

MEMÓRIA E IDENTIDADE: FRAGMENTOS DE RELATOS PESSOAIS DE PACIENTES COM ALZHEIMER EM MEIO A CONSULTAS CLÍNICAS¹

Simone Alencar Fronza²

RESUMO

O presente artigo analisa duas interações que acontecem em situação de consulta clínica na qual estão presentes um médico, um paciente diagnosticado com Alzheimer e um acompanhante do paciente. Como metodologia, partimos da técnica de vídeoanálise de situações de consulta clínica presentes em um *corpus* de interações variadas de sujeitos com Alzheimer, o *Corpus* Doença de Alzheimer, Linguagem e Interação (DALI) (CRUZ, 2008); selecionamos e transcrevemos com ajuda do *software* ELAN (WITTENBURG et al., 2006) uma consulta clínica livre e uma consulta com aplicação de teste de avaliação do estado neurocognitivo de um paciente com Alzheimer. Com a análise dos dados, procuramos investigar o papel do corpo a partir de uma perspectiva multimodal da interação social (MONDADA, 2016; CRUZ, 2018). Obtivemos como resultado de análise, a evidência de como relatos que a priori parecem confusos, fragmentados e/ou sem sentido são relatos que expressam uma atividade narrativa de engajamento dos sujeitos com Alzheimer na interação e que quando analisados considerando-se os aspectos corporificados constituem momentos de produção de elementos narrativos. Além disso, verificamos como aparecem as questões de memória compartilhada (BOSI, 1994) e “o querer ir para casa” (FERIANI, 2017) em cada uma das interações.

Palavras-chave: Alzheimer; Memória; Narrativa; Interação Corporificada.

22

Introdução: narrar a perda da memória durante consultas clínicas

O Alzheimer é, clinicamente, definido como uma patologia cerebral progressiva que afeta não apenas as estruturas neurológicas, mas os processos cognitivos, a memória, a linguagem, a interação e a organização das práticas sociais cotidianas.

A Doença de Alzheimer tem recebido atenção não apenas de estudos clínico-biológicos, mas também psicossociais (KITWOOD, 1997), antropológicos (COHEN & LEIBING, 2006; LEIBING, 1998; FERIANI, 2017), linguísticos (MORATO, 2012, 2015; NOVAES-PINTO, 2010), apenas para citar alguns. Conhecida, discursivamente, no senso comum como sinônimo de falta de memória, os efeitos do Alzheimer, que incluem lapsos de memória e desorientação de uma forma geral, podem emergir em momentos quaisquer das atividades sociais e rotineiras das pessoas que lidam com a

¹ Este artigo é parte de uma pesquisa de mestrado em andamento realizada com financiamento FAPESP (processo nº 2018/09024-3). Comitê de Ética em Pesquisa CAAE: 15748719.0.0000.5505.

² Mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Letras da Universidade Federal de São Paulo. E-mail: simone_a_f@hotmail.com

Doença de Alzheimer. Alguns exemplos são: guardar um livro na geladeira, esquecer o caminho de casa, não se lembrar o nome dos filhos.

Um diagnóstico de Alzheimer afeta a vida do sujeito acometido pela doença, mas afeta também a vida de seus familiares e seu entorno, pois pode exigir mudanças importantes, tais como, a pessoa com Alzheimer passar a ter um cuidador, mudar de casa, em alguns casos, até mudanças que passam pelas relações que os próprios familiares passam a ter com a memória da família, com lembrar o passado, com ser lembrado pelo nome etc. Muitas vezes, novas práticas passam a ser incorporadas nas rotinas dos sujeitos com Alzheimer e de seus familiares e uma dentre essas práticas são as situações de interações que se dão em contextos de consultas clínicas.

Este artigo tem como objetivo investigar traços de identidade e subjetividade em pequenos relatos trazidos por pacientes com Alzheimer em uma consulta com aplicação de um teste de avaliação do estado neuropsicológico e em uma consulta clínica livre.

As consultas clínicas, além de estarem diretamente relacionadas ao fato de ser um atendimento clínico, com fins de diagnóstico, prescrições, tratamento, acompanhamento clínico e prognóstico, são também situações sociais em que os sujeitos na condição de paciente contam suas dificuldades e problemas de saúde a um profissional da área médica. Este, por sua vez, seleciona, a partir desses relatos produzidos, elementos para avaliar as condições nas quais esses pacientes se encontram. As consultas clínicas das quais participam sujeitos com Alzheimer podem ser analisadas como situações interativas entre médico e paciente que são basicamente estruturadas por perguntas (livres ou orientadas por algum protocolo de teste clínico) feitas pelo médico e que levam o paciente a relatar informações de sua rotina diária, tais como se vestir, escovar os dentes e se alimentar, por exemplo. Em meio a esses relatos sobre as rotinas práticas, também encontramos topicalizado e de forma muito central, o tema da memória e das condições de memória.

Assim, durante as consultas clínicas analisadas sob a perspectiva de uma situação interacional (MARLAIRE & MAYNARD, 1990; MAYNARD & MARLAIRE, 1992; SUCHMAN & JORDAN, 1990; HOUTKOOP-STEENSTRA, 1996; ANTAKI, 2002), podemos explorar a memória tanto do ponto de vista interacional, em que estamos atentos a forma como os participantes de uma consulta lidam com eventuais lapsos, dificuldades e problemas de memória que emergem no momento da consulta clínica em si, quanto do

ponto de vista discursivo, em que os sujeitos falam sobre a memória e sobre a forma como lidam com a falta de memória.

