCEZ, P. M. (Orgs.). **Sociolinguística Interacional**. Porto Alegre: Edições Loyola, 2002.

RIPSA. **Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil**. Brasília, Organização Pan Americana de Saúde, 2008.

RODRIGUES JÚNIOR, Adail Sebastião. **Metodologia sócio-interacionista em pesquisa com professores de línguas:** revisitando Goffman. Linguagem & Ensino, Pelotas, v. 8, n. 1, p. 123-148, jan./jun. 2005

SCHERER, Lilian Cristine; GABRIEL, Rosângela. Processamento da Linguagem: contribuições da Neurolinguística. **Signo**. Santa Cruz do Sul, v.32 n53, p. 66-81, dez, 2007.

SKA, Bernadette. et al. Mudanças no processamento cognitivo em adultos idosos: déficits ou estratégias adaptativas? **Estud. interdiscip. envelhec.**, Porto Alegre, v.14, n.1, p. 13-24, 2009.

TANNEN, D.; WALLAT, C. Enquadres interativos e esquemas de conhecimento em Interação: Exemplos de um exame/consulta médica, em RIBEIRO, B. e GARCEZ, P. (orgs.). **Sociolinguística Interacional**. São Paulo: Edições Loyola, [1987] 2002. P. 183-214.

TOMASELLO, Michael. Origens culturais da aquisição do conhecimento humano. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

TRAVAGLIA, Luiz Carlos. **Gramática**: ensino plural. 3. ed. - São Paulo: Cortez, 2007.

VAN DIJK, T. A. **Algunos principios de una teoría del contexto**. In: *ALED, Revista Latinoamericana de estudios del discurso* 1(1), 2001, pp. 69-81.

VAN DIJK, T. **Discourse, context and cognition**. *Discourse Studies*. 2006. Vol 8(1): 159–177.

VIEGAS, F.P.D.; SIMÕES, M.C.R.; ROCHA, M.D.; CASTELLI, M.R.; MOREIRA, M.S.; VIEGAS JUNIOR, C. Doença de Alzheimer: Caracterização, Evolução e Implicações no Processo Neuroinflamatório. **Rev. Virtual Quim.**, 2011, Vol. 3(4), p. 286-306.

ZIMERMAN, G.I. **Velhice**: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed, 2000.

ANEXO I

NORMAS PARA TRANSCRIÇÃO (NURC/2007)²³		
OCORRÊNCIAS	SINAIS	EXEMPLIFICAÇÃO
Incompreensão de palavras e segmentos	()	do nível de renda... () nível de renda nominal
Interrogação	?	E o banco...central...certo?
Qualquer pausa	...	São três motivos... ou três razões... que fazem com que se retenha moeda... existe uma... retenção
Comentários descritivos do transcritor	((minúsculas))	((tossiu))
OBSERVAÇÕES		
1 - Iniciais maiúsculas: não se usam em início de períodos, turnos e frases.		
2 - Não se indica o ponto de exclamação (frase exclamativa)		
3 - Não se utilizam sinais de pausa, típicos da língua escrita, como ponto e vírgula, ponto final, dois pontos, vírgula; as reticências marcam qualquer tipo de pausa.		

²³ Observação: elencamos apenas algumas normas de transcrição de acordo com a necessidade demandada por nossa pesquisa.

ANEXO II

Transcrição do interrogatório feito à pessoa com Alzheimer *in loco* (A: Pessoa com Alzheimer J: juiz P: promotor O: outros -familiares)- 8min 05 seg. maio/2011

