



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
DEPARTAMENTO DE LETRAS CLÁSSICAS E VERNÁCULAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM LINGUÍSTICA

**LINGUAGEM E COGNIÇÃO EM PORTADORES DE ALZHEIMER:
UMA ABORDAGEM SOCIOCOGNITIVA**

Anna Mayra Araújo Teófilo

João Pessoa
2012

ANNA MAYRA ARAÚJO TEÓFILO

**LINGUAGEM E COGNIÇÃO EM PORTADORES DE ALZHEIMER:
UMA ABORDAGEM SOCIOCOGNITIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Linguística do Centro de Ciências Humanas e Letras da Universidade Federal da Paraíba, como requisito regular para a obtenção do título de Mestre.

Orientador:

Prof. Dr. Jan Edson Rodrigues Leite

João Pessoa/PB
2013

T314l Teófilo, Anna Mayra Araújo.
Linguagem e cognição em portadores de Alzheimer: uma
abordagem sociocognitiva / Anna Mayra Araújo Teófilo.-- João
Pessoa, 2013.
131f.
Orientador: Jan Edson Rodrigues Leite
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCHL
1. Linguagem - aspectos cognitivos. 2. Cognição *social*.
3. *Interação social*. 4. *Doença de Alzheimer*.

UFPB/BC

CDU: 800.1(043)

ANNA MAYRA ARAÚJO TEÓFILO

**LINGUAGEM E COGNIÇÃO EM PORTADORES DE ALZHEIMER: UMA
ABORDAGEM SOCIOCOGNITIVA**

Data da defesa: João Pessoa, 02 de abril de 2012

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Jan Edson Rodrigues Leite
Orientador - UFPB

Profa. Dra. Marianne Carvalho Bezerra Cavalcante
Membro Interno - UFPB

Profa. Dra. Evangelina Maria Brito de Faria
Membro Interno - UFPB

Profa. Dra. Elizabeth Marcuschi
Membro Externo - UFPE

“Aquele que cede ante ao obstáculo, que desiste diante da dificuldade já perdeu a batalha sem a ter enfrentado. Não raro, o obstáculo e a dificuldade são mais aparentes que reais, mais ameaçadores do que impeditivos. Só se pode avaliar após o enfrentamento. Ademais, cada vitória conseguida se torna aprimoramento da forma de vencer e cada derrota ensina a maneira como não se deve tentar a luta. Essa conquista é proporcionada mediante o esforço de prosseguir sem desfalecimento e insistir após cada pequeno ou grande insucesso. O objetivo deve ser conquistado e, para tanto, a coragem do esforço contínuo é indispensável. Muitas vezes será necessário parar para refletir, recuar para renovar forças e avançar sempre. É uma salutar estratégia aquela que faculta perder agora o que é de pequena monta para ganhar resultados permanentes e de valor expressivo depois.”

Joanna de Angelis

AGRADECIMENTOS

A Deus por sua incomensurável bondade e misericórdia, reveladas em toda minha existência, especificamente quando da elaboração desta dissertação ao me encher de bênçãos e dádivas diante das adversidades vivenciadas, dando-me força e proporcionando minha maturidade.

Aos meus pais, Arnaldo e Fátima, por nunca medirem esforços para que eu me tornasse a pessoa e profissional que hoje sou. Minha eterna gratidão por se dedicarem à realização de todos os meus sonhos, pelo amor incondicional e por acreditarem em meu potencial, sempre e sem nunca olvidar.

Às minhas irmãs, Aiza e Ivete, ao meu cunhado Alysson, pela amizade e carinho a mim dedicados.

Aos meus amigos André Dantas de Medeiros, Bárbara Kattylcea Galeno Palitot Desirée Castro Soares Machado, Fábila Clara Oliveira Ventura, Mônica Cristina de Souza Oliveira e Thaís Pâmela Ferreira Amorim. Estas por me protegerem, acolherem, ajudarem sem restrições, aquele por transmitir a paz e serenidade sempre oportuna a minha vida.

Aos companheiros acadêmicos de pós-graduação e grandes confidentes Estêvão Domingos Soares de Oliveira, Larissa Meireles da Silva, Mábia Nunes Toscano, Thiago Barros Mendes pela grande cumplicidade e ajuda.

À Expedito Fonseca de Sousa, exemplo de determinação; Gizelda Carneiro Arnaud pelo exemplo de vida que devo seguir, sempre; Glória Maria Pimenta Cabral, personificação de carinho e bondade; Maria das Neves Franca, eterna amiga e mestre de grandiosíssima importância em minha vida, Mônica Rodrigues de Araújo Souza pela inteligência, tranquilidade que são fonte de inspiração constante e Rômulo Rhemo Palitot Braga, com ele a ciência se torna brincadeira, diversão.

Aos meus tios Haroldo Antônio Batista Farias (*in memoriam*), Severino Carlos de Oliveira (*in memoriam*) e Sônia Maria de Oliveira Dias (*in memoriam*) que muito contribuíram para a minha jornada, mas, que já não estão mais presentes para vê-la concretizada, amor que levarei por toda eternidade.

A toda minha família, minha força vital, continuamente, eterno amor.

Aos idosos participantes da pesquisa, meu carinhoso agradecimento por todas as tardes comigo compartilhadas e por todo amor, esforço e benevolência que me foram ofertados durante o período que estive na Instituição da pesquisa.

Ao meu orientador, Jan Edson Rodrigues Leite, um agradecimento especial por toda compreensão, ajuda e acolhimento, ao longo desses cinco anos, na área da interação e cognição e por ter moldado a acadêmica que hoje sou.

Aos Mestres e Doutores que formam o corpo docente da Universidade Federal da Paraíba por contribuírem para a construção do meu saber e por terem me guiado na jornada do mundo linguístico e literário.

A todos, que de alguma forma contribuíram para a realização desse sonho, os meus mais sinceros agradecimentos.

RESUMO

A patologia Alzheimer é entendida como uma doença cerebral cuja razão de seu comprometimento ainda não é conhecida. Ela deteriora a estrutura e funcionamento cognitivo e é caracterizada por várias deficiências que alteram o desempenho mental e social do sujeito. A patologia Alzheimer afeta o funcionamento neurológico, os elementos cognitivos, a linguagem, a interação e o cotidiano dos indivíduos acometidos pela doença. O desenvolvimento desta pesquisa tem como objetivo a investigação de como os déficits cognitivos oriundos da doença de Alzheimer alteram o uso da linguagem nos processos de interação social. Um estudo integrado do neurocognitivismo e sociocognitivismo permite entender a linguagem conjuntamente com outros elementos cognitivos, assim como, acredita que o uso social da língua possui importante papel na construção do conhecimento. Três fenômenos serão destacados para análise. O primeiro investiga a correlação do declínio linguístico-cognitivo dos portadores, considerando os aspectos neurodegenerativos da doença, com o mundo social do paciente, que comprovadamente passa por grandes alterações no transcorrer da patologia, culminando em seu isolamento total na última fase. Por fim, realizaremos uma análise dos recursos linguísticos específicos utilizados por portadores de Alzheimer e a dinâmica interacional das quais participam os sujeitos portadores de Alzheimer. Nossos resultados, observados nos capítulos IV (diagnóstico, declínio linguístico-cognitivo e as maneiras de categorizar possíveis portadores de Alzheimer) e no capítulo V (a análise das ordenações sociocognitiva postas em uso na interação face a face), nos revelaram que a Doença de Alzheimer não apenas altera as estruturas cerebrais internas do indivíduo portador da patologia, mas, também, a linguagem, os déficits cognitivos dela constitutivos, a interação e as práticas sociais rotineiras desses sujeitos.

Palavras-chave: Linguagem, Cognição Social, Interação Social, Doença de Alzheimer.

ABSTRACT

The Alzheimer's pathology is understood as a brain disease whose reason for his commitment is not yet known. It deteriorates the cognitive structure and functioning and is characterized by several deficiencies that alter mental and social performance of the individual. The Alzheimer's disease affects neurological functioning, cognitive elements, language, interaction and daily life of individuals affected by the disease. The development of this research aims to investigate how cognitive deficits from Alzheimer's disease alter the use of language in social interaction processes. An integrated study of neurocognitivism and sociocognitivism allows us to understand the language in conjunction with other cognitive elements, and believes that the social use of language has important role in building the knowledge. Three phenomena will be placed for review. The first one investigates the correlation between linguistic and cognitive decline of patients, considering the aspects of neurodegenerative disease, with the social world of the patient, which proven undergoes major changes during the course of the disease, culminating in his/her total isolation in the last phase. Finally, we will perform an analysis of specific linguistic resources used by patients with Alzheimer's and the dynamic interaction of which involved individuals with Alzheimer's. Our results observed in chapter IV (diagnosis, linguistic and cognitive decline and possible ways to categorize patients with Alzheimer's) and in the chapter V (the sociocognitive analysis of ordinations put in use in face to face interaction) revealed that in Alzheimer's disease not only change the internal structures of the individual with brain pathology, but also the language, the cognitive deficits of its constituents, interaction and social practices of everyday individuals.

Key-words: Language, Social Cognition, Social Interaction, Alzheimer's Disease.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA -	American Psychiatric Association (Associação Americana de Psiquiatria)
CEP-HULW -	Comitê de Ética e Pesquisa Hospital Universitário Lauro Wanderley
CERAD -	Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (Consórcio para estabelecer um registro à Doença de Alzheimer)
DA -	Doença de Alzheimer
DMS-IV -	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
MEEM -	Mini Exame de Estado Mental
HC -	Abreviatura do nome do paciente 1
MC -	Abreviatura do nome do paciente 2
DB -	Abreviatura do nome do paciente 3
MSF -	Abreviatura do nome do paciente 4
MF -	Abreviatura do nome do paciente 5

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	12
1	POR UM APORTE TEÓRICO SOCIOCOGNITIVO DA LINGUAGEM	20
1.1	DO COGNITIVISMO AO SOCIOCOGNITIVISMO.....	21
1.2	POR UMA ABORDAGEM SOCIOCOGNITIVISTA.....	26
1.2.1	O Emprego da Hipótese Sociognitiva na Doença de Alzheimer.....	29
1.3	ESTUDOS CEREBRAIS NA DOENÇA DE ALZHEIMER.....	32
1.4	CORRELAÇÕES ENTRE AS DIVERSAS CIÊNCIAS COGNITIVAS NA DOENÇA DE ALZHEIMER.....	37
2	A INTERAÇÃO SOCIAL NA DOENÇA DE ALZHEIMER.....	40
2.1	A INTERAÇÃO FACE A FACE COMO ATIVIDADE CONJUNTA.....	43
2.2	PERSPECTIVA INTERACIONAL DA LINGUAGEM NA DOENÇA DE ALZHEIMER.....	45
2.3	A CONVERSAÇÃO COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL DAS ATIVIDADES INTERATIVAS HUMANAS.....	46
2.3.1	Mecanismo de Tomada de Turno.....	48
2.3.2	Reparo.....	50
2.3.3	Hesitação.....	51
2.4	A CATEGORIZAÇÃO PRESENTE NAS INTERAÇÕES COM INDIVÍDUOS DIAGNOSTICADOS COMO PORTADORES DE ALZHEIMER.....	52
2.5	DIFERENÇAS NEUROBIOLÓGICAS E INTERACIONAIS ENTRE INDIVÍDUOS QUE SE ENQUADRAM NA CATEGORIA ENVELHECIMENTO E OS SUJEITOS DIAGNOSTICADOS COM A DOENÇA DE ALZHEIMER.....	54
2.6	ATITUDES INTERATIVAS UTILIZADAS PELO INTERLOCUTOR DO PORTADOR ALZHEIMER PARA MAXIMIZAR A CONVERSAÇÃO E O ENTENDIMENTO.....	56
3	METODOLOGIA.....	57
3.1	O CONTEXTO DE DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA: ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	57
3.2	CRITÉRIOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS DE ELABORAÇÃO DO <i>CORPORA</i>	58
3.2.1	Sobre a Seleção dos Participantes.....	58

3.2.2	Sobre a Naturalidade das Atividades Gravadas.....	59
3.2.3	Elementos Éticos Referentes ao <i>Corpus</i>.....	59
3.3	COLETA DE DADOS.....	60
3.3.1	<i>Corpus</i>.....	61
3.3.2	Convenções da Transcrição.....	63
3.3.2.1	<i>Notação de Transcrição.....</i>	64
3.4	ATIVIDADE ANALÍTICA.....	66
4	ANÁLISE I: DIAGNÓSTICO, DECLÍNIO LINGUÍSTICO-COGNITIVO E AS MANEIRAS DE CATEGORIZAR POSSÍVEIS PORTADORES DE ALZHEIMER.....	68
4.1	DIAGNÓSTICO E OBSERVAÇÃO DO MINI EXAME DO ESTADO MENTAL.....	71
4.1.1	Diagnóstico.....	71
4.1.2	Observação da Estruturação do mini exame do Estado Mental.....	74
4.2	ANÁLISES.....	78
4.2.1	O Declínio Linguístico-cognitivo dos portadores considerando os aspectos Neurodegenerativos e Sociais da Doença.....	78
4.2.2	Possíveis categorias identitárias as quais podem surgir diante de um diagnóstico de Doença de Alzheimer.....	87
4.3	DISCUSSÃO.....	97
5	ANÁLISE II: A ANÁLISE DAS ORDENAÇÕES SOCIOCOGNITIVAS POSTAS EM USO NA INTERAÇÃO FACE A FACE.....	100
5.1	EVIDÊNCIAS DA HESITAÇÃO ENVOLVENDO PORTADORES DE ALZHEIMER.....	102
5.2	EVIDÊNCIAS DO REPARO NA INTERAÇÃO ENVOLVENDO PORTADORES DE ALZHEIMER.....	109
5.3	REPETIÇÃO: UM CASO ESPECIAL DE RECURSO INTERACIONAL NA DOENÇA DE ALZHEIMER.....	114
5.4	UMA OBSERVAÇÃO PERTINENTE: A IMPORTÂNCIA DA ANÁLISE DOS FATORES MULTILINGUÍSTICOS NAS DIFERENTES FASES DA DOENÇA DE ALZHEIMER.....	121
5.5	DISCUSSÃO.....	124
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	126
	REFERÊNCIAS.....	129

INTRODUÇÃO

No mundo contemporâneo, mudanças na esfera populacional revelam o aumento do número de idosos e indicam a necessidade de se diagnosticar, prevenir e tratar doenças provenientes do comprometimento cognitivo presentes no envelhecimento, que prejudicam a independência e inserção social desses indivíduos. Nesse sentido, é necessária a compreensão dos sinais e sintomas vinculados ao envelhecimento, não apenas nos seus aspectos neurobiológicos, mas também sociais e comportamentais, levando-se sempre em consideração as relações entre linguagem, interação e declínio sociocognitivo.

A *American Psychiatric Association* (Associação Americana de Psiquiatria, ou, apenas APA) criou, em 1994, o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (o DMS IV)¹ e, de acordo com esse documento, consideram-se dementes os indivíduos que evidenciam deterioração cognitiva particularmente da memória, a qual afeta as atividades da vida cotidiana. A Doença de Alzheimer (DA) se insere entre os quadros progressivos irreversíveis, cujo declínio cognitivo tem bases estruturais, com tempo de evolução variável, sendo a sobrevida, em média, de oito anos após o início dos sintomas (CARAMELLI, 1998).

Atualmente, especialmente nas neurociências, apesar de ainda existirem divergências e indefinições em torno da linguagem e cognição na Doença de Alzheimer, muito se tem desenvolvido com relação ao conhecimento da linguagem nessa doença. Essa contribuição é oriunda de uma análise dos processos cognitivos de maneira global, ou seja, é na investigação conjunta de que aspectos são alterados e preservados, durante a evolução da doença, em elementos cognitivos como a memória, atenção, raciocínio, que a neurociência também descobre problemas relacionados à linguagem na DA.

Nas descrições clássicas da fonoaudiologia, mencionam-se alterações marcantes em aspectos léxico-semânticos (e pragmáticos) com relativa preservação dos fonológico-sintáticos, de rara ocorrência até os estágios mais avançados. O agravamento dos distúrbios de linguagem pode ser correlacionado à intensificação

¹ Apesar do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (o DMS) já estar em sua décima edição, adotamos o DMS IV em razão do uso dos profissionais da saúde, que nos guiaram no mundo biomédico da Doença de Alzheimer, por determinado instrumento.

do acometimento cognitivo. Em fases avançadas, o indivíduo pode manter habilidades comunicativas que revelam sua capacidade de readaptação funcional, apesar da redução da iniciativa, espontaneidade, limitação de vocabulário e dificuldade de organizar idéias e fornecer informações precisas.

Nesse sentido, estudos recentes na linguística, psicologia, fonoaudiologia (e a própria proposta desta dissertação) sugerem que ao lado das perdas e permanência do conhecimento integrado à linguagem, aspectos como a repetição, reconhecimento do próprio nome e habilidades sociais continuam mantidos. Essas capacidades têm sido apreciadas em propostas de intervenção na área de reabilitação cognitiva.

As relações entre linguagem e déficits cognitivos são entendidas neste projeto a partir de uma perspectiva sociocognitiva e interacional que compreende a cognição humana através de processos interativos e (inter) subjetivos humanos, do trabalho linguístico-discursivo dos sujeitos e das experiências socioculturais, das condições pragmáticas, históricas, ideológicas que norteiam sua ação no mundo. Partindo desse ponto de vista, todos esses processos organizam e definem a relação entre mundo social e mundo mental.

Observa-se que a Doença de Alzheimer não modifica exclusivamente as estruturas cerebrais internas, mas os processos cognitivos, a linguagem, o comportamento, a interação e a organização das práticas sociais habituais. Sendo assim, a idéia de *declínio* que esta pesquisa científica apresenta é ampliada a um nível de desorganização global que só pode ser compreendida levando-se em consideração ao mesmo tempo a desorganização das estruturas internas do cérebro e a desorganização, em diversos níveis, da vida social e das práticas interativas humanas.

De um modo geral, pretendemos discutir e investigar a linguagem na Doença de Alzheimer e questões a ela relacionadas nesta dissertação como os déficits cognitivos e o sujeito portador de Alzheimer dentro de uma estrutura sociocultural e global (FOUCAULT, 1954)² de uma doença mental, em complemento às exposições que consideram mais relevantes a investigação do cérebro e de suas estruturas

² Apesar de os aportes teóricos utilizados nessa pesquisa não possuírem como base crucial os postulados de Michel Foucault, suas obras, que envolvem a psiquiatria, como “Doença Mental e Psicologia” (1954), são fundamentais no tocante ao entendimento das doenças mentais e às mudanças na vida social que uma demência pode acarretar.

nerológicas na tentativa de compreender os declínios cognitivos nos quadros de DA.

O **objeto de estudo** desta pesquisa é a investigação da linguagem e dos déficits cognitivos em portadores de Alzheimer a partir de uma perspectiva social e interacional. Ou seja, o intuito é demonstrar que durante a evolução da doença e, conseqüentemente, do comprometimento cognitivo, altera-se também a linguagem, os processos interativos e, finalmente, a vida social do indivíduo portador de Alzheimer.

O **problema** que se propõe com relação à pesquisa da linguagem na Doença de Alzheimer, oriundo não apenas de uma perspectiva neurobiológica mas também sociocognitiva, pode ser estabelecido da seguinte maneira: sendo a doença de Alzheimer uma patologia incapaz de conter o avanço do declínio cognitivo e que altera as bases neurais dos indivíduos que a portam, qual relação entre linguagem e cognição nos déficits cognitivos sofridos pelo portador de Alzheimer?

Assim sendo, o projeto teve como base as seguintes **perguntas de pesquisa**: A evolução dos distúrbios de linguagem pode ser correlacionada à intensificação do acometimento cognitivo? Como a doença de Alzheimer modifica apenas as estruturas cerebrais internas, ou também os processos cognitivos, a linguagem, o comportamento, a interação e a organização das práticas sociais habituais? O declínio cognitivo presente na doença de Alzheimer altera o uso da linguagem nos processos de interação social?

O desenvolvimento desta pesquisa tem como **objetivo geral** a investigação de como os déficits cognitivos decorrentes da patologia Alzheimer afetam o uso da linguagem nos processos de interação social.

Já em termos mais **específicos**, esta pesquisa objetiva:

1. Analisar as ordenações sociocognitivas postas em uso na interação face a face e o emprego de certos recursos linguísticos específicos por portadores de Alzheimer.
2. Investigar o declínio linguístico-cognitivo dos portadores considerando os aspectos neurodegenerativos e sociais da doença.
3. Analisar as relações identitárias e a dinâmica interacional das conversações das quais participam os sujeitos com D.A.

A **hipótese** do projeto sugere que toda atividade interacional pressupõe um modelo cognitivo de base e acredita que a interação e os elementos que a compõem são determinantes no estabelecimento e na compreensão da cognição humana.

A **justificativa** de tal hipótese é dada nas palavras de Morato (2007, p.149) que menciona: “Não há possibilidades integrais de pensamento ou domínios cognitivos fora da linguagem, nem possibilidade de linguagem fora de processos interativos humanos”.

Entende-se por pesquisa o conjunto de atividades organizadas e voltadas para a busca da construção de conhecimento que tem como objetivo maior o processo de aprendizagem tanto do sujeito que a realiza quanto da sociedade na qual esta se desenvolve. Partindo desse pressuposto, de acordo com os procedimentos técnicos utilizados, a pesquisa é de cunho experimental devido ao fato de ter como base uma investigação empírica que envolve a manipulação de dados na tentativa de estabelecer relações de causa-efeito nas variáveis investigadas.

O trabalho envolve propriedades desenvolvidas pela pesquisa experimental tais como: a seleção aleatória e a manipulação de variáveis independentes. A variável dependente diz respeito à análise da relação entre linguagem, interação e declínio cognitivo em portadores de Alzheimer. Já as variáveis independentes avaliam se fatores como sexo, idade e escolaridade têm influências ou não nos estudos da linguagem e cognição voltados aos portadores de Alzheimer. Finalmente, a pesquisa conta também com um grupo de controle não – Alzheimer para comparação de resultados do teste intitulado mini-exame mental utilizado para diagnósticos da patologia Alzheimer.

Os dados desta pesquisa foram coletados dentro de um ambiente institucional, a saber, no Lar de Idosos Vila Vicentina da Júlia Freire localizado na Torre, sob supervisão da Professora responsável pelo centro. Sendo assim, desde então fica claro que para a realização da pesquisa foi necessária a aceitação do projeto (protocolo CEP/HULW nº 275/10, em 25/05/2010) por um comitê ético e jurídico responsável pelos projetos acadêmicos que envolvem a resolução de questões pertinentes à categoria Alzheimer.

A pesquisa contou com questionários e gravações das rotinas interacionais dos cinco portadores de Alzheimer envolvidos. Vale salientar, nesse ponto, que todos os sujeitos envolvidos no trabalho de coleta de dados foram amparados com a

resolução 196/96 no sentido de que eu (enquanto pesquisadora) estive ciente da necessidade de respeito à autonomia do participante da pesquisa, da garantia do anonimato que assegure a privacidade dos envolvidos quanto aos dados confidenciais, desconfortos e riscos possíveis e os benefícios esperados, entre outros. A pesquisa foi realizada através de gravações feitas durante as observações participativas e, além disso, foram utilizadas anotações de campo, coleta de materiais e documentos empregados para a validação das hipóteses e asserções.

A partir de Gumperz (1992) a transcrição de dados orais tende a observar aspectos como a particularização dos conhecimentos linguísticos, paralinguísticos e socioculturais que devem ser partilhados para que a interação seja bem sucedida. Esta perspectiva ultrapassa a análise de estruturas e atinge os processos cooperativos presentes na atividade conversacional: o problema passa da organização à interpretação. Ainda, para Marcuschi (1986: 10-13), não existe uma transcrição de conversação que seja melhor do que a outra: “todas são mais ou menos boas”, dependendo do objetivo do analista. Além desta perspectiva, foram utilizados os enfoques teórico-metodológicos de Clark (1992, 1996) e Mondada (2004), para tratamento dos dados segundo os enquadres comunicativos por eles propostos, a partir de uma visão sociointeracional do uso da língua.

Na contemporaneidade, o mundo científico, diante da crise paradigmática das ciências como atividades estanques e não complementares, tem optado por uma junção maior de suas áreas a partir da chamada interdisciplinaridade. Dessa maneira, a pesquisa exposta, visa à realização de uma discussão interdisciplinar que envolve a linguística, as ciências cognitivas e os estudos de base social sobre a interação humana. Dessa forma, da união das três disciplinas, procura-se a determinação de uma teoria voltada tanto para o estudo do declínio sociocognitivo na cognição (em outras palavras, para o declínio sociocognitivo na doença de Alzheimer), quanto para os estudos cognitivos de orientação sociointeracional.

O problema da cognição e de fatos a ela relacionados tem sido desafios constantes em programas da Linguística Cognitiva do início deste século. Marcuschi (2003), além de elencar alguns desses problemas (a referenciação, significação), propõe a adoção de um conceito de língua que não se restrinja apenas as idéias das teorias internas ou externas da linguagem, mas, que a considere como uma realidade que resulta da junção de elementos internos e externos. Ou seja, em outras palavras, a língua ultrapassaria sua face apenas

formal, funcional, e permitiria a concepção de uma cognição resultante das ações do indivíduo com o seu meio e com as predisposições do seu próprio organismo.

Desta maneira, Morato (2006) relaciona linguagem e cognição como propriedades mutuamente integrantes e constitutivas as quais possuem adequações interativas e dialógicas que guiam os processos ideológicos, culturais e intersubjetivos que as compõem. Além disso, fatores presentes nas pesquisas de Morato como os diferentes processos de significação, a interação humana, as propriedades do ideológico, o inconsciente e a própria relação da Neurolinguística com a cognição são tidos como cruciais na elaboração deste projeto de pesquisa.

Nos estudos das neurodegenerescências percebemos que a Doença de Alzheimer, além de alterar as estruturas cerebrais internas, afeta também a linguagem, os déficits cognitivos dela constitutivos, a interação e as práticas sociais rotineiras do indivíduo. Nesse sentido, Cruz (2008) observa que as limitações provenientes da DA relacionadas à linguagem são reveladas nas interações e (re) organizadas pelos participantes dentro das estruturas de base da linguagem e da interação social.

Salomão (1999) entende a linguagem como uma realidade interativa que disponibiliza aos indivíduos a oportunidade dos mesmos desenvolverem atividades cotidianas desde as mais simples (como o ato de relatar a história de suas vidas) até as mais complexas (como o ato de avaliar situações e a tentativa de influenciar seu interlocutor, por exemplo). Mondada (2001) reforça essa postura ao entender a linguagem como uma atividade sociocognitiva e interacional resultante de uma ação articulada dos sujeitos no mundo.

Outro fator de grande importância teórica para a constituição dessa pesquisa é o estudo das atitudes comunicativas dos falantes envolvidos na interação. Entende-se por atitudes comunicativas as estratégias desenvolvidas na interação, que atuam como formas de inclusão e de reconstrução operadas intraturno e interturno, as quais são próprias da organização que ocorre na conversação face a face. De acordo com Koch (1992) e Rodrigues-Leite (2004) como exemplos desses fenômenos podemos citar a Avaliação, a Correção, o Reparo, a Hesitação, a Repetição, o Riso.

Tomasello (1999) reforça a importância de se considerar, numa investigação sociocognitiva da linguagem, as ações colaborativamente construídas. Ele enfatiza que a cooperação, “a habilidade em se engajar em ações conjuntas”, seria a origem

de outras habilidades sociocognitivas e possivelmente uma característica única dos seres humanos.

A importância de se pesquisar a Doença de Alzheimer a partir de uma perspectiva que envolve seu diagnóstico contribui para a formação de novas maneiras de organização social, hábitos linguísticos e de práticas de memória que determinam quais fatores estarão em jogo na interpretação dos dados linguísticos apresentados.

Sendo assim, este projeto procura analisar, como questões pertinentes, o papel do interlocutor não-Alzheimer no desenvolvimento do discurso; a determinação das variáveis que possuem funções relevantes às atividades linguísticas e comportamentais nos pacientes diagnosticados como portadores de Alzheimer; e, a partir de uma perspectiva interacionista e sociocognitivista, a sugestão de uma linguagem “particular” como pertencente aos indivíduos com DA.

A pesquisa, realizada neste trabalho, é apresentada em cinco capítulos. O primeiro capítulo, de caráter teórico, apresenta um breve histórico do cognitivismo, em suas acepções mais clássicas, até a sua chegada ao sociocognitivismo. Após essa contextualização inicial, caracterizamos a teoria sociocognitiva e conexonista, sempre as relacionando com a patologia Alzheimer, ou seja, procurando evidências empíricas da materialização de cada uma dessas teorias na vida de um indivíduo portador de Alzheimer. Dessa maneira, após essas observações, percebemos que longe de atuarem como postulados opostos, essas teorias são, na realidade, complementares.

O segundo capítulo, também de caráter teórico, trata da interação social na Doença de Alzheimer. Assim, apresentamos uma breve contextualização da história dos estudos interativos e, depois, tratamos de questões mais particulares à interação, como o fato dela ser sempre uma atividade conjunta, base da organização social das práticas humanas, que é visivelmente afetada com a evolução do declínio cognitivo sofrido pelo portador de Alzheimer.

Em seguida, no capítulo três, temos a metodologia. Como já mencionamos anteriormente, a pesquisa mais adequada a nossa proposta investigativa é a experimental. Consequentemente, esse capítulo dedica-se a apresentar o contexto de desenvolvimento da pesquisa, seus aspectos metodológicos e teórico-metodológicos, as formas de transcrição e análise dos dados apresentados e a atividade analítica.

Em uma parte da dissertação destinada à análise, iniciamos o capítulo quatro investigando as relações entre o declínio linguístico e cognitivo dos portadores e as categorias identitárias emergentes no processo interacional dos quais participam indivíduos com Doença de Alzheimer. Para tanto, realizamos uma observação minuciosa que levou em consideração o diagnóstico (o Mini Exame de Estado Mental mais tomografias e/ou ressonâncias), os elementos que compõem a estruturação desses diagnósticos e as categorias as quais emergem na conversação para esses possíveis portadores de Alzheimer diagnosticados.

Finalmente, o quinto capítulo analisa as ordenações sociocognitivas realizadas na interação face a face. Essas ordenações tratam do que mais cedo foi chamado de “atitudes comunicativas do falante”. Ou seja, são elementos os quais atuam como fenômenos inclusivos e reconstrutivos e que, justamente por essa razão, são tidos como recursos frequentemente presentes e atuantes no discurso tanto do portador de Alzheimer (a depender da fase e como maneira de organização conversacional e, conseqüentemente, interativa) quanto do seu interlocutor não-alzheimer.

1 POR UM APORTE TEÓRICO SOCIOCOGNITIVO DA LINGUAGEM

“A linguagem é a expressão adequada de todas as realidades?”

Friedrich Nietzsche

As palavras iniciais aqui alocadas procuram discutir teorias voltadas para uma pesquisa que agrega postulações de bases filosóficas e epistemológicas diferentes com o objetivo de demonstrar a importância do trabalho integrado entre *neurocognitivismo* e *sociocognitivismo* na observação do declínio cognitivo sofrido por Portadores de Alzheimer durante o desenvolvimento da já mencionada doença. Essa tentativa de junção decorre do fato da Doença de Alzheimer ser, na maioria das vezes, determinada apenas do ponto de vista biológico/médico da patologia, ou, apenas do ponto de vista estritamente social da demência, mas, nunca a partir de uma perspectiva que integre conjuntamente esses dois fatores.

Já que o capítulo se trata de cognição, cabe-nos compreender como o conhecimento se estrutura na mente/cérebro humano. Um tipo de abordagem neural da cognição, diferentemente das teorias cognitivas clássicas, rejeita tanto a modularidade³ quanto o inatismo⁴ e entende a linguagem conjuntamente com os outros tipos de cognição (como a memória e visão, por exemplo). Ou seja, a linguagem, além de não ser considerada um elemento isolado cognitivamente dos outros existentes no cérebro, é compreendida como uma ação cognitiva por excelência que é resultante da experiência humana.

