

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE LINGUÍSTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SEMIÓTICA E LINGUÍSTICA GERAL

ANDRÉA FARIAS HIGA

A linguagem de sujeitos com Doença de Alzheimer em interação semiespontânea

VERSÃO CORRIGIDA

SÃO PAULO

2023

ANDRÉA FARIAS HIGA

A linguagem de sujeitos com Doença de Alzheimer em interação semiespontânea

VERSÃO CORRIGIDA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Semiótica e Linguística Geral do Departamento de Linguística da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de mestra.

Orientador: Prof. Dr. Felipe Venâncio Barbosa

SÃO PAULO

2023

ENTREGA DO EXEMPLAR CORRIGIDO DA DISSERTAÇÃO/TESE**Termo de Anuência do orientador****Nome da aluna: Andréa Farias Higa****Data da defesa: 09/11/2022****Nome do Prof. Orientador: Felipe Venâncio Barbosa**

Nos termos da legislação vigente, declaro **ESTAR CIENTE** do conteúdo deste **EXEMPLAR CORRIGIDO** elaborado em atenção às sugestões dos membros da comissão Julgadora na sessão de defesa do trabalho, manifestando-me **plenamente favorável** ao seu encaminhamento ao Sistema Janus e publicação no **Portal Digital de Teses da USP**.

São Paulo, 11 / 01 /2023.



Assinatura do orientador

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fim de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na Publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo

HIGA, Andréa Farias
A linguagem de sujeitos com Doença de Alzheimer em interação semiespontânea.
/Andréa Farias Higa; orientador: Felipe Venâncio Barbosa- São Paulo, 2023. 235p.
Dissertação de (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da
Universidade de São Paulo. Departamento de Linguística. Área de concentração:
Semiótica e Linguística Geral.
1. Alzheimer. 2. Cognição. 3 Discurso. 4. Linguagem. 5. Referenciação I. Barbosa, Felipe
Venâncio, orient. II. Título.

O presente trabalho foi realizado com apoio da CNPq- Código de Financiamento 001

HIGA, Andréa Farias. **A linguagem de sujeitos com Doença de Alzheimer em interação semiespontânea.** Dissertação (Mestrado em Semiótica e Linguística Geral) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022.

Aprovada em: 9 de novembro de 2022.

Banca examinadora

Prof.^a Dr.^a Patrícia Cristina Andrade Pereira

Instituição: UFABC

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.^a Dr.^a Ana Paula Machado Goyano Mac-Kay

Instituição: Universidad Santo Tomás - Chile

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.^a Dr.^a Adriana Limongeli Gurgueira

Instituição: FCMSCSP

Julgamento: _____ Assinatura: _____

RETRATO

*Eu não tinha este rosto de hoje,
assim calmo, assim triste, assim magro,
nem estes olhos tão vazios, nem o lábio amargo.*

*Eu não tinha estas mãos sem força,
tão paradas e frias e mortas;
eu não tinha este coração que nem se mostra.*

*Eu não dei por esta mudança,
tão simples, tão certa, tão fácil:
Em que espelho ficou perdida a minha face?*

Cecília Meireles

Aos meus avós.

AGRADECIMENTOS

À minha família, por ser a inspiração da minha pesquisa, em especial aos meus avós, que foram os pilares da minha formação, à minha mãe, Maria Aparecida, por ter acreditado nos meus sonhos e aconselhado quando preciso, ao meu irmão Celso, pela amizade e cumplicidade, ao meu tio Seiei, que sempre apoiou minhas escolhas e ao meu marido Zaqueu, pela compreensão e pelo apoio.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Felipe Venâncio Barbosa, pelo incentivo e acompanhamento no mundo acadêmico. Por conduzir o trabalho com paciência e dedicação, sempre disponível a compartilhar todo o seu vasto conhecimento em horas de conversas, discussões teóricas, sempre disponível para me atender e orientar.

À Prof.^a Dr.^a Ana Paula Machado Goyano Mac-Kay, pelas valiosas contribuições acadêmicas, indicações de leituras e sugestões.

À Prof.^a Dr.^a Patrícia Cristina Andrade Pereira, pelas contribuições na minha pesquisa e sugestões.

À Prof.^a Dr.^a Adriana Limongeli Gurgueira, pelas contribuições e sugestões.

À Prof.^a Dr.^a Karine Castelano, pela dedicação na revisão deste trabalho.

A todos os sujeitos participantes desta pesquisa.

Aos meus amigos Alexssander Souza, Maysa Riyuzo, Olívia Nakaema, Daniel Leite, Delmir, Maria Ildete Barbosa, Maria Ascensão F. Apolonia, Luiz Eugênio Leme e Mariana G. Leme, que contribuíram com discussões teóricas e amizade.

À CNPq, instituição de fomento à pesquisa, pelo financiamento do trabalho ao longo dos dois anos.

RESUMO

HIGA, Andréa Farias. **A linguagem de sujeitos com Doença de Alzheimer em interação.** Dissertação (Mestrado em Semiótica e Linguística Geral) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022.

Esta dissertação visa apresentar uma análise dos discursos de sujeitos com Doença de Alzheimer (DA). A doença está associada ao envelhecimento, pois observa-se um aumento da sua frequência a partir dos 65 anos. O comprometimento da linguagem pode ser classificado em três estágios da neurodegenerescência: leve, quando há alterações no campo semântico-lexical-pragmático; moderada, quando ocorrem alterações fonológicas, sintáticas e morfológicas; e a severa, em que há prejuízo nas habilidades linguísticas, por vezes ocasionando o mutismo. O objetivo geral é investigar discursos de idosos portadores da DA e idosos saudáveis, segundo a perspectiva sociocognitiva e interacionista, articulados com a abordagem enunciativo-discursiva da linguagem, com o intuito de averiguar a referenciação da linguagem dos idosos em relação aos processos de construção de significados. As entrevistas coletadas foram feitas com 15 idosos, a partir de diagnósticos dos estágios inicial e moderado da doença, com participantes que moram em instituições de longa permanência e com os que vivem com seus familiares. O intuito foi observar como a linguagem e cognição dos idosos, por meio de distintos estímulos cognitivos, podiam dar respostas diferentes em cada relato, sendo o mesmo quadro clínico no que concerne ao fator patológico e considerando o aspecto social. Intencionou-se verificar como isso poderia influenciar suas respostas, construindo diálogos sobre passado, presente e futuro, sob a perspectiva do processo de construção de significado do idoso em seu envelhecimento. Para tanto, dividiu-se em três aspectos de análise: funcional, estrutural e cognitivo. Os resultados apontam que os discursos dos sujeitos com DA são marcados predominantemente pela alteração da linguagem, da autopercepção, do transtorno de despersonalização em estágios mais avançados, eventos ecológicos, disfluência na fala, além de um número significativo maior de quebras comunicativas em relação ao sujeito saudável e com maior tempo de pausas nas falas. Por fim, os discursos dos sujeitos da pesquisa demonstraram o percurso dos processos de referenciação na construção social, em que foram considerados os aspectos discursivos, pragmáticos, cognitivos e interativos.

Palavras-chaves: Doença de Alzheimer; cognição; discurso; linguagem; referenciação.

ABSTRACT

HIGA, Andréa Farias. **The language of individuals with Alzheimer's Disease in interaction.** Dissertation (Master in Semiotics and General Linguistics) – Faculty of Philosophy, Letters and Human Sciences, University of São Paulo, São Paulo, 2022.

This dissertation aims to present an analysis of the discourses of individuals who have Alzheimer's disease. Alzheimer's disease (AD) is comprised of cognitive and behavioral changes that alter daily social practices, being associated with aging, with an increase in its frequency from the age of 65. Language impairment can be classified into three stages of neurodegeneration: mild, when there are changes in the semantic-lexical-pragmatic field; moderate, when phonological, syntactic, and morphological alterations occur; and the severe, in which language skills are impaired, sometimes causing mutism. The general objective is to investigate the discourses of older adults with Alzheimer's disease and healthy older persons, according to a sociocognitive and interactionist perspective, articulated with the enunciative-discursive approach to language, with the aim of investigating the referencing of the older persons language in relation to the processes of construction of meanings. The interviews collected were from 15 older adults of with diagnoses of the initial and moderate stages of the disease, with participants who live in long term care homes Residential Care for the Older Adults and with those who live with their families. The aim was to observe how the language and cognition of the older persons, through different cognitive stimuli, could give different answers in each report, with the same clinical picture regarding the pathological factor and considering the social aspect. We intend to verify how this could influence their answers, building dialogues about the past, present, and future, from the perspective of the process of construction of meaning of the older adults in their aging process. It was divided into three aspects of analysis, namely: I) functional; II) structural; III) cognitive. The results show that the speeches of individuals with the Alzheimer's Disease are predominantly marked by language alteration, self-perception, depersonalization disorder in more advanced stages, echolalic events, speech dysfluency, a significantly greater number of communicative breaks in relation to the healthy individual and with longer pauses in speech. Finally, the research individuals' speeches demonstrated the course of the referencing processes in the social construction, in which were considered the discursive, pragmatic, cognitive and interactive aspects.

Keywords: Alzheimer's Disease; cognition; speech; language; referencing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Reflexões	135
Figura 2 – Dona Francisquinha, portadora da DA	136
Figura 3 – Dona Francisquinha observando-se no espelho.....	137
Figura 4 – Dona Francisquinha observando o álbum de fotografia	138

LISTA DE GRÁFICOS- *Corpus V. I. D. A.* (Vídeo Interação na Doença de Alzheimer)

Gráfico 1 – Distribuição de participantes com DA	53
Gráfico 2 – Distribuição dos participantes quanto ao tipo de residência	53
Gráfico 3 – Distribuição dos participantes quanto à DA e tipo de residência	54
Gráfico 4 – Sujeito 1 - Uso	74
Gráfico 5 – Sujeito 1 - Estrutura	75
Gráfico 6 – Sujeito 2 - Uso	75
Gráfico 7 – Sujeito 2 – Estrutura.....	76
Gráfico 8 – Sujeito 3 – Uso.....	76
Gráfico 9 – Sujeito 3 – Estrutura.....	77
Gráfico 10 – Sujeito 4 – Uso.....	77
Gráfico 11 – Sujeito 4 – Estrutura.....	78
Gráfico 12 – Sujeito 5 – Uso.....	78
Gráfico 13 – Sujeito 5 – Estrutura.....	79
Gráfico 14 – Sujeito 6 - Uso	79
Gráfico 15 – Sujeito 6 - Estrutura	80
Gráfico 16 – Sujeito 7 - Uso	80
Gráfico 17 – Sujeito 7 - Estrutura	81
Gráfico 18 – Sujeito 8 - Uso	81
Gráfico 19 – Sujeito 8 - Estrutura	82
Gráfico 20 – Sujeito 9 - Uso	82
Gráfico 21 – Sujeito 9 - Estrutura	83
Gráfico 22 – Sujeito 10 - Uso	83
Gráfico 23 – Sujeito 10 - Estrutura	83
Gráfico 24 – Sujeito 11 - Uso	84
Gráfico 25 – Sujeito 11 - Estrutura	84
Gráfico 26 – Sujeito 12 - Uso	85
Gráfico 27 – Sujeito 12 - Estrutura	85
Gráfico 28 – Sujeito 13 - Uso	86
Gráfico 29 – Sujeito 13 - Estrutura	86
Gráfico 30 – Sujeito 14 - Uso	87
Gráfico 31 – Sujeito 14 - Estrutura	87
Gráfico 32 – Sujeito 15 - Uso	88