A partir da memória estabelece-se muitas relações com a identidade. A identidade permanece e emerge a partir da memória. Feriani (2017), de um ponto de vista antropológico, discute a questão da memória por meio de um relato comum entre familiares e cuidadores de pessoas com Alzheimer: “O querer ir para casa”. Esta queixa representa os momentos em que o indivíduo com Alzheimer não reconhece o lugar que está vivendo no momento e insiste em querer ir para casa. Com base neste relato, vemos que a identidade está muito presente. A “casa” para onde quer voltar é o lugar que viveu momentos importantes e significantes, teve experiências, criou laços, constituiu seu eu, adquiriu gostos e desgostos, onde sentiu alegria, raiva, tristeza e de onde agora sente saudade. O querer ir condiz com o permanecer da identidade; eu vou porque meu eu quer permanecer; eu volto para minha casa, porque lá está quem eu sou e tudo que construí. Isso muito tem a ver com a ideia de *objetos biográficos* trazida por Violette Morin (1969 *apud* BOSI, 1979). Estes são objetos significativos que envelhecem junto com seu possuidor, se tornam parte de sua vida e, logo, compõem sua identidade. A “casa”, aqui, podemos entender como um desses objetos biográficos que possuem tamanha importância que quando perdidos parecem perder parte do eu, da identidade. A mudança, portanto, representa isso, a perda de si mesmo, tornando o “voltar para casa” tão importante para restaurar as memórias.

Além disso, a memória, como descreve Bosi (1979), pode ser entendida como algo coletivo, a que nós somos apenas testemunhas e que se desenvolve a partir de laços familiares, escolares ou profissionais. Cada indivíduo que viveu aquela memória pode testemunhar uma parte dela e descrevê-la de pontos de vista diferentes e, ainda, compartilhá-la em uma interação. A memória coletiva pode ao mesmo tempo servir de suporte para a versão de uma história contada por alguém, como pode também ser a única testemunha de uma história vivida por este alguém sem que a própria pessoa não tenha a lembrança. Em uma consulta clínica, o acionamento da memória compartilhada para relatar atividades de rotina, por exemplo, pode fazer com que o acompanhante desempenhe um papel de avaliador do relato que o paciente conta, já que ele(a) presenciou o evento narrado ou sabe que o evento não aconteceu.

Esta dinâmica de avaliação positiva ou negativa do acompanhante também muito nos interessa ver nas situações interacionais em contexto institucional, pois, ainda que consideremos que os papéis médico-paciente nos pareçam os centrais e o que estruturam basicamente uma situação clínica, durante as consultas diárias, temos muito comumente o fato de que a dinâmica interacional de uma consulta clínica, do ponto de vista dos vários momentos que compõem uma interação face-a-face, constitui-se por papéis, momentos e ações que se reorganizam a todo o tempo e que ora deixam ver formar-se díades entre médico e paciente, ora entre paciente e acompanhante, ora entre médico e acompanhante, ora entre os três presentes. Esse é o caso da maioria das situações interativas analisadas em trabalhos anteriores a partir de um *corpus* audiovisual, constituído de interações entre médico-paciente-acompanhante que compõem o *Corpus* Doença de Alzheimer, Linguagem e Interação (DALI) gerado por Cruz (2008).

Dentre os muitos aspectos que podem ser explorados em uma situação interativa de consulta clínica, gostaríamos de destacar neste artigo a emergência de momentos na interação em que os pacientes falam de si, mas, esses atos de falar de si e de narrar experiências, podem ser atravessados por uma linguagem entrecortada, por corpos desconcertados, por movimentos de olhar e por risos. Alguns estudos prévios como os de Clark e Mishler (2001), identificaram que os contextos de consultas clínicas são férteis na produção de práticas narrativas. Durante uma consulta clínica somos convidados a falar de alguma doença ou do que está havendo com a nossa saúde e somos assim, no limite, convidados a falar de nós mesmos. Esses mesmos estudos também identificaram que, nesse contexto, as narrativas muitas vezes são interrompidas e o que o paciente tem a contar sobre sua doença ou sobre si mesmo pode não ser ouvido.

A partir disso, é necessário ressaltar que o que chamamos de um certo narrar poderia ser expresso em termos de elementos narrativos que estão presentes em momentos da consulta clínica; elementos que expressam, mesmo que minimamente, uma história (ou esboço dela), um traço subjetivo, um relato de rotina ou algum outro elemento autobiográfico.

Em parte, ao falarmos em elementos narrativos podemos não corresponder necessariamente ao que seria considerado textual-estruturalmente uma narrativa. Bastos e Biar (2015, p. 99-100) definem: “narrativa, pré-teoricamente, como o discurso

construído na ação de se contar histórias em contextos cotidianos ou institucionais, em situações ditas espontâneas ou em situação de entrevista para pesquisa social. ”

Essa perspectiva aborda múltiplos contextos de interação, contextos estes que podem, por exemplo, impedir a narração completa de uma história, a história narrada não necessariamente precisa ser uma experiência do passado etc.

A narrativa passa a ser, então, mais que uma estrutura com características formais, passa a ser uma história contada por um indivíduo que possui experiências e que constrói uma relação junto com os demais participantes da interação, “o ato de contar histórias é uma *performance* através da qual construímos quem somos e nossas relações com os outros.” (BASTOS, 2005, p. 83).

Em contextos institucionais e mais especificamente com narradores que apresentam um diagnóstico de Alzheimer, o sujeito compartilha uma experiência sua, em que ele resgata em sua memória algo que pode ter acontecido há muito tempo ou que está acontecendo em sua vida no momento; resgata ações, emoções de uma história que ele mesmo viveu e que carregam sua subjetividade e a repassa no instante da narrativa. (BASTOS e BIAR, 2015).

Os elementos narrativos que emergem em situações clínicas que nos interessam podem ser formas variadas pelas quais esses sujeitos contam sua experiência com a doença, mobilizam memória e discurso. Mas mobilizam também o corpo, como é nosso interesse mostrar adiante.