O *sociocognitivismo*, de outra forma, acredita que o uso social da língua tem importante papel na construção do conhecimento. Dessa forma, a maneira como falamos as coisas aos indivíduos de nosso convívio resulta de nossa atuação linguística sobre o mundo com a língua, de nossa inclusão social e cognitiva no mundo e de elementos culturais e conhecimentos diversos os quais adquirimos socialmente.

³ O termo modularidade da mente é uma analogia feita com o sistema computacional que é dividido em módulos em que, cada um deles, teria uma respectiva função. Dessa forma, a mente humana seria também dividida em vários compartimentos (os módulos) tendo a linguagem como um deles.

⁴ O inatismo defende que o ser humano nasce biologicamente programado para fazer uso da linguagem, ou seja, em dado momento, ela se desenvolveria, naturalmente, nas crianças.

A argumentação apresentada nesta dissertação é a favor do tratamento sociocognitivo dado para o entendimento da linguagem e déficits cognitivos em Portadores de Alzheimer (embora, muitas vezes, seja salientado também a importância do neurocognitivismo enquanto ponto de vista físico/biológico). Assim, primeiramente, trabalhamos com uma hipótese de que a cognição é social por natureza e, depois, a partir dos enfoques conexionistas que favorecem o estudo cerebral da linguagem na DA, verificamos o que ocorre com o processo interacional nos vários estágios de declínio cognitivo referentes à categoria 'Portador de Alzheimer'. O objetivo maior é realizar uma análise de forma que se verifique que a Doença de Alzheimer não modifica exclusivamente as estruturas cerebrais internas, porém, os processos cognitivos, a linguagem, o comportamento, a interação e a própria organização das práticas sociais habituais.

1.1 DO COGNITIVISMO AO SOCIOCognITIVISMO

Para melhor entendermos os pressupostos da linguística cognitiva, faz-se necessária a realização de uma breve análise do panorama que caracterizava os estudos linguísticos no momento em que surgiu esse novo aporte teórico. As ciências cognitivas surgiram na década de 1950 de maneira interdisciplinar, como resposta às teorias behavioristas estudadas na época. Entende-se por behaviorismo a ciência (experimental) inaugurada por Watson, em 1913, que possuía como objeto de estudo o comportamento e como meta a previsão e controle deste comportamento. Ou seja, diferentemente do que a ciência cognitiva inicial entendia, o behaviorismo detinha suas investigações em estudos do comportamento externamente observável e mensurável e não considerava nada que fosse correlacionado ou interligado com o estudo da mente como uma entidade inata.

Inicialmente, a abordagem dos aspectos mentais, internos, subjetivos relacionados com a linguagem surgiu a partir da postulação das teorias de Noam Chomsky no modelo científico que ficou conhecido como gerativismo. Essa teoria visava à criação de sistemas computacionais os quais servissem de modelo para o conhecimento linguístico dos falantes/ouvintes de uma língua.

Ao fazer analogia da mente com um sistema computacional, Chomsky é um dos primeiros a conferir à aquisição da linguagem um caráter mental de natureza inata. Para ele, a criança apresenta, no cérebro, um dispositivo biológico autônomo

responsável pela linguagem que, ao amadurecer, possibilita o desenvolvimento das estruturas e habilidades inatas as tornando propícias à aprendizagem e uso da língua disponível.

A hipótese de Chomsky (1965) corrobora a metáfora do cérebro como um computador, e, além disso, as teorias sintáticas referentes aos estudos da linguagem. Entretanto, os componentes lexical, semântico e pragmático são 'esquecidos' nos estudos gerativistas e quase inexistentes nos postulados do próprio Chomsky, aparecendo mais através das contribuições de alguns dos seus colaboradores como Fillmore, George Lakoff e Ronald Langacker.

Assim, a partir das preocupações e reflexões referentes à estrutura semântica da língua, surgiram novos questionamentos dos pressupostos gerativistas os quais possibilitaram uma abordagem inovadora do fenômeno da linguagem: A linguística cognitiva.

A linguística cognitiva surgiu no final da década de setenta do século passado e se diferenciava da linguística gerativa principalmente por propor um estudo não apenas do conhecimento da linguagem, mas, do conhecimento a partir da linguagem.

A primeira geração do cognitivismo apresenta uma visão racionalista do pensamento humano. Ou seja, a partir da influência da lógica formal, o núcleo dos projetos dos cognitivistas clássicos era o estudo das representações formais, que se originavam da computação simbólica através da manipulação de sistemas de signos, oriundos, portanto, de uma mente descorporificada.

A segunda geração, que teve como grandes representantes Rosch (1978), Thompson (1991), Varela (1991), Lakoff (1987), apresenta a tese da corporificação. Como o próprio nome sugere, a mente não é mais vista como descorporificada e, então, passa a ser entendida como um fenômeno corpóreo que possui uma relação motivada entre a experiência corporal, linguística e cognitiva.

Em outras palavras, a teoria da corporificação não se limita apenas aos estudos empíricos sobre a mente ou a suposições filosóficas dadas *a priori*, ao contrário, seus postulados se baseiam na crença da existência de mecanismos cognitivos inatos aprendidos (esquemas imagéticos) os quais atuam realizando constante interação entre o organismo e o ambiente que o circunda.

Ou seja, nessa corrente, é a relação interativa corpe-mente-ambiente que nos proporciona a base, na maioria das vezes inconsciente, de nossa metafísica

cotidiana que nos fornece o sentido do que é real, em outras palavras, menos filosóficas, o sentido do que chamamos razão humana.

Assim, chegamos a um conceito bastante importante na teoria da corporificação: a categorização. A categorização, elemento bastante estudado por Rosch (ROSCH, 1978), é entendida como o raciocínio que é oriundo dos corpos e mentes em interação com o meio ambiente. Mais uma vez, como podemos perceber, nos remetemos a ideia de a cognição ser resultante da junção de mecanismos inatos e experienciais com o meio que envolve o indivíduo.

Entre a primeira e segunda geração temos o desenvolvimento do conexionismo (importante teoria da cognição também trabalhada em nossa pesquisa). De acordo com Teixeira (2005) o conexionismo é resultado de um grupo de abordagens nos domínios da psicologia cognitiva, ciência cognitiva, neurociência, inteligência artificial e filosofia da mente que investiga os fenômenos da mente e do comportamento como processos que nascem de redes formadas por unidades sensíveis interligadas. Existem muitas formas de se estudar o conexionismo, entretanto, as formas mais comuns são os modelos de redes neurais.

As ciências cognitivas de base conexionista surgiram, nas décadas de 60 e 70 do século passado, e foram influenciadas pela mesma lógica do cérebro como uma máquina. Segundo essa hipótese inicial, a mente humana era capaz de ser reproduzida em outros ambientes físicos e biológicos os quais não fossem necessariamente o cérebro, mas, por exemplo, uma máquina mecânica qualquer.

Atualmente, a ideia básica do conexionismo repousa no fato que processos mentais podem ser caracterizados por redes de unidades sensíveis e periodicamente iguais as quais se interligam (MCCLELLAND e RUMELHART, 1986). A maneira das conexões e das unidades tende a ser diferentes de um modelo para outro, por exemplo, há alguns modelos em que as unidades das redes podem representar neurônios e as conexões representar sinapses, e, outros, em que cada unidade da rede representa uma palavra e cada indicação uma similaridade semântica.

A maioria dos modelos conexionistas apresentam, no decorrer do tempo, mudanças na rede. Essa mudança é proporcionada pela *ativação* em que as unidades da rede se ativam por meio de um valor numérico que tenciona caracterizar algum aspecto da unidade. Trata-se de um modelo denominado “propagação de ativação” em que a ativação de uma unidade se estende a todas as

outras unidades conectadas a ela, esse modelo é característico das abordagens oriundas das redes neuronais e é muito comum na psicologia cognitiva.

Investigações mais recentes a respeito das redes neuronais conexionistas sugerem que o estudo das atividades mentais é, na realidade, o estudo dos sistemas neurais. Essa hipótese correlaciona o conexionismo com a neurociência a partir de um realismo biológico. Entretanto, tal teoria nos parece reducionista a partir do momento em que determina regiões funcionais equivalentes para estados mentais de origem física ou neurológica diferentes.

O conhecimento, no conexionismo, é tido como uma espécie de estado mental que é oriundo de entradas informacionais realizadas a partir de atividades neurais e fisiológicas (PREECE, 2005). Nesse aporte teórico, a mente é desconsiderada enquanto elemento e é dada importância ao cérebro enquanto meio fisiológico composto por neurônios capazes de processar as informações. Em outras palavras, é dever dos estudos focalizar o cérebro, substrato fisiológico, base dos processos cognitivos e não a mente, mera atividade consequente das conexões neuronais.

Um fator de grande relevância no conexionismo, assim como no enacionismo, é a questão da experiência. Segundo os pressupostos conexionistas defendidos por Macedo (2008), a aprendizagem surge a partir do momento em que conexões entre um grupo de neurônios são passíveis de modificações ou alterações resultantes da experiência. Longe de atuar com símbolos pré-determinados, a aprendizagem surge a partir de conexões realizadas entre os neurônios as quais, a partir da noção de experiência, apreendem o conhecimento e possibilitam as alterações determinadas.

Ou seja, o que ocorre é que os neurônios trabalham gradativamente, começa-se dos estados mais simples até os mais complexos. Em outras palavras, os estágios elementares dos neurônios, como a própria célula neuronal e os nodos⁵, ao entrar em contato com as informações recebidas do ambiente, proporciona o estado de ativação e este, conseqüentemente, possibilita a construção dos estados mais complexos.

No tocante a questão do conhecimento linguístico, o conexionismo não nega a existência de um fator genético que proporciona a aquisição cerebral. De acordo

⁵ Entende-se por nodos cada elemento de interconexão que faz parte de uma estrutura de rede. No exemplo acima, a célula neuronal, em conjunto com outras células, formará os nodos e, os nodos, também unidos, uma rede que representará algo complexo possibilitado e visualizado graças a ativação oriunda das informações recebidas do ambiente. É uma espécie do que chamamos "círculo em cadeia".

com Macedo (2007, p.17) “... este resulta, tanto no aspecto declarativo (verbalizável) quanto procedimental (manifestável por comportamentos), do convívio com os falantes”.

Os pressupostos conexionistas apresentam um certo avanço quando relacionados às ciências cognitivas de base simbólica e isso se deve ao fato dessas teorias levarem em consideração os estudos dos diversos princípios biológicos, de apresentarem modelos mais ajustados as explicações de ordem cognitiva e de poderem ser usados em outros domínios, como visão, percepção.

O conexionismo também desfaz a questão crucial das ciências cognitivas de base simbólica: a representação interna do conhecimento. Para ele o conhecimento não é dividido em módulos compartimentados de natureza inata, mas, resulta de um processamento de entrada em que inputs informacionais tanto internos quanto externos são dados de maneira simultânea e em diversas direções.

Os conceitos, longe de atuarem na memória como pacotes de palavras ou etiquetas do mundo, atuam como um conjunto de células nervosas em que são divididas, difundidas e espalhadas no cérebro. Em outras palavras, o conceito é um conjunto de traços lançados e desenvolvidos nos neurônios de forma que um único neurônio, sozinho, não seja capaz de possuir todos os subsídios que compõem um conceito, entretanto, apenas partes dessas informações.

Dessa maneira, os estudos aqui desenvolvidos se propõem a investigar o cérebro a partir de uma concepção científica que considere a importância da representação de tal órgão como uma entidade arquitetada a partir do conhecimento neurocientífico. Em outras palavras, levar-se-á em conta todas as contribuições da chamada cartografia cerebral para se resolver não só problemas de ordem metodológicas e epistemológicas, mas, para entendermos que razões físicas, químicas, biológicas ocorrem no cérebro de um portador de Alzheimer de maneira que o impossibilitem em suas atividades cognitivas normais, e, que alterem sua vida em um sentido bem mais amplo, ou seja, que demonstrem em que aspectos a demência irá alterar seus elementos cognitivos juntamente com outros aspectos como os sociais, históricos, culturais.

1.2 POR UMA ABORDAGEM SOCIOCOGNITIVISTA

O novo aporte teórico das ciências cognitivas que culmina no sociocognitivismo surge da defasagem do modelo cognitivista clássico, de herança cartesiana, o qual separa os fenômenos mentais dos sociais. Em outras palavras, as diversas discrepâncias existentes entre a separação dos fenômenos os quais ocorrem dentro da mente, dos processos que ocorrem fora da mente, proporcionaram um novo questionamento que passa a considerar a cultura e os fenômenos sociais como fatores constituintes da cognição humana.

Passa-se a entender a cognição a partir de uma perspectiva sociológica em que as características da sociedade não se confundem com as capacidades cognitivas e chega-se a teoria de que não há linguagem humana livre de um contexto social e cultural. Ou seja, a linguística cognitiva passa a reconhecer o fato de que a linguagem não só se estrutura em capacidades cognitivas gerais, mas também em competências culturalmente situadas e definidas.

De acordo com Langacker (1987, p.53), para entender a relação entre linguagem e cultura de maneira correta, precisamos levar em consideração a compreensão do desenvolvimento cognitivo balanceando capacidades psicológicas inatas e estruturas mentais estabelecidas a partir da experiência prévia, algumas pré-culturais e outras especificamente culturais.

Assim, no sociocognitivismo, a linguagem é tida como um lugar dialético onde processos internos se correlacionam com processos externos de forma que construam discursiva e intersubjetivamente interpretações públicas do mundo.

O propósito primário desta pesquisa repousa sobre a idéia de cognição como uma ciência a qual possibilite um estudo interconectado de alguns elementos de origem atencionista, outros conexionistas, e, a maior parte deles, base desse trabalho como um todo, de caráter sociocognitivo. Trata-se de uma tentativa de averiguar a importância da teoria da corporificação, face à antiga proposta cartesiana utilizada, e, de analisar o declínio cognitivo não apenas de uma perspectiva cerebral, mas, também, social.

A teoria da enação torna-se importante por ser a primeira a considerar a importância de um estudo interativo entre elementos neurobiológicos dos organismos com o meio físico, ecológico e sociocultural, que os rodeiam. Desta maneira, as pessoas não são mais consideradas como 'objetos soltos no ambiente',

em que o meio físico só exista por mero acaso, sem importância alguma. Mas, nessa nova visão, pessoas e meios físicos (ambientes) são tidos como um “todo mutuamente construído” (MACEDO, 2008, p.23).

Nessa perspectiva, o indivíduo ‘inteligente’ passa a ser estudado levando-se em consideração o cérebro/mente/corpo em interação com o mundo de forma que essa interação não ocorra de maneira estanque, entretanto, seja uma relação inteira, indissolúvel e que se transformem de maneira mútua. O atuacionismo procura investigar as experiências sensório-motrizas vivenciadas, levando-se em consideração os diversos contextos biológicos, psicológicos e socioculturais.

Apesar de concordarmos com alguns aspectos da teoria enacionista, eleger, unicamente, uma postura filosófica e epistemológica dentro da linguística cognitiva como a mais “correta” permite um reducionismo de análise com o qual essa pesquisa não quer se comprometer. Estudos atuais comprovam que a atuação deixa a desejar quando tenta explicar a questão da corporificação como uma prática cognitiva situada no social.

Rodrigues-Leite (2008, p.98) tenta nos explicar esse questionamento ao afirmar que, segundo essa visão, a corporificação é apenas um ponto de vista o qual trata dos processos cognitivos que surgem dentro do organismo e que se originam na interação e na ação. De acordo com ele, tratar tal teoria como um aporte teórico que também dê conta de uma prática social situada a partir, exclusivamente, de ações sensório-motrizas é cair em um equívoco, visto que, a teoria da corporificação acaba por se restringir apenas a questões genéticas e não à interação social.

Diante dessa explicação, a experiência passa a ser entendida como o resultado de uma série de formulações cognitivas construídas a partir de uma disposição das sensações primárias que são produtos de uma relação entre necessidade biológica e das circunstâncias histórico-culturais. Esse fato é denominado por Marcuschi (2007) de *cognição contingenciada* e trata de questões sócio-cognitivas que são decorrentes de uma cognição que parte da experiência social e de pistas enunciativas na produção do sentido.

Em outras palavras, na medida em que os processos cognitivos são realizados em contextos reais de uso, através de atividades discursivas socialmente compartilhadas, a interação e a negociação pública passam a ser fatores de grande importância na construção do conhecimento. O mundo não é mais resultado de realidades linguísticas dadas *a priori*, mas é consequência de uma ação cognitiva

que é fruto de nossa atuação linguística sobre o mundo e dos diferentes conhecimentos culturais.

A partir de todas as justificativas teóricas apresentadas nos parágrafos anteriores, a linguística cognitiva de base social passa a investigar a questão da significação e de sua construção ao longo do discurso. O significado não é mais tido como uma operação resultante de uma relação lógico-simbólica, mas, como algo que surge da interação do indivíduo com ações comunicativas socialmente partilhadas, a partir de uma inter-relação complexa que prova o fato de que a língua deve ser entendida não unicamente como uma ação, porém, como uma ação conjunta.

A questão da ação conjunta será melhor explicada no próximo capítulo, entretanto, de forma introdutória, o sentido de ação conjunta empregado nessa pesquisa analisa não só o papel do falante, como também do ouvinte, na produção de sentido da atividade conversacional. Em outras palavras, é observada a função desenvolvida pelo ouvinte no percurso das interpretações e das negociações de sentidos, assim como, o papel que o falante desempenha durante a elaboração linguística, de forma que ele considere, por um lado, reações, habilidades e conhecimentos prévios do ouvinte, e, por outro, o conhecimento partilhado e o contexto.

O conhecimento partilhado faz parte de uma atividade cognitiva que possui como características o fato de possuir uma base comum a duas pessoas, de ser uma ação sempre dinâmica (podendo ser reformulada durante o percurso conversacional) e de levar em consideração tanto as experiências já partilhadas quanto os novos conhecimentos partilhados a partir das novas trocas linguísticas.

Segundo essa perspectiva não podemos promover uma ontologização dos sujeitos considerando-os como elementos primordiais do processo. Mas, devemos levar em consideração as questões sócio-culturais atuantes durante o processo interpretativo como um “conjunto de conhecimentos socioculturalmente determinados e vivencialmente adquiridos”. (KOCH, 2005, p.96).

De acordo com essa teoria (da cognição contingenciada), o processo interpretativo não pode ser analisado como um estado cognitivo meramente intramental (interno a mente) ou extramental (externo a mente), porém, como uma realização coletiva, lançada de forma pública, no decorrer da sequencialidade interativa. Isto significa que a cognição é um fenômeno situado resultante de uma

atividade que se realiza com os outros, de maneira conjunta. Fica claro, dessa maneira, que na visão interacionista da linguagem a língua não analisa as formas linguísticas por si só, mas as entende como fruto de interpretações que surgem das interações.

Assim, adotamos a abordagem sociocognitiva e interacional como a mais eficaz para a pesquisa por entendermos e aceitarmos a hipótese de Koch, que diz:

“A língua não existe fora dos sujeitos sociais que a falam e fora dos eventos discursivos nos quais eles intervêm e nos quais mobilizam sua percepções, seus saberes quer de ordem linguística, quer de ordem sociocognitiva, ou seja, seus modelos de mundo” (KOCH, 2005, p.102).

De um modo geral, como será analisado posteriormente, procurar-se-á discutir e investigar a Doença de Alzheimer e as questões a ela relacionadas nesta pesquisa de dissertação, como a linguagem, os déficits cognitivos e o sujeito portador de Alzheimer dentro de uma estrutura sócio-cultural e global de uma doença mental, e não, unicamente, através da investigação do cérebro e de suas estruturas neurológicas.

1.2.1 O emprego da hipótese sociocognitiva na Doença de Alzheimer

A Doença de Alzheime, de acordo com Cruz (2008), tem, tradicionalmente, sido investigada apenas do ponto de vista médico/biológico da patologia, analisando-se questões que não levam em consideração a cognição como um elemento de importância fundamental. Dessa forma, o conteúdo informacional transmitido por esse modelo é tão incompleto, que pesquisas realizadas na interação sugerem que as demências só serão compreendidas de forma satisfatória a partir do momento em que se passar a refletir o sujeito portador de Alzheimer como um indivíduo dotado de uma história de uma vida única, incluídos em ambientes socioculturais específicos.

A utilização dos modelos biomédicos como suficientes nos estudos de declínios cognitivos em portadores de Alzheimer causa um retorno aos postulados do cognitivismo clássico, como os estudos gerativistas modulares de Chomsky (1965) por restringir esses estudos da cognição humana a aspectos mentais, tidos como entidades estanques e separados do meio físico. Para evitar tal reducionismo,

a proposta desenvolvida por essa pesquisa sugere uma consideração social e mental dos processos cognitivos de maneira que se entenda a função dos aspectos socioculturais na constituição (e perda) da cognição humana.

Entendemos, como já sugere Tomassello (1999), que elementos socioculturais e individuais são tidos como características primordiais da cognição humana, e, ao nos depararmos com patologias como autismo, Alzheimer percebemos porque esse modelo é tido como o mais eficaz do que os outros existentes: o autismo, por exemplo, revela como a linguagem seria sem levar em consideração os elementos socioculturais, e, o Alzheimer revela a relação entre comprometimento cognitivo e isolamento sociointerativo, que se aumenta com o transcorrer evolutivo da doença. Assim, a hipótese sociocognitiva desse estudo pressupõe (comumente) um modelo cognitivo de base (ou seja, uma estruturação cognitiva básica, comum aos indivíduos) e acredita que a interação e os elementos que a compõem são cruciais no estabelecimento e na compreensão da cognição humana.

A evolução dos estudos referentes à Doença de Alzheimer mostra que o comprometimento das estruturas cerebrais e cognitivas altera a forma como os indivíduos portadores de Alzheimer agem no mundo, em sociedade. Surgem, assim, novas categorias para essas realidades que levem em consideração situações como: perda de memória, mudança de comportamento, demência, envelhecimento, dentre outros.

A partir dos postulados de Foucault (1954), observamos que mais importante do que investigar apenas assuntos orgânicos, comportamentais, psíquicos referentes a uma patologia mental é os analisarmos a partir de um sujeito que faz parte de uma sociedade particular com valores históricos e culturais específicos. Em outras palavras, estudar uma demência ou doença mental requer que levemos em consideração não só aspectos fisiológicos ou psicológicos da doença, mas, os aspectos históricos e culturais que a determina.

Apesar de já existirem, nos estudos científicos das neurociências, diversas pesquisas que consideram a abordagem sociocognitiva como hipótese eficaz nos estudos da Doença de Alzheimer (a exemplo de CRUZ, 2008), ainda há muitas discrepâncias em torno da linguagem e cognição na patologia Alzheimer. É bem verdade que muito se tem desenvolvido com relação ao conhecimento da linguagem nessa doença, entretanto, atribuir um escopo léxico-semântico ou fonológico-

sintático (ou seja, formal) a uma investigação social e cognitiva é formalizar uma perspectiva que deve ser “funcional” por natureza.

A concepção de funcional aqui adotada refere-se à importância de considerarmos um estudo baseado na linguagem em uso. Marcuschi (2007) sugere que longe de haver uma língua já pronta que seja usada como espelho e representação do mundo, existe uma língua que se realiza no diálogo e no comum acordo, e não unilateralmente.

Em outras palavras, a análise da cognição, oriunda de uma perspectiva funcional, nos permite entender o conhecimento como uma atividade social e cognitiva realizada no curso da atividade intersubjetiva, a partir de experiências socioculturais produzidas no discurso e do conhecimento partilhado desenvolvido pela comunidade que os usa.

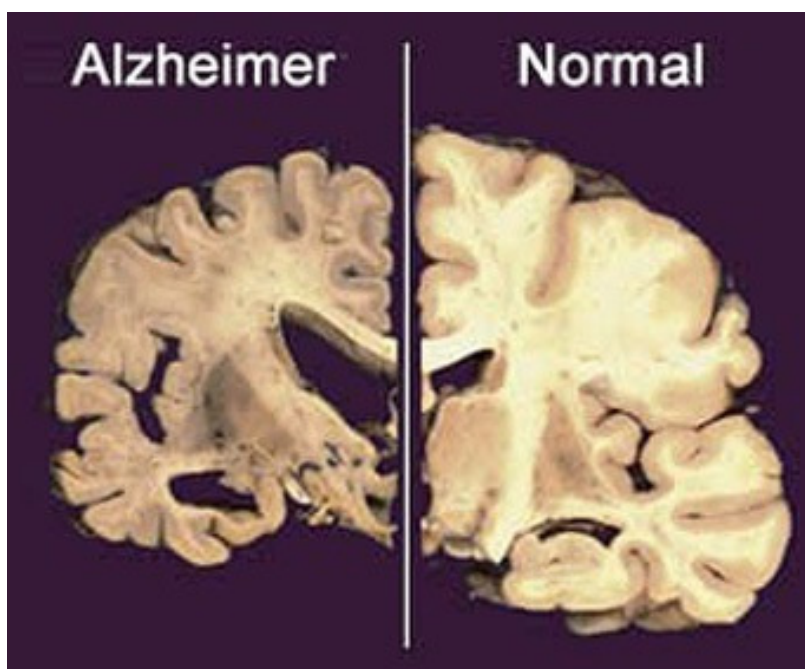
Como o foco do trabalho se refere a uma patologia e suas consequências mentais e sociais, analisar seus efeitos na linguagem em uso requer, inicialmente, a formação de um grupo de controle, sem alterações neurodegenerativas, que desenvolva uma linguagem normal na realização do uso. Ou seja, faz-se necessário observar a linguagem em uso a partir de uma perspectiva tida como normal, para, assim, a podermos comparar com a linguagem patológica e deduzirmos as consequências que a degeneração cerebral traz para o doente de Alzheimer.

A doença de Alzheimer, estudada a partir de uma perspectiva linguística, procura analisar o que está sendo conservado e o que se reordena e se reconstrói a partir do fluxo interativo. Essa visão nos possibilita um melhor entendimento a respeito da própria concepção de declínio, visto que, leva em consideração não só a deterioração das estruturas internas do cérebro, mas, as desorganizações também provocadas na vida social e nas práticas interativas humanas do portador de Alzheimer.

Desta maneira, as relações entre linguagem e declínios cognitivos são compreendidas a partir de uma abordagem social, cognitiva e interacional, que entenda os processos cognitivos humanos através de elementos interativos e intersubjetivos humanos, do trabalho linguístico e discursivo dos sujeitos e das experiências sociais, culturais, dos aspectos pragmáticos, históricos, ideológicos que norteiam sua ação no mundo. Assim, percebemos que todos esses processos organizam e definem a relação entre mundo social e mundo mental.

1.3 ESTUDOS CEREBRAIS DA DOENÇA DE ALZHEIMER

A doença de Alzheimer, patologia que não tem cura e que leva o indivíduo em sua última fase a óbito, foi exposta pela primeira vez em 1906 pelo psiquiatra Alois Alzheimer. Essa patologia se caracteriza por apresentar mudanças no tecido cerebral, vinculadas a uma atrofia dos tecidos do cérebro e a um alongamento dos ventrículos cerebrais, e, com isso, promover uma deterioração, de ordem progressiva, das funções mentais. Muitos não sabem, mas, suas diversas causas variam desde fatores neuroquímicos a fatores hereditários, passando também por fatores ambientais e infecciosos.



Pelos critérios do DMS IV (APA, 1994) são considerados dementes os sujeitos que demonstram deterioração cognitiva particularmente da memória, que compromete as atividades da vida cotidiana. A Doença de Alzheimer (DA) é inserida entre o grupo de doenças que apresentam quadros progressivos irreversíveis, cujo declínio cognitivo tem bases estruturais, com tempo de evolução variável, sendo a sobrevida, em média, de oito anos após o início dos sintomas (CARAMELLI, 1998).

Atualmente, o exame neuropatológico apresenta uma importante função em relacionar tipo, extensão, localização e provável coexistência de lesões cerebrais nos pacientes com déficits cognitivos. Na maioria dos casos de demência

neurodegenerativa, o substrato neuropatológico do declínio cognitivo é causado por diversos fatores, incluindo perda neuronal, emaranhados neurofibrilares, placas senis, lesão dendrítica e sináptica, corpos de inclusão e/ou inclusões de proteínas intracitoplasmáticas e intranucleares em neurônios e células gliais identificadas por métodos imuno-histoquímicos. Desde a década de 90, do século passado, utiliza-se como modelo adequado de diagnóstico o protocolo do Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD), entretanto, esse modelo apresenta falhas nos casos isolados de análise. Isso ocorre porque o já mencionado teste apresenta questões para avaliação de memória, linguagem, praxia, função executiva e o Mini Exame de Estado Mental em que seus comandos são voltados, por exemplo, para indivíduos com maior escolaridade (o que prejudica àqueles com escolaridade pouca ou sem escolaridade).

A doença, geralmente, inicia-se aos 65 anos⁶. Entretanto, estudos recentes já comprovaram diagnósticos de Alzheimer em pessoas entre 40 e 50 anos de idade, e, até mesmo em crianças. No caso de desenvolvimento na infância, a patologia apresenta, especificamente, uma causa genética. Já quando desenvolvida em adultos, ela se revela de forma bastante heterogênea podendo ser de causa hereditária ou oriunda de um processo infeccioso, por exemplo. A evolução da doença de Alzheimer dura em torno de oito anos com declínio cognitivo de 5 a 15% por ano da patologia. Por ser uma doença que apresenta um diagnóstico efetivo pós-morte⁷, a patologia Alzheimer costuma causar certa confusão, visto que, costuma manifestar-se de maneira diferente entre os diversos portadores. Entretanto, há pontos comuns para os relacionarmos com o Alzheimer tais como a perda da memória (característica comum da primeira fase que costuma ser confundido com o envelhecimento), irritação, alterações de humor, alterações na linguagem, desligamento da realidade, paralisação das funções motoras, órgãos e, por fim, óbito.

Como já mencionei anteriormente, a patologia Alzheimer, no primeiro estágio, costuma ser confundido com o envelhecimento ou estresse. O sintoma inicial mais comum é a perda de memória de curto prazo, mas, essa fase também é caracterizada pelo aparecimento, no portador, da perda de atenção, perda de

⁶ Todas as informações aqui alocadas referentes a dados biomédicos foram informações retiradas do tratado de geriatria e gerontologia (2006) ou de material cedido pelo neurologista Doutor Marco Smith, professor e pesquisador da Universidade Federal da Paraíba na área de neurologia.

⁷ Entende-se por diagnóstico efetivo pós-morte aquele que é confirmado através da autópsia.

pensamento abstrato, perda da memória semântica, apatia, desorientação com relação ao tempo e espaço, entre outros.

A segunda fase do Alzheimer é descrita, nos estudos científicos, como demência inicial. Nessa fase, os pacientes se deparam com dificuldades na linguagem e desenvolvem sintomas mais sérios como a *agnosia*⁸ e a *apraxia*⁹. A memória semântica, de longo prazo e a relacionada com a maneira correta de fazer as coisas (implícita) não são tão prejudicadas como a memória de curto prazo. O sujeito apresenta dificuldades de coordenação ao realizar atividades motoras simples, e, no tocante a linguagem, apresentam maior dificuldade na fala, visto que, a segunda fase, na maioria dos casos, é caracterizada pelo empobrecimento do vocabulário.

Na terceira fase, a progressão dos declínios cognitivos gera total dependência do portador aos seus cuidadores. A perda de memória relacionada ao vocabulário dificulta ainda mais a fala, assim, os sujeitos vão perdendo habilidades cognitivas básicas como ler e escrever e suas atividades diárias mais simples começam a ser afetadas. Há um grande aumento na perda de memória, e, os pacientes deixam de reconhecer amigos e familiares. Existe também a perda da memória de longo prazo e outra característica importante surge nessa fase: as alterações comportamentais. Os indivíduos desenvolvem ainda mais a apatia, agressividade, irritabilidade. Essa fase também é caracterizada pelo desenvolvimento de ilusões, e, pela existência constante de incontinência urinária.