Gráfico 33 – Sujeito 15 - Estrutura	88
Gráfico 34 – Sujeito 11 - Saudável	89
Gráfico 35 – Sujeito 14 - Alzheimer	89
Gráfico 36 – Sujeito 11 – Saudável - Estrutura.....	90
Gráfico 37 – Sujeito 11 – Alzheimer - Estrutura	90
Gráfico 38 – Sujeito 5- Saudável	91
Gráfico 39 – Sujeito 2- Alzheimer	91
Gráfico 40 – Sujeito 5- Saudável - Estrutura	92
Gráfico 41 – Sujeito 2- Alzheimer- Estrutura	92
Gráfico 42 – Média de ocorrências encontradas na pesquisa com os idosos (uso).....	93
Gráfico 43 – Média de ocorrências encontradas na pesquisa com os idosos (estrutura)	93
Gráfico 44 – Avaliação – MoCA - Sujeito 1	95
Gráfico 45 – Avaliação – MoCA - Sujeito 2.....	96
Gráfico 46 – Avaliação – MoCA - Sujeito 3.....	97
Gráfico 47 – Avaliação – MoCA - Sujeito 4.....	98
Gráfico 48 – Avaliação – MoCA - Sujeito 5.....	99
Gráfico 49 – Avaliação – MoCA - Sujeito 6.....	100
Gráfico 50 – Avaliação – MoCA - Sujeito 7.....	100
Gráfico 51 – Avaliação – MoCA - Sujeito 8.....	101
Gráfico 52 – Avaliação – MoCA - Sujeito 9.....	101
Gráfico 53 – Avaliação – MoCA - Sujeito 10.....	102
Gráfico 54 – Avaliação – MoCA - Total.....	102

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Informações sobre os sujeitos da pesquisa.....	52
Quadro 2 – Protocolo da avaliação da fala.....	58

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 A DOENÇA DE ALZHEIMER	19
2.1 O QUE É A DOENÇA DE ALZHEIMER?	19
2.1.1 MEMÓRIA.....	21
2.1.2 OUTROS ASPECTOS COGNITIVOS DA LINGUAGEM E DO DISCURSO NA DOENÇA DE ALZHEIMER.....	22
2.2 O PERCURSO HISTÓRICO DA DOENÇA DE ALZHEIMER	25
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	32
3.1 CONSTRUÇÃO DO DISCURSO	32
3.2 AVALIAÇÃO DE RASTREIO COGNITIVO – MOCA	34
3.3 CONCEITUALIZAÇÃO TEÓRICA DA LINGUAGEM NA DOENÇA DE ALZHEIMER	35
3.4 A REFERENCIAÇÃO E O DISCURSO DO SUJEITO COM ALZHEIMER E IDOSOS SAUDÁVEIS	41
3.5 LINGUAGEM E REFERENCIAÇÃO NA PERSPECTIVA SOCIOCOGNITIVA	48
4 MÉTODOS	51
4.1 PARTICIPANTES	51
4.2 PROCEDIMENTOS	54
4.2.1 DETALHAMENTO DO PROCESSO DE COLETA DE DADOS.....	54
4.2.2 PERFIL DOS ENTREVISTADOS.....	55
4.2.3 ROTEIRO DA ENTREVISTA.....	56
4.2.4 PROTOCOLOS DE PESQUISA COM FOCO NA DOENÇA DE ALZHEIMER.....	57
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	61
5.1 ASPECTO FUNCIONAL – INTERAÇÃO E COMUNICAÇÃO	61
5.1.1 SUJEITO 1 - ALZHEIMER - INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA (ILP).....	62
5.1.2 SUJEITO 2 - ALZHEIMER - INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA (ILP).....	63
5.1.3 SUJEITO 3 - ALZHEIMER - INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA (ILP).....	63
5.1.4 SUJEITO 4 - SAUDÁVEL - INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA (ILP).....	64
5.1.5 SUJEITO 5 - SAUDÁVEL - INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA (ILP).....	65
5.1.6 SUJEITO 6 - ALZHEIMER - RESIDE COM A FAMÍLIA.....	65
5.1.7 SUJEITO 7 - ALZHEIMER - RESIDE COM A FAMÍLIA.....	66
5.1.8 SUJEITO 8 - SAUDÁVEL - RESIDE COM A FAMÍLIA.....	67
5.1.9 SUJEITO 9 - SAUDÁVEL - RESIDE COM A FAMÍLIA.....	67

5.1.10 SUJEITO 10 - SAUDÁVEL - RESIDE COM A FAMÍLIA.....	68
5.1.11 SUJEITO 11 - SAUDÁVEL - RESIDE COM A FAMÍLIA.....	68
5.1.12 SUJEITO 12 – SAUDÁVEL - INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA	70
5.1.13 SUJEITO 13 - ALZHEIMER - INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA (ILP)	70
5.1.14 SUJEITO 14 - ALZHEIMER - RESIDE COM A FAMÍLIA	71
5.1.15 SUJEITO 15 - SAUDÁVEL - RESIDE COM A FAMÍLIA.....	72
5.1.16 SÍNTESE DOS DADOS DO ASPECTO FUNCIONAL- INTERAÇÃO E COMUNICAÇÃO.....	72
5.2 O ASPECTO ESTRUTURAL RELACIONADO À ORGANIZAÇÃO LINGUÍSTICA NOS NÍVEIS FONOLÓGICOS, SINTÁTICOS E LEXICAIS.....	73
5.2.1 SÍNTESE DOS DADOS DO ASPECTO ESTRUTURAL RELACIONADO À ORGANIZAÇÃO LINGUÍSTICA NOS NÍVEIS FONOLÓGICOS, SINTÁTICOS E LEXICAIS	94
5.3 O ASPECTO COGNITIVO, RELACIONADO À COMPREENSÃO E PRODUÇÃO DE LINGUAGEM, A PARTIR DO TESTE DE RASTREIO COGNITIVO.....	94
5.3.1 O TESTE CLÍNICO MOCA PARA A AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE ALZHEIMER.....	94
5.3.2 DISCURSO E CONTEXTO NAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA	103
5.3.3 O ENVELHECIMENTO COM A FAMÍLIA	105
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	139
REFERÊNCIAS.....	141
ANEXO A – FICHA DE PERFIL DOS ENTREVISTADOS.....	150
ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	151
ANEXO C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA NA CASA DE REPOUSO ÁGAPE COM IDOSOS.....	154
ANEXO D – ROTEIRO DA ENTREVISTA.....	160
ANEXO E – MOCA.....	161
ANEXO F – TRANSCRIÇÕES DAS ENTREVISTAS.....	162

1 INTRODUÇÃO

A Doença de Alzheimer (DA) tem como seus primeiros sintomas, geralmente em idosos com 65 anos, a perda de células nervosas, com o acúmulo da proteína beta-amiloide, degeneração neural em grandes redes funcionais cerebrais que podem preceder na manifestação de sintomas clínicos tradicionais, como: a atrofia do hipocampo e a perda da capacidade da memória recente, com uma evolução progressiva e lenta, conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5). Na perspectiva dos princípios da neurociência de Kandel (2014), é necessário o desenvolvimento metodológico para estimulação das redes neurais com maior vulnerabilidade nos estágios iniciais da doença, denominados como uma síndrome de falha de rede. O fortalecimento da integridade da rede neural é a principal estratégia de intervenção e pode ser realizado por meio de abordagens não invasivas. Assim, o treinamento de funções cognitivas não devem ser o único método, pois não acessam o grande número de redes para uma medida efetiva, sendo preciso um acompanhamento clínico para seu desenvolvimento. No entanto, estímulos não invasivos podem contribuir para a rede neural como foco principal de intervenções funcionais para combater o declínio cognitivo nos idosos.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2018) apresentou dados do crescimento da doença na população brasileira daqueles que procuraram ajuda em hospitais e clínicas especializadas. No entanto, parte da população idosa brasileira não realiza frequentemente os exames de rotina; muitos se recusam a ter tratamento. Acredita-se que os dados do Ministério da Saúde apresentem apenas uma parcela dos idosos com a doença, segundo os pesquisadores. Diante das mudanças da qualidade de vida e com o aumento da longevidade, muitos idosos passaram a morar sozinhos, realizando suas atividades. No entanto, uma parcela significativa de idosos mais debilitados residem em casas de repouso, pois os familiares ficam inviabilizados de acompanhar os cuidados devidos.

Os estágios da DA podem ser divididos em três etapas, conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2018), sendo classificadas como: estágio leve, quando o sujeito apresenta áreas cognitivas preservadas, mantendo certa autonomia, e no campo da linguagem há uma leve alteração semântico-lexical-pragmático; estágio moderado, quando há um agravamento visuoespacial, em que a noção de espaço e tempo fica comprometida, além das alterações na linguagem que se agravam no aspecto fonológico, sintático e morfológico; e na fase severa, quando o idoso perde sua habilidade motora e

passa a ficar acamado, além de ter um grande prejuízo linguístico-cognitivo, ocasionando o mutismo. O diagnóstico clínico da DA é pautado em critérios estabelecidos, sendo avaliada a exclusão de outras possíveis causas para a demência por meio de um conjunto de exames clínicos, com a presença de um familiar ou cuidador que contribua para a coleta das informações e averiguações laboratoriais, entre elas a neuroimagem cerebral e os exames neuropsicométricos mais abrangentes, como CAMDEX, CERAD e avaliação cognitiva, desde rastreio de demência (Mini-Exame do Estado Mental, teste do Desenho do Relógio) até testes neuropsicológicos específicos, como MoCA. Para esta pesquisa, o teste MoCA foi escolhido, pois, além de avaliar a cognição, linguagem, memória, percepção visual, é utilizado mundialmente nas avaliações clínicas, inclusive em diagnósticos precoces da doença.

Muitos idosos, diante da perda significativa da linguagem e um déficit progressivo da cognição e memória, percebem a necessidade da presença de um familiar ou cuidador, ou espaço que possam ter auxílio, principalmente em executar suas tarefas diárias e necessidades básicas, pois perdem sua independência e autonomia. Em consonância com os estudos realizados por Mansur e Radanovic (2003) em relação à linguagem, nesta pesquisa, foi estudada a interação com o álbum de família a partir de uma entrevista semiespontânea e análise das possíveis variáveis linguísticas. Para compor o estudo, foram entrevistados tanto idosos saudáveis quanto portadores da doença. Para tanto, buscou-se valorizar e respeitar suas decisões e limitações, uma vez que, no decorrer da entrevista, o sujeito tinha a opção de não participar, mesmo que o familiar tivesse autorizado.

O respeito e a valorização dos atos de fala de um sujeito com DA permitem que o participante expresse seus sentimentos, principalmente quando fala de sua história de vida, e conduz a entrevista para essas memórias não registradas nas imagens fotográficas, mas no contexto de sua memória episódica, autobiográfica e remanescente (TULVING, 1983) que, mesmo comprometida, possui elementos importantes para o estudo da linguagem.

A linguagem é um elemento fundamental para esta dissertação. Por meio do discurso, a linguagem dos idosos observa as imagens em que se constitui a cognição através de associações e como estão presente no cotidiano de cada pessoa. Ancorado aos estudos enunciativo-discursivo de Bakhtin (1981), que compreende a língua como sendo uma ferramenta nas práticas dialógicas, Vygotsky (1988) a entende como uma função do sujeito social. O significado pode ser compreendido no meio sócio-histórico-cultural

enquanto o seu significante é um elemento individualizado. Segundo os postulados vygotskyanos, a linguagem está diretamente ligada à percepção. Assim, entende-se que a DA pode comprometer as alterações da linguagem e o campo viso-perceptivo.

Diante desse cenário, o objetivo desta pesquisa foi investigar os discursos de pessoas saudáveis e de portadores da DA, com o intuito de averiguar a referenciação da linguagem dos idosos em relação aos processos de construção de significados, segundo as perspectivas sociocognitiva e interacionista.