Essas formas de narrar se dão em meio aos fragmentos da fala, a pausas, a indecisões sobre informações ou eventos, a interrupções de uma narrativa que se esboçava ou a embaraços. Essas formas de narrar não são construídas apenas por meio da fala, das expressões verbais, mas também por meio de pequenos olhares, gestos, movimentos corporais, expressões faciais, nos oferecendo a chance de ver que mesmo quando a linguagem verbal está menos presente, outros recursos corporificados estão presentes nessas interações, oferecendo-nos a chance de descrever as dinâmicas interacionais em seus silêncios ou gestos.

Recentemente, tem-se identificado um movimento chamado de virada corporificada (*embodied turn* - NEVILE, 2015; MONDADA, 2016). Segundo Mondada (2016), dos estudos linguístico-interacionais, esse movimento propõe a inclusão da

corporificação nos estudos interacionais e constitui uma tentativa de integrar estudos prévios sobre linguagem e novos estudos sobre o corpo e promover abordagens multimodais da interação.

Uma perspectiva multimodal oferece assim a possibilidade de fazermos uma descrição desses vários tipos de recursos multimodais mobilizados na interação dentro de um enquadre analítico (o sociointeracional) que reconhece a diversidade e a especificidade sistêmica desses recursos semióticos usados pelos participantes na interação, ao mesmo tempo em que se preocupa em compreender e descrever como tais recursos interagem uns com os outros para construirmos localmente nossas ações, dentre elas, a fala-em-interação. Esses recursos seriam de naturezas semióticas distintas: linguísticos (aspectos gramaticais, prosódicos, sintáticos, entonacionais e lexicais, por exemplo); corporais (posturas corporais, gestos, direcionamentos do olhar, mímica facial, movimentos da testa, postura do corpo, etc.) e materiais (relações múltiplas que temos de manuseio, referência, percepção de objetos, sensorialidade com elementos do espaço físico). (CRUZ, 2018, p. 181)

Adotar a perspectiva multimodal das interações significa levar em conta o corpo inteiro no estudo das interações sociais, já que os movimentos corporais são de suma relevância para a própria organização da fala-em-interação. Os movimentos do corpo são sincronizados temporalmente na estrutura da conversa e as respostas interacionais podem ocorrer por meio da fala ou corporalmente.

Gostaríamos de explorar analiticamente duas situações interativas que acontecem entre médico-paciente-acompanhante durante consultas clínicas, de forma a dar visibilidade aos recursos corporificados que estruturam tais dinâmicas interativas. Ao fazermos o movimento de corporificar nossa análise das interações que se passam entre paciente-médico-acompanhante, conseguimos ressaltar atos de narrar e falar de si. Neste caso, o corpo e seus gestos deixam de ser um detalhe das interações cuja presença da fala é tida como central, para passar a ser um dos elementos centrais para entender as dinâmicas ali presentes nas ações de falar de si em consulta clínica.

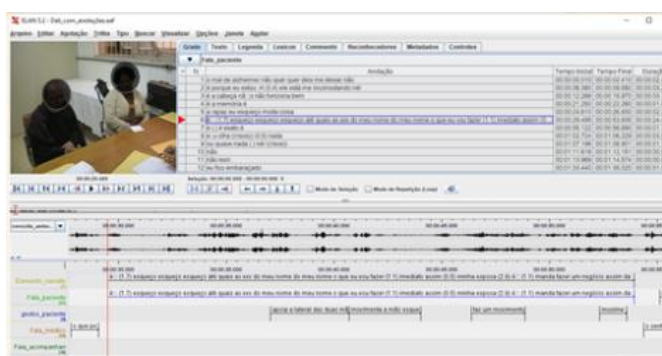
O *corpus*, a seleção, a transcrição e análise corporificada de interações em situação clínica

Para explorarmos o que foi apontado por Clark e Mishler (2001) em relação a produção fértil de narrativas em contextos clínicos, selecionamos dois registros em vídeo de interações em ambiente institucional que são parte de um *corpus* de interações variadas denominado Doença de Alzheimer, Linguagem e Interação (DALI) gerado por Cruz

(2008). O excerto 1 é uma consulta livre e o excerto 2 é uma consulta com aplicação de teste avaliativo do estado neurocognitivo, Mini Mental State (MMS) (FOLSTEIN et al., 1975). Os registros em vídeo selecionados foram transcritos com base na notação de transcrição multimodal proposta por Mondada (2016), respeitando os aspectos de temporalidade e sequencialidade dos recursos verbais e corporais mobilizados pelos participantes da interação e que colaboram com uma visão corporificada da interação, demonstrando o engajamento dos sujeitos com Alzheimer, mesmo nos lapsos de memória ou fala fragmentada, a partir dos direcionamentos do olhar e gestos, por exemplo.

Para visualização e transcrição do material em vídeo, resultado do registro em vídeo das consultas clínicas, utilizamos o software ELAN (WITTENBURG et al., 2006). O ELAN é uma ferramenta que permite a sincronização e coordenação espacial e temporal das múltiplas modalidades, facilitando assim o trabalho com o material em vídeo (ver figura 1).

Figura 1 - Funções do ELAN



Fonte: Captura de tela do ELAN

No ELAN, as visualizações que fizemos do vídeo receberam algumas anotações específicas com a finalidade de identificar, durante a consulta, alguns elementos a serem transcritos e que resultaram nos excertos trazidos a seguir. Esses momentos foram: a) elemento narrativo que emerge durante a consulta; b) as falas do paciente; c) as falas do médico; d) as falas da acompanhante; e) os gestos do paciente; f) os gestos da acompanhante; g) silêncios verbais; h) olhar do paciente; i) olhar da acompanhante j) gestos do médico. Não foi incluído o olhar do médico por estar fora do enquadre da câmera.