A quarta fase da patologia é tida como a fase terminal. O sujeito não consegue mais realizar atividade alguma se não estiver sob supervisão geral do seu cuidador. A fala é reduzida a frases simples, palavras isoladas, ou, até mesmo, a perda total dessa capacidade comunicativa. Ele passa a entender e responder as pessoas que cuidam dele por meio de sinais emocionais. Agressividade, apatia e cansaço são sinais cada vez mais presentes. As capacidades motoras mais básicas e a sua massa muscular são deterioradas a ponto que ele não consegue mais levantar-se de uma cama, ou, não conseguem mais realizar atividades tidas como primordiais (como por exemplo, alimentar-se). Assim, todos esses fatores geram a

⁸ Agnosia é a perda de conhecimento, em outras palavras, é a perda da habilidade em reconhecer objetos, pessoas, sons, formas. Na maioria das vezes está associada a danos cerebrais ou doenças neurológicas.

⁹ Apraxia é uma desordem neurológica que impossibilita o indivíduo a realizar movimentos e gestos precisos, apesar do paciente ter a vontade e a habilidade física para os executar.

morte que geralmente não é causada pelo Alzheimer em si, mas, outros fatores gerados por ele como doenças cardiovasculares, broncopneumonite.

A fisiopatologia do mal de Alzheimer é descrita como a perda evolutiva da memória. Quando analisado fisiologicamente pós-morte, o cérebro de um sujeito que era portador de Alzheimer revela uma atrofia generalizada, com perda neuronal específica em regiões do hipocampo (maior ocorrência) e em áreas parieto-occipitais e frontais. As perdas de memória existentes nos pacientes de Alzheimer são constantes e progressivas, ou seja, a doença, com a evolução de seus estágios, possibilita ao portador de Alzheimer uma incapacidade progressiva para o trabalho e o convívio social.

Os exames de ordem física e neurológica não são suficientes para um diagnóstico preciso da doença de Alzheimer. Assim, informações clínicas devem ser relacionadas com exames complementares de maneira que a análise seja realizada de forma competente e zelosa, a fim de que hipóteses prematuras sejam, de fato, confirmadas. Características como alterações na tabela nutricional (perda de peso) também devem ser observadas durante a produção do provável diagnóstico de Alzheimer.

A avaliação do estado mental é indispensável em casos de suspeita de déficits cognitivos. Isso acontece devido ao fato desses exames serem a ferramenta básica para avaliação de transtornos cognitivos da demência em fase inicial. Eles são caracterizados por serem curtos, de fácil aplicação, manuseio simples e rápido, e por serem capazes de possibilitar um possível diagnóstico inicial da demência nos pacientes. Apesar de não existir um teste avaliativo perfeito ou grandemente eficaz, utiliza-se, hoje, o Mini-Exame do Estado Mental que apresenta certas limitações como a ineficiência em detectar transtornos cognitivos leves, as falhas em diagnosticar as diferentes fases da doença, e limitações no processo avaliativo cognitivo nas demências Alzheimer de estágio avançado.

Nos dias atuais, os exames de imagem do crânio são tidos como uma solução viável na averiguação dos quadros demenciais. A ressonância magnética e a tomografia computadorizada do encéfalo proporcionam o diagnóstico de diversas patologias (entre elas tumores cerebrais e outras lesões expansivas) responsáveis pelos declínios cognitivos nos quadros de demência. Sendo assim, faz-se necessário a realização desse exame pelo menos uma vez para que o diagnóstico possa, efetivamente, ser tido como seguro (outra evolução igualmente importante

realizada na neuroimagem inclui a tomografia por emissão de fóton único e a tomografia por emissão de pósitrons os quais são exames de neuroimagem funcional que permitem a análise do metabolismo cerebral e que vêm sendo muito utilizado nos estudos da Doença de Alzheimer).

Falar em uma prevenção para a doença de Alzheimer é acreditar em estudos que até agora foram caracterizados como verdadeiros insucessos. Sabe-se que a inclusão de frutas, vegetais, vitaminas B12, B3, C ou a B9 na dieta pode diminuir risco de Alzheimer, entretanto, pesquisas em laboratórios não comprovaram realizações eficazes dessa hipótese em portadores na fase inicial ou intermediária da doença. Ratos de laboratório comprovaram que especiarias como curcumina e açafrão preservam o processo de degeneração cerebral. Colesterol alto, tabaco, diabetes e hipertensão aumentam o risco de desenvolvimento da doença, entretanto, uso prolongado de anti-inflamatórios não esteróides podem estar associados à menor probabilidade de Alzheimer em alguns sujeitos. No tocante às atividades intelectuais, acredita-se que tarefas como leitura ao contrário, escrever com a mão oposta a da sua escrita, jogos de tabuleiro (dama, xadrez), palavras cruzadas, tocar instrumentos musicais ou socialização regular retardam o início da gravidade relacionada à doença.

Apesar de todas essas definições, a crença em alguns desses estudos são postas constantemente em xeque devido ao fato de a doença não apresentar um diagnóstico homogêneo para todos seus pacientes (indivíduos na primeira fase podem desenvolver deficiências da segunda fase, ou, até mesmo, pacientes tidos como terminais mantêm ainda a fala com grande fluência), e, assim, tornar essas teorias ineficazes na realidade atual relacionada à Doença de Alzheimer.

O tratamento voltado para a patologia Alzheimer tenta atrasar, o máximo possível, a progressão da doença. Geralmente se utiliza os inibidores da acetilcolinesterase para retardar a degeneração da acetilcolina desenvolvida e liberada por alguns neurônios do cérebro. Há também os inibidores dos receptores do tipo N-Metil-D-Aspartato do glutamato. A ação da memantina é caracterizada pela inibição da ligação do glutamato que é um neurotransmissor¹⁰ excitatório do sistema nervoso

¹⁰ Neurotransmissores são substâncias químicas produzidas pelos neurônios; ou seja, são células nervosas com a função de bio-sinalização que além de enviar informações a outras células podem também estimular a continuidade de um impulso ou efetuar a reação final no órgão ou músculo alvo.

central a seus receptores (o glutamato promove reações de excitotoxicidade em que ocorre a liberação de radicais livres e lesão tecidual e neuronal).

Com relação à vida familiar, a estrutura da família é de extrema importância para a realização de um tratamento satisfatório. A influência familiar ajuda na identificação e no encaminhamento das necessidades dos portadores e de seus familiares e cuidadores, assim como, permite uma maior integração social e cultural do paciente com fatores diretamente relacionados com sua história. Dessa maneira, seguir-se-á a proposta inicial dessa pesquisa em se investigar toda essa correlação fisiológica, orgânica, biológica, com as alterações de ordem social, cultural e histórica sofrida por um sujeito diagnosticado como provável portador de Alzheimer.

1.4 CORRELAÇÕES ENTRE AS DIVERSAS CIÊNCIAS COGNITIVAS NA DOENÇA DE ALZHEIMER

O intuito primordial da pesquisa aqui desenvolvida procura revelar a importância de um estudo integrado entre algumas teorias da linguística cognitiva a fim de se obter um melhor detalhamento na investigação da linguagem, especificamente, na Doença de Alzheimer.

Em outras palavras, entender as diferentes abordagens da linguística cognitiva apenas nos ajuda a acentuar a teoria sociocognitiva como a que melhor explica os estudos da linguagem atual. Eleger o sociocognitivismo como modelo mais satisfatório não nos faz desmerecer as teorias das outras correntes já postuladas, pelo contrário, proponho um trabalho integrado justamente para não vir a cair nas restrições que autores contemporâneos insistem em delimitar.

Estudar a Doença de Alzheimer como uma patologia que promove alterações no tecido cerebral (morte no tecido cerebral) e investigar que a atrofia dos tecidos do cérebro e o alongamento dos ventrículos cerebrais proporcionam a degeneração evolutiva dos desempenhos mentais é compreender a hipótese biomédica de que a deterioração dos neurônios, na doença de Alzheimer, altera os neurônios de ativação de forma que o conhecimento começa a se comprometer no transcorrer da evolução dos diferentes estágios característicos da Doença de Alzheimer.

Sobre os diferentes “graus” de comprometimento vivenciados durante a evolução da doença de Alzheimer, três nos chama atenção: o leve, o moderado e o severo. Entende-se por comprometimento cognitivo leve o período (confuso) que

marca a transição entre o envelhecimento normal e o diagnóstico de demência. Durante essa fase de comprometimento leve o déficit de memória episódica deverá ser muito bem observado, pois será ele o elemento prognóstico mais seguro na fase pré-clínica de diagnóstico de Alzheimer. Já a segunda fase, a de comprometimento cognitivo moderado, se caracteriza por outros elementos além do Alzheimer. Essa fase se manifesta por sinais que variam de lapsos de memória a tomadas de decisões equivocadas (isso ocorre porque os neurônios de áreas específicas do cérebro estão danificados ou morrendo). Finalmente, o comprometimento cognitivo severo é caracterizado por graves alterações nas estruturas cerebrais. O indivíduo passa a apresentar sérias mudanças na personalidade e se torna quase que totalmente dependente de um terceiro para a realização de simples tarefas, como, por exemplo, um banho.

Entender a teoria do atuacionismo no tocante a hipótese de corporificação é levar em consideração que as experiências sensório-motrizas alteradas na fase mais avançada da patologia Alzheimer acarretam também alterações nos diferentes contextos biológicos, psicológicos e socioculturais. Entretanto, apesar dessa teoria levar em consideração questões de ordens biológicas e genéticas ela não é suficiente por não dar muito enfoque à questão da interação social e acaba por ser complementar a teoria sociocognitiva que nos alerta para a importância de uma relação entre a necessidade biológica e as circunstâncias histórico-culturais nos estudos da linguagem.

Assim, a linguística cognitiva corrobora a hipótese de que a linguagem é construída a partir de capacidades cognitivas gerais e de competências culturalmente situadas e definidas. Dessa maneira, analisar aspectos como características, diagnósticos, estágios, histopatologia, fisiopatologia, prevenção, tratamento da Doença de Alzheimer é tão importante quanto também considerar um sujeito, inserido em uma cultura específica, com relações sociais particulares e dotado de uma história de vida única a qual impossibilita uma definição homogênea relacionada às questões sociais da doença.

A teoria sociocognitiva de que processos internos se relacionam com processos externos na construção pública do mundo é bem perceptível ao analisarmos quando o declínio cognitivo (um processo interno) altera as relações sociais (processo externo) dos portadores de Alzheimer de maneira que quanto

maior for o avanço do declínio cognitivo maior também serão as consequências externas oriundas dos transtornos cognitivos materializadas nas relações sociais.

Outra assertiva bastante comum no sociocognitivismo é o fato das atividades linguísticas serem resultado de práticas individuais e sociais que se realizam através de interferências semióticas complexas. A Doença de Alzheimer comprova que a partir do momento em que as práticas individuais são afetadas pelos declínios cognitivos oriundos da morte progressiva dos tecidos cerebrais, as práticas sociais são também afetadas. Dessa maneira temos, de fato, como resultado desse déficit conjunto das práticas individuais e sociais, a redução e até perda da realização das atividades linguísticas.

Como já foi mencionado anteriormente, torna-se claro que o mundo não é mais tido como um constructo de fatos linguísticos dado a priori, entretanto, é consequência de uma ação cognitiva que resulta de nossa atuação linguística sobre o mundo e dos diferentes conhecimentos culturais.

Assim, a pesquisa se preocupará em analisar a cognição a partir de uma perspectiva mais ampla, numa dimensão socialmente compartilhada em que fatores exógenos e endógenos são complementares e cruciais para a atividade de se conceber, partilhar, distribuir, classificar, negociar e (re) construir a realidade. Dessa forma, é fácil entendermos que a investigação terá como escopo o declínio linguístico-cognitivo dos portadores a partir de uma análise da natureza sócio-degenerativa da doença em que elementos internos como a deterioração cerebral, e, consequentemente o declínio cognitivo, terá ligação direta com elementos externos como a diminuição das práticas linguísticas, interativas, sociais e culturais que já é bastante marcante durante o isolamento característico que passa a viver o portador de Alzheimer durante o desenvolvimento dos diferentes estágios da patologia.

2 A INTERAÇÃO SOCIAL NA DOENÇA DE ALZHEIMER

“A linguagem não é um fenômeno superposto ao ser-para-o-outro; é originalmente o ser-para-o-outro, ou seja, o fato de que uma subjetividade se experimenta como objeto para o outro”

Jean Paul Sartre

O interacionismo no campo linguístico surgiu, em meados do século XX, como resposta teórica externa às teorias de cunho interno (gerativista) as quais consideravam, como vimos no capítulo anterior, o conhecimento como um componente inato e biológico oriundo de representações mentais sem, portanto, levar em consideração elementos sociais, históricos, culturais como relevantes à construção do conhecimento humano (MORATO, 2007, p.311).

De acordo com Koch (2007, p.278), inicialmente, o interacionismo foi bastante desenvolvido por teorias linguísticas tidas como “externas” como a pragmática, a sociolinguística interacional, linguística textual, análise da conversação, análise do discurso. Fala-se dessas disciplinas devido ao fato delas terem enfatizado a importância que a análise da gramática da fala apresenta na interação.

Se a década de cinquenta do século passado foi de grande avanço para as teorias gerativas postuladas pelo linguista e matemático Noam Chomsky, foi também a preparação da chamada “virada pragmática”. O formalismo desenvolvido desde a linguística estrutural, nos escritos póstumos de Ferdinand Saussure, trata a linguagem como um produto que reflete uma imagem cuja existência já é própria. Diferentemente, a pragmática propõe uma investigação científica voltada para o uso, funcionamento da língua, em atividades comunicativas realizadas no dia a dia do falante.

Assim, a linguagem passa a ser compreendida como uma atividade culturalmente situada, desenvolvida através do trabalho coletivo dos falantes. Em outras palavras, a interação social possibilita os estudos dos fatos decorrentes da linguagem e não apenas uma análise do lugar onde ela acontece.

A partir da explanação apresentada nesse último parágrafo, Morato entende a linguagem humana como:

“Atividade constitutiva do conhecimento humano, a linguagem não apenas é estruturada pelas circunstâncias e referências do mundo social; é ao mesmo tempo estruturante do nosso conhecimento e

extensão (simbólica) de nossa ação sobre o mundo” (MORATO, 2007, p.317).

Entretanto, considerar a investigação das correntes de estudos interacionistas apenas após a “virada pragmática” é não considerar importantes observações que envolvem pesquisas de interação social realizadas antes desse período, como é o caso dos estudos desenvolvidos por Bakhtin, Piaget e Vygotsky, por exemplo.

Bakhtin (1929) prioriza o ato de fala, de criação individual, como fundamento da língua. Nesse entendimento, a língua participa de uma renovação constante em que a individualização das formas ocorre em enunciações estilisticamente únicas e não reiteradas. Ou seja, a língua não era considerada como um sistema linguístico abstrato e isolado, mas, como um elemento social da interação verbal capaz de se desenvolver historicamente na efetivação da comunicação.

Piaget (1923), de acordo com observações realizadas durante o processo interativo criança-adulto, percebeu que a criança possui uma visão característica de mundo e, à proporção que se ela se desenvolve, em sua interação com o adulto, aproxima-se de suas percepções tornando-se socializada. Nesse caso, temos um entendimento da cognição social como um fenômeno dinâmico concretizado via interação entre a criança e o mundo.

Finalmente, Vygotsky (1930) nos oferece uma noção dialética das interações entre o indivíduo e o meio como motivador do desenvolvimento sociocognitivo. Essa maturação social e cognitiva ocorre a partir da linguagem e, através deste “mecanismo”, surge a aprendizagem e se promove o desenvolvimento das estruturas mentais superiores. Em outras palavras, Vygotsky sempre defende a interação em seus pressupostos ao considerar a criança como um sujeito ativo no desenvolvimento da linguagem (considerando sempre seus processos interativos com o meio e com o outro, que a medeia).

Pesquisas investigativas que atualmente envolvem a interação social¹¹ possuem a vantagem de possibilitar uma maior interdisciplinaridade da linguística com outras áreas do conhecimento, assim como, de tornar viável o estudo das diversas teorias linguísticas entre si (de forma que o estudo acadêmico aqui proposto demanda de uma interdisciplinaridade da linguística com outras ciências

¹¹ Como exemplos dessas pesquisas podemos citar os trabalhos de Morato (2007) com afásicos; o de Impottra que relaciona a Teoria Linguística com a eletrofisiologia; o de Cruz (2008) que relaciona cognição, interação e Alzheimer, dentre outros de tão grande importância.

como a neurologia, neurociências, antropologia e da linguística cognitiva com outras teorias linguísticas tais como a análise da conversação, a neurolinguística).

Dessa forma, os estudos interacionais aqui abordados compreendem a linguagem como “uma ação compartilhada que percorre um duplo percurso na relação entre sujeito e realidade: intercognitivo (sujeito/mundo) e intracognitivo (linguagem e outros processos cognitivos)” (MORATO, 2007, p.323). Ou seja, é realizada uma observação da ação do sujeito, com relação ao seu mundo externo, e da linguagem com os outros fenômenos cognitivos de modo que eles revelem as diversas condições envolvidas na constituição e funcionamento da cognição humana.

As ideias apresentadas no parágrafo acima corroboram a teoria de Mondada (2001, p.15) de que as formas linguísticas além de serem utilizadas como recursos interativos, surgem a partir da interação. Essa hipótese confirma a interação social como uma “teoria da ação” ou “teoria da ação situada” em que o elemento de observação surge a partir do desenvolvimento da atividade conversacional realizada pelos indivíduos no decorrer da interação.

De acordo com a abordagem investigativa sugerida no início deste capítulo, importa-nos, a partir de agora, investigar os pressupostos teóricos da interação social voltados, especificamente, para a realidade linguístico-cognitiva vivenciada por portadores de Alzheimer e seus cuidadores, familiares. Para isso, recorreremos aos campos da etnografia da fala, da sociolinguística interacional, da análise da conversação, aos pressupostos da interação social na conversação face a face.

A etnografia da fala trata de uma análise, em termos culturais, dos usos contextualizados da língua e da fala; a sociolinguística interacional (PHILIPS, 1992, p.320) possui como escopo a importância do ouvinte/interlocutor no processo de comunicação; a análise da conversação (MARCUSCHI, 1986) possibilita a investigação da interação tanto verbal quanto não verbal em situações cotidianas, permitindo que possamos descrevê-las de acordo com os mais diversos objetivos que possamos vir a ter; finalmente, a interação social, na conversação face a face, nos permite uma abordagem da interação entre os sujeitos, na íntegra, pessoalmente, observando os elementos utilizados durante a construção e desenvolvimento dos turnos conversacionais, ou seja, da conversação. Como veremos a seguir, todos esses elementos são de crucial importância para a análise

que realizaremos envolvendo a cognição, interação, linguagem e o portador de Alzheimer.

2.1 A INTERAÇÃO FACE A FACE COMO UMA ATIVIDADE CONJUNTA

Como já podemos analisar, superficialmente, a história da linguística é tradicionalmente dividida em duas vertentes de investigação: a formal e a funcional. Os estudos formais, além de serem bem delimitados com relação às suas áreas de alcance (morfologia, fonologia, semântica e sintaxe), eles analisam a linguagem como resultado dos “objetos do mundo” que possuem, na língua, o componente base e autônomo para realizar sua análise no plano da frase. Já a perspectiva funcional propõe uma investigação científica voltada para a ação e possibilita o estudo do “objeto do discurso” em que os falantes utilizam elementos que surgem da interação comunicativa entre sujeitos sociais e ativos (daí acreditarmos que a ação discursiva é uma atividade conjunta que envolve tanto elementos sociais quanto cognitivos)

Por se tratar de um estudo social e cognitivo de base interacional, a pesquisa aqui realizada possui como escopo o aporte teórico de estudos voltados para as teorias de ação. Ou seja, a linguagem é entendida a partir de seu uso, e não unicamente da sua forma, como uma ação integrada em que os indivíduos nela engajados se propõem a colaborar reciprocamente de forma que se disponibilize uma construção de sentido coerente com os contextos de produção em que eles estão incluídos.

Essa concepção considera a linguagem como um meio de se realizar ações intencionadas em que tanto o papel do falante quanto do ouvinte é relevante na construção de interpretações e no estabelecimento de sentido. Aqui, a ideia primordial é que na constituição do significado linguístico fatores como conhecimento prévio, conhecimento compartilhado, cultura, crenças, valores, contexto situacional são essenciais não apenas para o desenrolar da compreensão linguística como também para a interação social propriamente dita.

O conhecimento compartilhado tem grande importância na natureza conjunta da interação face a face por fornecer, como estrutura comum entre os sujeitos, as experiências perceptuais e físicas coexistentes ao evento. Em outras palavras, ele atua como um agente promovedor da continuidade da ação, da conversação, a partir

de experiências já compartilhadas e de trocas linguísticas as quais possibilitam novos conhecimentos compartilhados.

Clark (1996, p.3) entende a língua como uma ação conjunta em que diversos sujeitos se encontram nela coordenados de maneira que expressem finalidades comuns a partir de objetivos flexíveis e dinâmicos oriundos das ações comunicativas desenvolvidas na interação face a face. A idéia defendida aqui objetiva caracterizar não apenas a crucial importância dos participantes, entretanto, observar, também, os diversos papéis os quais podem ser estabelecidos de acordo com as finalidades que cada ação apresenta.

A linguagem é, desta maneira, uma contínua negociação de ações desenvolvidas localmente pelos sujeitos, a partir de diversas pistas de contextualização, oriunda de uma conjectura social particular com finalidade e papéis sociais específicos. Na verdade, ela passa a ser compreendida, agora, como uma ação social arraigada a questões sociais complexas como, por exemplo, a consideração de uma cultura e história situada.

Nesse ponto, passamos a investigar os estudos da linguagem em uso tanto por meio da concepção cognitiva, quanto da social. De acordo com essa concepção, a linguagem é tida como uma atividade sociocognitiva que é constituída através da interação, num determinado contexto histórico delimitado “num processo de interlocução situada em que um falante (se) oferece (como) conhecimento para o outro”. (MARCUSCHI, 2001, p. 5).

Como já dito anteriormente, a ideia de ação conjunta vinculada a essa pesquisa observa tanto o papel do falante, quanto do ouvinte na produção de sentido da atividade conversacional. Isso se deve ao fato desse trabalho tratar de uma hipótese sociocognitiva a qual é inserida dentro de um estudo que averigua uma patologia degenerativa neuronal (a Doença de Alzheimer) desvendando questões de nosso interesse reveladas nas interações de forma que se demonstre como os participantes organizam e (re) organizam as estruturas de base da linguagem e da interação social. Ou seja, esses fatores irão nos mostrar a relação existente entre cognição, interação e linguagem e que elas são, na realidade, um todo mutuamente construído.

2.2 PERSPECTIVA INTERACIONAL DA LINGUAGEM NA DOENÇA DE ALZHEIMER

Analisar a Doença de Alzheimer a partir de uma perspectiva interacional nos permite observar os processos neurobiológicos e patológicos vinculados ao envelhecimento, as práticas sociais e comportamentais afetadas com a DA¹², assim como as relações entre linguagem e declínios cognitivos próprios à patologia.

Revendo as palavras de Morato (2006,p.149), compreender a caracterização de uma patologia por meio de teorias que envolvam a interação nos possibilita corroborar sua tese que menciona: “Não há possibilidades integrais de pensamento ou domínios cognitivos fora da linguagem, nem possibilidade de linguagem fora dos processos interativos humanos”. Ou seja, a linguagem, conjuntamente com as outras habilidades cognitivas, nos possibilita, a partir da estrutura cerebral, estados mentais que são construídos e interpretados por meio da intersubjetividade desenvolvida entre o indivíduo em interação com o seu meio, sua sociedade.

Como podemos observar, a hipótese apresentada por Morato longe de se restringir ao modelo biomédico da DA (modelo geralmente que segue uma perspectiva cognitiva mais clássica, que considera os processos individuais, abstratos do indivíduo) leva em consideração a junção do panorama biológico e social por entender que os dados analisados objetiva investigar sujeitos que em decorrência da demência passam a ter seu modo de vida alterado, inicialmente por uma perda gradual da autonomia e em seguida pela dependência total de outras pessoas.

Isso é bastante perceptível quando analisamos características estritamente interacionais dos sujeitos de acordo com a fase em que se encontra. De acordo com trabalhos realizados na Fonoaudiologia, na fase inicial, o processo interacional dos pacientes é repleto de atitudes como a digressão, o rodeio de palavras (circunlóquio) e do desenvolvimento da conversação face a face em que o interlocutor se encontra fora do campo visual do portador de Alzheimer. Na fase intermediária da doença, elementos como gestos e mímicas passam a ser constantes no processo comunicativo, visto que, a linguagem se encontrará cada vez mais comprometida. Já a terceira fase, tida como alguns como a fase terminal, é caracterizada por um uso ainda maior dos gestos e mímicas e pela substituição dos hipônimos pelos

¹² Doravante Doença de Alzheimer.

hiperônimos (ou seja, o que antes era suco, refrigerante, refresco passa a ser tudo água). Finalmente, na fase terminal, palavra alguma mais é mencionada, e, muitas vezes, apenas os gestos atuam como atividade interativa no processo conversacional.

Como podemos observar na explanação apresentada no parágrafo acima, no decorrer da evolução da doença os pacientes e seus interlocutores vão substituindo os recursos linguístico-cognitivos que antes eram amplos, gerais, por aqueles que agora vão sendo os disponíveis para a manutenção da interação.

Desta maneira, a hipótese social e cognitiva (e não menos conexonista uma vez que relaciona esses fatores a questões de estruturas cerebrais) aqui apresentada acredita que as limitações da linguagem existentes na patologia Alzheimer são continuamente demonstradas nas interações, assim como, podem ser organizadas novamente pelos sujeitos da interação por meio de mecanismos de base relacionados com a linguagem e interação social.

2.3 A CONVERSAÇÃO COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL DAS ATIVIDADES INTERATIVAS HUMANAS

Na linguística, os estudos sobre a interação social sofrem grande influência da análise da conversação e da etnometodologia. A conversação ganhou grande enfoque a partir de 1961, quando Goffman sugere uma definição de conversação face a face como resultado de um contexto interacional exclusivo, que surge a partir de individualidades dos sujeitos neles envolvidos, e da continuidade de suas interações no transcorrer de uma ação particular.

Em texto dedicado ao interacionismo, Morato (2007) menciona que a etnometodologia surgiu, em 1967, nas ciências humanas da América do Norte, como tentativa de descrever as pesquisas originárias da comunicação interpessoal. Em outras palavras, ela nasceu com o objetivo de investigar a maneira como os sujeitos se comportam e interagem nas diversas ocasiões específicas existentes na vida cotidiana.

De acordo com Mondada (2001), se avaliarmos a conversação como um dos lugares essenciais onde se estrutura o liame e a ordem social, onde se desenvolve a socialização dos sujeitos, onde a língua é utilizada (supostamente) de forma prototípica e onde os indivíduos adquirem suas capacidades de se comunicarem,

então podemos propor a hipótese de que a estruturação da conversação sofre influências diretas não somente da organização social, mas também da estruturação dos recursos linguísticos nela engajados.

A conversação, por emanar da coletividade, tem como elemento representativo a língua e é vivenciada nas práticas linguísticas habituais dos interlocutores. Dessa maneira, percebemos que as ações linguísticas realizadas, longe de atuarem como elementos da linguagem definidos por categorias cristalizadas como rótulos da mente humana, são, diferentemente, categorias pensadas e utilizadas localmente, de forma que assim elas atuem de maneira condizente com as ações particulares que as envolvam (a atividade situada) e que revelem a atividade comunicativa como um elemento que além de estar extremamente arraigado a essas práticas, não podem existir independente delas.

Partindo-se dessa ideia o conhecimento é construído mutuamente e constantemente entre os participantes da atividade comunicativa e não individualmente como se cada sujeito fosse sozinho traduzir elementos linguísticos isolados de um interlocutor e de um contexto social específico.

De acordo com o parágrafo acima a análise investigada em Garcez & Loder é eficaz ao mencionar que:

“Considerando-se que, na fala-em-interação, sobretudo na conversa cotidiana, os participantes estão continuamente demonstrando uns para os outros seus entendimentos quanto ao que estão fazendo, que por sua vez se tornam disponíveis também para observadores externos, o que interessa para a análise são esses entendimentos revelados, demonstrados, pelos próprios participantes, uns para os outros, na sua inter-ação”. (GARCEZ & LODER, 2005, p.282).

Assim sendo, a importância de se investigar a ação linguística a partir da interação nos permite entender a linguagem como um meio fundamental de se compreender as várias maneiras de organização social oriundas das diversas práticas sociais situadas.

Nesse sentido, na seção a seguir passaremos a compreender elementos interativos importantes não apenas para a organização social ou para as práticas sociais situadas, mas, para a investigação desses elementos em conjunto com as alterações cotidianas vivenciadas nas práticas sócio-habituais dos portadores de Alzheimer.

2.3.1 Mecanismo de tomada de turno

Desde criança aprendemos com nossos pais e com aqueles que interagimos que cada um deve aguardar o momento certo para falar e que quando um fala, o outro deve escutar, visto que a regra básica da conversação é, justamente, um falar de cada vez.

Isso significa que para podermos ter vez na conversação devemos aguardar sinais que o falante está prestes a concluir sua contribuição conversacional ou que ele nos convida implícita ou explicitamente a falar dando continuidade, assim, a sequencia conversacional. Desta maneira, a mudança do turno de falante para ouvinte é marcada por recursos como a utilização de marcadores, hesitações, pausas.

Em 1974, Sacks, Schegloff & Jefferson desenvolveram um trabalho bastante eficaz ao organizar os turnos conversacionais. Entende-se por turno conversacional a contribuição fornecida por cada interlocutor distribuída em pelo menos uma unidade conversacional. Marcuschi compreende turno como:

“a produção de um falante enquanto ele está com a palavra, incluindo a possibilidade de silêncio; e a produção do ouvinte durante a fala de alguém, embora isto não tenha repercussão sobre o que fala”. (MARCUSCHI, 1986, p.89).

A distribuição da tomada de turnos é uma maneira básica de organização em que a conversa do dia-dia é tida como uma atividade situada onde se observa quais elementos podem ser analisados sem que se envolvam os aspectos situacionais. A relação necessária com o contexto é averiguada de forma que se compreenda a maneira como os participantes entendem o contexto e o utilizam como resultado de suas análises na criação de suas interações.

Desta maneira, entende-se por tomada de turnos um conjunto elementar de organização conversacional, com elementos não-estáticos e cujas alterações são postas em ordem numa espécie de sistema. De acordo com Cruz (2008, p. 95) “os turnos de fala podem ser entendidos como uma construção prática e interacional dos participantes que se ajustam ao contexto, às ações dos co-participantes e aos fins comunicativos”.

A dinâmica do turno conversacional é explicada por uma união de regras colocadas em ordem que atuam sobre um elemento construído turno por turno. Essa construção é estabelecida tanto a partir da organização já mencionada anteriormente, quanto da noção de estruturação local. Assim, o sistema de tomadas de turnos funciona como uma análise temporal realizada pelos interlocutores no transcorrer da fala e da interação.

Outro fator de grande importância para a compreensão do sistema de tomadas de turnos é o entendimento do que vem a ser os pares adjacentes. Entendidos como unidade elementar da organização conversacional, o par adjacente é elemento básico da estruturação conversacional, é através dele que a organização sequencial da fala distribuídas em pares adjacentes atuam como elemento básico de organização das interações.

A sequencialidade e temporalidade são cruciais nas atividades interativas visto que longe de atuarem como uma atividade estática, linear elas são realizadas com um complexo dinamismo interacional em que cada turno estrutura e re-estrutura constantemente tanto o turno anterior, quanto o que está sendo realizado e o que vem a ser a seguir.