São objetivos específicos desta pesquisa:

- a) Observar o discurso produzido pelos idosos saudáveis e portadores da DA e averiguar a referenciação discursiva como construção de significado;
- b) Investigar as desordens da linguagem em um discurso do sujeito com diagnóstico da DA sob o prisma das teorias;
- c) Analisar os discursos de idosos saudáveis e com neurodegenerescência para comparar o desempenho da linguagem oral.

Para fundamentar o trabalho aqui proposto, o primeiro capítulo teórico aborda a DA com o intuito de apresentar informações gerais sobre a patologia. A narratividade do primeiro caso do diagnóstico da paciente August D. pelo médico Alzheimer sob uma perspectiva filosófica de Ricoeur. No segundo capítulo tem-se a fundamentação teórica, bem como um estudo sobre os pressupostos teóricos de van Dijk, Vygotsky, Mondada e Dubois em relação aos discursos com sujeitos portadores da DA, na perspectiva sociocognitiva e interacionista, com base nos processos de construção do significado. O terceiro capítulo apresenta a metodologia, com informações detalhadas sobre o procedimento da pesquisa com os participantes. No quinto capítulo apresentação dos resultados e discussão e no sexto capítulo apresenta as considerações finais.

2 A DOENÇA DE ALZHEIMER

2.1 O QUE É A DOENÇA DE ALZHEIMER?

O aumento do envelhecimento da população mundial gera algumas preocupações quanto à qualidade de vida, principalmente em relação à saúde mental, tais como: até que idade um idoso poderá ter autonomia? Que condições para o bem-estar global do idoso devem ser elaboradas para otimizar a vida? Conforme Serenikil e Frazao Vital (2008), entre as possíveis causas da DA estão os efeitos genéticos, a toxicidade, os agentes etiológicos ou infecciosos, o alumínio, as substâncias reativas de oxigênio (ROS), os aminoácidos neurotóxicos, a ocorrência de danos em microtúbulos e proteínas associadas (hiperfosforilação do citoesqueleto da proteína tau). A alteração frequente da memória que ocasiona prejuízo na realização de tarefas do cotidiano é considerada o principal sintoma da doença neurodegenerativa.

Em 21 de setembro de 2018, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2018) realizou uma Campanha Nacional de conscientização e notificou que 54% dos idosos brasileiros com demências têm Alzheimer. De acordo com o Código Internacional de Doenças (1992), Alzheimer é uma doença cerebral degenerativa cujos comprometimentos ocorrem quando o cérebro não consegue corresponder ao funcionamento. Pode causar problemas na memória, pensamento, orientação, compreensão, capacidade de aprendizagem, linguagem e julgamento. É compreendida por alterações cognitivas e comportamentais que modificam as práticas cotidianas, sendo associada ao envelhecimento, observando-se um aumento da sua frequência a partir dos 65 anos.

A DA ainda não tem cura, mas existem tratamentos que auxiliam o idoso a ter melhor qualidade de vida, com uso de medicamentos e acompanhamento clínico. Entretanto, com o avanço da doença, a interação social fica cada vez mais limitada.

Visto que o declínio das funções cognitivas é observado pelo bloqueio progressivo em reter memórias de curto prazo (recentes), adquirir novos saberes, realizar cálculos e exercer a capacidade de julgamento tornam-se dificuldades, causando impedimento de tomar decisões e executar outras competências. As perdas das funções cognitivas podem acarretar, ainda, distúrbios comportamentais, como apatia, isolamento e até mesmo agressividade.

A doença cerebral degenerativa ocorre geralmente entre pessoas de idade avançada e seus efeitos são diferentes para cada indivíduo. Uns tendem a ser agressivos

com os familiares e conhecidos, outros tendem a ser infantis. Um aspecto em comum é que parte do cérebro é afetada, inclusive a que controla o fluxo de memória. Muitos pacientes não se lembram do nome dos filhos, enquanto outros não se lembram do ano em que vivem. Ainda há aqueles que esquecem que são casados ou viúvos. A sensação de muitos é que eles estão vivendo em um tempo o qual não conseguem mensurar a trajetória que fizeram para chegar no lugar onde estão (em linguagem metafórica e mesmo literal, uma vez que alguns não reconhecem a própria casa).

A DA se diferencia da simples perda da memória, porque o esquecimento não altera o comportamento da pessoa. O não lembrar faz parte de uma série de outros fatores que também foram alterados com a chegada da doença. Os pacientes com Alzheimer chegam a questionar com frequência o que estão fazendo no lugar onde se encontram. Esse questionamento passa a ser outro fator que pode causar angústia em pessoas nessa condição (principalmente naquelas que antes da doença tinham um perfil de racionalidade muito pungente). Não encontrar a resposta certa ou encontrar a resposta e logo na sequência esquecê-la passa a ser cotidiano, repetitivo e desgastante para os pacientes, a família, os conhecidos e os profissionais da saúde.

Sem uma definição precisa sobre o que causa a doença, a sociedade científica prefere optar por grupos de risco. Os principais são idade, histórico familiar e genético. Segundo Poltroniere (2011, p. 273):

A tríade idade, história familiar e genética constituem os fatores de risco mais importantes. O fato de ter um membro na família em 1º grau torna os demais propensos à incidência de Alzheimer. Em consonância, as mutações genéticas de três cromossomos (1, 14 e 21) podem ser as responsáveis pelo início precoce da doença.

De acordo com Lemaire e Bherer (2012, p. 234), o envelhecimento cognitivo se caracteriza por uma diminuição com a idade das capacidades de “(...) ativar, representar e manter informações para realizar uma tarefa com sucesso, concentração, executar rapidamente informações e desenvolver estratégias que exijam muitos recursos mentais”.

Nota-se que o envelhecimento está associado a perda cognitiva, física e motora, entretanto na Doença de Alzheimer o prejuízo cognitivo é gradual, evoluindo dos estágios mais iniciais até os severos, impossibilitando as práticas sociais como a fala.

2.1.1 Memória

A memória é um mecanismo de armazenamento de informações diretamente relacionada ao aprendizado, com classificações em relação a suas operações e distribuição de tarefas. Uma delas é a memória de curto prazo, relacionada a uma nova informação que acaba de ser apresentada, sendo um registro de dado, com função operacional. Já a memória de longo prazo é um dado consolidado que foi utilizado com maior frequência e, portanto, está associado a outras informações. Por fim, a memória de reminiscência depende de um esforço de resgatar uma lembrança.

A neuropsicologia cognitiva de Mansur e Radanovic (2003) classifica a memória em três tipos: i) Memória operacional - apresenta características de arquivamento temporário de informação em quantidade limitada para execução de uma tarefa. As subcategorias afetadas são alça fonológica e alça visuoespacial, o substrato anatômico é o córtex pré-frontal e parietal; ii) Memória declarativa (explícita) - o indivíduo tem consciência de sua aquisição e recuperação. Suas subcategorias são: eventos e fatos (pessoal) e semântica, já o substrato anatômico é o sistema límbico (complexo hipocampo-entorrinal); e iii) Memória não-declarativa (implícita, processual) - apresenta como característica o processo de aquisição não consciente, cujas subcategorias são o aprendizado não-associativo (vias reflexas), o condicionamento clássico e operante, as habilidades e hábitos, e a pré-ativação. O substrato anatômico é pouco conhecido, “(...) possivelmente neocórtex, núcleos da base e cerebelo (paracondicionamento com respostas emocionais: amígdala)” (MANSUR; RADANOVIC, 2003, p. 140).

Como mencionado, a DA “(...) geralmente se inicia por alterações de memória (episódica e semântica)” e o paciente passa a ter dificuldade para realizar tarefas de autocuidado sem depender de outra pessoa. Além disso, “As alterações de linguagem são precoces, paralelas ao acometimento da memória” (MANSUR; RADANOVIC, 2003, p. 26). A memória operacional está diretamente relacionada à linguagem. Pode refletir em alterações da compreensão, aquisição de vocabulário e na produção da fala. A DA desempenha “(...) papel da maior relevância no aprendizado ou re-aprendizado, em situação de realibitação” (MANSUR; RADANOVIC, 2003, p. 38). Entretanto, é importante considerar o grau de instrução de cada paciente de forma individual.

Uma inter-relação importante que ocorre entre duas funções cerebrais é aquela existente entre linguagem e emoção. Os aspectos emocionais são expressos na linguagem especialmente por intermédio da prosódia. Expressões

exclamativas, expletivas, gírias e provérbios também são formas de tradução do componente emocional de um discurso. Alterações deste aspecto da linguagem podem ser encontrados em pacientes com lesões hemisféricas focais (especialmente à direita), e em doentes com demência, nos quais costuma ocorrer uma perda do caráter afetivo do discurso. (MANSUR; RADANOVIC, 2003, p. 38).

Outro ponto importante é que os mecanismos de atenção são prejudicados na DA, pois o sujeito apresenta dificuldade de concentração nas pequenas tarefas e não consegue manter a atenção para o hemicampo esquerdo (MANSUR; RADANOVIC, 2003), tornando-se incapacitado de realizar uma leitura, uma vez que, na parte esquerda do texto, as palavras ficam confusas.

2.1.2 Outros aspectos cognitivos da linguagem e do discurso na Doença de Alzheimer

De acordo com as pesquisas realizadas por Mansur e Radanovic (2003), foi construído um quadro de comparação dos dados de linguagem na Demência Semântica, Afasia Progressiva Primária e DA. Em relação a essa última, constatou-se que comumente ocorre com idade aproximada aos 65 anos, com progressão variável da doença, apresentando uma linguagem espontânea fluente. As parafasias são percebidas no início da doença de ordem semântica, porém apresenta evolução, comprometendo, posteriormente, a parte fonológica. A compreensão de palavras isoladas na fase inicial permanece conservada, assim como a compreensão da sintaxe. A repetição geralmente é um aspecto preservado. No entanto, a memória episódica (TULVING, 1983) fica gravemente comprometida desde o início da doença. A função executiva provavelmente manifesta seu comprometimento. Habilidades visoespaciais e perceptuais ficam frequentemente comprometidas desde o início da doença. O comportamento é normal ao início e alterado tardiamente. Achados neurológicos permanecem normal até os últimos estágios. Neuroimagem consta atrofia do hipocampo.

De acordo com os dados de Mansur e Radonovic (2003), nota-se que a DA fica comprometida nas características a seguir: memória episódica, função executiva, habilidades visoespaciais e perceptuais, e neuroimagem. Apesar disso, quando atinge os estágios finais, o paciente apresenta um grande declínio comportamental, apresentando uma Síndrome Frontal na Evolução. Já quando destina-se para o estado terminal, fica acamado, necessitando de cuidados médicos, porém, por nem sempre ocorrer uma empatia com o cuidador, pode haver falhas de comunicação devido aos sintomas da

própria doença. Em alguns casos, o paciente passa a ter um comportamento hostil, além de chegar ao mutismo, ou seja, a perda da fala. Nesse caso, ocorre uma alteração nos achados neurológicos. Outrossim, observa-se a parafrasia,¹ que inicialmente é de ordem semântica, mas, com o avanço da doença, passa a ser fonológica.

No que diz respeito à reabilitação, consoante com Mansur e Radonovic (2003, p. 312), é necessário considerar o estágio em que se encontra o paciente.

A manifestação da doença de Alzheimer é mais frequente na faixa senil. Quando se pensa em reabilitação de indivíduos idosos, em geral se privilegia sua adaptação social e afetiva, sendo menos frequentemente notadas preocupações com déficits cognitivos específicos. Idosos normais trazem características de aprendizagem, como alterações da atenção e processamento de curta duração e perdas na capacidade de manipulação ativa do material a ser resgatado de memória (conforme foi apresentado no capítulo III) que podem determinar direções na “terapia”.