- 1 A: ((aponta para a câmera))
- 2 O: é o que que o senhor quer, tio?
- 3 A: ()
- 4 O: ah, tá filmando o senhor?
- 5 A: é
- 6 J: é seu Arlindo o nome do senhor... né?
- 7 A: é
- 8 J: o nome completo do senhor... o senhor pode falar?
- 9 O: seu nome todo? como que você se chama?
- 10 A: Arlindo
- 11 O: Arlindo de quê?
- 12 A: Segrini
- 13 O: ah... é Arlindo Segrini
- 14 J: Segrini
- 15 A: Segrini ((balança a cabeça afirmativamente))
- 16 J: o senhor... quantos anos o senhor tem... seu Arlindo?
- 17 A: hum?
- 18 J: quantos anos que o senhor tem?
- 19 A: ah... eu to com uns 40 anos ((risos))
- 20 O: em cada perna e nos braços ((risos))...ai... deixa eu ir pra cá que eu vou rir
()
- 21 J: e o dia do seu aniversário... o senhor lembra? o dia que o senhor faz
anos... o senhor lembra?
- 22 O: o dia que o senhor nasceu ele tá perguntando...
- 23 A: certo...o quê?
- 24 O: ... quando que foi? foi em que mês?
- 25 A: você sabe que eu num...num... ((risos))
- 26 O: foi em agosto?
- 27 A: é

28 O: será que foi? em que dia?

29 P: não pode falar não... não pode falar nada... só ele.

30 A: por aí afora, ((murmura)) eu não boto sentido nessas coisas...

31 J: o senhor é casado seu Arlindo?

32 A: sou

33 J: casado é? com quem?

34 A: não...não... sou sol...É... eu mais a mulher ((risos)) mas não é não...brincadeira...((risos))

35 J: o senhor é casado?

36 A: não... não

37 J: não? não é casado não?

38 A : não ... não

39 J: o senhor tem filhos?

40 A: sim

41 J: tem?

42 A: tem

43 J: quantos?

44 A: de quê?

45 J: filhos

46 O: o senhor teve algum bebê? algum filho? o senhor tem?

47 A: não... não... não

48 J: não tem filhos.

49 J: e os pais do senhor?

50 A: um pai, coitado... e uma mãe...só... e eu não sei () vou te falar a verdade... eu não sei () saíram, coitados...eu vim pra cá e tô vendo que o negócio tá feio.

51 J: tá feio... não é?

52 A: outros, coitados...

53 J: mas o senhor... é...

54 A: eu vou até ir pra cá () ter com uns...coitados, que eu não sei o que que tem. É... pobre!

55 J: pobre?

56 A: é

57 J: e os nom... o nome dos pais do senhor... do pai e da mãe...o senhor lembra?

58 A: ah...mãe...((balança a cabeça negativamente)) não...

59 J: o nome deles?

60 A: não...não sei... ((risos)) não botei sentido não... não é brincadeira não ((risos))

61 J: que dia é hoje... seu Arlindo?

62 A: hein?

63 J: que dia é hoje? O senhor lembra? Que dia é hoje.

64 O: hoje é que dia? O senhor lembra?

65 A: ((risos)) fala aí você ((aponta para outra pessoa))

66 O: eu não posso falar... é você que tem que lembrar o dia que é hoje

67 O: você que tem que lembrar

68 J: o que o senhor lembrar... o que o senhor souber o senhor fala... o que o senhor não souber o senhor pode falar que não sabe... o senhor fica à vontade... o senhor sabe que dia é hoje?

69 A: hoje? que dia ? (risos)

70 O: se você não lembra... diz que não lembra, não sei...você não sabe não?

71 J: é só é...é só...

72 A: não... não

73 J: não sabe.

74 J: em que ano nós estamos? o senhor sabe?

75 A: aí é que é ((risos))

76 J: ham?

77 A: ((risos))

78 J: o ano o senhor não sabe?

79 A: não

80 J: não sabe.

81 J: é...o senhor é eleitor? o senhor já votou alguma vez?

82 A: não... não

83 J: votou em algum candidato?

84 A: não... eu... eu já...eu era novo...

85 J: quando o senhor era novo?

86 A: é que eu esperava essas coisas
87 J: aham
88 A: mas não botava sentido
89 J: é?
90 A: é...
91 J: o senhor já gostou de eleição... de política... alguma vez na vida?
92 A: é
93 J: o senhor gostou de política?
94 J: é?
95 A: é...foi...
96 J: Hoje o senhor gosta de política?
97 A: eu ...te falar a verdade...
98 J: sim
99 A: eu nunca () essas coisas pra conversar com eles
100 J: é?
101 A: não... se precisasse... eu falava... se não...
102 J: e o senhor sabe que é o presidente do Brasil hoje?
103 A: ((balança negativamente a cabeça))
104 J: o nosso governador... o senhor sabe quem é?
105 A: ((balança negativamente a cabeça)) até que eu podia saber, mas...
106 J: oi?
107 A: mas a cabeça não...
108 J: a cabeça não...
109 J: e o prefeito?
110 A: o prefeito?
111 J: é
112 A: ah... é a mesma coisa
113 J: a mesma coisa?
114 A: é a mesma coisa
115 J: o senhor também não consegue lembrar... não põe sentido
116 A: ((risos))
117 J: dinheiro... o senhor recebe aposentadoria do INSS?
118 A: é ()