Entender a atividade interacional a partir de uma perspectiva sociocognitiva é compreender a linguagem como uma realização social e intersubjetiva em que aplicada à construção e re-construção dos turnos de fala assegura o fluxo da atividade conversacional a partir de operações situadas e das práticas sociointerativas.

Especificamente aos portadores de Alzheimer, essa questão é de grande importância porque é bastante comum a re-construção contínua dos turnos que envolvem os portadores e seus interlocutores. É justamente essa nova construção que irá possibilitar a continuidade do fluxo conversacional “perdido” no meio das dificuldades cognitivas visivelmente experienciadas pelos sujeitos diagnosticados com a patologia Alzheimer.

Os elementos a seguir elencados são de grande ocorrência nas atividades comunicativas e interacionais dos indivíduos portadores de Alzheimer. Assim sendo, falaremos de cada um deles, a seguir, por entendermos ser de fundamental importância em nossos estudos.

2.3.2 Reparo

Entende-se por reparo o elemento interativo que utiliza as formas básicas existentes na organização do fluxo conversacional em que o indivíduo se depara com erros e violações do sistema de tomada de turnos buscando, assim, possíveis soluções para problemas ligados à produção, escuta e entendimento linguístico.

Justamente por ser relacionado à análise dos problemas de entendimento vivenciado pelos interlocutores, o reparo é um acontecimento sequencial que é diferenciado, segundo Marcuschi (2001, p. 29), de acordo com quem inicia e onde ele acontece. Dessa forma, podemos classificá-los em: autocorreção auto-iniciada; autocorreção iniciada pelo outro; correção pelo outro e auto-iniciada; e, finalmente, correção pelo outro e iniciada pelo outro.

No tocante ao estudo aqui apresentado, iremos visualizar, esporadicamente, a correção pelo outro e auto-iniciada (aquela que o indivíduo inicia a correção, mas quem a realiza é o seu parceiro) e, frequentemente a correção pelo outro e iniciada também pelo outro (que é aquela em que a pessoa comete a falha mas quem a corrige é o parceiro).

Nesse sentido, cabe-nos diferenciar reparo e correção em uma relação matemática de está contido e conter. Ou seja, por poder haver reparo sem, necessariamente, haver correção, a correção está contida no universo do reparo, mas não se restringe a ele. Isso acontece devido ao fato da correção ser compreendida como um elemento específico presente em alguns casos de reparo e do reparo ser um conceito mais amplo que envolve fenômenos que bloqueiam a compreensão discursiva como os problemas de formulação que são próprios aos recursos da interação.

Por ser continuamente associado às perspectivas biomédicas de interpretação da patologia, o estudo dos recursos interacionais (e aí se inclui o reparo) na Doença de Alzheimer é desmerecido, em tal vertente, por ela priorizar a investigação (cartesiana) do declínio cognitivo sem, no entanto, levar em consideração à perspectiva social e cultural da linguagem. Ou seja, por ter como escopo unicamente o declínio cognitivo, se considera, apenas, o sujeito no mundo e não a ação do sujeito no mundo.

Dessa forma, ao considerarmos a linguagem em uso na DA a partir de uma abordagem mental/cerebral interligada à interação social percebemos que os

recursos interacionais como a repetição, hesitação, reparo além de permitir a organização da sequência conversacional eles também “permitem reformular ou ainda tornar visíveis os problemas ou dificuldades em distintos níveis linguístico-discursivos de compreensão e produção que podem emergir nessas interações” (CRUZ, 2008, p.48).

Como iremos ver nos capítulos referentes às análises, o reparo permite com que os indivíduos portadores de Alzheimer, ao perceber as possíveis falhas emergentes durante o fluxo conversacional as corrijam e que os interlocutores também façam uso desse elemento interativo para re-construir turnos danificados ou mal compreendidos.

2.3.3 Hesitação

Ao estudar a linguagem a partir do uso, do funcionalismo (em oposição ao formalismo) nos é permitido entender a hesitação como um elemento linguístico característico da oralidade e não como uma descontinuidade do falante. Dessa maneira, a hesitação desempenha relevantes funções no plano formal, cognitivo e interacional.

Compreende-se por hesitação as rupturas no fluxo conversacional as quais interrompem a sequencialidade, tanto do ponto de vista sintático quanto do ponto de vista prosódico. Segundo Koch e Oesterreicher (1990, p.60), a hesitação é um mecanismo que faz parte de todas as línguas e que nos dá a possibilidade de introduzir no nosso próprio discurso a questão da formulação prospectiva, ou seja, a formulação que vai além atentando para “como se está falando e não ao que se fala”.

Ainda segundo Marcushi (2006), a hesitação pode manifesta-se a partir de vários elementos, tais como: fenômenos prosódicos, expressões hesitativas, itens funcionais, itens lexicais, marcadores discursivos acumulados e fragmentos lexicais. Já os tipos de hesitação são subdivididas como pausas não preenchidas, pausas preenchidas, repetições hesitativas e os falsos inícios.

Como iremos observar, futuramente, não apenas as hesitações como os demais recursos interativos (principalmente a repetição) são fatores de permanente presença no discurso do portador de Alzheimer que atuam, diferentemente do que

se espera na perspectiva biomédica, não como automatismos, falta de planejamento, mas como recursos interacionais próprios da oralidade.

A hesitação é um fenômeno bastante comum nas atividades linguísticas e presentes mais ainda no discurso dos portadores de Alzheimer. Longe de atuarem como falta de planejamento, a hesitação é justamente o planejamento; é mais comum a visualizarmos nos estágios iniciais da doença, do que nos estágios mais avançados, isso porque, como veremos nos capítulos de análise, ela possibilita um exame de como está se desenvolvendo a conversação e não do que está a se falar nela.

No próximo tópico, passaremos a compreender a importância que o estudo da categorização, de natureza cognitiva, possui, juntamente, com os elementos da interação verbal. Como a proposta é o desenvolvimento de um estudo todo interconectado, abriremos um “parêntese” no item a seguir e falaremos desse fenômeno de grande importância nos capítulos de análises: a categorização.

2.4 A CARACTERIZAÇÃO PRESENTE NAS INTERAÇÕES COM INDIVÍDUOS DIAGNOSTICADOS COMO PORTADORES DE DOENÇA DE ALZHEIMER

Nessa seção, diante das várias teorias de categorização recorrentes (Labov-1973, Rosch-1978, Geeraerts-1973, Lakoff-1987, Mondada-2001, Watson-1994, Sacks-1995, Zimmerman-1998) utilizaremos aquelas de base social, cultural, interacional em face das tidas como mentalistas por entendermos que essas são insuficientes para uma análise que investiga a relação entre declínio linguístico-cognitivo e interação social em portadores de Alzheimer.

Entendemos que as categorias escolhidas no decorrer das diversas práticas interativas são possíveis devido a um processo intersubjetivo de significação o qual é partilhado pela comunidade e que viabiliza, assim, aos sujeitos, optar por uma categoria cabível à interação em curso. Em outras palavras recorremos aqui ao postulado de Marcuschi (2007, p.140) que compreende a atividade de categorização social como um arquétipo sócio-cultural o qual é relacionado à esfera local e situada das práticas sociais.

Ao seguir esse pensamento, os estudos de Hester & Eglin (1997) desmitificam as categorias como elementos tidos como *a priori*, mas, ao contrário, as entendem

como dispositivos os quais são relacionados a uma esfera local e ocasional das atividades sociais.

Ao integrar a teoria de categorização social aos estudos linguísticos e cognitivos de base interacional percebemos que se corroboram algumas teorias da vertente analisada como a de Watson (1994) que vincula a atividade de categorização social como um elemento cultural e metódico estruturante das práticas sociais; a de Sacks (1995) que investiga a ação social a relacionando com a cognição dos atores sociais; e a de Mondada (2001) que entende a conversação como uma atividade colaborativa a qual, construída na intersubjetividade dos participantes e manifesta em sua esfera sequencial e temporal, possibilita a construção progressiva do discurso, não demandando objetos e configurações pré-elaboradas, porém, lhes constituindo.

Uma grande dificuldade que os participantes da interação possuem, no tocante à estruturação ou organização da conversação, se refere à escolha de uma categoria, diante de um universo delas possíveis, em diferentes situações. Sacks (1995) menciona que a forma como os interactantes agem para que suas atividades de categorização sejam compreendidas e conexas por outros membros de uma comunidade linguística e social é relacionado ao que ele denominou de *Membership categorization device*.

Ele ainda menciona que a categorização é organizada por um grupo de categorias e pelas regras de realização dessas categorias. Nesse ponto, vale salientar que essas regras de realização das categorias não seguem (apenas) uma característica lógica nela arraigada, mas, segue o senso comum oriundo do raciocínio prático existente nos membros de uma comunidade.

As regras de realização acima apresentadas são subdivididas ainda por Sacks (1995) em duas concepções: a regra da economia e a regra de consistência (que alguns autores pretende definir como coerência). A regra da economia, como o nome sugere, é aquela possui uma única categoria como viável para descrever alguém em dada circunstância. Já a regra de consistência, ocorre quando um elemento categorial é tido como pertinente para categorizar tanto um membro de uma população quanto toda a totalidade daquela população.

De acordo com Alencar (2008, p.117):

“Sacks (1992) ainda atribui aos processos de categorização características como: (a) observáveis no discurso em que são construídos; (b) relacionados ao indivíduo e ao mundo que ele é filiado; (c) definidos pelo contexto; (d) potencialmente inferenciados; (e) relacionados às atividades típicas do grupo que será categorizado”.

Zimmerman (1998) identificou que os indivíduos engajados nas diversas atividades comunicativas são passíveis de diferentes identidades discursivas as quais são subdivididas em falante, ouvinte, aquele que realiza a pergunta, aquele que a responde, aquele que desenvolve o discurso, aquele que os recebe. Ele ainda continua seus estudos mencionando que durante a realização de uma ação comunicativa é comum os indivíduos assumirem uma identidade específica, assim como, delinearem, também, uma identidade para os seus interlocutores. Dessa forma, os papéis assumidos por cada participante durante o transcorrer de uma interação se revelam intimamente vinculada à organização social da fala em interação.

A relação existente entre a identidade discursiva acima mencionada com a organização do processo interacional nos faz pensar em uma investigação que leve em consideração a categoria “doente de Alzheimer” com os efeitos que os devidos diagnósticos podem gerar nos hábitos sociais e linguísticos dos respectivos indivíduos portadores de Alzheimer.

2.5 DIFERENÇAS NEUROBIOLÓGICAS E INTERACIONAIS ENTRE INDIVÍDUOS QUE SE ENQUADRAM NA CATEGORIA ENVELHECIMENTO E OS SUJEITOS DIAGNOSTICADOS COM A DOENÇA DE ALZHEIMER

Já vimos, anteriormente, que é de crucial importância relacionarmos os aspectos neurobiológicos com os sociais nos estudos da cognição humana. Assim, introduziremos esse novo tópico falando de um dos elementos mais importantes no estudo da Doença de Alzheimer (a memória, concentração, movimento e coordenação) e incluiremos, posteriormente, a análise de fatores como humor, comportamento, linguagem e discurso na diferenciação entre a categoria envelhecimento e o diagnóstico preciso na Doença de Alzheimer.

Abreu et al. (2005) menciona que a memória, durante o processo de envelhecimento, é caracterizada por um declínio esporádico da atenção e apresenta pequenas lacunas provenientes do esquecimento as quais não são de grande

importância, relevância. A Doença de Alzheimer, de maneira contrária, apresenta esses problemas de maneira mais grave de forma que se compromete não apenas as tomadas de decisões do dia a dia como também se esquece de eventos comuns do cotidiano como o dia, mês, ano que se está vivendo.

Com relação à coordenação motora, Ávila et al. (2004) nos revela que apesar de indivíduos incluídos na categoria envelhecimento apresentarem um tempo de reação mais moroso e movimentos mais lentos, os portadores de Alzheimer possuem capacidades motoras visivelmente comprometidas, não apenas por movimentos mais lentos, mas, com sérios déficits até mesmo na locomoção como, por exemplo, a própria incapacidade de andar.

Com relação às questões como humor, comportamento, linguagem e discurso observamos que no envelhecimento esses fatores continuam condizentes com o comportamento social outrora desenvolvido, ou seja, seus processos interativos continuam os mesmos. O que vai diferenciar no envelhecimento é que pode se dar um aumento da tristeza e ansiedade temporária (até mesmo por questões como aposentadoria, incapacidade de realizar atividades por razões físicas mais delicadas) e a existência de um comportamento cada vez mais prudente, cuidadoso.

Diferentemente, como podemos observar em Cruz (2008), o sujeito diagnosticado com Alzheimer apresenta exclusão social própria, alterando notadamente suas atividades interacionais, na medida em que se aumentam os declínios cognitivos vinculados à doença. Apresenta-se alterações de humor repentinas; utilização de recursos específicos como a repetição; desenvolvimento de perturbações mentais como a raiva sem aparente motivo, a confusão e a depressão; redução de interesse por atividades cotidiana de seu convívio social.

No tocante à linguagem e discurso, especificamente, é bastante perceptível, no envelhecimento, o fato de que a capacidade comunicativa e interativa continua normal, sem alterações. Já na linguagem e discurso do portador de Alzheimer percebemos uma grande dificuldade semântica, morfológica e sintática assim como a existência de uma conversação reduzida, repleta de recursos interacionais próprios dos diferentes estágios como o riso, o reparo e a repetição, incognoscível e irrelevante para os leigos.

Levar em consideração informações como as apresentadas nos parágrafos anteriores permitem nos certificarmos de um diagnóstico técnico e preciso o qual proporcionará a inclusão de um sujeito no grupo dos portadores de Alzheimer que a

partir da diagnose da patologia vivenciam mudanças em sua vida pessoal e social as quais refletirão consequências como tutela, troca ou não de sua casa para instituições especializadas em cuidar de doentes de Alzheimer, se tornar juridicamente incapazes e depender de terceiros para administrar questões de sua vida e seus bens.

2.6 ATITUDES INTERATIVAS UTILIZADAS PELO INTERLOCUTOR DO PORTADOR DE ALZHEIMER PARA MAXIMIZAR A CONVERSAÇÃO E O ENTENDIMENTO

No percurso do desenvolvimento das pesquisas cognitivas com abordagem social observamos evoluções de estudos científicos (principalmente na fonoaudiologia) que levam em consideração atitudes interativas as quais facilitam a comunicação entre o sujeito diagnosticado com Alzheimer e seu interlocutor (família, cuidador, médico).

Inicialmente, é preciso escutar atentamente tudo que está linguisticamente e extralinguisticamente sendo produzido pelo portador, de forma que se incentive a continuidade conversacional. Ao agir dessa maneira somos capazes de retardar o processo de exclusão social relacionado ao declínio cognitivo próprio do avanço da patologia.

Outro fator de crucial importância na comunicação dos doentes de Alzheimer é o compartilhamento da atenção, o uso do toque e contato físico, a manutenção do contato ocular e o uso da expressão corporal e facial. Esses modos comportamentais asseguram tanto a verificação da atenção do portador para com aquele que fala quanto o desperta e o direciona para a conversação.

A literatura biomédica, no tocante a produção linguística em si, sugere que o interlocutor do indivíduo com Alzheimer deve utilizar frases simples e curtas, sem existência de ambiguidades, de forma que se facilite e se encoraje o entendimento, a comunicação, a conversação, entretanto, discordamos do que eles dizem, nesse ponto, por acreditarmos que a compreensão do portador de Alzheimer pode ser bem maior do que a sua produção, assim sendo, a compreensão não está relacionada a frases simples, mas a temática de interesse, presentes na vida da pessoa portadora de Alzheimer.

3 METODOLOGIA

“O começo de todas as ciências é o espanto de as coisas serem o que são”

Aristóteles

3.1 O CONTEXTO DE DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA: ASPECTOS METODOLÓGICOS

Os dados coletados nesta pesquisa serão analisados a partir de uma integração dos aportes teóricos apresentados nos capítulos anteriores, ou seja, observar-se-á os elementos da cognição relacionados com o declínio linguístico-cognitivo dos portadores de Alzheimer, a contribuição linguística de natureza etnográfica e as noções de interação social, de valor crucial para que possamos investigar as ordenações sociocognitivas¹³ postas em uso, pelo doente de Alzheimer, na interação face a face.

O *corpus* da dissertação foi elaborado durante o primeiro ano do mestrado envolvendo alguns meses finais de 2010 e alguns meses iniciais de 2011. A realização dessas atividades foi desenvolvida a partir da Universidade Federal da Paraíba (Campus I- João Pessoa- PB), mas, teve o apoio técnico do Centro Universitário de João Pessoa (Unipê), contando com o suporte específico de alguns professores do departamento de Fisioterapia Geriátrica, para liberação da pesquisa na Instituição e, conseqüentemente, aprovação do projeto no Comitê de Ética.

A estruturação do *corpus* da pesquisa envolve uma coleta de dados de indivíduos que apresentam a DA, em situações interativas cotidianas, feitas em ambiente institucional. A base de dados é vinculada tanto ao trabalho acadêmico aqui realizado, quanto aos futuros projetos (os quais envolvem linguagem, interação, cognição e a patologia Alzheimer) desenvolvido pelo Professor Doutor Jan Edson Rodrigues Leite na linha de pesquisa linguagem, sentido e cognição e à casa de repouso onde foram gravadas as entrevistas e conversações.

Todas as filmagens foram realizadas na casa de repouso denominada “Lar de Idosos Vila Vicentina da Júlia Freire”, localizado na Torre, sob supervisão da professora responsável pelo Centro. Essas gravações buscaram armazenar, de

¹³ Entende-se por ordenações sociocognitivas as disposições dos elementos sociais e cognitivos colocados em “ordem” na estruturação do modelo cognitivo de base já mencionado nos capítulos anteriores.

forma mais detalhada possível, as rotinas interacionais diárias dos portadores de Alzheimer com seus interlocutores, sem, entretanto, interferir em horários de sono, alimentação, consultas médicas fora da instituição.

3.2 CRITÉRIOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS DE ELABORAÇÃO DO *CORPORA*

3.2.1 Sobre a seleção dos participantes

Os participantes portadores de Alzheimer envolvidos na pesquisa são todos moradores da casa de repouso já mencionada. Assim, não houve uma variedade de ambientes que nos levasse a zelar pelo critério da variedade de situações registradas.

As informações clínicas sobre o diagnóstico de cada portador, como também as atividades cognitivas e neuropsicológicas realizadas, foram apresentadas pelo departamento médico responsável pela Vila Vicentina. As enfermeiras da instituição realizaram, junto com a fisioterapeuta e a geriatra, testes atuais do Mini- Exame de Estado Mental como forma de comprovação dos estágios de cada paciente, mas, apenas os exames de Estado Mental foram cedidos para cópia, não o sendo as tomografias, ressonâncias, laudos, ficando restrito apenas para leitura local, por se tratar de uma exigência a ser cumprida pelos pesquisadores que atuam na Instituição.

O Mini-Exame de Estado Mental¹⁴ é um estudo clínico que apresenta pontuação total de 30 pontos. Sobre estes 30 pontos, há uma consideração na literatura médica (especificamente, instruções do ministério da saúde na aplicação do teste) de um “ponto de corte” que reduz a pontuação a 23 pontos. Dessa forma, as pontuações variam de acordo com o nível de escolaridade de cada participante sendo subdivididos em 13 pontos para analfabetos, 18 para pessoas com aproximadamente 8 anos de estudo e, finalmente, 26 para pessoas com mais de 8 anos de estudo.

¹⁴ Para evitar excessos de repetição de informações, nos capítulos posteriores iremos estudar, detalhadamente, cada uma dessas questões elencadas nos parágrafos acima. Ou seja, explanaremos detalhadamente sobre o Mini Exame de Estado Mental, assim como, toda sua estrutura.

O teste realizado pela equipe médica da Vila Vicentina apresentou variações de 3 a 22 pontos. É importante mais uma vez salientar que essa classificação levou em consideração a média de corte acima apresentada.

3.2.2 Sobre a naturalidade das atividades gravadas

Como o próprio título sugere as gravações foram realizadas em situações de interação face a face naturais, ou seja, a pesquisadora não procurou intervir na comunicação desenvolvida pelos doentes com suas visitas, familiares, amigos e cuidadores, de forma que sua única participação foi a manipulação da filmadora para registro, em tempo real de acontecimento, das atividades comunicativas por eles desenvolvidas.

3.2.3 Elementos éticos referentes ao *corpus*

Como toda pesquisa, essa atividade acadêmica também visa ao acúmulo, exploração, análise e emprego dos dados por ela investigados e realizados pelos portadores de Alzheimer.

Dessa maneira, todos os indivíduos engajados nos questionários e gravações das rotinas interacionais estão amparados pelas normas desenvolvidas pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley e pela resolução da Ética Nacional de Pesquisa (196/96) a qual assegura a responsabilidade que eu (enquanto pesquisadora) tenho de garantir o anonimato e privacidade dos dados (sendo eles, portanto, confidenciais); dos desconfortos e possíveis riscos; dos benefícios eventuais.

No tocante a aprovação do projeto na Universidade Federal da Paraíba, o CEP/HULW¹⁵ o aprovou em sessão realizada no dia 25 de maio de 2010 com o protocolo nº. 275/10. Cabe ainda salientar que a participação de cada participante teve também de ser aprovada por apresentação do projeto ao diretor da casa de repouso que, sendo tutor e, portanto, responsável pelos cinco portadores de Alzheimer, permitiu o registro do *corpus*.

¹⁵ Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley

3.3 COLETA DE DADOS

Como já mencionado anteriormente, este trabalho desenvolveu-se num campo, em termo de pesquisas relacionadas à UFPB, novo ao escolher uma casa de repouso para a gravação da pesquisa. A escolha de gravações audiovisuais foi sugerida pelo orientador da dissertação (Professor Jan Edson Rodrigues Leite) e pela Professora Doutora Luciene Espindula durante o processo de apresentação do projeto.

É necessário mencionar que apesar da pesquisa ter tido grande interferência do bloco clínico do Lar de Idosos, ela apresenta como grande escopo as gravações das rotinas interacionais cotidianas dos portadores de Alzheimer, enquanto fonte de análise crucial para as investigações das suposições levantadas neste trabalho.

Os registros dos dados foram realizados diariamente durante os meses anteriormente mencionados. A ordem de gravações não se seguiu de maneira rígida, visto que, nem todos os dias os portadores de Alzheimer observados estavam presentes na Instituição, assim sendo, procurava-se dar prioridade aos que já se encontravam na casa de repouso no momento da gravação de forma a se respeitar horários como alimentação, medicação, sono.

Diferente do método já utilizado na maioria das gravações em pesquisas com doentes de Alzheimer, as gravações não foram realizadas por um terceiro ou fixada em ambiente específico que possibilitasse o registro das rotinas de forma contínua, mas, foram feitas pela própria pesquisadora de maneira que se preservasse o princípio da naturalidade e contou também com a ajuda de enfermeiras e cuidadores da já mencionada casa. Ou seja, diariamente, foi fixado um horário vespertino das 14 às 17 horas, de visitação, em que as rotinas interacionais dos portadores foram gravadas sem que houvesse nenhuma interferência a favor de uma possível manipulação que convalidasse alguma hipótese sugerida pela pesquisa.

O grupo de analisados é composto por cinco pacientes, sendo três homens e duas mulheres. Dois dos três homens possuem ensino superior completo, sendo o primeiro formado em Direito e o segundo formado em Comunicação Social (Jornalismo); o terceiro do grupo dos homens possui ensino intermediário (menos de oito anos de estudo) e desenvolveu como profissão a de caminhoneiro. As duas mulheres são semi-analfabetas.

A constituição do grupo de controle se restringe apenas à realização do Mini-Exame de Estado Mental, como forma de investigação contrastante que se realiza como garantia de averiguação em toda pesquisa de cunho experimental, procurando assim, maximizar o cruzamento de informações entre as características do grupo de controle e Alzheimer para termos conclusões de forma mais precisas.

3.3.1 *Corpus*

De acordo com os postulados de Ochs (1979)¹⁶, toda atividade que envolve a transcrição é seletiva e incentivada por fins analíticos. Dessa maneira, do total de interações gravadas, e dada à extensa quantidade de exemplos e informações, apenas uma parte das conversações transcritas serão analisadas neste trabalho.

Em razão do objetivo desta pesquisa em observar a relação entre a linguagem e déficits cognitivos em portadores de Alzheimer e dos possíveis desdobramentos que esse objetivo pode realizar, ou seja, o interesse pelo declínio linguístico-cognitivo dos portadores integrando os aspectos neurodegenerativos e sociais da doença, pelas formas de interação social e pelas relações identitárias das conversações que participam os sujeitos com DA, os dados foram subdivididos em transcrições menores e investigados de acordo com sua importância para cada uma das divisões acima citadas. Assim, construímos um total de cinco conversações, classificadas de acordo com o estágio da doença, totalizando, aproximadamente, 20 horas de gravações áudios-visuais.

Distribuição do corpus por pacientes e estágios

Estágio	Paciente
Inicial	Paciente 1 (H.C)
Intermediário	Paciente 2 (M.C)
Avançado	Paciente 3 (D.B)
Última fase	Paciente 4 (M.S)
Última fase	Paciente 5 (M.F)

¹⁶ O raciocínio de Ochs desenvolvido nesse parágrafo foi sugerido em tese do Professor Doutor Jan Edson Rodrigues Leite: *"A construção pública do conhecimento: Linguagem e interação na Cognição Social"*. UFPE (2004).

Vale salientar, mais uma vez, que cada transcrição foi distribuída de acordo com a desenvoltura dos itens desenvolvidos como objetivos específicos do projeto de apresentação, a saber: a análise das ordenações sócio-cognitivas postas em uso na interação face a face e o emprego de certos recursos linguísticos característicos dos portadores de Alzheimer; investigação do declínio linguístico-cognitivo dos portadores considerando os aspectos neurodegenerativos e sociais da doença e, finalmente, a análise das relações identitárias e a dinâmica interacional das conversações das quais participam os sujeitos com DA.

As análises apresentadas nos próximos dois capítulos tratam da observação conjunta dos dados com os itens acima mencionados. O intuito é que se corrobore a hipótese já desenvolvida anteriormente que a interação e os elementos dela constitutivos são determinantes no estabelecimento e na compreensão da cognição humana.

As situações interativas as quais envolvem os profissionais de saúde e os doentes portadores de Alzheimer foram gravadas no núcleo médico da própria casa de repouso e contou com uma geriatra, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e uma fisioterapeuta. A técnica de enfermagem e a fisioterapeuta respondiam diretamente pelo local tendo participações diretas nas gravações áudios-visuais. A geriatra e a enfermeira, que também tomam de conta dos idosos, não se sentiram a vontade com a câmara e optaram por não serem gravadas. Essas situações foram gravadas simultaneamente com o contexto interativo dos pacientes com os familiares, visitantes, moradores, amigos que de outubro de 2010 a janeiro de 2011.

Já com relação as interações que envolvem doentes de Alzheimer e amigos, visitantes, moradores, familiares de cuidadores da casa de repouso, se faz necessário realizar toda essa classificação para que possamos entender um pouco da realidade que envolve as categorias casa de repouso e portador de Alzheimer em nosso Estado. Sem querer que o assunto se estenda muito, toda essa classificação serve para salientar que o grande montante das gravações não contou com a interação dos pacientes com seus familiares ou por ausência na instituição, ou por não se sentirem bem com a ideia de serem gravados. Mas, ao contrário, foram realizadas em grande maior parte pelos visitantes da instituição e com os cuidadores responsáveis pelos idosos participantes.

Distribuição dos pacientes por gravações realizadas

Paciente	Interações com familiares e/ou cuidadores	Interações com a equipe biomédica
Inicial	[01]	[02]
Intermediário	[03]	[04]
Avançado	[05]	[06]
Última Fase	[07]	[08]
Última Fase	[09]	[10]

3.3.2 Convenções da Transcrição

De acordo com Marcuschi (1986) não há como eleger um tipo de transcrição que seja boa por excelência para a realização da atividade do analista, tudo irá depender dos objetivos que ele almeja ou tem como escopo. No caso das transcrições das conversações coletadas na casa de repouso dos portadores de Alzheimer, importa-nos observar a atividade interacional desenvolvida por cada doente de Alzheimer, em suas diferentes fases, para, assim, podermos fazer a relação entre o declínio neurodegenerativo, que aumenta com a evolução da doença, e o aumento do isolamento social que é contemporânea e conjunta com o desenvolvimento da já mencionada patologia.

A transcrição utilizada neste trabalho acadêmico é baseada em Gumperz (1992), Jefferson (1984), Marcuschi (1986), Mondada (2004) e, finalmente, Ochs (1979). Entretanto, por mais que ele se baseie nesses autores citados, a estruturação fundamental das conversações apresentadas é organizada a partir de uma adaptação realizada por Mondada (2004), nos ensinamentos de Jefferson (1984), muito bem alocadas na tese de Cruz (2008) e que trataremos de agora em diante.

3.3.2.1 Notação de transcrição¹⁷

Informações gerais:

- a) Transcrição em forma de lista;
- b) A numeração diz respeito aos turnos da fala;
- c) As letras minúsculas correspondem às descrições de elementos não-verbais conjuntos aos turnos de fala;
- d) Em razão do comprometimento ético e jurídico outrora firmado, que tem o intuito de preservar a personalidade do informante, os participantes serão identificados por letras maiúsculas que correspondem à inicial do seu nome. Também serão utilizados pseudônimos para nomes mencionados ou evocados no texto.

Fenômenos Sequenciais:

[: Início da sobreposição

=: “latching”¹⁸

&: indica a continuidade da fala de um mesmo locutor após uma quebra da linha da transcrição para introduzir uma sobreposição de outro interlocutor.

Pausas:

. micro pausas não medidas, inferiores a 0,3’ (segundos)

... qualquer pausa

Fenômenos Segmentais

: alongamento silábico, usada também para palavra truncada, esboçada

.h inspiração do locutor

H expiração do locutor

Prosódia

/ e \ entonação ascendente e descendente

// entonação de pergunta (ascendente)

Segmento sublinhado: intensidade, acento

Segmento em maiúscula: ênfase de voz, volume forte

° ° volume baixo, murmúrio

↑ e ↓ casos especiais de entoação ascendente e descendente

¹⁷ Como já mencionado anteriormente, as informações contidas nesse item foi retirada da tese de Fernanda Miranda da Cruz: “Linguagem, interação e cognição na doença de Alzheimer”, Unicamp, 2008, p.122 a 124.

¹⁸ Em português tem o sentido de trinco, mas, nos nossos estudos, refere-se à maneira mais elementar de se construir um circuito lógico de memória .

Descrições e comentários

((risos))

(ininteligível)

() comentários e fenômenos não transcritos

< > corresponde a delimitação da descrição

Descrição de ações (uso raro, apenas quando relevante)

----> diz respeito à ação descrita na linha seguinte relacionada à fala

----- continuidade da ação seguinte

----> (linha x) indica que a ação descrita continua até determinada linha

----> * quando há uma ação relevante num momento preciso do turno de fala

Com relação ao tratamento do material audiovisual, como já foi dito anteriormente, os dados da pesquisa foram todos registrados através de gravações audiovisuais e de questionários referentes aos testes do Mini Exame do Estado Mental. Especificamente, com relação aos dados que se referem aos vídeos registrados, eles foram coletados com o intuito de se organizar uma base de dados capaz de ser explorada não apenas pelos interesses da pesquisa aqui realizada como também pelas hipóteses a serem corroboradas pelos projetos atuais e futuros a serem desenvolvido pelo novo laboratório do nosso grupo: O Laboratório de Compreensão Neurocognitiva da Linguagem (o Lacon).