A melhora do paciente no quadro degenerativo é possível nas fases precoces (Prodrômicas) da manifestação da doença. Segundo estudos longitudinais (BELGHALI *et al.*, 2017), verificou-se que a desaceleração da marcha aparece 12 anos antes do diagnóstico da doença e precede um declínio da função cognitiva. Uma possível solução vem de descobertas neuropsicológicas recentes, como as de Balota *et al.* (2010), que demonstraram que pacientes com DA prodrômica são particularmente deficientes em tarefas que requerem inibição. Além disso, a flexibilidade cognitiva e a inibição dependem da função da dopamina nos gânglios da base (BERRY *et al.*, 2016) e no córtex entorrinal (VELAYUDHAN *et al.*, 2013), respectivamente. A manutenção de habilidades e adaptações requer cautela para serem avaliadas constantemente a fim de que não haja perda de identidade e possibilite uma otimização, como no caso de uma adaptação da linguagem em relação ao “déficit do tipo anômico” (MANSUR; RADONOVIC, 2003) (falta de regras e perda de identidade provocada pelas intensas mudanças sociais) podem gerar uma melhora significativa caso ocorra uma adaptação da linguagem, considerando que anomia (segundo o Manual Merck Sharp & Dohme, 1899) constitui incapacidade de nomear objetos, ocorrendo uma fala vazia de sentido circunlocutória, parafásica, apesar de ter uma fala fluente, uma boa audição, escrita, repetição e compreensão da linguagem.

¹ Distúrbio de linguagem cuja característica principal é a substituição de palavras por outras que não existem na língua ou desvirtuam do sentido do que deveria ser dito.

As condições de recuperação interferem na performance dos pacientes com demência de Alzheimer. Os estudos vêm demonstrando de forma consistente a dissociação entre a capacidade de recuperação de forma implícita e explícita (Koivisto, et al., 1997), com vantagens na primeira situação. A comparação de escores obtidos em tarefas de reconhecimento e recuperação ativa da informação mostra o quanto os pacientes têm dificuldades nas últimas. Esta constatação é verdadeira tanto para dados de memória episódica quanto semântica: lembrança ativa *versus* reconhecimento de episódios (Spinnler e Della Sala, 1988) e capacidade de nomear *versus* capacidade de reconhecer itens lexicais (a partir de pistas) (Degenszajn, 2001). (MANSUR; RADONOVIC, 2003, p. 314).

A falta de coerência discursiva ocasionada pela DA pode levar ao distanciamento das relações entre os elementos de significado em um discurso. Ademais, a natureza semântica contribui para a inteligibilidade discursiva, na qual é compartilhado o conhecimento de mundo, além de regras da comunicação, o que compromete essa interação entre as pessoas com o mundo.

Segundo Van Dijk e Kintsch (1983), a coerência é classificada entre as proposições (coerência local) e as relações que estabelecem com o tópico do discurso (coerência global). No caso da DA, a coerência global é afetada antes do que a local. As diferenças entre as coerências global e local contribuem para analisar os discursos dos sujeitos com Alzheimer utilizados neste estudo podem ser úteis para fornecer informações sobre como minimizar déficits cognitivos durante as conversas autobiográficas com o auxílio de fotografias para auxiliar o discurso, já que os estímulos informativos podem ter o potencial de impedir que o declínio cognitivo afete a coerência do discurso na DA. Os discursos são representados em um tipo de memória episódica para a situação comunicativa, ou seja, o modelo de contexto (VAN DIJK, 2008) o qual recebe informações adicionais em relação ao que pode ser respondido para auxiliar na resposta. Desse modo, facilita o acesso a “modelos mentais específicos dos episódios” que devem ser relatados pelo paciente.

A memória de longo prazo auxilia nos estudos neurolinguísticos. Como envolve um dado utilizado ao longo da vida e tem relações com outros elementos semânticos, ela contribui para a memória relacionada à produção discursiva, referindo-se ao modelo de contexto. De acordo com os modelos de processamento do discurso (VAN DIJK; KINTSCH, 1983; VAN DIJK, 1988/1996; 2008), a coerência global (macroestruturas, tópicos) é representada no modelo mental do discurso construído na Memória Episódica, o que sugere que a coerência global depende muito da memória de longo prazo. Entretanto, a memória on-line não é totalmente perdida. Nela os falantes precisam ser capazes de “permanecer no assunto” e não podem ser constatados por testes de avaliação

em que a pontuação se destina à memória de longo prazo e episódica. De acordo com Brandão *et al.* (2013, p. 6),

(...) (ao) haver algum tipo de memória de trabalho de longo prazo que desempenhe um papel importante na coerência global. Na verdade, essa ideia corrobora com a antiga ideia de Kintsch e Van Dijk (1978) de um “Sistema de Controle” que está supervisionando o processamento (sentencial e sequencial - compreensão local) na memória de curto prazo.

A perda da memória é o principal sintoma na DA. Ela está frequentemente associada à memória de curto prazo ou recente e aos elementos episódicos e pessoais. O primeiro caso da doença, da paciente August D., apresentado na próxima subseção, mostra o comprometimento da linguagem, a construção das frases, mas com ausência de sentido, porque o paciente não consegue manter uma sequência da fala. Desse modo, sua cognição e linguagem ficam comprometidos.

2.2 O PERCURSO HISTÓRICO DA DOENÇA DE ALZHEIMER

Em 1901, no Sanatório de Psiquiatria de Frankfurt am Main, na Alemanha, o Dr. Alois Alzheimer realiza a primeira entrevista com uma senhora que apresentava perda de memória, diagnosticada por ele como “doença dos neurônios do córtex cerebral”. Com isso, o psiquiatra Emil Kraepelin a denominou de Doença de Alzheimer.

A senhora August D., diagnosticada aos 51 anos de idade, antes de ser levada à clínica, estava desorientada em relação ao tempo e espaço. Após ter uma crise conjugal, decide dar uma volta, deixando seu marido e sua filha. Levando apenas seus documentos, vivencia uma situação inusitada e desesperadora: não conseguia mais lembrar o caminho de volta para casa. A cada tentativa se distanciava mais de sua residência. Além disso, acreditava que alguém pretendia matá-la. A memória era a função gravemente comprometida da paciente, que conseguia identificar corretamente os objetos, porém esquecia imediatamente do que havia acabado de falar.

A entrevista realizada com a senhora August D. visou a análise da transcrição de um discurso da paciente com DA em relação ao tempo. Por isso, neste momento, cabe destacar alguns conceitos de tempo em diálogo com os estudos de Paul Ricoeur em relação à memória e ao esquecimento como exclusão social.

O conjunto de elementos que nos cercam o tempo todo é constituído por informações referentes às nossas experiências boas e ruins, que contribuem para formar

e definir a identidade pela qual se compreende o mundo e se constrói a sociedade. Pode ser um lugar, uma pessoa, uma frase. Entretanto, alguns fatos da vida ficam registrados e outros são esquecidos. Eric Kandel (2014), Prêmio Nobel da Medicina em 2000, ao analisar a DA, verificou que a memória depende diretamente da armazenagem de informações por meio dos neurônios. Portanto, a memória, a experiência e o tempo do paciente são o que embasam as explicações.

Segundo Paul Ricoeur (2007 p. 24), “o sujeito da memória é o eu”, que possui significação relacionada ao seu passado por meio de uma lembrança refletida pela reminiscência. Considerando um sujeito com uma doença cerebral degenerativa, sabe-se que sua memória é comprometida, pois o indivíduo lembra de alguns momentos de sua vida, não esquece totalmente de sua existência, mas é obrigado a conviver com o desconforto do esquecimento e suas confusões mentais acerca do espaço e do tempo. “O esquecimento é o desafio por excelência oposto à ambição de confiabilidade da memória” (RICOEUR, 2007, p. 425). Ricoeur (2007) coloca em questão a representação do passado marcado por uma ausência de momentos e que passa a basear nos fatos ocorridos no presente. “O esquecimento obriga a explorar mais profundamente do que fizemos até agora” (RICOEUR, 2007, p. 425).

Ainda com base na teoria de Ricoeur (2007), é possível questionar: de que modo ocorre a construção de sentido a partir da fala cotidiana do sujeito com uma doença como a de Alzheimer, considerando que o sujeito perdeu parcialmente sua noção espacial, temporal e actorial? Assim, o sujeito não reconhece o lugar que ocupa na sociedade em razão dos valores pragmáticos da vida e cognitivos não serem os mesmos que constituem sua identidade, a qual está adoecida. Nesse sentido, tem-se duas hipóteses: a primeira é a perda de valores anteriores à doença e a segunda é que os valores pragmáticos assumem novos valores nesse contexto.

Segundo Aristóteles (1962, p. 44), “A memória é do passado” (RICOEUR, 2007, p. 35). Essa percepção consiste no fato de que a marca da anterioridade implica a distinção entre antes e depois. Nesse ponto de vista aristotélico, a análise do tempo e da memória se sobrepõe Em *Física*, IV, 11, segundo a qual “(...) é percebendo o movimento que percebemos o tempo; mas o tempo só é percebido como diferente do movimento quando nós o ‘determinamos (*horizomen*)’” (RICOEUR, 2007, p. 35). A mente humana marca intervalos para que algo se realize, o que não depende do homem, mas do estado das coisas. Diante desse aspecto, pode-se dizer que o tempo é incalculável e subjetivo.

Para Santo Agostinho, “É em ti, meu espírito, que meço os tempos” (XI, XXVII, 36). “Apenas do passado e do futuro dizemos que são longos e curtos, quer que o futuro se encurte, quer que o passado se alongue” (RICOEUR, 2007, p. 112). Assim, entende-se que o futuro não existe, o passado deixa de existir, presente é fugaz. O que existe é expectativa em relação ao futuro, atenção em relação ao presente, a memória em relação ao passado. O presente relativo às coisas presentes ou que são quase presentes, uma vez que deixaram de ser presentes e tornaram-se passado, desse modo passa a existir um presente relativo às coisas futuras e ao passado. O tempo está na alma, no espírito e na mente.

A percepção do tempo não é mesma, mas o sujeito que observa interpreta de forma diferente, sendo interceptivo (interior do sujeito), exteroceptivo (natureza dada em que não há uma ação, sensações do mundo externo) e proprioceptivo (deslocamento do sujeito no tempo e espaço no qual cria-se relações e significados). O tempo pode ser marcado por uma intensidade (estado de espírito) e a extensidade (estado das coisas), sendo o produto dessas relações, o sentido. Como podemos determinar o tempo de uma experiência? Segundo Ricoeur (2007), a memória é a marca do passado que faz referência ao lugar no tempo da experiência inicial. No caso de um sujeito com Alzheimer, o esquecimento faz com que o tempo tenha uma duração mais intensa e podemos observar em sua narrativa que “o tempo se torna humano na medida em que é organizado à maneira de uma narrativa; e a narrativa tem sentido, por sua vez, na medida em que retrata os aspectos da experiência temporal” (RICOEUR, 1994, p. 93).

O caso da paciente Sra. August D. (primeira letra de seu sobrenome não foi notificado no prontuário) era casada com um administrador de ferrovia, mãe de uma filha, foi internada no Sanatório de Psiquiatria de Frankfurt am Main, na Alemanha, na segunda-feira, de 25 de novembro de 1901, foi atendida pelo médico assistente Dr. Nitshe, que avisou Dr. Alois Alzheimer que decidiu examinar a paciente no dia seguinte. Sra. August D. adoeceu aos 51 anos e faleceu aos 56 anos. A paciente tinha uma vida saudável antes do episódio da crise conjugal, na qual suspeitava que seu marido “estava de caso com a vizinha” logo depois começa a ter dificuldade para lembrar de suas ações com muita frequência que evoluiu com perda rápida e progressiva da memória. Em pouco tempo era diagnosticada com grave desorientação no tempo e espaço. Estavam preservadas a linguagem e o sistema motor, porém era muito ansiosa, tinha muito medo de morrer e tremia muito.