As anotações realizadas por meio do ELAN foram a base para o trabalho de transcrição dos trechos da consulta selecionada; esses trechos foram transcritos a partir da convenção proposta por Mondada (2016), que se encontra ao final do artigo.

Excerto 01: A memória coletiva de Sr. Arlindo e Dona Maria e o papel do direcionamento do olhar como sinalizador de seleção e dificuldade

Nesta situação interacional estão presentes os participantes sob o pseudônimo de: Arlindo, sujeito diagnosticado com Doença de Alzheimer em grau moderado; Maria, sua esposa e acompanhante na consulta; Ronaldo, médico. A interação acontece em um consultório, portanto, o paciente e a acompanhante estão corporalmente lado a lado e voltados frente a frente para o médico que está atrás da mesa. O médico está fora do enquadre da câmera e os demais participantes se encontram no foco da filmagem (ver figura 2).

Corpus: DALI (Cruz, 2008)

Dado: DALI_consulta_livre_arlindo

Duração do segmento: de 00:01:58.866 a 00:02:56.066 (57s)

Tipo: consulta clínica livre

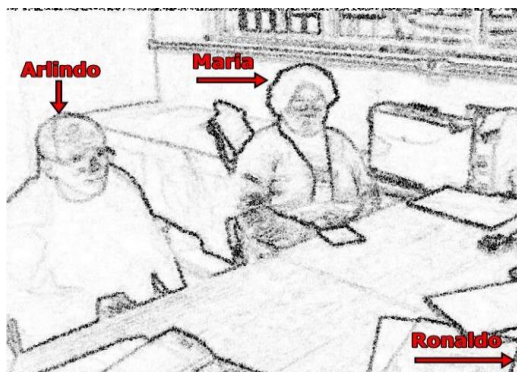
Versão de transcrição: 11/12/2018

Anotador: XXXX

Participantes: Arlindo (ARL+), Maria (MAR*), Ronaldo (RON)

Olhar: símbolo duplo

Figura 2 – Posição inicial das participantes e ambiente interacional



Fonte: Captura de tela do ELAN

01 RON mas conta ++ o senhor seu arlindo\ conta mais
02 arl ++olha p/ Ronaldo--->
03 (1.7)
04 RON o senhor não faz nada//
05 ARL não
06 (0.6)
07 RON o senhor arruma um caso um pouquinho ela (.)
ajuda um pouquinho em casa//
08 ARL é exatamente é
09 (.)
10 RON que que o senhor faz//
11 (0.5)++
12 arl ---->++
13 MAR ++você ajuda ô//
14 arl ++olha p/ maria--->
15 ARL hein// (1.1) eu eu eu .h ((risos))
16 MAR que que você faz em casa// (0.8)
ele só fica deitado ++ quase o tempo todo\
17 arl ----->++ olha p/ ronaldo--->
18 ARL não mas + eu não não não eu não faço nada não é//
19 arl ----->+ olha p/ maria--->
20 (1.1)
21 MAR *NAda
22 mar *movimenta a cabeça negativamente*
23 (0.5)
24 ARL ++então + escuta doutor eu menti agora + para ela (.)+
25 arl ++olha p/ ronaldo--->
26 arl +suspende a mão direita no ar +aponta para a
acompanhante----->+
opa + para o senhor
27 arl +aponta p/ ronaldo
28 RON ((risos)) está [enganando aí a senhora/
29 MAR [hehe

30 **ARL** **não não + eu [eu eu eu**
31 arl +suspende a mão direita e movimenta os dedos---->
32 **RON** **[tudo bem .h ((risos))**
33 **ARL** **eu (.) espera aí só só para eu me explicar\+**
34 arl ----->+
35 **RON** **tá**
36 (0.3)
37 **ARL** **eu ++(1.9) eu tenho (1.7) ++ (1.6) eu não tomo**
38 arl -->++ olha p/ baixo----->++ olha p/ ronaldo--->
 eu tomo banho (1.5) ++
39 arl ----->++ olha p/ baixo--->
 (0.4) ++ (1.8) sozinho
40 arl ----->++ olha p/ ronaldo--->>
41 (0.7)
42 **RON** **tá**

O excerto se inicia com a continuação de uma série de perguntas feitas pelo médico sobre a rotina e memória do paciente (linha 01). Na linha 07, o médico pergunta se Arlindo ajuda sua esposa nas tarefas de casa e Arlindo confirma. No entanto, quando Ronaldo pergunta as tarefas específicas que Arlindo participa, Maria interrompe as perguntas que vinham sendo feitas diretamente a Arlindo. Neste momento, a dinâmica de relatar seus feitos e atividades pessoais, que é dada para um sujeito em posição de paciente em uma consulta clínica, é tomada pelo questionamento da esposa, que convive com o paciente, e que parece ocupar nesta interação um papel de avaliador ou termômetro sobre a veracidade do relato do paciente. Maria põe em dúvida a afirmação de Arlindo na linha 13 (você ajuda ô?), impedindo-o de relatar as atividades que ele desenvolve no lar (mesmo que estas não aconteçam veridicamente).

Ao início do turno de fala de Maria, Arlindo se volta para ela e na sequência inicia uma fala com repetições (hein? Eu eu eu ((risos))). A repetição do pronome “eu” e a não conclusão de sua fala indica que Arlindo iniciou uma resposta ao que foi dito por Maria, mas não a concluiu por estar embaraçado (que pode ser notado também pelo riso).

Maria retoma sua indagação na linha 16 para daí relatar o que de fato acontece ou o que seria a sua versão do que acontece na rotina de Arlindo (que que você faz em casa? Ele só fica deitado quase o tempo todo).