119 J: o senhor recebe alguma coisa? aposentado?
120 A: é... quando eu vou... ((risos)) eles me dão... algum tostão.
121 J: o senhor recebe aposentadoria?
122 A: ...eu tinha muito café, essas coisas
123 J: sim
124 A: eu vou te falar uma coisa, eu ia pagar os ...
125 J: os funcionários?
126 A: é... pagava eles e ia embora
127 J: o senhor plantava café?
128 A: plantava
129 J: é?
130 A: plantava
131 J: e hoje o senhor é aposentado?
132 A: é... muitos...outros...
133 J: aham
134 A: mas eu acho que ninguém fazia nada, isso sim
135 J: o senhor vai a banco?
136 A: ham?
137 J: a banco... banco... o senhor vai a banco? receber dinheiro?fazer pagamento?
138 A: não
139 J: não?
140 A: não
141 J: quando o senhor trabalhava... quando o senhor tinha café... plantava café... qual era a moeda... o senhor lembra?
142 A: a mulher?
143 J: a moeda... o dinheiro
144 A: ai, meu Deus... a moeda é...
145 J: além da saca de café
146 A: é ...mas eu não vou te falar que eu ia () o cinco, dois, três
147 J: aham
148 A: não... isso não
149 J: não?

150 A: não.

151 J: e o senhor conhece dinheiro hoje?

152 A: pegava um pouco, vendia esses troço lá pra outro

153 J: seu Arlindo... o senhor conhece dinheiro?

154 A: é

155 J: o senhor conhece?

156 A: conheço

157 J: esse aqui é o quê? ((mostra uma nota de 2 reais))

158 A: é... dois mil re...dois mil ré...

159 J: dois mil?

160 A: é

161 J: dois mil o quê?

162 A: real

163 J: dois mil real?

164 A: é

165 J: e isso aqui?

166 A: aí cinquenta

167 J: cinquenta o quê?

168 A: dinheiro

169 J: cinquenta real?

170 A: é

171 J: aqui é dois mil?

172 A: é

173 J: e aqui é cinquenta?

174 A: é

175 A: quando () pegava eles que eles chegavam aqui já tinha comido um ovo
... nós nunca fizemos essas coisas não...

ANEXO III

Transcrição de Consulta domiciliar com nutricionista (A: Paciente de Alzheimer N: nutricionista O: outros -esposa)- 10min 58 seg. 17/08/2011

- 1 N: doze por sete...tá ótima...a pressão tá ótima
- 2 A: uhum
- 3 N: muito bom...continua tomando os remédios direitinho viu...pra pressão ficar sempre boa
- 4 A: uhum...ah ((resmungando)) esse negócio de pegar o remédio...ah ((balança a cabeça negativamente))
- 5 N: é a sua esposa que dá o remédio pro senhor?
- 6 A: não
- 7 N:é o senhor mesmo?
- 8 A: ((balança a cabeça positivamente))
- 9 N: é a dona Teodolina que dá o remédio pro senhor? ((apontando))
- 10 A: é
- 11 N: deixa eu medir a glicose do senhor?
- 12 A: hein?
- 13 N: vou medir a glicose do senhor tá?
- 14 A: uhum
- 15 N: qual dedinho que eu posso furar?
- 16 A: ah...não sei
- 17 N: qualquer um?
- 18 A: onde você quer
- 19 N: duzentos e sessenta e três...
- 20 A: é? ((risos))
- 21 N: muito alta... tá comendo besteira ne?
- 22 A: é ((risos))
- 23 N: o senhor comeu há quanto tempo atrás? o senhor almoçou hoje?
- 24 A: já
- 25 ... ((a nutricionista interpela a esposa)) depois do almoço ele comeu mais alguma coisa? ((ela responde negativamente e diz que ele tem comido muitas