A transcrição de terça-feira 26 de novembro de 1901, realizada pelo Dr. Alois Alzheimer notifica a expressão de desamparo da paciente e quando questionada sobre seu

nome, sobrenome e nome do marido repete sempre a mesma resposta: August para todas as perguntas. Tem-se as marcas ‘eu’ para o sujeito, porém destaca-se que a paciente não apresenta certeza sobre a identidade do marido, mas confunde-se com sua própria identidade. Tem-se uma pausa na fala, a paciente passa a lembrar do marido com entusiasmo, mas associa ao acontecimento de que ele não seja fiel, embora possa ser fruto de sua imaginação, da mesma forma tem-se a paciente, que foi internada em uma clínica psiquiátrica com uma crise, com o médico que a está avaliando em seu potencial cognitivo que marca a pausa de um momento de apreensão. Posteriormente ao médico retomar a questão, há uma marca eufórica de resposta: “Sim, sim August D.”

No caso da paciente, devido à doença, o discurso não apresenta foco, uma vez que projetos e vontades estão distantes da realidade da vida cotidiana, pois trata-se de alguém que acabou de ser internado, apresenta uma dificuldade de planejamento das próprias ações, mesmo atividades do cotidiano, como esquecer onde colocou um objeto pode-se considerar que foram interrompidos, assim como nota-se nas pausas de suas respostas. Porém, há segurança quando se refere à história de sua vida, bem como sua memória não deixou de existir, mas estão sendo motivadas a serem lembradas de forma leve pelo médico. A paciente afirma sua existência, sendo que inicialmente a sua resposta foi mais rápida para perguntas em relação a ela mesma.

É possível considerar o tempo demarcativo da posição sendo o antes e depois da doença. Temos que a Sra. August D. era uma pessoa saudável e recentemente apresenta perda de memória, está iminente ao diagnóstico pelo médico de “Alzheimer”.

Em relação ao tempo, no caso Sra. August D., lembranças de dados os quais consegue se recordar. Segundo Ricoeur (2007), a lembrança é como uma imagem que marca uma divisão do irreal e do real (seja ele presente, passado e futuro). A espera que o sujeito com DA, pode ser entendida como o momento quando percebe a incapacidade de lembrar de imediato e pode levar mais tempo para responder ou notar que esqueceu. Para uma pessoa com Alzheimer, o momento temporal que apresenta valor é a reminiscência, apesar do passado ser incerto pelo esquecimento e os projetos futuros não serão lembrados. No caso da Sra. August D., sua memória recente já estava comprometida, por isso, temos uma relativização do tempo (RICOEUR, 2007, p. 59)

No tocante à transcrição do dia 26 de novembro de 1901, o Dr. Alois Alzheimer pergunta para a paciente: “Há quanto tempo está neste hospital?”. A resposta correta seria “dois dias”, porém a Sra. August D. parece esforçar-se para lembrar, demorando um pouco, mas responde: “três semanas”. O fato de estar na clínica é algo muito intenso e a

velocidade do tempo para a paciente é distinto do real, pois está vivenciando um momento desagradável. A Sra. August D nota que tem algo errado, mas não consegue verbalizar ao médico. Na sequência, o médico quer saber o nome de um objeto e, novamente, ela erra, mas depois, quando questionada sobre outros itens materiais, as respostas são assertivas.

Em referência à transcrição do dia 29 de novembro de 1901, a primeira questão do médico para a paciente é de ordem temporal. “Que ano estamos?” a Sra. August D. responde “1800”. Nota-se uma desorientação, pois o ano de nascimento da paciente é 1850. “Datação e localização constituem, sob esse aspecto, fenômenos solitários que comprovam o elo inseparável entre a problemática tempo e espaço” (RICOEUR, 2007, p. 58). Tem-se um o aspecto aristotélico do tempo em relação ao movimento, a desorientação de tempo também aplica ao espaço. O médico continua a avaliação da paciente e questiona: “Você está doente?”, porém a resposta continua de forma temporal “Segundo mês”, o que indica que a paciente reconhece estar doente há um tempo. Porém, não se lembra o nome do mês que está e afirma “décimo primeiro mês”, e fica em dúvida. O Dr. Alois Alzheimer questiona sobre a noção espacial “Em que rua você mora?” ela responde: “Eu posso te dizer.... Eu tenho que esperar um pouco...” porque foram acontecimentos intensos os que ocorreram onde morava: a suspeita de uma traição de seu marido com a vizinha. O médico questiona “Quando você se casou?” a resposta “Eu não sei isso agora. A mulher mora no mesmo andar...” O tempo cronológico não é relevante quanto a experiência do sensível do sujeito. A data do casamento não era tão relevante quanto o que acabava de lembrar da vizinha Sra. G. que foi o motivo que impulsionou a perda de sua memória após a suspeita. “O ponto de partida da reflexão de Freud é a identificação do obstáculo principal no qual o trabalho de interpretação (Deutungsarbeit) esbarra no caminho da recordação de lembranças traumáticas” (RICOEUR, 2007, p. 84). No caso, o obstáculo do casamento da Sra. August D. era sua vizinha Sra. G. “O dever de memória é o dever de fazer justiça, pela lembrança, a um outro que não a si” (RICOEUR, 2007, p. 101). O desejo do dever de fazer justiça resgatou a memória da vizinha, sendo que o sujeito de estado corresponde ao sujeito fazer justiça é um agente responsável pela mudança de seu estado ou de outro sujeito, porém há a doença que muda o estado psicológico. A rememoração do fato da vizinha levou a Sra. August D. ao fato que impulsionou a perda de memória. A Doença de Alzheimer minimizou a memória da suposta traição de seu marido com a vizinha. O esquecimento agiu de forma inconsciente para proteger da memória negativa em relação a pessoa amada, decorrente do acontecimento de grande impacto, marca o tempo do sujeito em resolver questões, e

quando elas não conseguem ser solucionadas permite que a tomada de decisão do inconsciente seja de esquecer, sendo a diminuição da tensão ou a apreensão do evento que causa a inquietação.

O Dr. Alois Alzheimer percebeu a dificuldade da paciente e alterou suas perguntas para dados que ela conseguiu responder, mas depois dela acertar, o médico questionou se lembra dos objetos que mostrou para tirar a tensão da avaliação clínica, porém ela não se recorda e afirma estar ansiosa. Ele questiona da dificuldade que está sendo aquele momento e o médico percebe que ainda está pensando em outras questões, e ele tenta mudar o foco daquele instante para os dedos que mostra para ela, tentando trazer o pensamento discursivo para a realidade, mas ela retoma a fala, pensando onde era sua residência, em “Frankfurt am Main”. Por fim, Sra. August D. começa a chorar e afirma: “Eu me perdi de mim mesma...”. A casa onde ela morava, representava sua existência, quando se perde não apenas na localização, mas em sua identidade e perde o sentido da vida, temos um discurso da exclusão decorrente do esquecimento. Sendo o sujeito que se sente excluído da sociedade, sua memória tende a identificar o social com afastamento e ausência da referência de uma pessoa querida. A Sra. August D. é obrigada a afastar-se da filha e do marido devido à internação ocasionada pelos problemas de memória. Segundo Ricoeur (2007), o esquecimento propõe um “plano existencial” de conviver com questões que possam compreender ou agravar a problemática do rastro psíquico, de um passado. Para Ricoeur (2007), é o “esquecimento da consciência” que esquiva da profundidade do poder ser próprio. Em relação à temporalidade, o esquecimento é a perda da expectativa.

As avaliações clínicas são direcionadas aos tratamentos patológicos, contudo é necessário um estudo cauteloso em relação à linguagem que fica comprometida e do quanto existe de percepção de si e do mundo, durante o processo de avaliação da consciência de um paciente que apresenta significativa perda de linguagem, por esse motivo foi eleito a transcrição do primeiro diagnóstico de Alzheimer, no qual podemos observar o tempo para esse sujeito.

O tempo para um sujeito com uma doença como o Alzheimer é de grande intensidade, conviver com as experiências perturbadoras do esquecimento constantemente, como um abismo do insuportável, em consoante com Freud afirma ser o “retorno do recalcado e o vazio do sentimento de si perdido. Não é mais possível pensar em termos de pulsão sem também pensar em termos de objeto perdido.” (Apud. RICOEUR, 2007, p. 454) Temos que esse sujeito não reconhece sua identidade que se

encontra em estado adoecido, portanto, temos a perda de valores anteriores e novos valores passam a surgir. A construção de sentido, a partir da fala de um sujeito com Alzheimer, como foi possível perceber por meio do relato do acontecido, é realizada com algumas dificuldades, tendo algumas pausas e um esforço para tentar lembrar de nomes, datas e lugares.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 CONSTRUÇÃO DO DISCURSO

A abordagem enunciativo-discursiva dos fenômenos neurolinguísticos por meio de testes aplicados em sujeitos com DA pode questionar a condição de *pathos*² do que seria de fato patológico. Isso acontece também com a discussão da neuropsicolinguística. Para o médico e filósofo Georges Canguilhem (1966, p. 19), “(...) a doença não é somente desequilíbrio ou desarmonia, ela é também – e talvez sobretudo – o esforço que a natureza exerce no homem para obter um novo equilíbrio”. São questionáveis os testes não quanto aos estudos realizados para definir um diagnóstico, mas sob o ponto de vista do indivíduo enquanto um ser social representado por um número resultante dos testes. Porém, não apresenta uma avaliação efetiva da comunicação, pois os testes não trazem muitos elementos de suas falas cotidianas e, além de não considerar os fatores emocionais, tornam-se um questionário, com tempo de resposta determinado.

As relações entre a linguagem e a cognição feitas pelo cérebro são contempladas por uma das ramificações da neurociência, a neurolinguística, que se interessa pelo indivíduo que, ao ter uma afecção do seu sistema nervoso central, apresenta dificuldades de adquirir ou utilizar adequadamente um código verbal (LEBRUN, 1983). A metodologia geralmente aplicada é a observação do cotidiano.

Enquanto Vygotsky (1988) elabora o modelo teórico de organização e funcionamento mental, Luria (1981) trabalha nos estudos dos indivíduos com cérebro lesado. Este último colaborou para o diagnóstico de DA dentro dos modelos teóricos de atividade psíquica superior, como cérebro, linguagem e percepção visual. O aspecto semântico da linguagem comprometido pode ocasionar prejuízo na percepção visual. Partindo dos postulados vygotskyanos, a linguagem assume atividade significativa por excelência, desempenhando um importante papel no cognitivo e na percepção visual. Segundo Vygotsky (1988, p. 37), “(...) o mundo não é visto simplesmente de cor e forma,

² A condição de *pathos* na linguagem do sujeito com Alzheimer está relacionado ao sofrimento, distúrbio, desvio, além da irregularidade linguística, que pode comprometer relações sociais por meio do discurso, representando emoções, narratividade e alterações de comportamento. Etimologicamente, *pathos* deriva da palavra patologia. De origem grega, significa o estudo das doenças. Trata-se de uma área de atuação da medicina na qual observa as alterações ocasionadas pelos distúrbios no organismo. Para Sigmund Freud, século XIX, a ideia de “*pathos*” (patológico) está relacionada ao normal, assim como doença está ligada à saúde. Na obra *O normal e o patológico*, Canguilhem (1966, p. 19) afirma “(...) a doença não é somente desequilíbrio ou desarmonia, ela é também, e talvez sobretudo, o esforço que a natureza exerce no homem para obter um novo equilíbrio”. Para o autor, o conceito de normal e patológico assume uma tênue relação.

mas também como um mundo com sentido e significado”. Partindo desses postulados, esta dissertação propõe a discussão sobre a linguagem dos idosos saudáveis e dos que estão com Alzheimer a partir de uma conversa semiespontânea para estudar o possível comprometimento da fala.