Por critério de organização, e para tornarmos mais didática à sistematização realizada durante a leitura e análise dos dados, o material áudio-visual passou pelas seguintes etapas:

- a) As aproximadas 20 horas de todo o material coletado foi digitalizada semanalmente e convertidas em arquivos de extensão formato vídeo.
- b) Armazenagem dos arquivos de vídeo em mídias compatíveis.
- c) Uma visualização técnica foi realizada diariamente com o intuito de observar a qualidade das gravações; com a transposição dos vídeos para a digitalização foi realizada uma segunda verificação para consolidar a qualidade das atividades realizadas. Entretanto, um ponto importante que também deve ser ressaltado nesse item é que, devido ao fato da casa de repouso ser habitualmente visitadas por pessoas e instituições diferentes, é muito comum encontrar nas gravações ruídos e barulhos os quais atrapalharam bastante o processo de transcrição.

d) A proposta de anominalização adotada por Mondada e Cruz foi também reproduzida nessa pesquisa acadêmica, embora que de forma superficial. É que entendemos que os dados apresentados nessa pesquisa devem ser preservados acima de tudo, não comprometendo assim a identidade do sujeito portador de Alzheimer e de seus familiares, cuidadores, amigos, visitantes.

e) Finalmente, vale salientar que todo o material foi transcrito naturalmente, ou seja, barulhos e ruídos como conversas paralelas, construção civil, festinhas realizadas no local, buzinas, foram todos reproduzidos na íntegra podendo parecer estranho aos estudiosos que já estudam e lidam com programas computacionais redutores do efeito desses elementos.

3.4 ATIVIDADE ANALÍTICA

No capítulo IV, será investigada a correlação do declínio linguístico-cognitivo dos portadores, considerando os aspectos neurodegenerativos da doença, com o mundo social do paciente, que comprovadamente passa por grandes alterações no transcorrer da patologia, culminando em seu isolamento total na última fase. Dessa forma, também apresentaremos a desenvoltura de todos os testes (MEEM) realizados, como maneira de comprovação dos estágios dos pacientes de Alzheimer acima elencados. Será visto que os resultados do “mini-mental” corroboram elementos envoltos na hipótese das categorias identitárias como, por exemplo, uma nova percepção do self que emerge no momento do diagnóstico de possível portador de Alzheimer a partir do MEEM (ou seja, o diagnóstico, por si, a partir do momento que é dado, já altera de imediato a condição de um homem de normal para demente). Essa diferenciação é bastante nítida ao compararmos o tratamento e discurso os quais são referentes e envolvem o indivíduo doente de Alzheimer e, em oposição, o grupo não-alzheimer.

Já no capítulo V, procederei à análise dos recursos linguísticos específicos utilizados por portadores de Alzheimer e a dinâmica interacional das quais participam os sujeitos portadores de Alzheimer. Todas as análises serão extraídas dos tipos de situações interativas apresentadas e considerar-se-á todos os participantes envolvidos nas gravações. Apesar de todos os participantes serem presentes nas observações, vale salientar que alguns recursos específicos serão relacionados a participantes também exclusivos por existir grandes correlações entre

os recursos utilizados e o estágio apresentado como veremos nas análises a seguir. O intuito do capítulo V é demonstrar que, durante a evolução da patologia, alguns elementos interativos como a hesitação, a repetição, o riso vão se tornando característicos no discurso do portador e, conseqüentemente, da fase em que ele se encontra. Observaremos também a existência de recursos interativos utilizados pelos interlocutores não-alzheimer como forma de manutenção de uma atividade comunicativa desenvolvida com um indivíduo acometido pela doença.

Cabe-nos lembrar que nos próximos capítulos iremos tratar não apenas das categorias de análise da pesquisa, mas também, a análise em si e a estruturação da metodologia vinculadas à cada uma das categorias analisadas.

4 ANÁLISE I: DIAGNÓSTICO, DECLÍNIO LINGÜÍSTICO-COGNITIVO E AS MANEIRAS DE CATEGORIZAR POSSÍVEIS PORTADORES DE ALZHEIMER

As relações entre o déficit linguístico-cognitivo dos portadores e as categorias identitárias emergentes no processo interacional dos quais participam indivíduos com Doença de Alzheimer

“Só podemos elucidar a diversidade da verdade do ente nela manifesto se caracterizarmos mais proximamente os diversos modos de ser do ente e demonstrarmos como, por meio desses diversos modos, é a cada vez exigido um modo próprio da verdade.”

Martin Heidegger

Como já foi mencionado anteriormente, o *corpus* da pesquisa foi todo obtido em contexto institucional, sendo as gravações divididas em duas partes: uma que diz respeito às interações dos pacientes com visitantes, cuidadores e familiares e outra (menos extensa) que relaciona o processo interativo dos pacientes com a equipe médica da casa de repouso Vila Vicentina da Júlia Freire.

Este capítulo trata da investigação do declínio linguístico-cognitivo dos portadores, considerando os aspectos neurodegenerativos e sociais da doença; as relações entre o déficit linguístico-cognitivo dos portadores e as categorias identitárias emergentes no processo interacional dos quais participam indivíduos com DA e, finalmente, a maneira como nasce, durante a atividade interativa, os diferentes discursos que envolvem questões como velhice, esquecimento, memória, demência, passado.

O ponto inicial de nossa observação teve como escopo averiguar as situações que envolviam os portadores de Alzheimer e seus interlocutores. Nesse sentido, uma característica bastante observada durante a atividade interativa foi o fato que independente de serem visitantes, moradores, cuidadores, familiares (identificados ou não identificados¹⁹) há uma tentativa constante de elucidação de lembranças ou conhecimentos passados como nomes de familiares, lugares vividos, locais de trabalho. Assim, percebemos ser bastante visível uma distribuição das funções

¹⁹ Entende-se por identificado o interlocutor que já desenvolve um trabalho voluntário diário ou semanal na instituição e o não-identificado o interlocutor que, em algum momento, interferiu na atividade conversacional, mas, que não foi reconhecido e, portanto, elencado como integrante da pesquisa.

interacionais entre aquele que pergunta (no caso, a pessoa que interage com o portador de Alzheimer) e aquele que responde (nessa situação, o próprio portador de Alzheimer).

Entende-se por testes neuropsicológicos os instrumentos que possuem o propósito de verificar o estado cognitivo dos indivíduos com Doença de Alzheimer. Dessa maneira, ele, inicialmente, nos proporcionará um diagnóstico da patologia que se confirma juntamente com as tomografias ou ressonâncias. Nesse contexto, nem sempre a categoria Alzheimer foi tida como um fator identitário constante presente no transcorrer das ações observadas.

Nas interações entre os doentes e a equipe médica foi aplicado o Mini Exame de Estado Mental que é subdividido em cinco partes: orientação, registro, atenção e cálculo, evocação e linguagem. O exame segue a lógica interacional acima apresentada de perguntas e respostas e, por isso mesmo, é bastante notável a diferenciação de papéis comunicativos em pares binários do tipo profissional da saúde- paciente, aquele que deve perguntar- aquele que deve responder, o doente e o não-doente.

O teste foi realizado em quatro Portadores de Alzheimer (em razão do quinto portador já está em fase final) e em quatro idosos que serviu de grupo de controle. Apesar de sabermos da importância do grupo de controle ser equiparado em termos de idade, sexo, escolaridade e outros fatores semelhantes, não foi possível encontrar uma idosa com a mesma idade da portadora MSF (em razão da mesma já possuir idade muito avançada, oitenta e oito anos) e grau de escolaridade totalmente compatível com os portadores masculinos.

Em termo de dificuldade de realização do teste dois fatores foram observados: um referente ao nível de escolaridade dos portadores e do grupo de controle e outro relacionado ao “grau de esquecimento” apresentado pelos diversos portadores. Os portadores de nível avançado, por exemplo, muitas vezes ficaram impacientes com a situação e realizaram um hábito comum que foi observado quando eles não queriam interagir: caminharam e não responderam nenhum estímulo interativo, social, comunicativo desenvolvido pela equipe médica.

No transcorrer das transcrições comunicativas foi observado que adjetivos como “*esquecido*”, “*idoso*”, “*velho*” são apresentados no discurso do portador e dos seus interlocutores como maneira de ofertar comentários e justificativas em forma de eufemismos para se referir à Doença de Alzheimer.

Outra perceptível mudança fixada foi a encontrada nas minhas leituras de estudos tanto biomédicos quanto sociocognitivos dos anos de 2007 e 2008 os quais mencionavam a categoria identitária “Portador de Alzheimer” como uma ideia exclusiva, problemática, não aceita nem pelo portador, nem pelo núcleo familiar que o envolve. Entretanto, o que pude perceber nos estudos aqui desenvolvidos, é que apesar de o Portador diagnosticado com a doença ainda não a aceitar, alguns familiares, visitantes, cuidadores e profissionais da saúde já a entende de maneira diferente e viabiliza uma nova e melhor dinâmica interacional para o doente de Alzheimer.

Dessa forma, cabe-nos a partir de agora averiguar se o diagnóstico de Doença de Alzheimer e, conseqüentemente, a categoria portador de Alzheimer, influencia os diferentes papéis assumidos durante o processo interacional que os envolvem, assim como, se interferem na estrutura linguística e interacional que envolvem o paciente Alzheimer e seus interlocutores. Para tanto, utilizarei teorias da categorização social como forma de respaldar as futuras análises contidas no *corpus* dessa pesquisa.

De acordo com Rodrigues-Leite (2004) a categorização é uma atividade cognitiva básica do ser humano compreendida como um processo mental de identificação, classificação e nomeação de entidades divergentes como elementos de uma mesma categoria. A maneira como categorizamos diferentes seres e objetos que compõem o mundo se dá por meio de atividades de apropriação cultural viabilizada tanto pela capacidade mental individual quanto por nossa habilidade de agir em sociedade.

Como podemos perceber, nossas categorias surgem condicionadas à herança cultural que temos e aos esquemas culturais os quais nos são transmitidos. Ou seja, as categorias são formas de percepção que possuem bases etnocêntricas e se prestam a fins culturais específicos.

Dessa maneira, na seção 4.2.1 será analisado o diagnóstico de maneira mais esclarecida, observando quais exames foram utilizados para a conclusão de uma possível patologia e a aplicação do Mini Exame do Estado Mental a partir de uma perspectiva estatística que envolve a desenvoltura tanto de pacientes Alzheimer quanto de pacientes não-alzheimer.

Na seção 4.2.2 será observado cada um dos subitens do Mini Exame do Estado Mental de maneira a elucidar seus possíveis objetivos durante a “entrevista”

com os prováveis portadores de Alzheimer. Também será feita uma tabela estatística que revele o desempenho de cada um dos participantes Alzheimer e não-alzheimer em cada uma das seções do teste.

Na seção 4.3.1 será realizada uma análise do Mini Exame do Estado Mental e averiguado se há correlação ou não dos déficits cognitivos apresentados com a desenvoltura linguística e social dos pacientes no transcorrer evolutivo da doença.

Na seção 4.3.2 a investigação irá se centrar nas possíveis categorias identitárias as quais podem surgir diante de um diagnóstico de doença de Alzheimer, as relacionando com o declínio social e cognitivo que o portador passa vir a ter.

Finalmente, no próximo capítulo serão observadas, exclusivamente, as ordenações sócio-cognitivas postas em uso na interação face a face e o emprego de certos recursos linguísticos específicos por portadores de Alzheimer.

4.1 DIAGNÓSTICO E OBSERVAÇÃO DA ESTRUTURA DO MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

4.1.1 Diagnóstico

Como já foi observado nos capítulos anteriores, é bastante comum o diagnóstico dos prováveis portadores de Alzheimer apenas a partir de uma perspectiva biológica/médica que considera o indivíduo, como uma espécie de sujeito isolado cognitivamente, sem considerar sua vida e práticas sociais habituais.

Dos cinco pacientes portadores de Alzheimer contido nas análises dessa pesquisa 3 possuíam exames como tomografias, 2 apresentaram ressonâncias magnéticas e 4 quatro realizaram o MEEM durante a construção dos dados da pesquisa (como já mencionado anteriormente, o paciente 5 não realizou o MEEM justamente por não possuir capacidade de responder a nossos estímulos já que se encontrava em estágio terminal da doença).

A importância da ressonância magnética e da tomografia computadorizada varia com relação as suas especificidades. A literatura médica, que trata especificamente da radiologia (Guimarães, 2007), concorda que a tomografia computadorizada é mais eficaz em caso de diagnósticos de problemas pulmonares, mas, em questões neurológicas, nada é melhor que a ressonância magnética.

A análise das ressonâncias e tomografias dos pacientes participantes da pesquisa se baseou, por eliminação, na observação de alguns indícios que levassem a acreditar que os doentes poderiam ser de fato acometidos pela doença de Alzheimer. Há uma grande preocupação de tratarmos o diagnóstico da doença de Alzheimer o tendo como uma hipótese, já que sua efetivação é apenas pós-morte, ou seja, quando o indivíduo chega a óbito.

Os médicos neurologistas, psiquiatras, geriatras utilizam as ressonâncias e tomografias como um meio de averiguar se há a existência de morte cerebral em certas áreas do cérebro as quais formam cicatrizes denominadas placas senis. São justamente essas placas que, ao serem comprovadas nesses instrumentos médicos específicos, justificam a existência do comprometimento cerebral que afeta funções como a linguagem, memória, concentração e raciocínio.

Outros elementos também observados pela equipe médica em ressonâncias e tomografias²⁰, durante a evolução da doença, são a degeneração no hipocampo (do sistema límbico) e do córtex cerebral; morte de grande parte do tecido nervoso; encolhimento do tecido cerebral; alargamento dos sulcos cerebrais e encolhimento do gyri; ampliação dos ventrículos.

Levando em consideração essas observações, na análise dos exames era visível o encolhimento do cérebro dos portadores MSF e MF com relação à ressonância do paciente em estágio inicial HC. Foi observada cada uma das ressonâncias e tomografias, mas, foi na comparação desses três pacientes que percebemos a mudança que ocorre no transcorrer da patologia.

No tocante ao Mini Exame de Estado Mental foi realizado oito testes, sendo quatro em portadores de Alzheimer e quatro em um grupo de controle não-Alzheimer. O MEEM²¹ foi criado em 1975 e hoje é o teste mais difundido no mundo por ser eficaz e de fácil aplicação. Ele leva, a depender da fase e do ânimo do paciente, de 5 a 10 minutos para se aplicado e revela, imediatamente, um indicador aceitável da possibilidade de demência.

Como já elucidado no capítulo que trata da metodologia, a pontuação total do Mini Exame do Estado Mental apresenta 30 pontos. Entretanto, a literatura médica

²⁰ A elucidação de todos esses elementos estão bem detalhadas no livro **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. FREITAS, Elizabete Viana de et al. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

²¹ IBNEURO:<

http://www.ibneuro.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=229&catid=3:artigos&Itemid=63> acessado em 25/03/2011, às 13:06.

(mais especificamente, o ministério da saúde) sugere um ponto de corte de 23 pontos por entender que o teste possui um caráter universal e saber que dele se utiliza várias pessoas que não possuem, por exemplo, escolaridade.

Os testes foram aplicados na própria instituição, Vila Vicentina, sempre com a presença da enfermeira, fisioterapeuta, e da técnica de enfermagem que trabalham na casa de repouso. As perguntas realizadas não eram complexa, mas, gerou uma certa dificuldade, até mesmo no grupo de controle, por exigir um mínimo grau de escolaridade. A estrutura do teste será vista, detalhadamente, a seguir, mas, só para exemplificar eram questões do tipo: “qual é o mês em que estamos?”; “quanto é 100 menos 7?”; “em que cidade você está?”.

Estatisticamente falando²², os testes realizados apresentaram os seguintes resultados:

Dados observados em % de acertos	MC-F	RIR-F	MSF-F	MSA-F	DSB-M	JTSF-M	HC-M	SAP-M
Grupo de Controle		83%		97%		80%		79%
Grupo Alzheimer	27%		13%		18%		56%	

Ao analisar estatisticamente a tabela percebemos o quanto é nítida a diferença no desempenho de cada um dos participantes doentes Alzheimer quando comparamos com a realidade das respostas (e margem de acertos) dos portadores não Alzheimer.

Como podemos observar, todos esses dados observados até então dão conta apenas de situações empíricas e estatísticas que nos fazem chegar a um diagnóstico aceitável de doença de Alzheimer. Entretanto, não são mencionadas as alterações que ocorrerá na vida daquele indivíduo (agora diagnosticado com a patologia), nas possíveis alterações de suas atividades individuais, em como lidar com a doença, como a pessoa passa a ser tratada por indivíduos não-alzheimer, e, principalmente, não menciona as consequências que o abandono traz para esses indivíduos os quais passam a ser excluídos do meio social justamente a partir do

²² Na nomenclatura apresentada, as duas ou três primeiras letras representam as iniciais dos participantes e a letra após o traço representa o sexo de cada um dos participantes.

diagnóstico de uma provável demência. É justamente por essa razão, que sugerimos uma proposta neurocognitiva e sociocognitiva, por entendermos que fatores biológicos são inegavelmente pertinentes nos estudos de patologias médicas, mas, também, por compreendermos que esses fatores são grandemente ligados a questões sociais, oriundas do processo cultural, que leva em consideração como importantes não apenas elementos internos, ou externos, mas, a junção desses elementos como um todo mutuamente construído.

4.1.2 Observação da Estruturação do Mini Exame do Estado Mental

Como já sabemos a memória, a linguagem, a atenção, a percepção, o raciocínio são todos elementos interligados presentes na cognição. Dessa maneira, nada mais lógico pensar que para a realização de um teste, o qual mede a capacidade cognitiva de pacientes, tenha se utilizado elementos tais como a orientação, o registro, a atenção, o cálculo, a evocação, e, claro a linguagem.

Todos os itens citados anteriormente compõem, assim, o Mini Exame do Estado Mental. Inicialmente, a seção da orientação é composta por duas questões básicas as quais envolvem uma análise se o paciente sabe identificar o tempo e o lugar em que estamos vivendo. As perguntas partem das mais gerais como *“qual é o ano ou país que estamos?”* até para perguntas mais específicas como *“qual é o dia, mês e ano que estamos?”*

O registro tem como objetivo testar a atenção e memória do que está sendo “entrevistado”. Consiste na evocação, por parte do aplicador do teste, de três palavras, as quais devem ser repetidas pelo pacientes e, após aproximadamente três minutos, devem ser ditas por eles para avaliação da memória.

O cálculo também é uma atividade que trabalha com a atenção. Essa é uma seção que, vez por outra, os indivíduos sem escolaridade demoram um pouco para realizá-la. Trata-se da verificação de como anda o raciocínio lógico do indivíduo, ou seja, pede-se para que ele realize uma subtração simples e verifica-se se essa operação é realizada com sucesso, ou, insucesso.

Finalmente, temos uma grande parte do teste (os maiores itens que podem ser pontuados) relacionado à linguagem. Nessa parte temos a identificação de elementos lexicais, análise de elementos fonológicos, interpretação de instruções,

leitura, análise de concatenação de ideias, e, finalmente, verificação da coordenação motora a partir do comando que pede para se desenhar a figura lá dada.

Podemos perceber, no próprio teste, a grande importância da análise linguística nos estudos de declínios cognitivos. A maior pontuação do teste é justamente obtida na parte da linguagem a qual totaliza, individualmente, 13 pontos em sua seção *versus* 10 (orientação), 3 (evocação), 4 (atenção e cálculo).

Com relação ao desempenho de cada um dos participantes portadores Alzheimer e não Alzheimer chegamos aos dados estatísticos trazidos nas tabelas a seguir:

Orientação

Dados observados em % de acertos	MC-F	RIR-F	MSF-F	MSA-F	DSB-M	JTSF-M	HC-M	SAP-M
Grupo de Controle		100%		100%		100%		100%
Grupo Alzheimer	30%		20%		20%		60%	

A parte de orientação do Mini Exame de Estado Mental trata de questões como qual o ano, horário, dia da semana, mês, país, estado, cidade, rua e local que estamos?. A tabela, assim como a anterior, traz as iniciais dos nomes de cada participante (Alzheimer e não-alzheimer), assim como o sexo de cada um deles. A porcentagem dada foi baseada na soma das respostas corretas de cada uma das respostas acima já elencadas, e alocadas de acordo com a divisão realizada: Alzheimer e grupo de controle.

Na tabela acima percebemos não apenas a grande diferenciação entre grupo de controle e grupo Alzheimer, mas, as fases correspondentes a cada um dos participantes Alzheimer's. Assim, além de todos os participantes do grupo de controle terem atingido a pontuação máxima, as observações sugerem as fases de MSF e DSB em fase avançada, MC em fase intermediária e HC em fase inicial, o que de fato é verídico.

Registro

Dados observados em % de acertos	MC-F	RIR-F	MSF-F	MSA-F	DSB-M	JTSF-M	HC-M	SAP-M
Grupo de Controle		33%		100%		67%		100%
Grupo Alzheimer	33%		-----		-----		100%	

A fase do registro se refere a três palavras, que são ditas no início do teste, e que devem ser recordadas em um momento posterior. A tabela que diz respeito ao registro nos revela um traço interessante do MEEM: a importância que a atenção desempenha durante a aplicação do teste. Como podemos perceber temos pessoas do grupo do controle (RIR) com o resultado igual a da portadora de Alzheimer em nível intermediário (MC), assim como, temos portador de Alzheimer em fase inicial com obtenção de resultado máximo (HC) e um sujeito não Alzheimer que não consegue pontuação máxima (JTSF). O fato do portador HC conseguir 100% de êxito nessa atividade não é algo extraordinário, já que ele ainda se encontra em fase inicial. Em oposição, o fato de RIR e JTSF não terem sido 100% eficaz na avaliação também não é preocupante, visto que, esquecimento também é uma característica típica do envelhecimento e, além do mais, os testes desses participantes foram realizados com um visível déficit de atenção decorrentes de preocupações alheias as quais eram referentes a compromissos pessoais.

Atenção e Cálculo

Dados observados em % de acertos	MC-F	RIR-F	MSF-F	MSA-F	DSB-M	JTSF-M	HC-M	SAP-M
Grupo de Controle		100%		100%		100%		100%
Grupo Alzheimer	-----		-----		-----		-----	

O item de atenção e cálculo pergunta quanto é 100-7 e dá cinco opções para que o indivíduo revele a opção correta (93-86-79-72-65). Essa seção de atenção e cálculo responde pela própria tabela. Nessa questão, todos os portadores de Alzheimer não responderam a questão e todos os do grupo de controle a respondeu. Isso nos revela que a propriedade do raciocínio lógico, aqui trabalhada a partir do cálculo, é um elemento que logo desaparece nas fases mais incipientes da doença de Alzheimer. É interessante essa observação porque ela nos traz a justificativa da dependência que os portadores passam a ter de seus respectivos cuidadores ou

tutores. Em razão deles possuírem de imediato um comprometimento do seu raciocínio, eles vão precisar de alguém que inicialmente os assistam e depois os representem como maneira de manutenção do seu bem estar social já que eles passam a ter incapacidade de julgar o que é melhor ou pior para si.

Evocação

Dados observados em % de acertos	MC-F	RIR-F	MSF-F	MSA-F	DSB-M	JTSF-M	HC-M	SAP-M
Grupo de Controle		100%		100%		-----		100%
Grupo Alzheimer	-----		-----		-----		-----	

A evocação está diretamente relacionada com a propriedade da memória e é concretizada na pergunta, pelo médico, das três palavras ditadas no início do teste. Entretanto, vale salientar que a memória trabalhada no MEEM é a de curto prazo, e, não a de longo prazo. Nesse resultado, nenhum dos participantes diagnosticados com a patologia Alzheimer apresentaram êxito na realização da atividade. Já três dos quatro participantes do grupo de controle apresentaram êxito total de realização. Outro fator pertinente a ser levado em consideração é que na época da realização do MEEM o indivíduo JTSF foi escolhido, aleatoriamente, como parte do grupo de controle por ter apresentado 79% de êxito no teste já mencionado (sendo portanto um excelente resultado que o inseriu no grupo não Alzheimer). Mas, aproximadamente 1 ano após a aplicação do teste, JTSF foi diagnosticado com um tumor cerebral no lóbulo temporal, fator esse que faz com que eu não saiba se seus resultados sofreram ou não influência de tal patologia.

Linguagem

Dados observados em % de acertos	MC-F	RIR-F	MSF-F	MSA-F	DSB-M	JTSF-M	HC-M	SAP-M
Grupo de Controle		97%		97%		97%		97%
Grupo Alzheimer	16%		8%		15%		31%	

A fase da linguagem é a mais dinâmica a ser realizada. Inicialmente, ela pede para que seja identificadas três coisas, que, no nosso teste foi lápis e relógio de pulso; na segunda fase, a enfermeira pede para repetir “nem aqui, nem ali, nem lá”; a terceira etapa se pede para os idosos seguir a seguinte instrução: “pegue o papel

com a mão direita, dobre ao meio e ponha no chão”; a penúltima fase foi a de escrever um pensamento, de forma que ele seja coeso (nesse ponto, para os candidatos analfabetos, apenas o desenvolvimento oral desse pensamento, já foi suficiente). Finalmente, o último pedido foi para que realizassem o seguinte desenho de um pentágono (que é uma figura geométrica de cinco lados).

Nos resultados apresentados, mais uma vez percebemos a diferença entre o grupo de controle e os portadores (e fases) de Alzheimer. Os resultados do grupo de controle foram homogêneos em relação aos 97% por todos os indivíduos terem se negado a fazer o desenho da figura. Já nos portadores de Alzheimer, percebemos uma variação de desempenho de 8% a 31% que, justamente, revelam o declínio cognitivo da portadora mais avançada (MSF) em oposição ao portador de fase inicial (HC).

Finalmente, percebemos o quanto esses fatores cognitivos estão relacionados com a deterioração cognitiva sofrida na patologia Alzheimer. Observamos, também, que esses elementos não devem ser entendidos de maneira separada, estanque, mas, ao contrário, como elementos interligados em que a alteração de um prevê, deduz e corrobora a alteração de outro. Consequentemente, a alteração de vários desses elementos em conjunto faz com que cheguemos ao diagnóstico, através do MEEM, da doença de Alzheimer com escalas que variam de 1 a 5 e dizem respeito ao comprometimento baseado na perda cognitiva que evolui, no portador de Alzheimer, em aproximadamente 3 em 3 anos.

4.2 ANÁLISES

4.2.1 O declínio linguístico-cognitivo dos portadores considerando os aspectos neurodegenerativos e sociais da doença

A partir de agora, começaremos as análises dos Mini Exame de Estado Mental realizado por cada um dos portadores envolvidos na pesquisa, observando-os em ordem crescente/ evolutiva apresentada em cada um dos indivíduos doentes de Alzheimer.

Dessa forma, iniciaremos com o paciente 1 (H.C) e findaremos com o paciente 5 (M.F) realizando sempre a co-relação do diagnóstico apresentado nos testes com possíveis declínios cognitivos e sociais apresentados pelos portadores.

O portador 1, denominado nesta pesquisa apenas como H.C é do sexo masculino, possui 75 anos, desenvolveu como profissão a de advogado, apresentou um total de acertos de 13 pontos, mas, vale salientar que ele se recusou a fazer a última questão do teste por vontade própria e não por falta de entendimento. Seu H.C encontra-se há aproximadamente dois anos e meio com a Doença de Alzheimer, entretanto, ainda encontra-se lúcido para realizar atividades como determinar a hora, dizer ano e país em questão e algumas outras relacionadas à linguagem.

Como foi mencionado anteriormente, nas unidades I e II, a primeira fase da doença de Alzheimer é caracterizada por atitudes como a digressão, o rodeio de palavras, o desenvolvimento de uma interação com o interlocutor sem que ele esteja dentro de seu campo visual, perda de atenção, desorientação com relação ao tempo e ao espaço.

No exemplo abaixo, a visitante F.T desenvolve um trabalho social na casa de repouso em que vive o Sr. H.C, em João Pessoa, que o visita regularmente. O exemplo apresentado nos revela que apesar de algumas atividades cognitivas ainda serem realizadas com bastante sucesso por H.C (como a lembrança da quantidade de filhos e o nome de todos eles) ele apresenta certa desorientação com relação ao tempo e espaço e muito raramente toma a iniciativa de iniciar uma conversação como ainda é comum na paciente 2. Ou seja, em miúdos, a estrutura aquele que pergunta e aquele que responde é bastante comum nas conversas realizadas com o portador de Alzheimer 1 (Sr. H.C).

(1)

Paciente 1- Vídeo 1.

01	V.F.T	tudo bom//
02	HC	tudo bom
03	V.F.T	tava descansando//
04	HC	°é (.) tava °
05	V.F.T	tá tudo bem
06		(.)
07		tava descansando um pouquinho//
08	HC	era
09	V.F.T	era//
10	HC	era
11	V.F.T	o senhor é aqui de João Pessoa ou é do interior
12	HC	eu sou do (.) do interior
13	V.F.T	mas o senhor acha melhor aqui em João Pessoa//
14	HC	°acho °
15	V.F.T	acha melhor aqui né//
16	HC	acho melhor aqui

17	V.F.T	hum
18		...
19		e quê que o senhor gosta mais de fazer//
20	HC	é:
21		(.)
22	V.F.T	viajar trabalhar//
23		(.)
24		trabalhar//
25	HC	trabalhar
26	V.F.T	trabalhou muito
27		pegou muita causa//
28	HC	(ininteligível)
29	V.F.T	só pegando as causas principais né//
30	HC	é
31	V.F.T	e o senhor gosta mais de qual//
32		trabalhista//
33	HC	é
34		criminal também
35	V.F.T	sua área é trabalho né//
36	HC	é
37		(.)
38	V.F.T	e a dificuldade maior é qual//
39	HC	não (.) num tem dificuldade não
40	V.F.T	tem não
41	HC	não
42		...
43	V.F.T →	quanto tempo faz que o senhor tá pegando causas//
44	HC →	dez anos
45	V.F.T	dez anos//
46	HC	é
47	V.F.T	tem muita coisa aí para o juiz definir//
48	HC	tudo no prédio
49	V.F.T	é//
50	HC	é
51	V.F.T	elas demoram ou saem logo//
52	HC	umas saem logo e outras
53		[
54	V.F.T	depende né//
55		...
56		sim
57		(.)
58		mas as trabalhistas ainda são as melhores né//
59	HC	é
60	V.F.T	...
61		e é tudo aqui em João Pessoa//
62		ou (.) tem no interior//
63	HC	aqui (.) em João Pessoa
64	V.F.T	tudo em João Pessoa né//
65		(.)
66		gosta de pegar no interior não//
67	HC	não
68		...
69	V.F.T	o escritório é aonde seu H.//
70	HC	é lá na (.) é perto da AETC
71	V.F.T	da AETC//
72		lá no centro né//
73	HC	é
74	V.F.T	cruzando com ali a treze de maio

75	HC →	é (.) por ali perto do bradesco
76		...
77	V.F.T	e os filhos do senhor//
78		alguém é advogado//
79	HC	não
80	V.F.T	é não//
81		(.)
82		não quiseram não//
83	HC →	são três
84	V.F.T	tem três//
85	HC →	°dois homens e uma mulher°
85	V.F.T	dois homens e uma mulher//
86	HC	(ininteligível)
87	V.F.T	ela mora aqui em João Pessoa//
88	HC	°mora°
89	V.F.T	como é o nome dela//
90	HC →	germana
91	V.F.T	germana//
92	HC	é
93		(.)
94		ela é médica
95	V.P	germana é o quê seu ger (.) H.//
96	HC	filha
97	V.P	ela é o quê (.) a profissão dela//
98	HC	filha (.) filha
99	V.F.T	ginecologista
100	V.P	é médica é//
101	HC →	é médica (ginecologista)
102	V.P	ah:
103		...
104	V.F.T	os meninos todos dois são advogados//
105	HC	(ininteligível)
106	V.F.T	e o nome deles//
107	HC →	L. Flávio e C. Emerson
108	V.P	L. Flávio
109	HC	e C. Emerson
110		(.)
111	→	Emerson trabalha no INSS
112	V.F.T	no INSS//
113	HC	é
114		(.)
115	→	lá no Belém do Pará
116	V.P	ah: Belém do Pará
117	HC	é
118		...