- coisas que não deve, que o aniversário dele foi na semana; a nutricionista pergunta sobre as medicações que ele toma))
- 26 N: parabéns... o senhor fez anos esses dias ne?
- 27 A: é ((risos))
- 28 N: parabéns... tudo de bom pro senhor... vão pesar? medir? tira a sandália seu Arlindo...
- 29 A: o quê?
- 30 N: vou tirar o chinelo do senhor pra poder medir a altura do senhor
- 31 A: ôôô...
- 32 N: o senhor consegue tirar?
- 33 A: já tirei
- 34 N: isso... encosta assim é seu Arlindo ((explica mostrando)) na parede tá?
- 35 A: tá
- 36 O: vamos levantar? um dois e...
- 37 A: ah você quer em pé?
- 38 O: é... em pé... um dois e já
- 39 N: encosta na parede seu Arlindo... só pra gente ter uma ideia
- 40 O: encosta bem o calcanhar lá
- 41 N: assim tá bom
- 42 O: coloca pra trás os pezinhos
- 43 N: aí tá bom se não ele cai
- 44 O: encosta a cabeça
- 45 N: aqui tá bom... só segurar o ombro dele aqui
- 46 O: aí... estátua... brincando de estátua... fica quietinho
- 47 N: tá bom... seu Arlindo pode sentar
- 48 O: vem
- 49 N: deixa eu só medir a cintura dele... dá pra ficar um pouquinho mais em pé seu Arlindo?
- 50 O: () fica em pé bonitinho aí que ela vai ver se você tá gordo
- 51 A: ((anda))
- 52 O: espera meu filho
- 53 A: o quê?
- 54 O: pra subir aqui... na balança

55 N: aqui seu Arlindo é... espera só um minutinho
56 O: fica em pezinho e sobe aqui tá? espera aí...
57 N: coloca o pé aqui seu Arlindo
58 O: o pé
59 A: colocar o quê?
60 N: o pé aqui é ((aponta para a balança))
61 O: sobe... sobe ali em cima
62 A: ((sobe na balança))
63 N: isso
64 A: ((coloca um pé))
65 O: agora o outro
66 N: pode colocar
67 A: todos dois?
68 N: isso
69 O: aí
70 N: um pouquinho mais pra frente esse pé aqui seu Arlindo
71 A: ((acerta o pé))]
72 N: isso... pronto... pode descer
73 A: uhum
74 N: pode descer seu Arlindo... tira o pé
75 A: ((desce))
76 N: o senhor aguenta só mais um minuto? Posso levantar a blusa pra medir a cintura do senhor?
77 A: pode
78 N: vou abaixar aqui um pouquinho ((mexe na bermuda))
79 A: pode... derruba ((faz gesto de que vai abaixar a bermuda))
80 N: aqui tá bom
81 O: chega... chega... não precisa tirar tudo não
82 N: aí tá bom ((mede a cintura))
83 A: ((fica parado))
84 N: pronto...pode sentar
85 A: tá ((sentando))
86 N: joia...

- 87 N: ((a nutricionista faz anotações))
- 88 N: o senhor Arlindo está com cinquenta e sete quilos e trezentos... tá seu Arlindo?
- 89 A: ((balança a cabeça positivamente))
- 90 N: só que esse peso tá um pouquinho baixo pro senhor...tem que tentar engordar um pouquinho tá?
- 91 A: uhum

ANEXO IV

Transcrição de Conversa informal com cuidadora direta/familiar (A: Pessoa com Alzheimer B: cuidadora/ sobrinha)- 3min 51 seg. - outubro/2011