A capacidade para adquirir linguagem pressupõe um conjunto de princípios e parâmetros armazenados mentalmente; são bases epistêmicas, na perspectiva estrutural da língua e linguagem. Ancorado nesses estudos está o ponto de vista enunciativo-discursivo de Bakhtin (1981), que visa a língua como um elemento sócio-histórico-cognitivo-cultural nas práticas dialógicas. Para Vygotsky (1988) a linguagem possui uma função constitutiva como sujeito social. Ambos os teóricos apresentam a linguagem como formador social caracterizado pelas idiossincrasias nas práticas discursivas.

Em meados da década de 1980, Bakhtin realizou estudos em relação aos conceitos da linguística sociointeracionista, que visa a interação social, como a formação dos enunciados verbais e as construções discursivas no âmbito social e culturalmente constituídas. Para Tomassello (2003), a ferramenta psicológica é o gênero do discurso que proporciona a transmissão cultural e complementa o conceito sociointeracionista discursivo da linguagem, enfatizando o aspecto cognitivo. O autoconhecimento e a compreensão dos outros são atribuídos para a aprendizagem cultural em meio à práxis das situações comunicativas em sua representatividade. Portanto, o gênero do discurso é o resultado da construção e cognição, por meio da organização dos símbolos linguísticos nos aspectos sociais, reconhecendo o conjunto de contextos e parâmetros cognitivos que motivam a linguagem.

Segundo Benveniste (1989), a linguagem é um sistema de signos socializados, seus elementos adquirem significado no momento em que são inseridos nos contextos de interrelação. Portanto, cada signo, por si só, não possui significado relevante. O significado pode ser compreendido no meio sócio-histórico-cultural, enquanto o seu significante é um elemento individualizado e as imagens acústicas são realizadas por associação para formar o signo linguístico.

Em 2005, membros do Departamento de Neurologia Cognitiva e do Comportamento da Clínica Neurológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo realizaram estudos sobre o aspecto discursivo a partir de estímulo visual em sujeitos com DA.

A pesquisa do departamento de neurologia cognitiva apresenta aspectos importantes que norteiam o presente trabalho, haja vista que estudos sobre discursos com sujeitos portadores da DA apresentam resultados em relação à produção narrativa com o suporte de imagens.

Van Dijk (1992), nos estudos dos pressupostos cognitivos (construtivista, interpretativo e o estratégico), observa a construção e interpretação das representações textuais e seus significados, sendo o pressuposto construtivista a construção da representação linguística; enquanto o pressuposto interpretativo trata dos significados, já os aspectos semânticos discursivos e o pressuposto estratégico referem-se ao uso da informação.

Os pressupostos contextuais (interacionista, pragmático e o situacional) dependem dos processos de produção e a compreensão do discursivo funciona no contexto social. Segundo o autor: “(...) os usuários da língua constroem uma representação não só do texto, mas também do contexto social, em que ambas as representações interagem” (VAN DIJK, 1992, p. 17).

Segundo Van Dijk (1992), compreender o discurso é entender que o mundo é uma construção representativa semântica do discurso, considerando-se o surgimento de novos modelos que contribuem para compreender textos vagos e com ideias implícitas. O conhecimento existente sobre uma situação similar do discurso denominado como “(...) registro cognitivo episódico de nossas experiências pessoais” (VAN DIJK, 1992, p. 161) apresentam os relatos do que foi vivenciado no cotidiano estabelecendo uma sequência de fatos em ordem cronológica e construindo sentido no tempo de fala. O desdobramento desse projeto se deu por meio da análise dos discursos dos idosos com neurodegenerescência e saudáveis, visando o pressuposto cognitivo que retrata momentos sócio-histórico-culturais. O discurso do idoso com DA pode apresentar muitos dados não observados com frequência, pois suas experiências relatadas partem da sua memória a longo prazo.

3.2 AVALIAÇÃO DE RASTREIO COGNITIVO – MOCA

Com a finalidade de um diagnóstico rápido, foram criados alguns protocolos e testes para avaliar um paciente em relação aos aspectos cognitivos, como organização discursiva, cálculo e fala. Atualmente, o teste mais aplicado é o MoCA, pelo fato de ser

gratuito e levar cerca de dez minutos para ser realizado. Existem três versões que podem ser feitas, porém devem aguardar um prazo de seis meses para uma nova aplicação.

Alguns testes, como o Miniexame do Estado Mental (MMSE) ou *Self-Administered Gerocognitive Examination* (SAGE), não apresentam a mesma sensibilidade em relação ao MoCA e são mais utilizados em pacientes em estágio moderado e grave. São testes longos e não conseguem avaliar os estágios iniciais.

Para Coudry e Freire (2010), teóricos da neurolinguística, os testes de avaliação cognitiva são questionáveis, pois podem apresentar resultados mecânicos e não realizar uma avaliação global, considerando como “análise do dado-achado”.

Tal como ocorre com a análise do dado-achado, a interpretação do dado singular ajuda a entender o fato linguístico-cognitivo que se apresenta de maneira indeterminada, a fim de que seja revelado o que não se vê à primeira vista. Nos dois casos, é crucial estabelecer critérios – os denominados procedimentos heurísticos na ND – que orientam a identificação e a seleção dos dados, tomados, então, como representativos do que se considera “singularidade reveladora” (tal como se denomina no paradigma indiciário) ou dado-achado, e que provoca o movimento da teoria em busca de explicação. Pelo que se expôs, compartilhamos do paradigma indiciário, como em Ginzburg, o conceito de “rigor metodológico”, interpretado de forma flexível, uma vez que entram em jogo outros fatores, como a intuição do investigador na observação do particular, sua capacidade de formular hipóteses explicativas pertinentes e instigadoras para aspectos opacos da realidade que não são diretamente apreendidos, mas que podem ser descobertos através dos achados ou dos indícios. (COUDRY; FREIRE, 2010, p. 13).

Para uma análise discursiva, acredita-se que a forma mais avaliativa seria a utilização de um critério epilinguístico no acompanhamento do discurso do sujeito que tivesse avaliação e intervenção. Desse modo, esse discurso apresenta um sentido vivenciado pelo paciente que se aproxima da realidade e para compreender a significação para o sujeito, auxiliando na produção de significados de forma cooperativa ao observar a evolução discursiva e descrever as falas para que seja possível realizar um modelo comparativo discursivo do sujeito.

3.3 CONCEITUALIZAÇÃO TEÓRICA DA LINGUAGEM NA DOENÇA DE ALZHEIMER

Segundo Vygotsky (2003), a relação entre o pensamento e a palavra é um movimento contínuo que permeia a transformação. O pensamento não é apenas expresso com palavras, mas é por meio delas que passa a existir.

Para Benveniste (1995), a linguagem é compreendida como um conteúdo do pensamento que recebe uma forma ao ser enunciado. Com isso, entende-se a importância da compreensão nos aspectos semânticos comprometidos na DA.

Morato (2008) descreve três fases da DA na área neurocognitiva, a saber: i) a forma leve, ocorrendo problemas de memória constantes e alterações nas habilidades semântico-lexicais-pragmáticas, mas sutis, havendo a preservação dos aspectos fonológico-sintáticos; ii) moderada, cujos problemas são mnésicos, com desorientação têmporo-espacial e linguística (síndrome afásico-aprático-agnóstica); e iii) severa, cuja memória está gravemente alterada e a linguagem apresenta-se prejudicada. No estágio avançado, as habilidades linguísticas ficam sensivelmente comprometidas. Em alguns casos, o sujeito pode chegar ao mutismo.

Bayles, Tomoeda e Trosset (1993) apresentam uma escala caracterizada por sete estágios clínicos, a partir da descrição da progressão da doença na escala de deterioração global: i) nenhum indício de declínio cognitivo; ii) declínio cognitivo de grau muito leve; iii) declínio cognitivo de leve; iv) declínio cognitivo moderado; v) declínio cognitivo moderado-severo; vi) declínio cognitivo severo; e vii) declínio cognitivo muito severo.

Lebrun (1983) usa o termo “afasia” para referir-se aos problemas de linguagem na DA, porque se trata de uma terminologia clássica da neurolinguística. Entretanto, quando se verifica um lapso cognitivo, para o estudo do caso, são aplicados alguns testes-padrão cuja finalidade é avaliar a perda, mas apresentam falhas nos testes, por vezes desconsideram elementos sócio-históricos e culturais.

A alteração da linguagem foi observada na psicopatologia de Paim (1912, p. 273), que “(...) tem por objetivo o estudo descritivo dos fenômenos psíquicos anormais, exatamente como se apresentam à experiência imediata”. Para o autor, as alterações da linguagem podem apresentar duas distinções: i) Causas orgânicas - que estariam relacionadas a afasia, disartria, dislalia, disfemia e disfonia; e ii) Natureza funcional - logorreia, bradilalia, verbigeração, mutismo, mussitação, ecolalia, jargonofasia, esquizofasia, neologismos, estereotípi verbal, alterações da linguagem escrita, alterações de movimentos de expressão; sendo a linguagem “(...) considerada como um processo mental de caráter essencialmente consciente, significativo e orientado para o social” (PAIM, 1912, p. 273).

Mas, quando ocorre um desvio da linguagem, pode-se entender que ela se torna um ato complexo. Segundo o pai do pragmatismo, William James (1979), “(...) a estrutura da consciência comporta uma parte central onde se encontra aquilo que é

momentaneamente vivenciado”, o que corresponde aos “(...) processos de consciente e inconsciente”. Conforme Paim (1912, p. 273), a linguagem é como uma manifestação do pensamento, constituindo um “(...) elo da cadeia de processos psíquicos”.

Para Morato (2004, p. 31), “A linguagem é a principal mediadora da interação entre as referências do mundo social e cognitivo, de modo a estreitá-los de forma constitutiva”. Para compreender a cognição de uma pessoa é necessário entender seus elementos de mundo no âmbito social, cultural e histórico, que representam um significado não necessariamente verbal. Entende-se que os discursos podem retratar alguns elementos que constituem os aspectos sócio-histórico-culturais de um momento da vida de um indivíduo.

Para Van Dijk (1998), os desvios de linguagens podem representar falhas na fase macroestrutural do discurso, expressando um déficit marcado pela incoerência global. Esse discurso apresenta características como um nível baixo de significado da sentença do discurso e o “tópico global”; ausência de clareza de ideias; ausência de sentido do conteúdo mencionado; e ideias expressadas que não se referem ao contexto comunicativo. O autor afirma que problemas discursivos comprometem a fase semântica e pragmática da produção de sentido na linguagem relacionados aos déficits cognitivos. As falhas na linguagem são observadas quando existe um número de ocorrência de repetições, lacunas de informações, denominadas como falhas do “k-device” (VAN DIJK, 2003, p. 96), responsáveis por “administrar os conhecimentos semânticos e episódicos”.

Segundo Brandão (2005, p. 23), os sujeitos com diagnóstico da DA apresentam na fala

(...) as anomias (dificuldade de nomeação) e parafasias (substituições de palavras). Esses aspectos estão relacionados à perda do conhecimento semântico que apresenta uma redução significativa da definição de conceitos com “diminuição das relações de significado. (Chertkow; Bub, 1990). Na fala espontânea, foram notadas dificuldades para mencionar: substantivos, hiperônimos e frases com termos indefinidos (Huff, 2001; Obler, Albert, Helm-Estabrooks, 1985). A identificação dos déficits lexicais (dificuldades de recuperação da palavra) relacionada à perda semântica (Emery, 2001).