Como podemos observar na transcrição acima, o portador de Alzheimer lembra de informações importantes como a quantidade de filhos, o nome de cada um dos seus filhos, a especialidade de todos eles (porque apesar de não estar nesse trecho, em conversas futuras ele menciona que L. Flávio trabalha no correio), a localização de seu antigo lugar de trabalho, mas, também é bastante perceptível a desorientação que seu H.C apresenta com relação ao tempo e ao espaço quando

ele menciona na linha 44 que pega causa há apenas dez anos, quando, na realidade, ele advogou por mais de vinte e cinco anos.

Esse mesmo problema de desorientação foi observado por seu H.C no Mini Exame de Estado Mental, apesar dele se lembrar de elementos como ano, horário, ele não se lembrou do dia da semana e mês. O mesmo também foi observado com relação ao teste que envolve locais, ele mencionou o País, Estado, Cidade, mas, não soube dizer aonde estava.

Especificando, seu H.C foi capaz de dizer o ano (2010), o horário (15:05), mas, não disse o mês e nem o dia da semana (estávamos em outubro de 2010 e ele acreditava ser março de 2010). No teste de registro ele repetiu cinco vezes as palavras (enquanto o JTSF, do grupo de controle, só repetiu duas vezes). Com relação à questão de atenção e cálculo, H.C não respondeu ao que foi perguntado. O item da evocação também foi realizado sem sucesso. Na parte destinada à linguagem, ele soube identificar os objetos que pedimos para ser apontados, ele também repetiu a frase do teste (já mencionada na parte que analisamos a estrutura do teste) e seguiu a instrução que recomendamos “feche os olhos”. Entretanto, os demais itens não foram realizados.

Finalizando essa análise inicial de H.C, observamos que a estrutura pergunta-resposta é bastante presente na doença de Alzheimer (seja a fase qual for). Essa estrutura só teve a exceção da paciente 2 (M.C), mas, também o foi muito presente em suas conversações.

A paciente 2, chamada de M.C (ou do pseudônimo jetti) é do sexo feminino, tem 78 anos, é dona de casa, e apresentou um total de 6 pontos, também se recusando a fazer o último item do teste alegando incapacidade. A paciente possui um diagnóstico de aproximadamente quatro anos de doença de Alzheimer e é incluída, por diagnósticos médicos, na fase intermediária. O discurso de “jetty” é bastante marcado por gestos, tentativas de “achar” palavras, agnosia, apraxia, comprometimento visível da memória de curto prazo e, um ponto também bastante perceptível, é que ela também possui dificuldade em suas atividades motoras, como andar, por exemplo.

(2)

Paciente 2- Vídeo 1

01	visitante (P)	foi jetti//
02	MC	foi
03	visitante (P)	mas passou já//
04	v.f.t	mas tá sentindo agora//
05		...
06		é aonde//
07		é na barriga é//
08	MC	é dentro do peito
09	v.f.t	aqui//
10	ma	-- a visitante aponta para o peito-->*
11	MC	sim
12	v.f.t	são gases
13	MC	no peito
14	v.f.t	são gases
15	→	porque não anda muito

Paciente 2- Vídeo 2 (Continuação do vídeo 1)

01	visitante (P)	pergunta se ela lanchou
02	v.f.t →	aí (.) tem que caminhar
03	visitante (P)	tu lanchou jetti//
04	MC	lanchei
05	visitante (P)	lanchou//
06		tava gostoso//
07	MC →	ela me deu um pedacinho de pão
08	v.f.t →	fruta (.) não foi//
09	MC	foi
10	v.f.t →	mas nem tomou do suco
11		porque minha filha não tomou//
12	moradora 4 →	ela tomou (.) tomou
13	MC →	porque ela esqueceu de me dá
14	v.f.t	oxente
15	visitante (P)	então daqui a pouco vamos pegar suco para ela
16	v.f.t	é:
17		(ininteligível)
18		diz que vai dar no lanche
19		vai dar no lanche

Na amostra apresentada é bastante comum a ocorrência de características acima já mencionadas como a dificuldade em realização das atividades motoras, sendo justificada sempre pela visitante F.T ao mencionar “*porque não anda muito*”, “*aí (.) tem que caminhar*”, como também a agnosia e a apraxia. Tanto a agnosia quanto a apraxia são entendidas como desordem neurológicas, esta decorrente do lobo frontal e aquela do lobo temporal. Dessa maneira, a apraxia é caracterizada pela perda da capacidade em realizar movimentos e gestos vinculados a um dado objetivo e a agnosia é ligada a perda da habilidade de reconhecer objetos, pessoas,

sons e formas. A apraxia é concretizada no exemplo já dado, na tentativa comum tanto da visitante, quanto da equipe médica, em fazer despertar a capacidade, mesmo com dificuldade, que a portadora tem de andar. Já a agnosia, é perceptível em situações que correntemente aparecem como a dificuldade em quantificar quantos filhos possui, quais são as pessoas que convivem com ela (como por exemplo, a geriatra que não está presente frequentemente na casa de repouso), objetos (a câmera da pesquisadora é denominada rádio, televisão).

Na transcrição em questão, outro exemplo que nos cabe chamar bastante atenção é perda da memória de curto prazo. A portadora, mesmo tendo lanchado há pouco tempo, esquece dos alimentos ingeridos. Diz que deram pão, mas, deram fruta. Menciona também que não tomou o suco, entretanto, já o havia tomado.

O paciente 3 apresenta Alzheimer em estágio avançado inicial, ou seja, ele não possui ainda arraigados a ele todas as características do estágio avançado como apresenta, por exemplo, a paciente 4. Ele é aqui chamado de D.S.B, do sexo masculino, desenvolveu o jornalismo como profissão, possui 71 anos e apresentou um total de 4 pontos no Mini Exame de Estado Mental (na parte da orientação ele só respondeu o país e a cidade e na parte da linguagem, só soube identificar os objetos que pedimos para que ele os identificasse), o que, na literatura médica, é tido como preocupante devido ao alto grau de comprometimento cognitivo e, como veremos, também social.

D.S.B é bastante dependente de seus cuidadores (apesar de viver na mesma casa de repouso em questão, a família os contratou para serem exclusivos dele), possui total perda de memória de curto prazo e grande perda da memória de longo prazo, deixando nessa fase de reconhecer parentes e amigos. Como veremos no vídeo 2 e 3, suas habilidades sociais, como a conversação, são bastante comprometidas a ponto dele partir para uma caminhada sozinho, isolado, como forma de recusa ao processo interativo.

(3)

Paciente 3- Vídeo 1

01	cuidadora de D.B	quantos anos tu tem//
02		...
03		hein//
04		são quatro né//
05	DSB	é (.) são quatro
06	cuidadora de D.B	aí tu mora aonde//
07	DSB	moro aqui
08	cuidadora de D.B	aonde//
09	DSB	cruz das armas
10	cuidadora de D.B	perto de onde//
11		...
12		tudo que ele me diz é isso

Paciente 3- Vídeo 5

01	cuidadora de D.B	e tu tava jogando o quê//
02		...
03		em D.//
04	DB →	tava jogando cachimbo
05	cuidadora de D.B	aqui oh/ na mesa (.) era o quê//
06		era / dominó
07	DB	era dominó
08		...
09	cuidadora de D.B	quem foi que ganhou//
10		(.)
11		quem foi que ganhou três vezes//
12	ma	-- <i>se levanta para andar</i> -->
13	cuidadora de D.B	foi D.
14	visitante (P)	foi D.(.) foi tu//
15	DB	foi
16	visitante (P)	foi//
17		então tu tá feliz não tá//
18	DB	tou
19		((risos))

Como podemos observar, a transcrição acima apresentada apenas corrobora as características que acima foram apresentadas. O exemplo “*tudo que ele me diz é isso*” revela a fragilidade sociocognitiva e interacional do portador e mostra a dependência que o portador possui de sua cuidadora R. e seu cuidador V. A idade que o portador diz ter revela o comprometimento cognitivo vivenciado por sua memória. Outras informações importantes como nome da esposa, nome do trabalho, profissão são também esquecidas nas transcrições seguintes. Um fator bastante pertinente a ser observado é a existência da memória de longo prazo, DSB lembra de “Cruz das Armas” e, de fato, ele morou longos anos em tal local. Uma

observação também muito relevante é a perda da memória semântica sentida em D.S.B, ele troca dominó por cachimbo durante a conversação desenvolvida com sua cuidadora R. Mais uma vez percebemos o par pergunta e resposta e notamos uma saída bastante curiosa que os portadores de fase avançada possuem para se evadir de uma situação social tão comum que é a linguagem e a atividade conversacional: eles caminham em direção contrária aos seus interlocutores.

A portadora 4 denominada M.S.F é do sexo feminino, é dona de casa, possui 88 anos, e desenvolveu um total de 3 pontos no Mini Exame de Estado Mental. Em fase bastante avançada de Alzheimer, mescla características do estágio avançado com algumas características do estágio terminal. M.S.F é totalmente dependente de seus supervisores, o discurso é marcado por frases simples, como já foi mencionado no exemplo de D.S.B, perda da memória de curto e longo prazo, presença mais frequente ainda do binômio pergunta/resposta.

(4)

Paciente 4- Vídeo 28 e 29

01		...
02	v.f.t	tá bonita ela
03	ma	-- a portadora interage apenas com o olhar-->*
04		ela gosta de suco de caju
05		vou trazer pronto já para ela beber
06	visitante (P)	tu gosta de suco de caju//
07		a senhora gosta de suco de caju
08	ma	-- a portadora balança a cabeça confirmando-->*
09	v.f.t	então vai tomar viu//
10		a gente vai trazer
11	MS	pode
12	v.f.t	pode//
13		a senhora gosta natural ou gelado//
14		...
15		gelado ou natural//
16		...
17	MS	do jeito que você quiser
18	v.f.t	↑ou meu deus do céu que coisa linda
19	MS	do jeito que você quiser
20	v.f.t	tá certo
21		vou fazer com A.
22		a gente vai trazer
23		viu//
24		tá certo//
25	MS	certo
26	v.f.t	para lanchar
27		quer só um suco ou com um biscoitinho também//
28	MS	se quiser trazer\
29	v.f.t	biscoito maisena (.) biscoito maisena
30		posso (.) daqueles redondinhos//

31		biscoitinho maisena//
32		...
33		ou biscoitinho de leite//
34	MS	de ma (.) de
35		[
36	v.f.t	de maisena
37	MS	& maisena
38	v.f.t	é//
39		tá certo
40		...
41	v.z.s	ela vai querer um bolinho//

Como podemos observar, a transcrição acima exposta mostra um discurso baseado em perguntas e respostas em que, a portadora de Alzheimer, além de apresentar respostas curtas, ela também opta por respostas não-verbais para então responder a questão levantada pela interlocutora não - alzheimer. Outro fator pertinente, que revela a relação existente entre declínio cognitivo e também social, é a situação encontrada no vídeo 6 da mesma paciente. Nesse vídeo a portadora escapa da atividade conversacional caminhando assim como faz o portador 3.

Isso nos revela que a evolução da doença de Alzheimer afeta as atividades sociais de seus portadores a ponto de percebermos, no paciente 5, Sr. M.F, do sexo masculino, outrora caminhoneiro, de 91 anos, que não realizou o Mini Teste de Exame Mental por já está em fase terminal, abertura alguma para quaisquer atividades sociais e até mesmo linguística.

Ou seja, corrobora-se a hipótese de que com a evolução do declínio cognitivo sofrido pelos portadores de Alzheimer, alteram-se também as atividades sociais como o não mais desenvolvimento pleno de suas atividades habituais (como o trabalho, por exemplo), a dependência de um terceiro, o discurso conversacional que diminui até se esvair na última fase, esquecimento da sua estória de vida, não consciência da sua essência, seu eu.

4.2.2 Possíveis categorias identitárias as quais podem surgir diante de um diagnóstico de doença de Alzheimer

Nos exemplos abaixo apresentados, observaremos que categorias são comuns a aparecer nos discursos envolvendo os portadores de Alzheimer. Para tanto, vale salientarmos que mesmo de uma fase para outra é frequente

encontrarmos palavras como *esquecido (a)*, *aquele (a) que não lembra*, *o que não sabe de nada*, *o dependente*.

(5)

Paciente 2- Vídeo 3

01	MC	foi / cem vaca
02	v.f.t	aí ela vendeu não foi//
03	MC →	eu acho que o esposo dela vendeu
04	v.f.t	(conta a estória narrada pela portadora)
05		mais é ingrata (.) nunca mais veio aqui me ver
06		num foi//
07	MC	foi/
08	v.f.t	quando eu cheguei ela disse ↑ minha afilhada eu não sou sua madrinha//
09		cadê// não vê mais não//
10	MC	a senhora parece é muito / benza te deus
11	v.f.t	e é//
12	→	olha não esqueceu não tá vendo//
13	MC →	esqueci não
14	v.f.t	e ela não veio não depois daquele dia//
15	MC	ela já teve aqui
16		((risos))
17		ela já veio uma vez
18	v.f.t	esqueci o nome dela que a senhora disse
19	MC	nunca mais eu
20		[
21	moradora 4	a vi
22	v.f.t	o nome dela que eu esqueci
23	MC →	eu também
24	v.f.t →	esqueceu também//
25	MC →	(H) esqueci
26	v.f.t	pois ela disse
27	visitante (P)	pergunta se ela era casada
28	v.f.t	ela teve duas filhas não foi//
29	MC	quem//
30	v.f.t	a senhora teve duas filhas não foi//
31	MC	eu//
32	v.f.t →	se lembra//
33	MC	eu tenho muito (.) eu tenho menino
34	v.f.t	tem menino//
35		...
36		e os filhos vieram aqui depois//
37	MC	tem vindo
38	v.f.t	tem vindo//
39	MC	tem
40	v.f.t	aos domingos é//
41	moradora 4	não vem não
42	MC	na boca da noite (.) assim assim de noite assim quase/ escurecendo ele chega aqui
43	v.f.t	tem vindo né//
44	MC	tem
45	v.f.t	tá com calor tá//
46		tá com frio//
47	MC	é modi a quintura
48	v.f.t	é a quentura//
49		melhora a toalha//

50	MC	melhora
51	v.f.t	e é//
52		então a toalha tá friinha não é//
53	MC	é:
54	v.f.t	sim:
55		ela toma banho e deixa a toalha friinha né//
56		fica melhor assim né//
57	MC	fica
58	v.f.t	sim
59		pois eu não esqueci não
60		amanhã se eu vinher eu vou trazer suas sacolas
61		que a senhora gosta
62		(.)
63		as bolsas
64		que a sua colega pediu (.) me dê duas
65		ai você disse (.) eu posso dar// (.) você traz mais//
66		ai eu não pude mais vim (.) eu vim hoje
67		amanhã eu trago
68	MC	pois traga
69	v.f.t	viu//
70		ela gosta de bolsas
71		né//
72	MC	é:
73	v.f.t	conta aí mais do interior
74		se lembra do interior//
75		a senhora disse que ganhou cem vacas
76		disse que dava leite que só
77	MC	eu tenho muito <u>gado</u>
78	v.f.t	ainda tem muito lá//
79	MC	eu tenho aqui minha filha
80	v.f.t	aqui//
81		então sua afilhada ficou mais
82	MC	eu tenho muito gado
83		tenho as vacas do lino (.) as vacas do lino toda
84	v.f.t	a vaca do lino (.) deve ser uma cidade
85		aqui é//
86		em João Pessoa//
87	MC	é:
88	v.f.t	é//
89		como uma granja lá//
90	MC	o dono do lino não morreu//
91	v.f.t	morreu//
92	MC	morreu aí eu cheguei (.) aí eu cheguei mais ela
93	v.f.t	porque a senhora morava lá (.) né//
94	MC	eu morava aqui
95	v.f.t	já morava aqui
96	MC	eu morava lá quando era pequena
97	v.f.t	ah/ pequena sim
98	MC	aí eu vim para aqui
99		aí ela veio (.) ela veio
100		a esposa de seu assis a esposa de seu assis
101		morava ali para banda de lá
102	v.f.t	ela vem aqui te ver//
103	MC	vem
104	v.f.t	vem//
105		o menino dela (.) diga aí a Anna Mayra seu filho só vem de tardinha né// toda noite ele passa por aqui quando vem do trabalho
106		né//

107	moradora 4	vem não minha filha
108	v.f.t	vem não//
109	MC	vem:
110	moradora 4	vem não
111	MC	é porque essa menina não tem juízo

Na transcrição acima analisada, observamos que a interlocutora sempre faz, implicitamente, a relação de portador de Alzheimer com as categorias *esquecimento* e *lembança*. Além disso, há uma enorme tentativa, evocando-se estórias do passado, da falante não-alzheimer de fazer com que a portadora se recorde de eventos passados e mantenha-os dentro de sua memória. Há também uma perceptível desorientação com relação ao tempo e espaço. Jeti pensa estar em uma outra época, quando ela era mais nova e morava nas terras do “Lino”. Ela não tem consciência, então, de estar na casa de repouso que ela vive. A portadora é enfática ao mencionar que seus filhos a visitam com frequência, quando, na realidade, isso não ocorre. A narrativa é construída gradativamente sempre atentando a participação e lembranças da portadora, e, como veremos nas demais amostras que serão apresentadas abaixo, esse fator é bastante pertinente ao se observar o diálogo entre portador de Alzheimer e não-alzheimer ao longo da pesquisa.

(6)

Paciente 3- Vídeo 2

01	cuidadora de D.B	qual é o teu nome//
02	DB	DSB
03	cuidadora de D.B	quantos anos tu tem//
04	DB	sete
05	cuidadora de D.B	sete//
06	DB	é:
07	cuidadora de D.B	faz tempo que tu tá aqui//
08	DB	faz
09	cuidadora de D.B	faz (.) quanto tempo//
10	DB	sete (.) é
11	cuidadora de D.B	quantos filhos tu tem//
12	DB	(.)
13		filho//
14	cuidadora de D.B	hum
15	DB	cinco
16	cuidadora de D.B	cinco//
17	DB	hum
18	cuidadora de D.B	como é o nome da tua esposa//
19		...
20		tu fosse vereador foi//
21	DB	foi

22	cuidadora de D.B	foi//
23	DB	foi
24	cuidadora de D.B	faz quanto tempo//
25	DB	um mês
26	cuidadora de D.B	((risos))
27		tu era o quê//
28	DB	eu ... já...
29	cuidadora de D.B	olha (.) vêm cá
30		tu és jornalista é//
31	DB	era
32	cuidadora de D.B	era//
33		tu trabalhou em que rádio//
34		...
35		na arapuã num foi//
36	DB	foi ... na arapuã
37	cuidadora de D.B →	ele só lembra se alguém disser

Na amostra acima apresentada, apesar de possuímos um novo trecho, o qual insere também uma nova interlocutora, percebemos que mais uma vez a narrativa envolve a estrutura pergunta- resposta e intenta averiguar se o portador de Alzheimer de fase avançada ainda se recorda de informações básicas as quais fazem sua identidade como nome, idade, profissão, onde morava, trabalhava, nome da esposa. D.S.B responde o nome corretamente, mas, como podemos observar nos dados, as outras questões não são respondidas com sucesso. Após uma série de tentativas mal sucedidas, a cuidadora R. comenta com a V.F.T e a V.P “*ele só lembra se alguém disser*”, corroborando mais uma vez a categoria Alzheimer como esquecimento e, agora, chamando a atenção do portador de Alzheimer para dependências até mesmo de hábitos outrora simples como a conversação. É muito comum em outros fragmentos percebermos que várias vezes DSB pede ajuda de maneira implícita para a conversação, como uma verdadeira espécie do que aqui chamarei de “*socorro verbal*”.

(7)

Paciente 3- Vídeo 11

01	Cuidador de DB 2	tem um que está nos estados unidos né//
02	v.f.t	sim/ ainda tá aquele seu menino nos estados unidos//
03	DSB	tá
04	v.f.t	tá//
05		como é o nome do que tá nos estados unidos//
06	ma →	-- olha para o cuidador na tentativa que ele o ajude-->
07	DSB →	tu sabe//
08	Cuidador de DB 2	((risos))
09		não

10	visitante (P)	((risos))
11	v.f.t	é bom perguntar
12		porque tu vai lembrando para ele
13		visse//
14	Cuidador de DB 2	(sei não)
15	v.f.t	tu conhece//
16		os meninos dele//
17	m.n.i	não
18	v.f.t	não//
19	m.n.i	não
20	v.f.t →	ele é alzheimer também né A.//
21	visitante (P)	não

Uma grande curiosidade trazida nesse vídeo 11, também do portador 3, é que ele além de corroborar o que acima foi dito com relação a dependência que o portador 3 possui de seus cuidadores para responder as perguntas realizadas, a V.F.T ressalta a importância que a narrativa de eventos passados têm para ela como função de manutenção da memória de, ao menos, longo prazo. A V.F.T pergunta a V.P se um morador não-identificado também possui Alzheimer. É bastante interessante essa indagação porque ela surge justamente devido ao isolamento social que vive esse morador não-identificado, ou seja, a V.F.T apesar de leiga no assunto, já observa que o isolamento social está relacionado a Doença de Alzheimer, mesmo que esse isolamento seja mais comum em fases mais avançadas.

(8)

Paciente 4- Vídeo 1.

01	cuidadora 1	quem é essa//
02	MS	essa aqui é minha
03	cuidadora 1	hein//
04	MS	é minha/
05	cuidadora 1	é sua//
06	MS	é
07	cuidadora 1	e essa outra aí//
08	ma	-----> * <i>ela tenta reconhecer a pessoa apontada</i>
09	MS	essa outra é quase
10		[
11	moradora 2	essa outra é quase
12	moradora 1	você também é (.) viu//
13		(ininteligível)
14	cuidadora 1	e essa//
15		e essa//
16	MS	também
17	cuidadora 1	tudinho
18		...

19	visitante (P)	dona L. a senhora tem filho (.) dona l.//
20	MS	o que//
21	visitante (P)	a senhora tem filho//
22	MS	hum//
23		tenho
24	visitante (P)	tem quantos filhos//
25	MS	tem mei mundo (.) solteiro casado
26		são elenilda eliene elizete (ivonete)
27		...
28		cinco
29	cuidadora 1 →	já tá esquecendo (...)
30	→	ela agora tá esquecendo
31	visitante (P)	e neto//
32		...
33		a senhora tem algum//
34		...
35	MS	homi (.) tem uns bocados
36	moradora 2	tem uns bocados/
37	visitante (P)	((risos))
38		tem uns bocados
39		e a senhora trabalhava//
40	MS	trabalhava dentro de casa
41	visitante (P)	hum
42		foi casada muitos anos
43	MS	faz muitos anos
44		(ininteligível)
45	cuidadora 1	L. cadê teu marido//
46	MS	tá em casa
47	cuidadora 1	tá em casa (.) teu maridão//
48		(.)
49	MS	ele tá em casa
50	cuidadora 1	tá vendo//
51		----- a cuidadora olha para a pesquisadora e para os outros participantes da conversação assinalando reprovação da informação-->*
52	visitante (P)	e o marido da senhora faz o que dona L.//
53	MS	paga besteira
54		((risos em conjunto))
55	visitante (P)	paga besteira
56		((risos))
57	cuidadora 1	como é seu nome//
58	MS	meu nome é L./
59	cuidadora 1	de quê//
60	MS	farias

Paciente 4- vídeo 2

01	cuidadora 1	hein l. (.) como é o nome dela//
02	MS	como é o nome dela//
03	cuidadora 1	sim/
04	MS →	é (.) como é teu nome que eu me esqueço
05	visitante (P)	é anna
06	MS	anna//
07	ma	--- olha da visitante (P) para a cuidadora 1--> *
08	MS	é anna
09	cuidadora 1	ela é solteira ou casada//
10	MS	é solteira
11	cuidadora 1	é solteira//

12		...
13	MS	nesses dias ela casa
14	moradora 1	nesses dias ela casa
15	visitante (P)	amém meu deus/
16		((risos))
17	visitante (P)	profetiza senhor/
18	cuidadora 1	tu conhece o noivo dela L.//
19	MS	conheço
20	cuidadora 1	ele é bonito//
21	MS	ela é bonita
22	cuidadora 1	ELE
23	MS	ele é
24	cuidadora 1	é//
25		como é o nome dele//
26	MS	né muito feio não
27	cuidadora 1	sabe o nome dele não//
28	MS	o nome dele//
29	cuidadora 1	sim\
30	MS →	já me esqueci
31	cuidadora 1	tá (.) tua filha vai casar e tu não sabe nem o nome do noivo dela//
32		...
33	cuidadora 1	bichinha (.) faz mal a ninguém aqui
34	visitante (P)	ah tá\
35	MS	como é o nome dele//
36	visitante (P)	o nome dele é ronaldo
37	MS	ronaldo

No vídeo 1 e 2 da portadora MSF percebemos que a correlação Alzheimer e esquecimento é bastante salientada pela cuidadora 1 quando ela repete duas vezes “já tá esquecendo”, “ela agora tá esquecendo”, mas é levantada pela própria portadora ao mencionar “é (.) como é teu nome que eu me esqueço” e “já me esqueci”.

(9)

Paciente 4- Vídeo 7

01	v.f.t	dona L. não descansou um pouquinho não//
02		depois do almoço//
03	MS	não
04	v.f.t	não//
05		não deu vontade de descansar um pouquinho não//
06	MS	tinha muita gente
07	v.f.t	ah/ sim
08		tinha muita gente aí não deu para descansar não
09		...
10		o almoço foi bom hoje//
11	MS	foi
12	v.f.t	foi//
13		tava gostoso//
14	MS	tava

15	v.f.t	tava
16	ma →	-- a portadora confirma balançando a cabeça-->*
17	moradora 4	foi peixe
18	v.f.t	foi peixe//
19		foi peixe não foi//
20	Ma →	-- a portadora novamente confirma balançando a cabeça-->*
21		a senhora gostou do peixe//
22		...
23		comeu todinho//
24	MS	comi pouco
25	MC →	ela sabe de nada
26		((risos em conjunto))

Um fator que me pareceu bastante intrigante nesse fragmento de vídeo, além das limitações da linguagem verbal a qual foi trocada duas vezes pela portadora 4 em uma amostra comunicativa curtíssima, foi a categorização da doença de Alzheimer realizada por uma outra portadora de Alzheimer (no caso a linha 25, mencionada por MC). Apesar de jetti também possuir a patologia, muito embora em fase bem mais inicial que MSF, ela compreende a outra doente de Alzheimer em fase avançada como uma pessoa que não sabe de nada, ou seja, ela atenta para o déficit cognitivo vivenciado por MSF embora também já sofra de alguns visíveis declínios cognitivos.

(10)

Paciente 3- Vídeo 18

01	DSB	((risos))
02	visitante (P)	((risos))
03	f.r.b	qual é o sobrenome dele//
04		...
05	v.f.t →	agora quem tá entrando no alzheimer sou eu
06		(.)
07		escrevia tanto
08	f.r.b	((risos))
09	v.f.t	ou D.
10		qual é teu sobrenome todinho//
11		que eu colocava
12		é:
13	DSB	DSB
14	v.f.t	B.
15		eu só colocava DB
16		nera//
17	ma →	-- o portador chora aparentando lembrar da v.f.t-->
18		nera//
19	DSB	era
20	v.f.t	não (.) mais não fique assim não
21		tá certo//
22	ma	-- o portador chora emocionado-->

23		viu//
24	→	olhe ele se lembrou
25		né//
26		eu só botava D.B
27		nera//
28	DSB	era
29	v.f.t	se lembrou de alguma coisa
30		não foi A.//
31		não foi
32	DSB	foi
33	v.f.t	eu só colocava nos bilhetinhos D.B
34		nera//
35	DSB	era
36	v.f.t	D.B
37		nera//
38		DB
39		nera//
40		vamos sentar
41		vamos
42		...

Mais uma vez percebemos a patologia Alzheimer como sendo quase que um sinônimo de esquecimento. A interlocutora substitui o sentido de esquecimento o trocando pela expressão *“agora quem tá entrando no Alzheimer sou eu”*. Outras correlações são visualizadas também nas aparições dos termos lembranças, lembrar. Em outras palavras o fato de possivelmente o portador ter lembrado é surpreendente porque o comum é que ele não lembre, é como se fosse um grupo de implicaturas: se o indivíduo não lembra ele é esquecido e se ele é esquecido ele é provável portador de Alzheimer.

Ou seja, todos os exemplos mencionados até aqui corroboram a categoria portador de Alzheimer como diretamente relacionada às palavras esquecimento, lembrança, como um processo mental de identificação, classificação e nomeação de entidades divergentes como elementos de uma mesma categoria.

Dessa maneira, concluímos essa seção afirmando que o diagnóstico de Alzheimer em si já altera as práticas sociais desses indivíduos fazendo com que seus interlocutores desenvolvam mecanismos de “evitar” esses esquecimentos ou de se adaptarem a essa grande dependência vivenciada pelos portadores até mesmo para atividades habituais mais corriqueiras como, por exemplo, a conversação.

4.3 DISCUSSÃO

A confusão trazida na consideração apenas de elementos biomédicos (como o diagnóstico) e a não consideração das rotinas interacionais habituais, que outrora os sujeitos diagnosticados viviam, gera um tipo de confronto entre a perspectiva biomédica e a perspectiva bio-sócio-cultural que confundem até mesmo os interlocutores mais experientes com o assunto, a ponto deles se atrapalharem e não saberem que atitude desenvolver para uma melhor ou mais eficaz interação com os portadores em questão.

O diagnóstico viabilizado através do Mini Exame de Estado Mental é de extrema importância, juntamente com as ressonâncias e tomografias, para um laudo eficiente da doença, mas, além de inserir os indivíduos em novas categorias como *“esquecido, aquele que não lembra, dependente”* ele não se preocupa em trazer explicações sobre o que acontece com a memória, com as alterações espaço-temporal dos pacientes, com a modificação das rotinas interacionais do dia a dia que, a partir do instante do diagnóstico, passam a ser alteradas para sempre.

Essa questão de classificar os doentes de Alzheimer na categoria *“esquecido”* gera, repetidamente, em todos os portadores, discursos do tipo: *“olha não esqueceu não tá vendo//”* (linha 12, paciente 2, vídeo 3); *“ele só lembra se alguém disser”* (linha 37, paciente 3, vídeo 2); *“já tá esquecendo (...) ela agora tá esquecendo”*.

Isso gera um problema visualizado em todas as transcrições: o da exclusão. Por serem tidos (a partir da observância médica) como dementes, os sujeitos portadores de Alzheimer são excluídos, inicialmente, pelos familiares (que os deixam na instituição) e lá instalados não são alvo de visitas, não possuem a preocupação dos cuidadores da instituição, não são considerados pelos outros moradores, não possuem suas necessidades básicas levadas em consideração. Ou seja, a carga *demente* que a doença de Alzheimer traz e que é oriunda dessa perspectiva biomédica só faz com que os participantes de nossa pesquisa (com exceção do paciente 3) sejam excluídos cada vez mais do contexto sociointeracional que já tende a decair por si só ao longo das fases (e, conseqüentemente, do declínio sociocognitivo).

Nesse sentido, cabe-nos falar da perspectiva bio-sócio-cultural levada em consideração apenas pelos familiares do paciente 3, mas, que faz bastante diferença em termos de qualidade de vida do portador. Nesse caso, a família faz

questão de considerar o paciente como único, com uma história de vida toda alterada após o diagnóstico de Alzheimer. Apesar de viver na mesma instituição dos demais é comum percebemos DSB envolvido em várias atividades sociais como jogar com os outros moradores e com seus cuidadores (nesse capítulo, revelamos um momento de DSB brincando de dominó, no vídeo 5), lê normalmente seu jornal (o paciente apesar de está em fase avançada (nível 3) ainda lê bastante bem), possuir dois cuidadores só seu, e é também o que mais possui a presença de familiares na instituição. No caso de D. a família teve bastante cuidado em manter suas práticas sociais habituais, a ponto de tentar adaptar o máximo suas novas mudanças de vida à vivenciada no passado.