1. A: muito feio isso... tem muito pé ((aponta para os pés do papagaio de pelúcia))
2. B: é mesmo ne? podia ter só dois ne?
3. A: é
4. B: tem quantos pés?
5. A: aqui tem...
6. B: conta
7. A: ((silêncio)) dois...quatro...seis
8. B: talvez ele tem isso tudo mesmo de pé... uai
9. A: uhum
10. B: tem três aqui...e quanto aqui?
11. A: sei lá... e ainda sobrou ((risos)) () ((a etiqueta))
12. B: o que será?
13. A: ((risos))
14. B : e isso daqui... você não acha muito grande não? ((o bico))
15. A: ah...isso aí eu nunca vi...
16. B: como é que é o nome desse bicho?
17. A: isso é um...é um...um coisa...o remédio deles...() mas é isso aqui eu nunca achei...
18. B: não achou bonito?
19. A: não... não...()... esse bicho é... é... ((esquece))
20. B: tem o bico menor?
21. A: é
22. B: ah sim... esse daqui tá muito grande né?
23. A: aham
24. B: e como é que é o nome dele?
25. A: ((silêncio))
26. B: você sabe?

- 27.A: sei
- 28.B: sabe?
- 29.A:sei
- 30.B: começa com pa...
- 31.A: sei...mas agora me...
- 32.B: esqueceu?
- 33.A: uhum
- 34.B: é papagaio
- 35.A: é...é a cara é de papagaio mesmo
- 36.B: a cara é ne?
- 37.A: louro...louro... ((imita um papagaio))
- 38.B: é? assim que o papagaio faz?
- 39.A: só pode ((risos))
- 40.B: é seu esse aqui? ((aponta para o papagaio))
- 41.A: não
- 42.B: não é não? é de quem?
- 43.A: foi o...o... ()... o exército que passaram e...() de um lado pro outro...e deram...
- 44.B: deram isso?
- 45.A: é
- 46.B: aí deram pra você?
- 47.A: eu não quis não...
- 48.B: não?
- 49.A: não ((balança a cabeça))
- 50.B: não? por quê?
- 51.A: bonito...bonito...mas é...não gostei não...
- 52.B: meio gordo? é gordo?
- 53.A: é
- 54.B: muito gordo ó...ó a barriga
- 55.A: é
- 56.B: ele come?
- 57.A: come...
- 58.B: é? come o quê?

- 59.A: come animal...
- 60.B: é?
- 61.A: Uhum
- 62.B: isso aqui ((aponta para o papagaio)) onde você morava tinha muito?
- 63.A: ah...tinha...tinha demais primeiro...
- 64.B: e acabou?
- 65.A: acabou...não se vê mais...
- 66.A:((silêncio))
- 67.B: você gosta dos bichinhos assim?
- 68.A: gostava dele sim...mas quando eu vi isso daqui ((aponta para o bico)) aí eu não gostava não...
- 69.B: ah...o bico você não gostou não ne?
- 70.A: não
- 71.B: nem o pé?
- 72.A: não...o pé é pior ((olha pro papagaio))
- 73.B: o pé é feio?
- 74.A: é
- 75.B: por que que você não gosta?
- 76.A: () trem feio...((risos))
- 77.B: feio?
- 78.A: ó...seis...seis...
- 79.B: é muito né?
- 80.A: é ((silêncio))

ANEXO V

PROJETO DE CARTILHA

1) IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Título: Projeto de cartilha para cuidadores de pessoas com Alzheimer com foco na linguagem

Autor: Bárbara Scalzer Maia.

Finalidade: Elaboração de uma cartilha com orientações sobre interlocuções com pessoas com Alzheimer, a ser distribuída a familiares e cuidadores.

2) APRESENTAÇÃO

Esse projeto parte da pesquisa realizada em minha dissertação de mestrado em que analisei, à luz da teoria dos enquadres interativos, interações entre uma pessoa com Doença de Alzheimer (DA) e distintos interlocutores. Esta experiência me fez perceber o quanto a observação de aspectos relativos à linguagem pode ser capaz de contribuir para os processos interativos dos quais participam as pessoas com DA.

Entendemos que nossa pesquisa deve estender seus objetivos à ajuda efetiva a sujeitos que convivem diretamente com pessoas com DA. Para isso, pensamos ser uma forma de auxílio a elaboração de uma cartilha a ser distribuída, preferencialmente a famílias atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), aos cuidadores de pessoas com Alzheimer, de modo que estas possam ter mais informações sobre as peculiaridades da doença e que, assim, consigam interagir de maneira mais eficaz com quem tem DA.