Ripich e Terrell (1988) e Dijkstra *et al.* (2004), em uma abordagem conversacional discursiva, avaliaram os turnos do interlocutor e participantes. Os autores perceberam que indivíduos com DA apresentaram problemas de coerência, extensão de turnos recorrente, além de baixa representatividade de ideias com muita hesitação, pausas

e trocas de turnos.

Van Dijk (1992, p. 94), também explica que “(...) a compreensão global das sequências de atos de fala não é diferente da compreensão das outras propriedades do contexto (percepção dos objetos, estados, eventos etc.)”. Nesse sentido, os atos de falas individuais são relevantes para a comunicação, permitindo uma interação comunicativa e “(...) os mesmos princípios estão presentes na compreensão visual (imagens)” (VAN DIJK, 1992, p. 96).

De acordo com Urbano (2003, p. 93), para uma Análise Conversacional, é importante identificar os marcadores conversacionais, “(...) elementos de variada natureza, estrutura, dimensão, complexidade semântico-sintática, aparentemente supérfluos ou até complicadores, mas de indiscutível significação e importância para qualquer análise de texto oral (...)”. Para realizar um padrão de transcrição foi adotada a norma para transcrição organizados pelo Projeto NURC/SP (PRETI, 2003). Em relação ao discurso e ao contexto de análise, foi eleita a perspectiva teórica de Van Dijk (1977).

Para Van Dijk (1977, p. 214), a compreensão dos discursos acontece com base no contexto e considera a interpretação enunciativa como “(...) outros tipos de conhecimentos gerais de mundo” para se referir aos frames como artefatos de saberes ordenados conceitualmente. O recurso que auxilia o indivíduo a reconhecer informações de modo funcional é o conceito de “schemata”, ou seja, criação de pressupostos cognitivos por plausíveis significados.

(...) revisão dos aspectos cognitivos do frame é relevante uma vez que, não apenas em Goffman (1974), mas também em muitas pesquisas sociológicas posteriores, são feitas repetidas referências a noções cognitivas, tais como enquadres interpretativos, atitudes, ideologias, objetivos, normas e valores, e outros conceitos relacionados (VAN DIJK, 2017, p. 175).

Conforme Morato (2010, p. 93), “(...) *frame* é termo polissêmico – em um dos campos produtivos para o estudo sociocognitivo da linguagem e da interação, a Neurolinguística”. As hipóteses geradas por um frame precisam ser consideradas no seu contexto social, pois as vivências de cada indivíduo são projetadas discursivamente, bem como afirmam os teóricos:

(...) a configuração da rede de frames no discurso faz emergirem as vivências mais reiteradas e marcantes para os sujeitos na comunidade em foco e finca uma sólida ferramenta como base para a leitura hermenêutica multidisciplinar destas vivências perspectivadas pelo discurso. (MIRANDA; BERNARDO, 2013, p. 83).

Para realizar uma análise do *frame* é válido considerar o conhecimento de mundo compartilhado da paciente com a entrevistadora, além do pressuposto discursivo de todos os entrevistados e suas interações sociais. Entretanto, as análises consistem em pacientes cujas memórias de curto prazo estão comprometidas, enquanto a memória de longo prazo encontra-se parcialmente preservada.

A Memória de Curto Prazo (MCP) pode ser compreendida como a capacidade de um sujeito reter uma determinada quantidade de informação na mente durante um curto período de tempo, o que é semelhante para a Memória de Trabalho (MT), cujos efeitos de comunicação são dados no momento da fala de modo que a compreensão é instantânea durante a produção discursiva. Também conhecida como Memória Operacional, trata-se de um tipo de Memória de Curto Prazo, pois mantém informações no foco de atenção no momento em que são executadas tarefas cognitivas complexas. No caso dos idosos, as “duplas tarefas” são benéficas para evitar quedas, pois trabalham os aspectos cognitivos e motores. Contudo, a Memória de Longo Prazo armazena a informação, permitindo sua recuperação. O foco trabalhado nas transcrições são as Memórias Episódicas ou Autobiográficas, uma vez que ela rememora fatos vivenciados pelo indivíduo, nos quais ocorrem grande armazenamento de dados e acontecimentos relacionados a estímulos de proposições verbais, imagéticas e sonoras.

Brandão (2010) explicita que a preservação da memória episódica depende da integridade da memória semântica. Para o autor, os sujeitos com DA apresentam distorções e falha na recuperação da memória episódica, mas acreditam que a autobiográfica, que armazena fragmentos da experiência pessoal, possibilita que os sujeitos recuperem eventos do tempo, importantes para a formação da personalidade, da identidade por meio das narrativas pessoais. De acordo com Van Dijk (2017, p. 179):

Quando as pessoas observam ou participam de um evento, ação ou situação, elas continuamente constroem, ao mesmo tempo, uma representação mental (uma interpretação) dessa experiência na parte da MLP geralmente chamada de Memória Episódica, que grava todas as nossas experiências interpretadas e, por isso, é também chamada de memória autobiográfica. Essa representação mental é chamada de modelo (mental). Esses modelos mentais são pessoais, subjetivos, e não apenas representam a estrutura hierárquica típica do evento (com parâmetros como Tempo, Lugar, Participantes, Evento/Ação, Objetivo etc.), mas possivelmente também avaliam crenças (opiniões) e, às vezes, emoções (raiva, medo, felicidade, etc.).

Os atos de falas dos pacientes com DA devem ser considerados como atores sociais que atuam e manifestam seus desejos, além de continuamente construir e

modificar o modelo mental. Essa atividade ocorre por meio do discurso. Segundo Van Dijk (2017, p. 180):

Compreendemos o discurso pela construção de um modelo mental de evento, ação ou situação a que ele se refere. E normalmente antes que comecemos a narrar, por exemplo, sobre uma experiência do passado, ativamos um modelo mental existente e expressamos isso, por exemplo, através de uma história – com variações dependendo do contexto.

No momento em que são narradas as histórias de vida dos pacientes, tem-se a vivência desses atores sociais diante de um passado que é experienciado, resgatando, por vezes, suas emoções e opiniões sobre acontecimentos que marcaram de alguma forma suas tomadas de decisões, ultrapassando conflitos, reconhecendo riscos e à vista disso mudaram o destino de suas vidas.

A relação social e cultural construída entre linguagem e pensamento está associada às funções da linguagem, sendo a significação e a interação a base da construção do conhecimento. Como na teoria vygotskyana, tem-se:

A função primordial da fala é a comunicação, o intercâmbio social. Quando o estudo da linguagem se baseava na análise em elementos, também essa função foi dissociada da função intelectual da fala. Ambas foram tratadas como sendo funções separadas, até mesmo paralelas, sem se considerar a inter-relação de sua estrutura e desenvolvimento. No entanto, o significado da palavra é uma unidade de ambas as funções da fala. O fato de que o entendimento entre as mentes é impossível sem alguma função mediadora é um axioma para a psicologia científica. Na ausência de um sistema de signos linguísticos ou não, somente o tipo de comunicação mais primitivo e limitado torna-se possível. (VYGOTSKY, 1972, p. 6).

De acordo com essa teoria, o intercâmbio social, assim como a comunicação, são bases fundamentais do estudo de linguagem. Entende-se que o envelhecimento com a família é otimizado com essa interação social, na qual a fala é exercitada constantemente em um ambiente conhecido e que agrega um desenvolvimento para o idoso. Bosi (1979, p. 65) afirma que o envelhecimento, “(...) além de ser um destino natural do indivíduo, é uma categoria social”. Para Preti (1991), essa categoria está submetida ao silêncio e à reclusão, visto que se alude a um grupo discriminado e excluído, assim como sua linguagem. Já Marcuschi (2007, p. 25-26) compreende que a linguagem de uma “(...) conversa de velhos é organizada, regular e reveladora, construindo um fator central na construção de identidade social, tão forte quanto fatores como classe social, religião, sexo e raça”. As questões sociais também são elementos implícitos na formação de

preconceitos no que diz respeito à linguagem dos idosos. O autor afirma que, “(...) em contextos de interação verbal, constituem atividades com o objetivo de resistir e preservar sua imagem social no processo natural de envelhecimento”. Para apresentar a mudança comportamental, foram selecionados alguns trechos de entrevistas com grupos diversificados de idosos que convivem com os familiares e observou-se uma qualidade de vida notável entre os grupos. As narrativas possibilitaram uma recordação por meio de interações dialógicas e fotográficas; alguns com auxílio dos interlocutores familiares.

3.4 A REFERENCIAÇÃO E O DISCURSO DO SUJEITO COM ALZHEIMER E IDOSOS SAUDÁVEIS

A referenciação da linguagem de sujeitos com DA como construção de significados pode ser entendida como uma relação subjetiva e social, vinculada às questões de ordem lógico-semânticas que ficam comprometidas, por meio do acesso metalinguístico do sujeito com a construção de realidade ou de uma distorção da representação de realidade no caso da doença.

Considerando a natureza subjetiva do sujeito e por meio dos estudos de Van Dijk (2008, p. 94), compreende-se que as “(...) experiências de modelos mentais apresentam as representações cognitivas de nossas experiências”. Para o autor, o indivíduo constrói seu discurso com base nas interpretações pessoais armazenadas na Memória Episódica, que faz parte da Memória de Longo Termo (TULVING, 1983). A *Long Term Memory* ou LTM faz parte das memórias semântica e episódica. Endel Tulving foi considerado o primeiro psicólogo a distinguir a “(...) memória episódica da capacidade de recordar episódios específicos, da memória semântica, a capacidade de recordar conhecimentos gerais” (DAVIDOFF, 2001, p. 238).

Para Van Dijk (2008), as LTMs são entendidas a partir dos estudos de Tulving (1983) como representações de experiências recentes, sendo de cunho pessoal (episódico) e de um conhecimento compartilhado (semântico). “A memória autobiográfica ou de conhecimento pessoal de um tipo mais abstrato que pode continuar acessível por muito tempo ou mesmo por toda a vida” (VAN DIJK, 2008, p. 96). A memória autobiográfica é um sistema de memória “*conscious recollection*” como uma lembrança do consciente de uma experiência da vida de um sujeito, com o senso de re-experiência do evento original com base na combinação da memória episódica e semântica, considerando o ponto de vista sociocognitivo e interacionista.

O sujeito com DA pode distorcer a realidade, retomando momentos específicos da vida e vivenciando novamente as experiências de infância, adolescência e fase adulta anterior ao diagnóstico, como uma forma de resgate dessa “autobiografia mental” (VAN DIJK, 2008, p. 94). Esses momentos são dados pelo repertório de experiências pessoais que representam significativamente para o sujeito em sua singularidade. A recuperação na memória de longo prazo investigada por Kolers (1978) e Craik (1979), “(...) quando recuperamos dados, o que aparentemente fazemos em primeiro lugar é repetir algumas operações mentais que executamos na aprendizagem (codificação)”. Essa recuperação na memória de longo prazo pode ser associada à memória autobiográfica. Esta “(...) memória gera o armazenamento, a retenção e a evocação das nossas lembranças pessoais” (LEMAIRE; BHERER, 2005, p. 139), sendo possível que mesmo o sujeito diagnosticado com a DA na fase inicial consiga reconhecer e recuperar algumas informações, uma vez que a “(...) memória episódica nas vítimas da Doença de Alzheimer, ficam notavelmente prejudicada, ao passo que seu conhecimento semântico parecia estar relativamente intacto” (NEBES; BRADY, 1988, p. 292).

A memória semântica diz respeito ao registro e à retenção de conteúdos em função do significado que têm. Ela é um componente da memória de longo prazo, que inclui os conhecimentos de objetos, fatos, operações matemáticas, assim como palavras e seu uso. A memória semântica é, de modo geral, compartilhada socialmente, reaprendida de forma constante, não sendo temporalmente específica. (DALGALARRONDO, 2008, p. 144).