A experiência proposta e desenvolvida pela família desse portador só revela o quanto é importante considerar essa perspectiva bio-sócio-cultural como crucial no estudo da doença de Alzheimer. Isso porque como seres culturais que somos, cada um de nós dotamos de capacidades sociais e de uma grande heterogeneidade que não pode ser excluída apenas por um diagnóstico *por si* mesmo.

A ocorrência de categorias emergentes durante o processo de interação nos demonstra uma atitude pensada em que os portadores de Alzheimer são incluídos e reconhecidos por seus interlocutores como resultantes de alusões sociais da categoria “doente de Alzheimer” com questões como esquecimento, dependência, declínio cognitivo.

Outro fator que merece análise é a realização da atividade neuropsicológica. É comum mais uma vez percebemos a existência de pares binários para descrever pacientes Alzheimer e não-Alzheimer, assim, é frequente possuímos pares do tipo preocupante-não preocupante, certo-errado, doente- sadio, e, finalmente, Alzheimer-não - Alzheimer.

Isso é bastante recorrente no teste, como bem observamos. Ora, quem realiza as perguntas dos testes são as enfermeiras, quem os responde, os portadores e o grupo de controle. Já vimos também que todo o exame é relacionado com questões do tipo: “quanto é 100-7?”, ou, “qual o ano em que estamos?” e, assim, sucessivamente. Finalmente, se o indivíduo o responde eficazmente é tido como sadio, logo, não-alzheimer. Caso contrário, o sujeito é diagnosticado com a patologia Alzheimer e, conseqüentemente, tido como doente de Alzheimer.

De acordo com Foucault (1954) as diversas categorias que emergem em uma prática linguístico-discursiva a partir do processo interacional possibilita a negação

ou evocação de uma determinada categoria e permite, assim, uma série de análises de atividades históricas, sociais, psicológica e subjetiva passíveis em uma dada comunidade linguística.

Dessa forma, a teoria de Foucault é bastante sentida na nossa realidade quando percebemos na pesquisa, ainda, uma evocação da doença de Alzheimer a partir de uma perspectiva histórica, social, psicológica e subjetiva que possui no diagnóstico biomédico seu escopo de materialização e que altera, a partir desse momento, todas as práticas sociais habituais do portador. Ou seja, percebemos que atualmente ainda vigora uma atitude excludente (oriunda da ideia biomédica) do doente de Alzheimer em face da noção inclusiva a qual pode ser pertinente quando levada em consideração a perspectiva bio-sócio-cultural do portador, como bem observamos no exemplo de DSB, paciente 3 dessa pesquisa. É importante que se pense nos obstáculos e possíveis inquietações que passarão a ser vivenciadas nas vidas dos portadores de Alzheimer e não apenas nos possíveis papéis que cada um deles irão desenvolver na estruturação da atividade comunicativa.

Dando continuidade, veremos no capítulo a seguir as ordenações sociais e cognitivas postas em uso no discurso do portador de Alzheimer. Com isso, verificaremos que recursos como a hesitação, repetição, reparo são elementos característicos e mais comuns do que possamos imaginar, presentes, frequentemente, em atividades interativas realizadas entre portador de Alzheimer e seus interlocutores.

5 ANÁLISE II: A ANÁLISE DAS ORDENAÇÕES SOCIOCOGNITIVAS POSTAS EM USO NA INTERAÇÃO FACE A FACE

O emprego de certos recursos linguísticos específicos por portadores de Alzheimer

“E que dificuldade de falar! Nem palavras nem códigos...”

Carlos Drummond de Andrade

Como já visto, a ideia de uma gramática interacional tem sido elaborada nos estudos linguísticos relacionados com a análise da conversação e com a etnometodologia. Diante do exposto, as investigações aqui desenvolvidas buscam também observar o papel dos pressupostos cognitivos na relação entre linguagem e contexto comunicativo (levando em consideração uma esfera de semioses diversas) e delinear os recursos sociocognitivos utilizados mais frequentemente na interação face a face envolvendo Portadores de Alzheimer e seus interlocutores.

De acordo com Rodrigues-Leite (2004, p.42) as descontinuidades presentes na linguagem oral foi, durante muito tempo, entendida a partir de uma abordagem normativa e idealista da língua que as tinham como lapsos e erros de um sujeito isolado cognitivamente e cuja produção linguística era passível de um problema de codificação. Assim, Chomsky (1965), em seus escritos, não levava em consideração elementos tidos por nossa pesquisa como cruciais tais como a interação, a intersubjetividade humana e social, o ato enunciativo.

Conforme o autor, os elementos acima citados são tidos como básicos por compreendermos a conversação como uma atividade a qual é estruturada e organizada coletivamente. Dessa maneira, as descontinuidades micro e macro sintáticas denominadas, popularmente, como rupturas, hesitações, correções, repetições são, na realidade, ligadas ao planejamento da linguagem oral.

São muitos os autores que analisam, em suas pesquisas, os fenômenos da descontinuidade. Os postulados realizados por Koch (1992, p.35) apresentam como escopo a fala em oposição à escrita na tentativa de desencobrir a pseudo ordem caótica de tais descontinuidades. Dessa maneira, ela nos expõe que longe de atuarem como “erros discursivos” tais elementos agem como fenômenos de inserção e de reconstrução os quais são realizados intra e interturno na distribuição

sequencial linear da conversação, além de ser um processo de (re) formulação dos segmentos tópicos do discurso.

Já para Goodwin & Duranti (1992, p.181), elementos como reparo, correção, avaliação, repetição funcionam como um meio que viabiliza a construção conceptual. Tais estratégias são aplicadas pelos indivíduos cognitivos no transcorrer da interação a partir da coordenação eficaz de seus esforços e delineiam a ideia de contexto como uma esfera acionada sequenciadamente na temporalidade da interação de forma que diminui o empenho cognitivo de interpretação.

As discontinuidades, quando vistas como atitudes comunicativas, servem de norte para a atividade conversacional, colocando em pauta as dúvidas e incompreensões sobre o turno em questão, e estabelecendo a tomada, reformulação e inserção de conteúdos que venham a beneficiar a conceptualização dos elementos anteriormente tratados.

Philips (1992, p. 315) compreende que o sentido é edificado a partir da utilização que cada falante faz do turno da fala levando em consideração as contribuições lançadas pelo falante anterior, construindo assim o que denominamos de informações ou conhecimento prévio. Dessa forma, o sentido de uma denominada sentença não é arraigado a ele de maneira *a priori*, mas, é conjuntamente desenvolvido pelos co-interactantes.

Assim, a abordagem interacional se preocupa na investigação de aspectos tidos como secundários em outras teorias, que atentam para a função expressiva da linguagem e tratam de aspectos supra-segmentais como ritmo, entonação, escolhas entre opções lexicais, fonéticas e sintáticas, além de sempre basear sua investigação em virtude de uma linguagem contextualizada, atentando aos desígnios da comunicação.

Relacionando a teoria acima destrinchada à realidade vivenciada nos estudos que envolvem doentes de Alzheimer e seus diversos interlocutores, percebemos que as diferentes discontinuidades encontradas em exemplos de nosso *corpus* apresentam sempre a ideia de inclusão, inserção, (re) formulação, coordenação de esforços intentando construção conjunta de sentido (nas fases mais iniciais), retomada de turno não claro (muitas vezes construções tidas como sem nexos para os interlocutores), consideração de um contexto construído conjuntamente e não tido como *a priori*.

5.1 EVIDÊNCIAS DA HESITAÇÃO NA INTERAÇÃO ENVOLVENDO PORTADORES DE ALZHEIMER

A hesitação é um elemento comum da oralidade que possui como escopo a materialização linguística a partir do uso (logo, sua prioridade não é a forma) e que se organiza em torno de uma concepção de língua como “uma entidade que existe em si e por si” (Marcuschi, 2006, p.48).

A característica crucial da hesitação é a interrupção da fala, que ocorre na linearidade da conversação, atingindo entidades sintáticas e prosódicas as quais se desmotivaram no transcorrer da conversação. Em outras palavras, a hesitação trata de atitudes realizadas pelos falantes para solucionar problemas que emergem em razão de um processamento *on-line* problemático os quais envolvem formas e conteúdos.

Retomando Marcuschi (2006), há quatro tipos de hesitação: as pausas não preenchidas, as pausas preenchidas, as repetições hesitativas, e, finalmente, os falsos inícios. Entende-se por pausas não preenchidas o tipo de interrupção concretizada nos silêncios prolongados; já as pausas preenchidas são aquelas realizadas por alongamentos vocálicos simples que, geralmente, vem acompanhado de curtas pausas; as repetições hesitativas, como o próprio nome sugere, são repetições de elementos formais anteriormente citados; e, os falsos inícios são orações iniciadas com algum tipo de problema que logo é solucionado na continuidade discursiva.

Como observaremos a seguir, todos os exemplos de pausas acima citados serão vivenciados nas conversações realizadas pelos portadores de Alzheimer, o que irá diferenciá-las são as funções que cada uma apresenta no decurso da atividade linguística.

(11)

Paciente 1- Vídeo 1.

01	V.F.T	tudo bom//
02	HC	tudo bom
03	V.F.T	tava descansando//
04	HC →	°é (.) tava°
05	V.F.T	tá tudo bem
06		(.)
07		tava descansando um pouquinho//
08	HC	era
09	V.F.T	era//
10	HC	era

11	V.F.T	o senhor é aqui de João Pessoa ou é do interior
12	HC →	eu sou do (.) do interior
13	V.F.T	mas o senhor acha melhor aqui em João Pessoa//
14	HC	°acho°
15	V.F.T	acha melhor aqui né//
16	HC	acho melhor aqui
17	V.F.T	hum
18		...
19		e quê que o senhor gosta mais de fazer//
20	HC →	é:
21	→	(.)
22	V.F.T	viajar trabalhar//
23		(.)
24		trabalhar//
25	HC	trabalhar
26	V.F.T	trabalhou muito
27		pegou muita causa//
28	HC	(ininteligível)
29	V.F.T	só pegando as causas principais né//
30	HC	é
31	V.F.T	e o senhor gosta mais de qual//
32		trabalhista//
33	HC	é
34		criminal também
35	V.F.T	sua área é trabalho né//
36	HC →	é
37		(.)
38	V.F.T	e a dificuldade maior é qual//
39	HC →	não (.) num tem dificuldade não
40	V.F.T	tem não
41	HC →	não
42		...
43	V.F.T	quanto tempo faz que o senhor tá pegando causas//
44	HC	dez anos
45	V.F.T	dez anos//
46	HC	é
47	V.F.T	tem muita coisa aí para o juiz definir//
48	HC	tudo no prédio
49	V.F.T	é//
50	HC	é
51	V.F.T	elas demoram ou saem logo//
52	HC	umas saem logo e outras
53		[
54	V.F.T	depende né//
55		...
56		sim

Como podemos observar na amostra acima citada, o portador 1 desenvolve uma série de atitudes hesitativas realizada por meio de pausas não preenchidas (linha 21, 37 e 42), pausas preenchidas (linhas 20 e 21) e repetições hesitativas (linha 12). O exemplo nos mostra o quanto a hesitação é relacionada à realização discursiva e as atividades cognitivas, no caso, o processamento.

(12)

Paciente 2- Vídeo 3

01	MC	foi / cem vaca
02	v.f.t	aí ela vendeu não foi//
03	MC	eu acho que o esposo dela vendeu
04	v.f.t	(conta a estória narrada pela portadora)
05		mais é ingrata (.) nunca mais veio aqui me ver
06		num foi//
07	MC	foi/
08	v.f.t	quando eu cheguei ela disse ↑ minha afilhada eu não sou sua madrinha//
09		cadê// não vêm mais não//
10	MC	a senhora parece é muito / benza te deus
11	v.f.t	e é//
12		olha não esqueceu não tá vendo//
13	MC	esqueci não
14	v.f.t	e ela não veio não depois daquele dia//
15	MC	ela já teve aqui
16		((risos))
17		ela já veio uma vez
18	v.f.t	esqueci o nome dela que a senhora disse
19	MC	nunca mais eu
20		[
21	moradora 4	a vi
22	v.f.t	o nome dela que eu esqueci
23	MC	eu também
24	v.f.t	esqueceu também//
25	MC	(H) esqueci
26	v.f.t	pois ela disse
27	visitante (P)	pergunta se ela era casada
28	v.f.t	ela teve duas filhas não foi//
29	MC	quem//
30	v.f.t	a senhora teve duas filhas não foi//
31	MC	eu//
32	v.f.t	se lembra//
33	MC →	eu tenho muito (.) eu tenho menino
34	v.f.t	tem menino//
35		...
36		e os filhos vieram aqui depois//
37	MC	tem vindo
38	v.f.t	tem vindo//
39	MC	tem
40	v.f.t	aos domingos é//
41	moradora 4	não vem não
42	MC →	na boca da noite (.) assim assim de noite assim quase/ escurecendo ele chega aqui
43	v.f.t	tem vindo né//
44	MC	tem
45	v.f.t	tá com calor tá//
46		tá com frio//
47	MC	é modi a quintura
48	v.f.t	é a quentura//
49		melhora a toalha//
50	MC	melhora
51	v.f.t	e é//
52		então a toalha tá friinha não é//
53	MC →	é:
54	v.f.t	sim:

55		ela toma banho e deixa a toalha friinha né//
56		fica melhor assim né//
57	MC	fica
58	v.f.t	sim
59		pois eu não esqueci não
60		amanhã se eu vinher eu vou trazer suas sacolas
61		que a senhora gosta
62		(.)
63		as bolsas
64		que a sua colega pediu (.) me dê duas
65		aí você disse (.) eu posso dar// (.) você traz mais//
66		aí eu não pude mais vim (.) eu vim hoje
67		amanhã eu trago
68	MC	pois traga
69	v.f.t	viu//
70		ela gosta de bolsas
71		né//
72	MC →	é:
73	v.f.t	conta aí mais do interior
74		se lembra do interior//
75		a senhora disse que ganhou cem vacas
76		disse que dava leite que só
77	MC	eu tenho muito <u>gado</u>
78	v.f.t	ainda tem muito lá//
79	MC	eu tenho aqui minha filha
80	v.f.t	aqui//
81		então sua afilhada ficou mais
82	MC	eu tenho muito gado
83	→	tenho as vacas do lino (.) as vacas do lino toda
84	v.f.t	a vaca do lino (.) deve ser uma cidade
85		aqui é//
86		em João Pessoa//
87	MC →	é:
88	v.f.t	é//
89		como uma granja lá//
90	MC	o dono do lino não morreu//
91	v.f.t	morreu//
92	MC →	morreu aí eu cheguei (.) aí eu cheguei mais ela
93	v.f.t	porque a senhora morava lá (.) nera//
94	MC	eu morava aqui
95	v.f.t	já morava aqui
96	MC	eu morava lá quando era pequena
97	v.f.t	ah/ pequena sim
98	MC	aí eu vim para aqui
99		aí ela veio (.) ela veio
100	→	a esposa de seu assis a esposa de seu assis
101		morava ali para banda de lá
102	v.f.t	ela vem aqui te ver//
103	MC	vem
104	v.f.t	vem//
105		o menino dela (.) diga aí a Anna Mayra seu filho só vem de tardinha né// toda noite ele passa por aqui quando vem do trabalho
106		né//
107	moradora 4	vem não minha filha
108	v.f.t	vem não//
109	MC →	vem:
110	moradora 4	vem não
111	MC	é porque essa menina não tem juízo

Temos duas situações no exemplo acima citado, as pausas preenchidas e as repetições hesitativas. As repetições hesitativas atuam, visivelmente, como um norte do processamento linguístico, uma espécie de guia que percebe algum problema na formulação realizada e tenta o solucionar. Já as pausas preenchidas, aqui percebidas no alongamento vocálico, é um recurso interativo desenvolvido pela paciente como maneira de se mostrar atuante na conversação e, assim, como forma de continuar desenvolvendo a atividade conversacional. Observamos também, nos dois exemplos, que o artifício da hesitação serve, para a portadora, como uma forma dos turnos da fala continuarem sob o seu domínio (fato bastante perceptível principalmente quando está relacionado as repetições hesitativas).

(13)

Paciente 3- Vídeo 6

01	v.f.t	D. (.) olha quem tá aqui
02		olha
03		F.
04		...
05		cadê sandrinha//
06	DSB	sandrinha tá aqui
07	v.f.t	tá aqui//
08		ela veio hoje//
09		ela mandou um abraço
10		eu tive com ela domingo
11		foi
12		foi
13		sandra
14		como é que tão as coisas//
15	DSB	tão bem
16	v.f.t	tão bem//
17		sandra (.) falei com sandra domingo
18		ela perguntou como você tava
19		aí eu disse que você tava bem
20		foi
21		perguntei pela menina dela
22		ela disse que já tava na universidade
23		...
24		sandrinha faz cada quadro bonito né D.//
25	DSB	é
26	v.f.t	é (.) é uma artista plástica a menina dele
27		faz cada dela belíssima
28	Cuidador de DB 2	é//
29	v.f.t	D. sabe o que eu tava me lembrando//
30		quando tu jogava futebol com campina
31		campina que era flamenguista
32		...
33		campina por flamengo brigava nera//
34	DSB	era
35	v.f.t	era apaixonado pelo flamengo
36		lembra aquela copa do exterior//
37		passou um ano pagando a passagem não foi//

38	DSB	foi
39	v.f.t	tu lembra//
40		passou um ano apertado
41		podia nem colocar gasolina
42		(.)
43		é um amigo dele
44		que nas horas de folga ia jogar uma bolinha nera//
45	DSB	era
46	v.f.t	tu gostava de jogar uma bola nera//
47	DSB →	era (.) gos (.) tava de jogar uma bolinha
48	v.f.t	cadê campina//
49		não viu mais não//
50	DSB	não
51	v.f.t	ele casou (.) foi embora né//
52	DSB	foi
53	v.f.t	aí nunca mais a gente soube de nada
54	DSB	foi
55	v.f.t	↑ beto (.) Beto que trabalhava no gabinete
56		quando era no prefeito damásio franca
57		se lembra de beto//
58		beto baixinho//
59	DSB	comigo
60	v.f.t	cansava logo quando pegava na bola nera//
61	DSB →	era
62		(.)
63	v.f.t	agora campina não
64		campina jogava demais nera//
65	DSB	era
66	v.f.t	tu até que agüentava um pouquinho nera//
67	DSB	era
68	v.f.t	ele era/ bom na bola (.) era (.) era bom
69		não jogou mais não uma bolinha//
70	DSB	não
71	v.f.t	mas tem saudade//
72	DSB	tem saudade
73	v.f.t	tem//
74		...
75		ele parece com sandra
76		tu conhece sandra//
77		sandra não vem aqui essa semana não//
78		sandrinha//
79	DSB	sandra fala muito
80	v.f.t	fala
81		(.)
82		realmente ela falou
83		((risos))
84		ela faz os quadros
85		(.)
86		ela vende
87		ela viaja
88		vende jóia né//
89	DSB	é
90	v.f.t	vende roupa
91	DSB	é verdade
92	v.f.t	vende muita coisa
93		(.)
94		vende tudo
95		o povo diz o que sandra não vende//

96		sandrinha não veio aqui não essa semana//
97	DSB →	veio (.) veio não
98		(.)
99	v.f.t	tu não conhece sandra não//
100	Cuidador de DB 2	não
101		desde que eu trabalho aqui ela nunca veio
102	v.f.t	quantos dias já//
103	Cuidador de DB 2	faz uns três meses já
104	v.f.t	oxente
105		já faz mais de dois meses
106	Cuidador de DB 2	faz
107		faz já uns três meses
108	v.f.t	só quem vem mais são os meninos//
109	Cuidador de DB 2	é
110		o que é pastor

Na transcrição acima explanada percebemos uma particularidade da hesitação, seu número de ocorrências decai na proporção que evolui a patologia no portador de Alzheimer. As hesitações, já analisadas nos exemplos acima abordados, vão sendo trocadas pelas repetições de caráter automático, ou seja, aquelas em que o indivíduo doente de Alzheimer repete exatamente o que seu interlocutor menciona.

Isso nos revela, mais uma vez, a natureza organizacional que a hesitação possui durante o processamento linguístico. Ao fazer um paralelo, percebemos que quanto maior for a fase e comprometimento cognitivo intrínseco a ela, menor será a ocorrência de mecanismos formuladores como a hesitação e maior será aqueles os quais possuem um caráter mais automático como a repetição e o riso.

Dessa forma, a paciente 4 (fase avançada-final) e o paciente 5 (fase terminal) não apresentam a hesitação em si, mas, são caracterizados pela presença de um discurso silencioso. O que acontece, no caso da paciente 4, é que as conversações desenvolvidas por ela são ligadas àqueles elementos elucidados no capítulo anterior como frases curtas, discurso desconexo, tendência ao silêncio. Ou seja, como já mencionado no parágrafo anterior, a paciente tem a tendência de repetir enunciações realizadas por seus interlocutores, de materializar lembranças presentes na memória de longo prazo e também possui a característica (assim como o paciente 3 e 5) de evitar a conversação, interação, o meio social e de se isolar no seu mundo de maneira que o silêncio é refletido como consequência dessa ação.

Finalmente, o paciente 5, apesar de está em fase terminal, ele possui a particularidade de ainda realizar atividades básicas como caminhar, se alimentar sozinho. A atividade linguística do portador 5, em termos de materialização oral, é

quase que totalmente inexistente, e, quando ocorrente, seus interlocutores não se revelaram aptos a aplicarem um sentido, salvo a V.F.T que há anos já desenvolve uma atividade social na instituição pesquisada e que acompanhou o portador M.F em todas as suas fases.

5.2 EVIDÊNCIAS DO REPARO NA INTERAÇÃO ENVOLVENDO PORTADORES DE ALZHEIMER

Como já observamos no capítulo II, o reparo é um elemento fundamental existente na atividade conversacional em que o sujeito vivencia problemas no sistema de tomada de turnos procurando, dessa forma, solução para as dificuldades relacionadas à compreensão linguística.

Já vimos também que o reparo é um fenômeno linear o qual é caracterizado levando-se em consideração tanto quem o inicia quanto onde ele acontece. O reparo, assim como os demais recursos interacionais, possibilita p uma análise a partir da ação dos interlocutores no mundo e não apenas os entendem como um sujeito isolado no mundo.

Dessa maneira, veremos nos exemplos a seguir, ocorrências de reparo, assim como todos os demais recursos observados, como um elemento interacional bastante presente na interação envolvendo portadores de Alzheimer, como forma de incentivo à inclusão e continuidade da atividade linguística e conversacional.

(14)

Paciente 1- Trecho do vídeo 1

57		(.)
58		mas as trabalhistas ainda são as melhores né//
59	HC	é
60	V.F.T	...
61		e é tudo aqui em João Pessoa//
62		ou (.) tem no interior//
63	HC	aqui (.) em João Pessoa
64	V.F.T	tudo em João Pessoa né//
65		(.)
66		gosta de pegar no interior não//
67	HC	não
68		...
69	V.F.T	o escritório é aonde seu H.//
70	HC	é lá na (.) é perto da AETC
71	V.F.T	da AETC//
72		lá no centro né//
73	HC	é
74	V.F.T	cruzando com ali a treze de maio
75	HC	é (.) por ali perto do Bradesco

76		...
77	V.F.T	e os filhos do senhor//
78		alguém é advogado//
79	HC	não
80	V.F.T	é não//
81		(.)
82		não quiseram não//
83	HC	são três
84	V.F.T	tem três//
85	HC	°dois homens e uma mulher°
85	V.F.T	dois homens e uma mulher//
86	HC	(ininteligível)
87	V.F.T	ela mora aqui em João Pessoa//
88	HC	°mora°
89	V.F.T	como é o nome dela//
90	HC	germana
91	V.F.T	germana//
92	HC	é
93		(.)
94		ela é médica
95	V.P →	germana é o quê seu ger (.) H.//
96	HC →	filha
97	V.P →	ela é o quê (.) a profissão dela//
98	HC →	filha (.) filha
99	V.F.T →	ginecologista
100	V.P →	é médica é//
101	HC →	é médica (ginecologista)
102	V.P →	ah:
103		...
104	V.F.T	os meninos todos dois são advogados//
105	HC	(ininteligível)
106	V.F.T	e o nome deles//
107	HC	L. Flávio e C. Emerson
108	V.P	L. Flávio
109	HC	e C. Emerson
110		(.)
111		Emerson trabalha no INSS
112	V.F.T	no INSS//
113	HC	é

Percebemos nos fragmentos marcados o reparo como uma tentativa de manutenção do fluxo conversacional. A V.P inicia, na linha 95, o turno e como H. não responde de acordo com o que ela espera, segue-se uma espécie de reparo a partir de constantes interrogativas de forma a se obter a resposta esperada. Daí observamos tentativas como “*ela é o quê (.) a profissão dela//*” e mais uma vez ele não responde o que o interlocutor espera escutar mencionando *filha*. Até que a V.F.T interfere com um reparo elucidativo realizando a resposta esperada *ginecologista*. Finalmente, a V.P ainda insiste com o fluxo atentando um maior

desenvolvimento da inserção de H. no processo interacional e pergunta “*é médica é//*” até que ele diz a resposta que ela espera escutar “*é médica (ginecologista)*”.

(15)

Paciente 2- Vídeo 11

01	V.P	quem jetti//
02	MC	marcelo
03	V.P	quem é marcelo//
04	MC	né meu menino
05	V.P	ah/ é teu menino//
06		ele tem quantos anos jetti//
07	MC	(.)
08		tem dezoito
09	V.P	dezoito//
10	MC	é
11	V.P	ele estuda ze jetti//
12		(.)
13	MC	estuda
14	V.P →	tu tem quantos filhos//
15	MC →	eu tive uns quarenta
16	V.P →	quarenta / jetti//
17	MC	((risos))
18	V.P	vixe então tu namorou muito não foi jetti//
19	MC	casada (.) eu já sou casada já
20	V.P	tu é casada//
21	MC	eu//
22		é//
23	ma	-- <i>a portadora balança a cabeça afirmando-->*</i>
24	V.P	teu marido faz o quê jetti//
25	MC	eu (.) eu tenho bem um
26	V.P	teu marido faz o quê//
27		...
28	MC	agora por hora eu não tenho marido não
29	V.P	tem não//
30	MC	morreu
31		(.)
32		morreu de quê jetti//
33		(.)
34	MC	morreu envenenado
35	V.P	envenenado foi//
36	MC	foi
37		...

Mais uma vez possuímos uma forma de reparo que é visualizado em forma de interrogativa com a frase “*quarenta / jetti//*”. Esse reparo é uma tentativa de fazer com que a portadora repense na resposta dada e reformule a esperada pela interlocutora. Entretanto, a paciente não a desenvolve e a V.P não insiste na resposta em que espera ouvir. Essa atitude de não insistir é bastante biomédica e segue a premissa dada pela médica “*não insista em dá continuidade as respostas*

tidas como confusas”. Mais uma vez percebemos uma mescla de ações da perspectiva biomédica com a biossocial ou sócio-cognitiva. A mesma V.P que persiste com o fluxo conversacional bastante inclusivo na amostra (14) é a que, nesse exemplo, segue a sugestão dada pela médica. Observamos também a tendência que os pressupostos biomédicos têm de não incentivar as ações linguísticas, conversacionais, interacionais e sociais dos portadores de Alzheimer, ou seja, de considerá-los como indivíduos os quais agem e são atuantes no mundo e não apenas pertencentes a um mundo individual.

(16)

Paciente 3- Vídeo 5

01	cuidadora de D.B →	e tu tava jogando o quê//
02	→	...
03	→	em D.//
04	DB →	tava jogando cachimbo
05	cuidadora de D.B →	aqui oh/ na mesa (.) era o quê//
06	→	era / dominó
07	DB →	era dominó
08		...
09	cuidadora de D.B	quem foi que ganhou//
10		(.)
11		quem foi que ganhou três vezes//
12	ma	-- <i>se levanta para andar</i> -->
13	cuidadora de D.B	foi D.
14	visitante (P)	foi D.(.) foi tu//
15	DB	foi
16	visitante (P)	foi//
17		então tu tá feliz não tá//
18	DB	tou
19		((risos))

No exemplo acima demonstrado aparece um reparo direto em que o portador desenvolve um nítido problema de formulação em seu turno e a sua interlocutora o corrige. Quando DB diz *“tava jogando cachimbo”*, R. tenta fazer com que ele atente para o seu erro e, assim, reformule sua resposta, como ele também não responde ela diz *“era / dominó”* como maneira de reparo e, conseqüentemente, ele responde *“era dominó”*.

(17)

Paciente 4- Trecho do vídeo 13

49	v.f.t	qual é o ano que a gente tá//
50		é dois mil e nove ou dois mil e dez//
51		...
52	MS	lembro não
53	visitante (P)	lembra não
54	v.f.t	lembra não//
55		é dois mil e oito// é dois mil e nove//
56	visitante (P)	que cidade é essa//
57		(.)
58	v.f.t	qual é L.//
59		a cidade que a gente mora//
60	MS	a cidade//
61	v.f.t	sim a cidade que a gente mora
62		essa cidade aqui bonita que a gente mora (.) o nome dela
63	MS	essa daqui é é (.) é João (.) é João pessoa
64	visitante (P)	é João pessoa
65	v.f.t	parabéns
66	visitante (P)	muito bem L.
67	v.f.t	parabéns L.
68	visitante (P)	que mês a gente tá//
69	MS	dia oito é
70		...
71		ela só sabe é
72	v.f.t →	a do interior é//
73	→	a cidade do interior tu lembra//
74	→	é campina//
75	MS →	é
76	v.f.t →	você nasceu em que cidade L.//
77	MS →	campina
78	v.f.t →	campina//
79	MS →	nasci em campina (.) solânea
80	v.f.t →	solânea
81	visitante (P) →	foi em solânea
82	v.f.t	solânea (.) então L. é de solânea
83		né//
84		lá em solânea o pessoal gosta de plantar o quê hein//
85	MS	planta demais
86	v.f.t	planta muita banana né//
87		é (.) solânea e bananeiras que é a terra da banana

Percebemos nesse exemplo que, quando a visitante V.F.T pergunta qual é a cidade do interior da paciente L., ela espera escutar a resposta “Solânea”. Como a portadora menciona “Campina”, a V.F.T realiza, na linha 78, um reparo em forma de interrogativa como uma tentativa de fazer com que MSF enuncie a resposta que se espera como coesa. Assim, a própria MS percebe o erro antes enunciado e realiza um auto-reparo na linha 79 enunciando “solânea”.

Como podemos observar, em todas as fases o reparo é um elemento bastante presente na conversação envolvendo os portadores de Alzheimer. Ele, geralmente, atua como uma estratégia utilizada pelo interlocutor de fazer com que o portador perceba problemas formulados por ele próprio e que, assim, tente resolvê-los.

Outro mecanismo do reparo é a proporcionalidade da própria interação. Ele proporciona um estímulo para que o processo conversacional continue a se desenvolver evitando, assim, que o portador desista ou abra mão da interação diante de dificuldades linguísticas que, normalmente, surgem no transcorrer de suas atividades interacionais.

No caso dos doentes de Alzheimer aqui investigado, especificamente, o reparo auto-iniciado é pouco frequente nas amostras desenvolvidas pelos portadores. Sendo mais comum o reparo iniciado pelo interlocutor, terceiro, e mais ainda na forma de interrogativas o que também corrobora o já mencionado exemplo acima da literatura biomédica o qual sugere que não podemos contrariar diretamente o discurso em percurso do paciente, mas, antes aceitá-los ou tentar que eles mesmos os reformulem.

Entretanto, a sugestão da pesquisa biossocial é que esses discursos sejam motivados mesmo quando se precise de uma intervenção em forma de um reparo direto ou até mesmo correção. Isso porque entendemos que cada paciente deve preservar sua história de vida única, que, conseqüentemente, os fazem agentes de ações e discursos também singulares.

É o caso do paciente 3, DSB, o qual possui uma consciência da família e dos cuidadores da importância de realização de atividades que o mantenha ou o inclua, cada vez mais, nas atividades sociais e que, dessa maneira, o conserve, o máximo possível, dentro de suas práticas habituais outrora comuns e desenvolvidas.