Ao final da fala de Maria, voltado a ela, Arlindo questiona sua própria rotina. Após a confirmação de Maria na falta de atividades doméstica realizadas por Arlindo, o paciente se volta para o médico para justificar sua resposta, que com o relato da esposa, é colocada em questão.

Aqui estamos diante de duas versões sobre como é a rotina de Arlindo, uma oferecida por sua esposa ao médico e outra oferecida pelo próprio Arlindo. Os direcionamentos de olhar de Arlindo nos permitem acompanhar como ele lida, interacionalmente, com esse falar sobre ele, da parte da acompanhante para o médico, que contradiz o que ele relata sobre si mesmo. Arlindo volta seu olhar ora para sua esposa e ora para o médico. Ao iniciar sua justificativa na linha 24 (então escuta doutor eu menti agora para ela, opa para o senhor), o olhar de Arlindo para o médico indica que ele o seleciona como interlocutor. Ele se reporta ao médico, oferecendo uma justificativa. Em uma consulta em que o estado cognitivo do paciente está sendo avaliado, a fala de um acompanhante pode, como temos aqui, afirmar ou negar um relato do paciente.

Se do ponto de vista clínico a presença do acompanhante é crucial para poder ter uma descrição do estado do sujeito com Alzheimer, do ponto de vista interacional, ao serem produzidas versões distintas sobre um aspecto da vida do paciente no momento da interação, um desconforto pode ser gerado. Neste caso, se trata de uma pessoa com uma doença que afeta suas funções cognitivas e desorganiza suas práticas sociais e que nesta interação específica se coloca em uma situação em que alguém conta sua vida por ela. A forma como os participantes lidam com este desconforto pode não se expressar verbalmente apenas. Sua posição corporal na interação (a quem volta o olhar) define seu interlocutor-alvo e a quem ele se dispõe a esclarecer uma versão distinta da sua, oferecida pela acompanhante e considerada pelo médico.

Sua justificativa voltada para Ronaldo na linha 24, causa o riso nos demais participantes. O riso é um recurso interacional muito estudado. As funções do riso nas interações podem ser muitas, como: expressar e compartilhar diversão ou prazer, filiação, hostilidade, solidariedade, apreciação, alinhamento, intimidade, polidez, nervosismo,

constrangimento, julgamento etc. Alguns autores (AVERY & ANTAKI, 1997; HAAKANA, 1999; GLENN, 2003) têm analisado o papel do riso na interação, mostrando como o riso é um fenômeno interacional significativo na construção das atividades sociolinguísticas, produzido e interpretado pelos sujeitos na interação. Esses estudos dão indícios para a compreensão de sua organização e significado. Neste caso, o riso dos interlocutores de Arlindo acontece justamente quando ele aceita a versão da história contada por Maria ao dizer que mentiu na linha 24. Maria, como avaliadora dos relatos de Arlindo, tem sua história tomada como verídica por todos os participantes da interação, pelo médico na linha 28 (((risos))) está enganando aí a senhora) e por Arlindo na linha 24. Isso torna a versão de Arlindo uma mentira que foi descoberta e posta em julgamento na interação. O riso emerge então desse lugar de descobrimento de uma mentira, feito por Maria, que é um sujeito que detém a verdade neste contexto, e seu assentimento, feito por Arlindo, ao aceitar a versão da esposa e assumir sua mentira.

Na linha 33, Arlindo pede o turno de fala para que ele relate sua rotina e, na linha 37, Arlindo inicia seu relato voltado para Ronaldo, porém ele mostra dificuldades em expressar-se verbalmente (eu... eu tenho... eu não tomo eu tomo banho... sozinho). Nesse trecho, Arlindo volta seu olhar para baixo e faz uma pausa; retoma seu relato, ainda com o olhar voltado para baixo, e logo faz outra pausa mais longa, voltando-se depois para Ronaldo e continuando. Na ocorrência de outra dificuldade em expressar-se, Arlindo volta seu olhar novamente para baixo e conclui seu relato olhando para o médico.

Neste momento, o direcionamento de olhar de Arlindo indica suas dificuldades em manter seu relato. Nos obstáculos de sua fala, seu olhar se volta para baixo e na possibilidade da continuação do relato, seu olhar se volta para seu interlocutor-alvo (o médico), isso mostra que o direcionamento do olhar indica como Arlindo desenvolve sua atividade de narrar.

Sendo assim, o desenvolvimento do relato possui dois momentos que se alternam durante o turno de Arlindo:

1. atividade verbal + olhar voltado para o médico
2. pausa + olhar voltado para baixo

Esses dois momentos são retomados na medida em que Arlindo continua com o turno de fala. São retomados na ordem: olha p/ RON – olha p/ baixo – olha p/ RON – olha p/ baixo – olha p/ RON.

Inferese, a partir disso, que ambos os momentos constituem uma atividade narrativa. Arlindo não interrompe sua atividade narrativa nos momentos de pausa, pois logo na sequência volta seu olhar para o médico novamente e continua seu relato verbalmente. Isso pode ser confirmado na medida em que nenhum dos participantes da interação toma o turno de Arlindo.

O direcionamento do olhar serve então como uma indicação dos momentos de seleção do interlocutor para continuação verbal do relato ou dificuldade de expressão verbal (quando voltado para baixo).

A seguir, analisamos mais um excerto que reforça a importância dos recursos corporificados nos relatos pessoais e subjetivos contados por pacientes com Alzheimer.