3) OBJETIVOS

3.1 **Geral:** Elaborar uma cartilha com orientações sobre a linguagem de pessoas com Alzheimer, com fins de orientação a cuidadores e familiares de pessoas com DA.

3.2 Específicos:

- a) Apresentar uma síntese sobre características da DA.
- b) Orientar, utilizando um linguajar simples, cuidadores e familiares com relação à linguagem na DA.
- c) Indicar estratégias de como interagir de maneira mais eficaz com pessoas com DA com o intuito de facilitar a comunicação e evitar o estresse na interação.
- e) Elaborar textos multimodais que focalizem situações cotidianas vivenciadas pelas pessoas com DA e distintos interlocutores, a fim de facilitar o entendimento dos cuidadores com relação às peculiaridades da linguagem na DA.

4) JUSTIFICATIVA

A relevância deste projeto se justifica na medida em que: (i) se baseia em aprofundada bibliografia com relação aos assuntos descritos; (ii) se propõe a construir estratégias de comunicação que facilitem a convivência entre pessoas com DA e seus pares; (iii) pretende auxiliar no acompanhamento e na melhoria da qualidade de vida de pessoas com DA;

5) REFERENCIAL TEÓRICO

Para o estudo de tais questões nos embasaremos nos estudos da Sociolinguística Interacional. Dessa forma, tomaremos como norte, essencialmente, os estudos de Tannen & Wallat (2002 [1987]). Além disso, levaremos em conta diversos estudos empreendidos com relação à linguagem do idoso, principalmente com relação à linguagem do idoso com Alzheimer, observando, também, trabalhos advindos da Neurolinguística e da Psicolinguística.

6) METODOLOGIA

Num primeiro momento buscaremos resgatar bibliografia específica sobre a linguagem de pessoas com DA, assim como elencar possíveis problemas de linguagem que possam surgir em decorrência da DA.

Os dados observados para a elaboração da cartilha serão os mesmos utilizados na dissertação, porém pretendemos estender nosso corpus por meio de entrevistas feitas a distintos cuidadores de pessoas com DA, com a finalidade de elencar várias dificuldades de comunicação encontradas pelos cuidadores quando em interação com as pessoas com DA.

Na sequência, analisaremos os dados coletados sob a perspectiva da teoria dos enquadres interativos e tentaremos empreender a elaboração da cartilha, apresentando ao menos um capítulo com ilustrações de situações cotidianas envolvendo pessoas com DA e cuidadores, a fim de facilitar o entendimento de todos que tiverem acesso à cartilha.

7) REFERÊNCIAS

BATISTA, Gisleine Fonseca. Aspectos pragmáticos na linguagem de um sujeito com diagnóstico de Demência de Alzheimer. **Língua, Literatura e Ensino**. Maio/2009 – vol. IV p. 271-281.

BEILKE, H.M.B. Considerações sobre a relação *linguagem-memória*, à luz da análise linguística dos enunciados de sujeitos com diagnóstico de demência de Alzheimer. **Língua, Literatura e Ensino**. Maio/2007. Vol.II

_____. **Linguagem e memória na Demência de Alzheimer**: contribuições da neurolinguística para a avaliação da linguagem. Dissertação (mestrado), Unicamp, IEL. Campinas, SP: [s.n], 2010.

BERTOLUCCI, Paulo Henrique Ferreira; ORTIZ, Karin Zazo. Alterações de linguagem nas fases iniciais da Doença de Alzheimer. **Arq. Neuropsiquiatr** 2005;63(2-A), p. 311-317.

CRUZ, Fernanda Miranda da. **Uma perspectiva enunciativa da relação entre linguagem e memória no campo da neurolinguística**. Dissertação de mestrado em linguística. IEL/UNICAMP, 2004.

_____. **Linguagem, interação e cognição na doença de Alzheimer**. Campinas, SP: [s.n.], 2008.

GAMBURGO, Lilian Juana L. de. Envelhecimento, Linguagem e Qualidade de vida. Data do artigo: 03/12/2002. Disponível em: <<http://www.fonoaudiologia.com/trabalhos/artigos/artigo-033.htm>> Acesso em: 28/05/2012

GOMES, Juliana Brazolin. A linguagem em sujeitos com Demência de Alzheimer, sob a ótica de uma concepção enunciativo-discursiva. **Estudos Linguísticos** XXXVI(2). Maio-agosto, 2007. P. 293/300

MACHADO, J.C.B. Doença de Alzheimer. In: Freitas, E.V. (colab.) **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. RJ: Guanabara Koogan, 2002, cap. 15, p. 133-147.