5.3 REPETIÇÃO: UM CASO ESPECIAL DE RECURSO INTERACIONAL NA DOENÇA DE ALZHEIMER

A repetição, como já elucidado em um momento anterior, é um fenômeno característico da doença de Alzheimer por ser o elemento interacional mais presente na conversação portador (a)- interlocutor. A repetição descreve, também, outras

atitudes bastante comuns no processo comunicativo do doente de Alzheimer como as ecolalias e os automatismos.

Na linguística, as investigações em torno da repetição na interação face a face ganharam grande destaque nos estudos desenvolvidos por Jefferson (1972); Koch (1996); Marcuschi (1996); Ochs (1979); Schegloff (1996) e Tannen (1989). Esses autores procuram definir, averiguar e visualizar quais funções os recursos interacionais, em sentido amplo, e a repetição, em sentido estrito, desenvolvem na formulação das atividades linguístico-cognitivas.

De acordo com os estudos de Ochs (1979), a repetição descreve uma formulação linguística *on line* que se utiliza de elementos textuais ainda não planejados. Assim, resulta que a repetição consiste na realização de segmentos inteiros, os quais são produzidos mais de uma vez, que são motivados por diferenciados fatores: sintático, textual, interacional, cognitivo.

Há também, nos pressupostos de Tannen (1992) e Marcuschi (1992), as chamadas *repetições exatas* ou *integrais* que consiste na mesma repetição da estrutura inicial de base. Ou seja, tratam de uma repetição exatamente igual à estrutura antes elucidada, sem alteração ou modificação alguma.

Marcuschi (2006) compreende a repetição como uma exposição de um elemento novo. Dessa maneira, ela não é tida como “um simples ato tautológico, pois ela expressa algo novo” (p.220). No caso peculiar da doença de Alzheimer, percebemos a repetição como um elemento facilitador da interação, em que ora o portador apenas repete estruturas proferidas por seu interlocutor (ecolalias) e ora eles as repetem de maneira automática sem, necessariamente, ter que planejá-las e visualizar um fim específico como a coesão, coerência da atividade comunicativa.

(18)

Paciente 1- Vídeo 4

01	V.F.T	tá doendo não tá não//
02		(.)
03		tá doendo//
04		tá//
05		tá não né//
06		ainda bem que faz um ventinho né//
07		(.)
08		o senhor almoçou direitinho hoje//
09	HC	oi
10	V.F.T	almoçou direitinho//
11	HC	almocei
12	V.F.T →	tava gostoso//
13	HC →	“tava°

14	V.F.T	aí lancha ou não (.) só vai comer na janta//
15		(.)
16		vai comer agora só na janta//
17		ou ainda (.) vai lanchar//
18	HC	tem um lanche
19	V.F.T	tem lanche né//
20		ainda não passou não hoje//
21		(.)
22		tá atrasado o lanche
23		(.)
24		ah:são três e vinte
25	→	daqui a pouco vêm o lanche
26	HC →	vêm
27		...
28	V.F.T	né//
29	ma	-- o portador balança a cabeça afirmando -->*
30	HC	três e meia
31	V.F.T	três e meia
32		...
33		é isso mesmo
34		sabido inteligente
35		tu viu isso A.//
36	V.P	é
37	V.F.T	são três e vinte
38		...
39		é três e trinta
40		...
41		o senhor gosta mais de quê//
42	→	de suco ou de fruta//
43	HC →	°fruta°
44	V.F.T	fruta:
45		...
46		tá fazendo fisioterapia seu H.//
47	HC	é
48	V.F.T	tá doendo viu//
49		(.)
50		acho que tá doendo não tá//
51	HC	tá
52		...
53	V.F.T	é agora A.

A amostra acima é do paciente 1, seu HC, de nível inicial. Como podemos perceber, apesar de possuir nível inicial na doença, o portador já desenvolve ecolalias²³ para responder as questões levantadas pela sua interlocutora. Dessa forma, devemos chamar a atenção de dois fatores na transcrição apresentada: o binário aquele que pergunta- aquele que responde (já detalhado no capítulo anterior) e as ecolalias como maneira facilitadora de responder as perguntas suscitadas. Nesse exemplo, ainda não são frequentes uma maior quantidade de ecolalias e não

²³ A ecolalia é uma forma de repetição, como um eco, que produz a reprodução automática das últimas palavras ou frases que chegaram aos ouvidos do doente de Alzheimer.

existe, ainda, exemplo de repetições automáticas, mas, como veremos na continuidade, com a evolução da doença também aumentam a ocorrência desses fatores, o que nos corrobora a hipótese que a repetição é sim um fenômeno constitutivo da linguagem.

(19)

Paciente 2- Vídeo 10

01	MC	é uma moçinha
02	v.f.t	num é uma moçinha//
03		mas A. tu nem me lembrou do broche (.) tu me lembrou do broche
04		...
05		hein jetti//
06	→	ninguém empurra não né//
07	MC →	empurra não
08	v.f.t →	como foi que ela caiu jetti//
09	MC →	ela casualmente (ininteligível)
10	v.f.t	eita como falou bonito agora viu//
11	V.P	falou o quê//
12	V.F.T	alcinha caiu casualmente
13		oi minha filha
14	MC	foi
15		(.)
16	V.F.T	casualmente
17	MC →	aqui ninguém empurra ninguém não
18	V.F.T	tudo coleguinha (.) tudo amiguinha
19	MC	é
20	V.F.T	é
21		(.)
22	→	mas tá tudo bem não tá
23	MC →	tá tudo bem
24	V.F.T	a dor passou//
25		a dor//
26	MC	passou mais
27	V.F.T	passou mais//
28		almoçou direitinho//
29		...
30	MC	almocei minha filha
31	V.F.T →	almoçou//
32	→	tomou suco//
33	MC →	almocei
34	V.F.T →	tomou
35		[
36	MC	tomei
37	V.P	foi de quê o suco//
38		(.)
39	MC	o suco eu não tou nem lembrada mais
40	V.F.T	tá não//
41		(.)
42		de caju de acerola
43	MC	parece que foi de acerola
44		...

Mais uma vez percebemos ecolalias em uma paciente de nível intermediário. “Jetti”, na primeira parte, repete um pedaço da estrutura da V.F.T e, ao perceber essa repetição, F.T estimula o processo comunicativo perguntando *“como foi que ela caiu jetti//”* e aí a paciente responde parte da resposta de maneira ininteligível. Isso acontece, justamente, porque jetti desenvolve apenas uma ecolalia e não a repetição como a expressão de uma ideia nova. Entretanto, a estrutura repetida por jetti na linha 07 e o problema de formulação que surgiu na linha 09 atua como um processo de estruturação da sentença que emerge na linha 17 *“aqui ninguém empurra ninguém não”*.

A segunda parte do exemplo traz uma amostra de automatismo. A V.F.T realiza uma pergunta seguida de outra em que utiliza, inicialmente, o verbo almoçar, e, posteriormente, o verbo tomar. Ocorre um automatismo porque além da portadora não se prender a última pergunta que surge na linearidade (comum na conversação), ela repete o item lexical por repetidas três vezes.

Ou seja, a evolução da doença da fase inicial para a fase intermediária nos traz a novidade da existência de repetições automáticas. Mas, como veremos na continuidade dos exemplos que se seguem com portadores em fases mais avançadas, cada vez mais essas ecolalias e automatismos se multiplicam na medida em que o declínio social e cognitivo do doente também evolui.

(20)

Paciente 3- Vídeo 13 (continuação)

01	v.f.t	→	ela sempre foi bacana com você
02	DSB	→	foi
03	v.f.t		num foi//
04			foi secretária de educação
05		→	num foi//
06	DSB	→	foi
07	v.f.t	→	foi duas vezes secretária de educação
08			num foi//
09	DSB	→	foi sec (.) secretária
10			[
11	v.f.t		na época de d. terceiro neto
12			seu chará
13			d. terceiro neto
14		→	num foi//
15	DSB	→	foi
16	v.f.t		ela foi secretária
17			aí ela foi tão boa que seu damásio franca
18			botou ela também para ser secretária
19			...
20		→	num foi//
21	DSB	→	foi

22		...
23	v.f.t	ela atendia todo mundo (.) por igual
24		nunca: falou alto
25		muito educada
26	→	né//
27	DSB →	é:
28		ainda hoje ela é (ininteligível)
29	v.f.t →	é do mesmo jeito né//
30	→	é
31		ou D./ aquela lojinha que ela colocou lá na lagoa
32	→	fechou não foi// (.) a lojinha//
33	DSB →	foi
34	v.f.t	ela abriu uma lojinha na lagoa
35		...
36		um bazar
37		eu procurei
38		aí tava uma lanchonete no lugar
39		acabou
40	→	num gostou não num foi//
41	DSB →	foi
42		(ininteligível)

Mais uma vez observamos uma série de repetições as quais são emitidas, pelo portador, de maneira automática. Torna-se bastante perceptível que não existe, por parte do portador, uma elaboração de sentido, construída na intersubjetividade, que possibilita uma resposta coerente e consciente em sua fase avançada, mas, ao contrário, ele responde todas as perguntas suscitadas se aproveitando de estruturas utilizadas pelo interlocutor, dessa forma, surge à chamada repetição automática.

Chama-se automática exatamente por essa razão, apenas é emitido o mesmo som, a mesma estrutura e, mesmo assim, ocorre o que aconteceu na linha 09. O portador tenta realizar uma ecolalia de uma frase mais extensa e acaba tendo dificuldade para fazer até mesmo a repetição. Esse fato nos faz concluir que mesmo com alto grau da doença, elementos básicos interacionais ainda continuam na atividade linguística e, como iremos sugerir, irá permanecer até enquanto ainda existir atividade cognitiva, ou seja, até o óbito.

(21)

Paciente 4- Vídeo 7

01	v.f.t →	dona L. não descansou um pouquinho não//
02		depois do almoço//
03	MS →	não
04	v.f.t	não//
05		não deu vontade de descansar um pouquinho não//
06	MS	tinha muita gente
07	v.f.t	ah/ sim
08		tinha muita gente aí não deu para descansar não

09		...
10	→	o almoço foi bom hoje//
11	MS →	foi
12	v.f.t	foi//
13	→	tava gostoso//
14	MS →	tava
15	v.f.t →	tava
16	ma →	-- a portadora confirma balançando a cabeça-->*
17	moradora 4	foi peixe
18	v.f.t	foi peixe//
19	→	foi peixe não foi//
20	ma →	-- a portadora novamente confirma balançando a cabeça-->*
21		a senhora gostou do peixe//
22		...
23		comeu todinho//
24	MS	comi pouco
25	MC	ela sabe de nada
26		((risos em conjunto))

Ao evoluir a doença para início de fase terminal percebemos mais uma peculiaridade que surge no quadro de exemplos: a portadora MSF começa a optar também por expressões gestuais ao invés da linguística. Obviamente que não é em todo o processo conversacional (como a realidade do portador 5), entretanto, percebemos automatismos como a repetição constante de partes do enunciado realizado pela interlocutora V.F.T e nos deparamos com duas manifestações de ações as quais são bastante expressivas por colocar a portadora em fase de grande declínio cognitivo e, conseqüentemente, interacional e linguístico.

Já mencionamos, em parágrafos anteriores, o fato de a repetição ser um elemento constitutivo da linguagem, diante dessa lógica, trazemos a confirmação da hipótese já levantada no capítulo II de que: “Não há possibilidades integrais de pensamento ou domínios cognitivos fora da linguagem, nem possibilidade de linguagem fora dos processos interativos humanos” (Morato, 2004,p.149).

Em outras palavras a repetição, os processos interativos, a linguagem e os domínios cognitivos estão todos interligados. O fato é que com a evolução da doença até o estágio terminal, percebemos que quando a repetição não mais passa a existir, é sinal que o déficit cognitivo é altíssimo e a interação, a partir da linguagem, já não é mais viabilizada. Dessa maneira, possuímos um isolamento quase que total realizado pelo próprio portador, mas, enquanto existir atividade cognitiva, embora mínimas, há predominância de elementos interativos gestuais como, por exemplo, um piscar de olhos.

5.4 UMA OBSERVAÇÃO PERTINENTE: A IMPORTÂNCIA DA ANÁLISE DOS FATORES MULTILINGUÍSTICOS NAS DIFERENTES FASES DA DOENÇA DE ALZHEIMER

Como vimos nos capítulos anteriores, no transcorrer evolutivo da Doença de Alzheimer os elementos lingüísticos vão sendo sempre auxiliado por fenômenos não-linguísticos, e, nos estágios finais da doença, esses últimos passam a ser verdadeiros substitutos das ações linguísticas quando os portadores passam a interagir unicamente através deles.

É bem verdade que o compartilhamento da atenção é necessário em qualquer tipo de desenvolvimento de atividade conversacional que nos propomos a desenvolver. Entretanto, na DA é imprescindível que se verifique se o indivíduo portador da doença ainda mantém, naturalmente, o foco conversacional, ou se ele precisa ser constantemente incentivado a voltar sua atenção a alguma atividade comunicativa e interacional que estão sendo realizadas.

Ou seja, o uso do toque e contato físico é inversamente proporcional ao nível de compartilhamento de atenção que o sujeito ainda possui ou consegue manter. Por exemplo, quanto maior o uso do toque e contato físico é menor o nível de compartilhamento de atenção que o doente portador de Alzheimer apresenta.

A manutenção do contato ocular que comumente usamos como sinal de atenção e respeito com aqueles que realizamos uma atividade conversacional é um dos principais sinais presentes naqueles diagnosticados com a doença em questão. Consequentemente, faz-se necessário que o interlocutor não-alzheimer se utilize de novas estratégias para preservar um processo interacional com o doente no evoluir dos estágios da demência a qual estamos a estudar.

Como verificaremos a seguir, nas fases finais as ações linguísticas já não mais existirão sendo de crucial importância a interpretação de elementos interativos realizados de modo não verbal através, por exemplo, da análise da expressão corporal e facial como veremos adiante.

(22)

Paciente 1- Vídeo 4

No vídeo apresentado, o paciente em fase inicial mantém constantemente o olhar fora do campo visual da sua interlocutora (frequentemente se apresenta de cabeça baixa). A interlocutora, em contrapartida, procura estimular o compartilhamento de atenção e o indivíduo reage, vez por outra, respondendo algumas questões olho no olho, ou seja, dentro do campo visual.

(23)

Paciente 2- Vídeo 21

A paciente 2, apesar de ainda surpreender muito a equipe médica por se manter interativamente tão bem para quem estar em nível intermediário, já revela uma deficiência bastante perceptível em nível de compartilhamento de atenção, a ponto da V.F.T realizar, sucessivas vezes, o uso do toque para tentar mantê-la sob o enfoque conversacional. Outra atitude de grande importância nessa situação é que a interlocutora sai em busca de uma melhor posição para tentar continuar de maneira mais eficaz a conversação realizada com “Jetti”, mesmo assim, o uso do toque se faz presente no discurso com nossa paciente 2.

(24)

Paciente 3- Vídeo 50
Paciente 3- Vídeo 2 e 3

O vídeo 50, do paciente 3, nos revela um alto grau de comprometimento cognitivo bastante refletido na falta de enfoque que D.S.B apresenta no transcorrer dos turnos conversacionais. Apesar de todos os toques, abraços que a interlocutora realiza para tentar chamar sua atenção, ele mantém seu olhar focado para um ponto de escolha própria que não apresenta relação com aquela que realiza a atividade conversacional. O vídeo 2 mostra a tentativa de realização de uma atividade conversacional com o paciente 3, mas, o revela bastante impaciente. Já o vídeo 3 é a complementação do vídeo 2 e revela uma atitude bastante comum no estágio avançado da doença de Alzheimer o isolamento social e a constante caminhada que eles realizam por conta própria.

(25)

Paciente 4- Vídeo 12

Mais uma vez temos a comprovação da falta de reciprocidade do compartilhamento de atenção. Nesse caso, a portadora de estágio avançado não mais apresenta o compartilhamento de atenção como também realiza o hábito acima apresentado pelo paciente 3 de andar continuamente (a interlocutora aparece tendo que acompanhá-la para tentar conversar um pouquinho com nossa paciente 4). É muito comum aparecer nas transcrições de dados da paciente 4 a troca de elementos linguísticos por ações não-verbais como o balanço de uma cabeça afirmando ou negando algo. Outra observação importante que foi realizada (mas que aqui não será observada por falta de tempo) foi o comprometimento sintático e semântico que essa portadora apresenta, assim como a incoerência discursiva e o não entendimento de ideias que ela nos tentava passar. O uso do toque é bastante presente nos pacientes 3 e 4, mas, devido ao isolamento social que a doença traz com sua evolução, ele é uma tentativa que já não se revela tão eficaz.

(26)

Paciente 5- Vídeo 1

O vídeo apresentado do paciente 5 é meramente ilustrativo, visto que, é muito raro encontrarmos na posição que o vídeo o apresenta. S.M.F se apresenta em fase terminal da Doença de Alzheimer. Comumente encontra-se deitado por apresentar-se, na maioria das vezes, debilitado com doenças frequentes da última fase. Entretanto, nesse dia o paciente estava sentado e tinha acabado de receber a visita da sobrinha, assim, aproveitamos para gravá-lo (a instituição proíbe gravações de pacientes que se encontram em leitos médicos). Como podemos observar, apesar da tentativa de diálogo realizada pela V.F.T o paciente 5 não responde o estímulo nem, tampouco, tenta se enquadrar no enfoque conversacional. S.M.F apresenta grande isolamento social e muitas enfermeiras fazem interpretações não-verbais para atender algumas das suas necessidades como, por exemplo, se ele interagir com o olhar é sinal que provavelmente estar com fome, caso contrário, como ocorreu no vídeo, não. Esse foi um grande problema observado com relação aos pacientes 4 e 5 e que faço aqui minha crítica, como são apenas 2 cuidadores e 1 técnica em enfermagem para todos os idosos por turno da Instituição foi muito

comum perguntarmos se tais pacientes já tinham almoçados e não obtermos respostas dos responsáveis, ou, chamarmos a atenção para troca de fraldas. Com isso percebemos que a troca linguística para ações não-verbais além de revelarem o alto comprometimento cognitivo do paciente, o grande isolamento social traz também um grande problema para eles: o esquecimento, em outras palavras, eles passam “despercebidos” no local em que vivem.

5.5 DISCUSSÃO

A partir da análise de dados, percebemos a cognição como um fenômeno social manifestado conjuntamente pelos processos interativos e a linguagem. As descontinuidades da fala, longe de serem erros de um sujeito isolado cognitivamente, atuam como elementos de inserção, formulação e construção de sentido possibilitado pela atividade conversacional.

Procurou-se averiguar um delineamento das ordenações sociocognitivas utilizadas na interação face a face envolvendo os portadores de Alzheimer e seus interlocutores, e, constatou-se que elementos como a hesitação, o reparo, a repetição são de crucial importância para o desenvolvimento da atividade comunicativa e interacional proposta na linha da ciência cognitiva que leva em consideração não apenas os fenômenos biológicos e médicos do portador de Alzheimer, mas, os biológicos, sociais e culturais.

Observamos, por exemplo, que a hesitação é um recurso interacional bastante relacionado com o processamento cognitivo, o qual ocorre durante a materialização da atividade linguístico-interacional, uma vez que, ela atua como guia norteador capaz de perceber problemas realizados na elaboração linguística e, assim, reformulá-los.

Percebemos também, nas análises, que no transcorrer evolutivo da doença a hesitação vai se tornando menos frequente nos estágios mais avançados. Isso acontece porque, aos poucos, os fenômenos interativos mais gerais vão sendo, na realidade da doença de Alzheimer, substituídos por um outro característico da patologia: a repetição.

De forma semelhante à hesitação, o reparo também age como uma maneira de incentivo à inclusão e continuidade da atividade linguística e conversacional. Ele funciona como uma estratégia empregada pelo interlocutor para fazer com que o

portador atente para problemas realizados por ele próprio e que, assim, tente resolvê-los.

Finalmente, a repetição, recurso mais característico da doença de Alzheimer, é bastante presente em todas as fases da doença, e, na última delas, é bastante visualizado através das ecolalias e dos automatismos. Como já mencionado anteriormente, a repetição segue, até a fase de declínio cognitivo mais avançada, quando, aos poucos, vai sendo substituída por recursos interativos não-verbais.

Além disso, a repetição possibilita uma maior coerência do fluxo conversacional quando ele apresenta interferência em sua sequencialidade prejudicada por problemas correntes e característicos da patologia Alzheimer como a perda da memória semântica e a memória de curto prazo.

As repetições tidas como automáticas marcam fases específicas do Alzheimer. São, geralmente, mais frequente no estágio avançado e, dessa maneira, atuam como formas estratégicas utilizadas pelos interlocutores de avaliar estados e comprometimentos cognitivos do DA, assim como, os conhecimentos que ainda continuam preservados.

Entretanto, longe de atuarem apenas como medidas de alterações e declínios cognitivos, o automatismo revela o deterioramento da esfera funcional e interativa da repetição e, mais ainda, uma perda dos níveis linguísticos presentes na capacidade linguística.

Em outras palavras, a habilidade para responder perguntas (tais como aquelas realizadas no Mini Exame de Estado Mental) não significa que o portador (a) seja incapaz de atuar em uma atividade interativa específica, mas, ao contrário, nos revela que mesmo com a existência de perda de níveis linguísticos, há uma atribuição linguística, interacional, pragmática e social em todas as atividades cotidianas dos portadores de Alzheimer.

Dessa maneira, se conclui que o declínio social, linguístico e cognitivo vivenciado na realidade do portador de Alzheimer, a partir da evolução da doença, diz respeito à função que elementos característicos do discurso do DA possui (ecolalias, automatismos, discurso desconexo) na manutenção e regulação da linguagem considerando uma esfera “a partir do qual o sujeito age, levando em consideração, dentre outras coisas, a própria linguagem, as instâncias interativas, o papel das práticas sociais e do outro na construção de sentido” (Cruz, 2008, p.282).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância da investigação acima apresentada deve-se ao fato do escopo atual dado ao tratamento biomédico da Doença de Alzheimer se portar, prioritariamente, em aspectos cerebrais, biológicos, internos da patologia e não levar em consideração, na maioria dos casos, os elementos sociais e comportamentais da doença.

O objetivo dessa dissertação foi observar a linguagem, a interação e a cognição na Doença de Alzheimer a partir de uma abordagem sociocognitiva da linguagem, tendo como foco às práticas linguísticas e interativas, coletadas em um contexto institucional, que englobam as rotinas habituais dos sujeitos que receberam o diagnóstico de DA.

As conclusões mais precisas, ligadas aos dois capítulos de análises, a saber, o capítulo IV, que trata do diagnóstico, declínio linguístico-cognitivo e as maneiras de categorizar possíveis portadores de Alzheimer, e o capítulo V que trata das ordenações sociocognitivas postas em uso na interação face a face, nos revelam que não há como considerar os estudos de tal patologia de maneira estanque, ou seja, considerando apenas a abordagem biomédica ou apenas a abordagem social, porque a Doença de Alzheimer se porta, na realidade, como uma doença neurodegenerativa cerebral, que, com o seu avanço, afeta não apenas a estrutura cerebral do sujeito o deixando “demente” como também a linguagem, os processos interativos e, conseqüentemente, sua sociabilização.

As questões cruciais que permearam essa pesquisa procuraram investigar se as ordenações sociocognitivas utilizadas durante o processo interativo fazia uso ou não do emprego de certos recursos linguísticos específicos por parte dos portadores de Alzheimer; se o declínio linguístico e cognitivo estão relacionados com apenas neurodegenerativos da doença ou, também, com aspectos sociais; e, finalmente, como funciona as relações identitárias e a dinâmica interacional das conversações das quais participam os sujeitos com Doença de Alzheimer.

A perspectiva social de cognição aqui adotada traz um novo panorama que permite o entendimento do que vem a ser a patologia Alzheimer não apenas como um sinônimo de demência (expressão essa que ainda apresenta uma ideia de exclusão por nossa sociedade), mas, como uma doença degenerativa, que possui

como portador um sujeito inserido em um contexto social, histórico e cultural, o qual possuirá alterações cognitivas, interativas e linguísticas no transcorrer de sua patologia, mas, que ainda assim, precisará se manter socializado em suas rotinas cotidianas de forma mais natural possível.

Percebemos, então, que a consideração do diagnóstico realizado através do Mini Exame de Estado Mental e das ressonâncias e tomografias é importante para um laudo eficiente da doença, entretanto, eles colocam os sujeitos portadores de Alzheimer em categorias como *“esquecido, aquele que não lembra, dependente”*, ou seja, ele não intenta em trazer esclarecimentos sobre o que acontece com a memória, com as modificações espaciais e temporais dos pacientes, com a alteração das práticas interacionais do dia a dia que, a partir do diagnóstico, passam a ser modificadas para sempre.

Como vimos, a não consideração de uma abordagem bio-sócio-cultural da doença de Alzheimer possibilita a concepção do portador de Alzheimer como *demente*, ideia essa vinculada a perspectiva biomédica que fez com que os participantes de nossa pesquisa (com exceção do paciente 3) fossem excluídos de seu contexto social e interacional que, naturalmente, já ocorre por si só ao longo da evolução da doença (do declínio social e cognitivo).

Ficou claro, também, o fato da cognição ser um fenômeno social que é manifestado, conjuntamente, tanto com os processos interativos quanto com a linguagem. Diferentemente do que os postulados de Chomsky por muito tempo apontou, as descontinuidades, longe de atuarem como erros se um indivíduo isolado cognitivamente, elas atuam como elementos os quais possibilitam a inserção, formulação e construção de sentido viabilizado pela atividade conversacional.

Foi constatado que elementos como a hesitação, o reparo, a repetição são de crucial importância para o desenvolvimento da atividade comunicativa e interacional sugerida na linha da ciência cognitiva que leva em análise não apenas os fenômenos biológicos e médicos do portador de Alzheimer, porém, os biológicos, sociais e culturais.

A capacidade para responder perguntas oriundas em exames (como as do MEEM) não quer dizer que o indivíduo diagnosticado com Alzheimer não seja capaz de participar de uma atividade interativa específica, entretanto, nos revela que apesar de perdas visíveis de níveis linguísticos, há uma existência linguística,

interacional, pragmática e social em todas as atividades habituais dos portadores de Alzheimer.

Dessa forma, concluímos que a deficiência social, linguística e cognitiva vivenciada na realidade do portador de Alzheimer a partir da progressão da doença diz respeito à função que elementos característicos do discurso do DA possui (ecolalias, automatismos, discurso desconexo) na manutenção e regulação da linguagem considerando uma esfera “a partir do qual o sujeito age, levando em consideração, dentre outras coisas, a própria linguagem, as instâncias interativas, o papel das práticas sociais e do outro na construção de sentido” (Cruz, 2008, p.282).

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, Rosane. **O discurso científico e a construção coletiva do saber: a dimensão interativa da atividade acadêmico-científica**. 2004. 262 p. Tese de Doutorado em Linguística, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2004.
- CHOMSKY, Noam. **Aspects of the theory of syntax**. New York: MIT Press, 1965.
- CLARK, Herbert H. **Arenas of language use**. Chicago: Chicago UP, 1992.
- _____. **Using Language**. Cambridge: CUP, 1996.
- CRUZ, Fernanda M. **Linguagem, interação e cognição na doença de Alzheimer**. 2008. 318 p. Tese (Doutorado em Neurolingística)- Instituto dos Estudos de Linguagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.
- DAMÁSIO, Antônio R. **O erro de Descartes**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- FOUCAULT, Michel. **Maladie mentale et psychologie**. Paris: Press Universitaires de France, 1954.
- FREITAS, Elizabete Viana de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- GARCEZ, P.M; LODER, L.L. Reparo iniciado e levado a cabo pelo outro na conversa cotidiana em português do Brasil. DELTA, 21(2), 279-312.
- GOODWIN, Charles; DURANTI, Alessandro (org.) Rethinking Context: an introduction. In: **Rethinking Context**. Language as an interactive phenomenon. Cambridge: CUP, 1992, pp. 147-190.
- GUMPERZ, John. Contextualization and Understanding. In: GOODWIN, Charles; DURANTI, Alessandro (org.) **Rethinking Context**. New York: Cambridge University Press, 1992.
- HESTER. S.; EGLIN, P. **Culture in Action: Studies in Membership Categorization Analysis**. Washington DC: University Press of America, 1997.
- KOCH, Ingedore. **A inter-ação pela linguagem**. São Paulo: Contexto, 1992.
- _____. Do cognitivismo ao sociocognitivismo. In: MUSSALIM, Fernanda; BENTES, Anna Christina (org). **Introdução à Linguística: Fundamentos Epistemológicos**. São Paulo: Cortez, 2007.
- _____. A construção sociocognitiva da referência. In: MIRANDA, Neusa Salim; NAME, Maria Cristina (org). **Linguística e Cognição**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2005, p.96-102.

LABOV, William. The boundaries of words and their meaning. In: BAILEY, Charles-James; SHUY, Roger (eds). **New ways of analyzing variation in english**. Washington D.C: Georgetown University Press, 1973.

LAKOFF, George. **Women, fire and dangerous things**. Chicago/London: The University of Chicago Press, 1987.

LANGACKER, Ronald. **Foundations of cognitive grammar: Theoretical Prerequisites**. Stanford, CA: Stanford University Press. 1987.

MACEDO, Ana Cristina Pelosi. Cognição e Linguística. In: MACEDO, Ana Cristina Pelosi; FELTES, Heloísa Pedroso Morais; FARIAS, Emília Maria Peixoto (org). **Cognição e Linguística: explorando territórios, mapeamentos e percursos**. Caxias do Sul: EDUCS, 2008.

MARCUSCHI, Luiz Antônio. **Análise da Conversação**. São Paulo: Ática, p.10-13, 1986.

_____. **Do código para a cognição: O processo referencial como atividade criativa**. I conferência Linguística e Cognição: Campinas: Unicamp, 2003.

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

_____. Atos de referenciação na interação face a face. In: **Anais do II Congresso Internacional da ABRALIN**, Fortaleza, 2001.

MONDADA, Lorenza. L'analyse de corpus dans la perspective de la linguistique interactionnelle: des analyses de cas singuliers aux analyses de collections. In: Condamine, A. (ed). **Sémantique et corpus**, Paris: Hermes, 2004.

_____. Pour une linguistique interactionnelle. **Marges linguistiques**, n.1, maio 2001.

MORATO, Edwiges Maria. O interacionismo no campo linguístico. In: MUSSALIM, Fernanda; BENTES, Anna Christina (org). **Introdução à Linguística: Fundamentos Epistemológicos**. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. Neurolinguística. In: MUSSALIM, Fernanda; BENTES, Anna Christina. (org). **Introdução à Linguística- domínios e fronteiras**. São Paulo: Cortez, 2006.

PHILIPS, Susan. The Routinization of Repair in Courtroom Discourse. In GOODWIN, Charles; DURANTI, Alessandro (org). **Rethinking Context**. Language as an interactive phenomenon. Cambridge: CUP, 1992, pp. 311-322.

ROSCH, Eleanor. Principles of categorization. In: ROSCH, Eleanor; LLOYD, Barbara (ed.) **Cogniton and categorization**. Hillsdale: Lawrence Erlbaum, 1978, p 27-48.

RODRIGUES-LEITE, Jan Edson. **A construção pública do conhecimento: linguagem e interação na cognição social**. 2004. 246 p. Tese (Doutorado em Linguística Cognitiva)- Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2004.

SCHEGLOFF, Emmanuel; JEFFERSON, G. & THOMPSON, S. A simplest systematic for the organization of turn-taking for conversation, **Language**, 50, 1974. p. 696-735.

TOMASELLO, Michael. **The Cultural Origins of Human Cognition**. Harvard University Press, 1999.

WATSON, Rod. Some general reflections on 'Categorization' and 'Sequence' in the analysis of conversation. In: HESTER, Stephen; EGLIN, Peter (eds). **Culture in action: studies in membership categorization analysis**. Washington: University Press of America, pp.49-76, 1997.