Excerto 02: Dona Isabel e o seu querer ir para casa com um gesto de esconder a face

34

Nesta situação interacional estão presentes os participantes sob o pseudônimo de: Isabel, diagnosticada com Doença de Alzheimer em grau moderado; Mariana, sua filha e acompanhante na consulta; Julia, sua neta que também acompanha na consulta; Taís, médica. A interação acontece em um consultório, a paciente e sua neta estão corporalmente lado a lado e voltadas frente a frente com a médica que está atrás da mesa. A filha está fora do enquadre da câmera e os demais participantes se encontram no foco da filmagem (ver figura 3).

Vejamos essa interação abaixo:

Excerto: consulta_ambulatorio6_CONSULTA TESTE 09

Participantes: paciente/Isabel (ISA); Acompanhante e filha/Mariana (MAR); médico/Taís (TAI), neta/Juliana (JUL)

Duração: 00:18:09.000 – 00:20:00.750 (1min51s)

Transcritor: XXXX

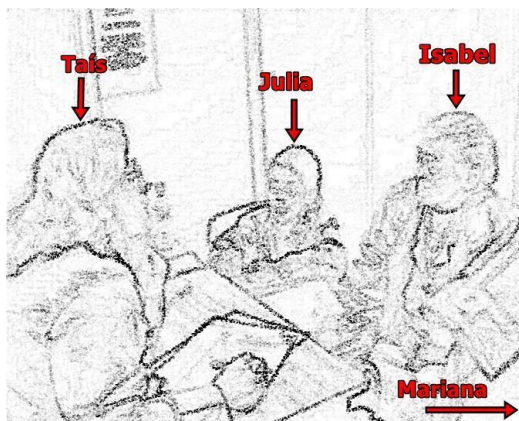
Data registro: 20/6/2006

Data transcrição: 27/11/2018

Símbolos dos gestos: * ISA; JUL - sem transcrição; % TAI; MAR - sem transcrição

Olhar: & isa; # tai

Figura 3 – Posição inicial das participantes e ambiente interacional



Fonte: Captura de tela do ELAN

01 TAI &é// (.) então tá bom\
02 isa &olha p/ tais--->
03 (1.2)
04 TAI é::: onde que a senhora está//&
05 isa ----->&
06 (.)
07 ISA &eu estou num hospital\ &
08 isa &olha p/ um ponto à esquerda&
09 (.)
10 TAI &i:sso\ hospital (.) esse hospital fica onde//&
11 isa &olha p/ tais----->&
12 &(0.6)
13 isa & olha p/ prontuário--->
14 ISA são paulo&
15 ----->&
16 &(0.7)
17 isa &olha p/ tais--->
18 TAI i:sso\ (1.0) e ele fica em que estado//&
19 ----->&


```
então #a senhora está a passeio# aonde//  
49 tai #olha p/ acompanhante--->#  
50 ISA hahaha& são paulo  
51 isa ----->& olha p/ baixo--->>
```

Este excerto é uma continuação das perguntas do teste MMS. Taís, a médica, faz uma pergunta para Isabel e ela começa respondendo de forma esperada, como pode ser notado pelos marcadores nos turnos de Taís (“isso”).

Na sequência, a médica pergunta: “é... onde que a senhora está?” e Isabel responde na linha 07: “eu estou num hospital”. Na linha 10, Taís confirma a resposta e parte para a próxima pergunta: “isso, hospital. Esse hospital fica onde?” e Isabel responde dizendo “são paulo”. Com mais uma resposta correta, a médica confirma e continua: “isso, e ele fica em que estado?”. Como resposta a essa pergunta, Isabel diz “Pernambuco”.

A resposta dada por Isabel causa uma resposta interativa verbal e não-verbal da médica, verbalmente com “óh” e gestualmente abrindo as palmas das mãos. Em resposta, Isabel leva as mãos ao rosto e produz repetidamente as palavras “é não” seguidas por riso. Aqui, Isabel parece perceber seu erro e o gesto de cobrir o rosto, escondendo a face, demonstra seu embaraço. Esse gesto anuncia a retomada de consciência que havia sido perdida por um instante durante a aplicação do teste.

Em seguida, Taís questiona Isabel buscando uma justificativa da resposta inadequada ao teste, interrompendo, portanto, a dinâmica do teste, mas ainda mantendo os pares de pergunta e resposta, com uma pergunta que não corresponde ao protocolo: “desde quando São Paulo fica no estado de Pernambuco? ”.

Essa pergunta desencadeia um relato pessoal de Isabel. Na linha 31, ainda com o gesto de esconder a face e rindo, Isabel conta à médica que gosta muito de Pernambuco: “((rindo)) ah... eu gosto muito de Pernambuco”. As mãos no rosto são mantidas até o final do relato de Isabel, indicando que este gesto acompanha um relato de teor subjetivo, já que suas mãos são retiradas apenas ao final do relato de Isabel e com a retomada da questão de Taís.

Taís insere, na linha 32, uma pergunta (“mas que estado que fica São Paulo?”) que apresenta agora algumas poucas reformulações de quando foi feita a primeira vez na linha 18 (“(...) e ele [São Paulo] fica em que estado?”). Essas duas perguntas geraram a mesma resposta dada por Isabel “Pernambuco”. Assim, Taís refaz a pergunta de uma forma mais pessoal, utilizando o pronome “senhora”: “que estado que a senhora mora no Brasil?”.

No entanto, quando Taís propõe uma nova estrutura da pergunta, a médica acaba por introduzir um novo campo de possibilidades de resposta e acaba, portanto, por gerar uma resposta diferente da esperada por ela. Isabel diz: “eu moro em Pernambuco”. Nas linhas 42 e 43, a médica nega intensamente a resposta dada por Isabel verbalmente (“não, a senhora não mora em Pernambuco, a senhora não mora mais lá, a senhora nasceu lá”) e gestualmente com um aceno negativo com a cabeça. O que é dito por Isabel, na linha 45, colabora com o entendimento de que ela tem consciência de onde está e, mais ainda, de onde veio e seu propósito na cidade em que se encontra no momento: “nasci e moro e estou aqui só a passeio”. Aqui, Isabel demonstra uma consciência de sujeito que possui emoções e uma história para contar.