MANSUR, L.L. Avaliação da linguagem nas demências. In: CAIXETA, L. (Org.) **Demência**: abordagem multidisciplinar. 1.ed. RJ: Atheneu, 2006, v.1.

PARENTE, M.A.M.P.; SABOSKINSKY, A.P.; FERREIRA, E.; NESPOULOUS, J.L; Memória e compreensão da linguagem no envelhecimento. **Estud. interdiscip. envelhec.**, Porto Alegre, v.1, p. 57-76, 1999.

PINTO, Rosana do Carmo Novaes; BEILKE, Hudson Marcel Bracher. Avaliação de linguagem na Demência de Alzheimer. **Estudos de Lingua(gem)**, v.6,n.2, Vitória da Conquista, 2008, p.91-126

TANNEN, D.; WALLAT, C. (1987) Enquadres interativos e esquemas de conhecimento em Interação: Exemplos de um exame/consulta médica, em RIBEIRO, B. e GARCEZ, P. (orgs.). **Sociolinguística Interacional**. São Paulo: Edições Loyola, 2002. P. 183-214.

ANEXO VI

TERMO DE ANUÊNCIA

Eu, **TEODOLINA AMÉLIA SCALZER SEGRINI**, viúva do *de cujus* **ARLINDO SEGRINI**, inscrita no CPF sob o n.º 680.092.167-04, CI n.º 1.628.07, residente e domiciliada à Rua Mahatma Gandhi, n.º 326, Santa Inês, Vila Velha, ES, CEP: 29.108-060, venho por meio do **TERMO DE ANUÊNCIA autorizar** a Srta. **BÁRBARA SCALZER MAIA**, brasileira, solteira, universitária, CI n.º 1.982.900/ES, inscrita no CPF sob o n.º 104.690.567-89, residente à Rua Mahatma Gandhi, n.º 326, Santa Inês, Vila Velha, ES, a utilizar *post mortem* todos os dados obtidos pelos meios de gravações de áudio e vídeo dentre outros referente ao Sr. ARLINDO SEGRINI, no ano de 2011, na época portador da Doença de Alzheimer, falecido em abril de 2012, com intuito dos mesmos serem utilizados na Dissertação de mestrado da mestranda Bárbara Scalzer Maia, intitulada como "INTERAÇÃO ENTRE DIFERENTES INTERLOCUTORES E UMA PESSOA COM ALZHEIMER: UM OLHAR PARA O ENQUADRES INTERATIVOS". Justifica-se tal pleito, posto que o Sr. Arlindo Segrini (*de cujus*) na época era totalmente incapacitado, declarando ainda a Sra. Teodolina Amélia Scalzer Segrini que não tiveram filhos em comum, sendo a mesma exclusiva responsável legal do *de cujus*.

Nestes termos, firmo o presente para que surta os devidos efeitos legais.

Vila Velha, 25 de janeiro de 2013.



Teodolina Amélia Scalzer Segrini
TEODOLINA AMÉLIA SCALZER SEGRINI
CPF 680.092.167-04

CARTÓRIO DO IJES - TABELIONATO E REGISTRO CIVIL
Rua São Luiz, 213, Ibes, Vila Velha-ES - Tel. (27) 3340-5782
Reconheço POR SEMELHANÇA a firma de TEODOLINA AMÉLIA SCALZER SEGRINI.
Em Test. da verdade, Vila Velha-ES, 25 de janeiro de 2013, 14:56
WESLEY WAGNER DE OLIVEIRA DE SOUZA - Escrivente Autorizado
Funcionário: TATIELEM FERREIRA ALVES -- Cod: 65DSMAT9RR
Selo: 024538 RMJ1301.11435 - consulte autenticidade em www.t.jes.jus.br
Emolumentos: R\$ 3,73 Encargos: R\$ 0,63 Total: R\$ 4,36