Taís, surpreendida com a resposta de Isabel, como vemos na linha 47 (“((rindo)) ah é?”), aproveita a indicação de que a paciente tem consciência da sua localização e pergunta: “ah é? Então a senhora tá a passeio aonde?” e a paciente responde rindo: “<((rindo)) São Paulo>”. O riso aqui, também reforça a ideia de que a paciente tem consciência da sua localização, de suas respostas e de sua história.

Discussão: memória e identidade

Vimos nos dois excertos apresentados a representação da questão da memória.

No excerto 1, a memória pode ser vista de forma coletiva e compartilhada entre Arlindo e sua esposa Maria. Arlindo inicia o relato de suas atividades de rotina ao ser questionado pelo médico; contudo, Maria faz uma indagação que põe a afirmação de Arlindo em dúvida e na sequência relata sua versão da história. Maria, que compartilha suas vivências e, logo, suas memórias, com o marido, adquire o papel de avaliadora do que é dito por Arlindo. Em uma situação interacional em que normalmente o paciente detém o papel de falar sobre si, quando um acompanhante está presente, aparecem

momentos como este, em que alguém fala pelo paciente, e uma avaliação é posta no lugar do que poderia vir a ser uma narrativa contada pelo próprio indivíduo com Alzheimer. Mas, ainda que posta essa situação, Arlindo procura explicar sua “mentira” relatando uma de suas atividades. Neste momento de narração, mesmo com sua fala fragmentada e lapsos de memória, Arlindo detém o turno de fala por um considerável período de tempo e se propõe a contar detalhes pessoais de seu cotidiano.

No excerto 2, podemos verificar uma memória identitária representada no relato de Isabel, ela coloca muito bem o desejo do “querer ir para casa”. Quando Taís desvia do protocolo e reformula a pergunta de uma forma pessoal, ela redireciona a conversa para a diferenciação entre “o lugar onde moro” e “o lugar onde estou” e a partir daí que Isabel responde “*nasci e moro e estou aqui só a passeio*”, se referindo a Pernambuco como o lugar em que mora e São Paulo como o lugar em que está apenas a passeio. Além disso, o relato subjetivo de Isabel (“((rindo)) ah... eu gosto muito de Pernambuco”), enfatizado pelo gesto de esconder a face, ressalta ainda mais seus sentimentos em relação a cidade em que diz morar, reforçando a ideia de que a “casa que quer voltar” representa um lugar de importância, onde provavelmente ela construiu parte de sua história e possui grande significado para ela.

Conclusão

Neste artigo discutimos a importância de uma análise que leva em consideração os aspectos corporificados em interações envolvendo sujeitos diagnosticados com Doença de Alzheimer em situação de consulta clínica em que emerge um relato pessoal.

Partimos de uma discussão breve entorno da questão da memória, das narrativas e das consultas clínicas como situação interativa. Na sequência, foram apresentados dois excertos de consultas clínicas, uma consulta livre e uma consulta com aplicação de teste para avaliação do estado neuropsicológico (MMS), para demonstrar como os recursos multimodais são mobilizados na emergência de um relato pessoal.

No primeiro excerto, ressaltou-se o papel de avaliador do acompanhante em uma consulta clínica e como a memória compartilhada toma parte disso, além do direcionamento do olhar como recurso para selecionar o interlocutor e para demonstrar as dificuldades de expressão verbal enfrentados no momento do relato como forma de demonstrar o engajamento do sujeito com Alzheimer ao narrar um fato pessoal. No

segundo excerto, ressaltou-se como um relato pessoal acompanhado de um gesto de esconder a face pode demonstrar marcas de identidade através do desejo de querer ir para casa.

Referências

ANTAKI, Charles. **Personalised revision of ‘failed’ questions**. *Discourse Studies*. 4 (4), p. 411-428, 2002.

AVERY, C.; ANTAKI, C. Conversational devices in stories turning on appearance versus reality. *Text*, 17 (1), p. 1-24, 1997.

BASTOS, L. C. Contando histórias em contextos espontâneos e institucionais: uma introdução ao estudo da narrativa. *Calidoscópico*, p. 74-87, 2005.

BASTOS, L. C.; BIAR, L. A. Análise de narrativa e práticas de entendimento da vida social. *DELTA*, 31-especial, p. 96-126, 2015.

BOSI, Ecléa. **Memória e sociedade: lembranças de velhos**. 3a ed. São Paulo, Companhia das Letras, 1994.

CLARK, J. A.; MISHLER, E. G. Prestando atenção às histórias dos pacientes: o reenquadre da tarefa clínica. In RIBEIRO, B. T.; LIMA, C. C.; DANTAS, M. T. L (org.). **Narrativa, identidade e clínica**. Rio de Janeiro: Edições IPUB/CUCA, p. 11-54, 2001.

COHEN, L.; LEIBING, A. **Thinking About Dementia: Culture, Loss, and the Anthropology of Senility**. Rutgers University Press, 2006.

CRUZ, F. M. Documentação e investigação multimodal de interações envolvendo crianças com transtorno do espectro do autismo (TEA): corpo, linguagem e mundo material. *Revista Calidoscópico/UNISINOS*, v. 16, n. 2, p. 179-193, 2018.

_____. **Linguagem, interação e cognição na doença de Alzheimer**. 312 fls. Tese de Doutorado em Linguística. Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Instituto de Estudos da Linguagem, Campinas-SP, 2008.

FERIANI, D. Rastros da memória na doença de Alzheimer: entre a invenção e a alucinação. *Revista de Antropologia USP*. São Paulo, online, v. 60, n. 2, p. 532-561, 2017.

FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. Mini Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*. v. 12, pp. 189-98, 1975.

GLENN, P. **Laughter in interaction**. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.

HAAKANA, M. **Laughing matters:** A conversation analytical study of laughter in doctor–patient interaction (Unpublished doctoral dissertation). Department of Finnish Language, University of Helsinki, 1999.

HOUTKOOP-STEENSTRA, Hanneke. Probing Behaviour. In Semi-standardised Survey Interviews, **Quality and Quantity**. v. 30, p. 205–30, 1996.

HYDÉN, L. Storytelling in dementia: embodiment as a resource. **Dementia: sage journals**, 12(3), p. 359–367, 2013.

KITWOOD, Tom. **Dementia reconsidered:** the person comes first. New York: rethinking ageing, 1997.

LEIBING, A. Doença de Alzheimer: (um)a história. **Informação Psiquiátrica**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. s4-s10, 1998.

MARLAIRE, C. L.; MAYNARD, D. Standardised Testing as an Interactional Phenomenon. In: **Sociology of Education**, v. 63, p. 83–101, 1990.

_____. Good Reasons for Bad Testing Performance: The Interactional Substrate of Educational Testing. **Qualitative Sociology**, v. 15, p. 177–202, 1992.

MONDADA, L. Challenges of multimodality: Language and the body in social interaction. **Journal of Sociolinguistics**, 20(3), p. 336-366, 2016

MORATO, E. M. Referenciação metadiscursiva no contexto das afasias e da Doença de Alzheimer. **Letras de Hoje**, v. 47, p. 45-54, 2012.

MORATO, E. M.; SIMAN, J. H. Metáforas da Doença de Alzheimer: entre o metadiscorso científico e a vida cotidiana. **Investigações** (Online), v. 28, p. 1-27, 2015.

NEVILE, M. The embodied turn in research on language and social interaction. **Research on Language and Social Interaction**, v. 48 (2) p. 121-151, 2015.

NOVAES-PINTO, R. C. O normal e o patológico nas Afasias: Um a reflexão à luz dos estudos discursivos e do conceito de “média-típica”. In: **Língua portuguesa: ultrapassar fronteiras, juntar culturas**. Universidade de Évora, p. 118-134, 2010.

SUCHMAN, L.; JORDAN, B. Interactional troubles in face-to-face survey interviews. **Journal of the American Statistical Association**. Vol. 85, nº 409, Review Paper, March 1990.

WITTENBURG, P et al. **ELAN:** a professional framework for multimodality research. In: Proceedings of the 5th International Conference on Language Resources and Evaluation (LREC 2006) p. 1556-1559, 2006.

Anexos

Notação de transcrição

MONDADA, L. *Challenges of multimodality: Language and the body in social interaction. Journal of Sociolinguistics*, 20(3), p. 336-366, 2016.

Quadro de notação de transcrição multimodal: Aspectos linguístico-

xxx	Segmento ininteligível	
&	continuação do turno de fala pelo mesmo locutor após uma quebra da linha de transcrição	
(.)	micro pausas, inferiores a 0, segundos, não medidas	
(0.4)	pausas	medidas com ajuda do software ELAN versão 4.9.4
=	fala colada	visualizadas com ajuda do software ELAN versão 4.9.4
:	alongamento silábico	medidos com ajuda do software ELAN versão 4.9.4
.h	marca a inspiração do locutor	
/	entonação ascendente	
\	entonação descendente	
//	entonação de pergunta (ascendente)	
maIÚSCULA	volume forte de voz	
° °	volume baixo, murmúrio de voz	
< >	Delimitação das descrições entre parênteses	
((descrição))	descrição de ações ou aspectos interacionais	

verbais

Quadro de notação de transcrição multimodal: Aspectos gestuais-corporificados

+-----+	indicação do início e do fim da ação/gesto em relação à fala	visualizadas com ajuda do software ELAN versão 4.9.4
----------------	--	--

*	os símbolos gráficos indicadores de ação/gesto posicionados no momento em que são realizados com relação à fala	visualizadas com ajuda do software ELAN versão 4.9.4
---->01	continuação da ação/gesto até a linha indicada do excerto	visualizadas com ajuda do software ELAN versão 4.9.4
----->>	continuação da ação/gesto até o fim do excerto	visualizadas com ajuda do software ELAN versão 4.9.4

MEMORY AND IDENTITY: FRAGMENTS OF PERSONAL NARRATIVE OF PATIENTS WITH ALZHEIMER IN CLINICAL CONSULTATIONS

ABSTRACT

The present article analyzes two interactions that occur in a clinical consultation situation in which a doctor, a patient diagnosed with Alzheimer's disease and a patient's companion are present. As a methodology, we started with the technique of videoanalysis of clinical consultations present in a corpus of varied interactions of people with Alzheimer's, the Corpus Alzheimer's Disease, Language and Interaction (DALI) (CRUZ, 2008); we selected and transcribed, with a software named ELAN (WITTENBURG et al., 2006), a free clinical consultation and a consultation with a neurocognitive evaluation test. With data analysis, we seek to investigate the role of the body from a multimodal perspective of social interaction (MONDADA, 2016, CRUZ, 2018). We obtained as a result of analysis, the evidence of reports that seem a priori confused, fragmented and/or meaningless are reports that express a narrative activity of engagement of people with Alzheimer's in the interaction and that when analyzed considering the embodied aspects constitute moments of production of narrative elements. In addition, we examined how the subject of shared memory (BOSI, 1994) and the “wanting to go home” (FERIANI, 2017) appeared in each interaction.

Keywords: Alzheimer; memory; narrative; embodied interaction.

Enviado em 08/11/2019