O indivíduo saudável consegue ter uma memória autobiográfica retratada, de forma lógica e sucessiva ao tempo dos acontecimentos decorridos, realizando uma distinção de um evento de uma “lembrança autobiográfica para um evento passado”, bem como outros “estados do consciente: sonho e a imaginação” (GAUER, 2005, p. 18). Tal fato não ocorre com o sujeito com diagnóstico da DA. Com isso, os esquecimentos de fatos de ordem cronológica se tornam frequentes, além de haver uma perda significativa dos dados.

Os primeiros sinais da doença de Alzheimer são: dificuldade de concentração e recordação. Aos poucos a memória torna-se seriamente comprometida, embora as vítimas geralmente não se apercebam desta e de outras mudanças intelectuais. As pessoas que sofrem desses distúrbios não só acham difícil lembrar alguma coisa depois de um curto período como também se esquecem de memórias arraigadas (como por exemplo, de quantos filhos têm). E habilidades linguísticas complexas (como entender sentenças compostas) declinam, seguidas de um declínio em capacidades mais simples (por exemplo, soletrar, nomear). (DAVIDOFF, 2001, p. 493).

O esquecimento seria considerado como uma função da memória ligada a uma vontade, podendo ser rebaixado conforme os pressupostos freudianos, no caso de um sujeito saudável. Mas, no caso patológico, nota-se uma problemática do esquecimento sendo um rastro documental apagado ou destruído da memória. Em um nível de maior profundidade, estaria interligada a três pontos centrais importantes: “presenças, ausência e distância”, segundo Ricoeur (2007, p. 425).

O sujeito que apresenta a patologia não acessa os dados cognitivos, deixando de ser um mecanismo de repressão (pré-consciente) “(...) quando se trata de conteúdo desagradável ou pouco importante para o indivíduo” (FREUD, 1915, p. 328), pois não se trata de um mecanismo do recalque (inconsciente). Certos “(...) conteúdos mnêmicos, devido ao fato de serem emocionalmente insuportáveis, são banidos da consciência, podendo ser recuperados apenas em circunstâncias especiais” (FREUD, 1915, p. 328). *A priori* “(...) a memória de que nos fala Freud é a memória do sistema e de neurônios, portanto, memória inconsciente” (GARCIA-ROZA, 1995, p. 44), em um de reconhecimento atual da lembrança passada, sendo uma “disfunção da memória” (RICOEUR, 2007, p. 426).

O silêncio é uma marca conversacional diretamente relacionada ao esquecimento. A “(...) imbricação do esquecimento com a memória explica o silêncio das neurociências em relação à experiência tão inquietante e ambivalente do esquecimento comum” (RICOEUR, 2007, p. 435). No entanto, esse esquecimento pode gerar sofrimento para o sujeito, sendo a “(...) hesitação entre a ameaça de um esquecimento definitivo e a obsessão de uma memória proibida” (RICOEUR, 2007 p. 437). O silenciamento do esquecimento que afeta a saúde mental não compromete apenas os aspectos sociais e psíquicos, mas manifesta-se por meio da linguagem.

Para entender a linguagem, a teoria sociocognitiva e interacionista visa ao “(...) compromisso de incorporar aspectos sociais e culturais à compreensão que se tem do processamento cognitivo” (FALCONE, 2012, p. 265), enquanto o postulado por Van Dijk (2001; 2008) a partir da Psicologia Cognitiva é apresentado no tocante à memória de longo prazo, *Long Term Memory* (LTM), no qual o pensamento se organiza de forma diversificada nas representações mentais construindo conceitos sobre as estruturas mentais, sendo uma estrutura de episódios conceituados em esquemas *scripts*, *frames* existentes na memória acessados principalmente por meio dos discursos. Assim, essas experiências pessoais são concebidas no seguinte modelo mental: dinâmicas com

plasticidade cognitiva, avaliadas e ajustadas continuamente e situadas em contexto de interação discursiva, construto cognitivo que opera na interface do social e o mental são resultado dos processos cognitivos da herança epistêmica que localizam nas memórias o contexto sócio-histórico e cultural.

O conhecimento está atrelado ao âmago social na construção da linguagem e em fundamento com o discurso de modelos cognitivos, o pensamento construído discursivamente, de modo que conhecer é uma atividade intersubjetiva (VAN DIJK, 2010). O autor define compreensão como não sendo simplesmente “(...) a associação de significados com palavras, sentenças ou discursos, mas a construção de modelos mentais na memória episódica, incluindo nossas próprias opiniões pessoais e emoções, associadas a um evento sobre o qual nós ouvimos ou lemos” (VAN DIJK, 2010, p. 244). Sendo assim, a linguagem gerencia o pensamento no nível discursivo.

A atividade intersubjetiva no nível discursivo é atribuída à referenciação e concebida por meio da construção social. “A referenciação e o discurso são a ideia segundo a qual os fenômenos referenciais, na qualidade de práticas discursivas, são testemunho expressivo da relação mutualmente constitutiva entre linguagem e realidade” (KOCH; MORATO; BENTES, 2019, p. 7). A linguagem analisada na construção da referência pode contemplar sujeitos que constroem elementos textuais cujos objetos não espelham a realidade, no caso de um distúrbio de linguagem. Para Mondada (2005, p. 11),

(...) a questão da referência é concebida no interior de um modelo de correspondência entre as palavras do discurso e os objetos do mundo” e acrescenta: “(...) a referência é o resultado de um processo dinâmico e, sobretudo, intersubjetivo, que se estabelece no quadro das interações entre locutores, e é suscetível de se transformar no curso dos desenvolvimentos discursivos, de acordos e desacordos.

Afirma-se, então, que o fenômeno da referenciação aborda uma ampla perspectiva enunciativa discursiva, sociocognitiva e o interacionismo. Essa amplitude teórica estuda a cognição e o uso da linguagem (MARCUSCHI, 2007) em contexto e em sociedade. Já a intersubjetividade visa à “memória discursiva”, sendo considerada “cognição distribuída” (CLARK; WILKES-GIBBS, 1989). Os processos mentais internos aos sujeitos são estudados principalmente na abordagem interacionista. A análise dos recursos formais nas atividades de pesquisa referenciais pode averiguar as manifestações de estados mentais e o referente que é objeto-de-discurso. Segundo Van Oosten (1986, p.

46), a fala de uma pessoa atinge o “foco de atenção do falante e ouvinte”, portanto faz parte da “consciência deles”. Mas é o sujeito da fala que constitui essa perspectiva e “visualiza o evento diante do entorno imediato e concreto”.

Os marcadores discursivos estudados na Universidade de Cambridge por Schifffrin (1987), como “*you see*” e “*you know*”, apresentaram formas metafóricas para estabelecer um espaço intersubjetivo comum aos interlocutores. Com os sujeitos com DA, tem-se a utilização dos marcadores enunciativo-discursivos na perspectiva teórica de Bakhtin, que visa à análise dialógica do discurso (BAKHTIN, 1981), no âmbito de uma pesquisa qualitativa, ao considerar o enunciado como unidade da comunicação discursiva (COUDRY; FREIRE, 2010). Santana e Santos (2017), por sua vez, realizaram uma investigação com uma senhora de 76 anos diagnosticada com a doença, especificamente sobre o sentido da palavra “piruá”, contextualizada, de acordo com Bakhtin (1981), em um conto e descontextualizado para observar os deslizamentos de sentidos ideologicamente construídos.

Para Lambrecht (2000): “(...) verbos em construções com verbos de percepção podem ser visto como uma transferência semântica por meio da qual a percepção de um referente é metaforicamente interpretada como sua apresentação no discurso” (MONDADA, 2019, p. 15). Entrevistas que visam uma abordagem autobiográfica passam a ter a presença recorrente dos verbos, como ser, nascer, ter e ficar. Para Goffman (1974, p. 121), o “(...) contexto discursivo é ressignificado podendo ser como metáforas”, mas também “(...) categorizações, pois a mesma cena pode evoluir, no tempo do discurso e narrativo, focando em diferentes partes ou aspectos ou propriedade específica de um objeto” (tradução nossa).

A linguagem pode ser compreendida como a construção do sujeito por meio das práticas discursivas e cognitivas, social e culturalmente situadas nas versões públicas do mundo. As categorias e os objetos de discurso pelos quais os sujeitos apreendem o mundo são elaboradas ao longo de suas atividades, sendo transformados de acordo com os contextos. Nesse sentido, categorias e objetos do discurso são marcados por uma instabilidade construtiva, observável por meio de operações cognitivas enraizadas em práticas, atividades verbais e não verbais, negociações em interação (MONDADA; DUBOLS, 1995).

Os níveis de análise linguísticas e psicolinguísticas passaram por reformulações teóricas. Para tanto, Mondada e Dubols (1995) observaram a necessidade de distinguir os termos objetos de discurso e categorização. Essas abordagens estão preocupadas com

práticas discursivas. O fundamento das abordagens é a importância dada à “(...) dimensão intersubjetiva das atividades linguísticas e cognitivas, responsáveis por produzir a ilusão de um mundo objetivo (da objetividade do mundo), ‘pronto’ para ser apreendido cognitivamente por indivíduos racionais” (MONDADA; DUBOLS, 1995, p. 277, tradução nossa).

Passando da referência à referenciação, Mondada e Dubols (1995) questionaram os processos de discretização e estabilização. Essa abordagem implica em uma visão dinâmica que abrange não somente o sistema cognitivo incorporado, mas também o sujeito sociocognitivo mediante a uma relação indireta entre discursos e o mundo. O sujeito constrói o mundo durante a realização de suas atividades sociais e o torna estável graças às categorias, em particular as categorias manifestadas no discurso, objetos do mundo. As autoras propuseram “(...) réintroduire explicitement une pluralité d’acteurs situé qui discrétisent et donnent sens à la langue et au monde, em y constituant individuellement et socialement des entités” (MONDADA; DUBOLS, 1995, p. 276).

A pesquisa experimental realizada por Labov (1978) em relação à denotação dos limites lexicais apresenta uma imagem “contexto neutro” que pode atribuir várias nomeações, como *cup*, *glass* ou *bowl*. Para o sujeito conseguir nomear a imagem, ela precisava de um contexto, mas haveria um rótulo que poderia ser verdadeiro ou falso (LABOV, 1978). Dubols (1992) questiona as instabilidades ao considerar a possibilidade de não ter um rótulo verdadeiro, com base nos estudos sobre a diversidade de discursos e estruturas cognitivas coexistirem sobre os mesmos objetos. O autor fomentou a sua investigação avaliando dois grupos distintos de especialistas em doenças de plantas que apresentavam uma série de fotografias da mesma forma. Ou seja, mesmo sem nenhuma distinção, os discursos referem-se a estados de doença em evolução, aos rótulos padronizados da doença e às propriedades perceptivas das plantas vistas como sintomas. Em suma, o ponto de referência estável para categorias pode sofrer alterações e ser descategorizado sob efeito de uma mudança de contexto. Portanto, “(...) a estabilidade na verdade resulta no ponto de vista realista que vincula categorias e propriedades de mundo” (DUBOLS, 1992, p. 278, tradução nossa).

A instabilidade linguística pode ser observada na produção oral. Para Blanche-Benveniste (1987, p. 35, 140).

(...) hésitations, des interruptions de la linéarité syntagmatique, des changements et des ruptures du traitement syntagmatique em temps réel. Ces phénomènes syntaxiques manifestent des processus de planification de choix paradigmatiques ou de recherches lexicales: en hésitant sur un lexème, le locuteur active et produit une liste de lexème, qui peuvent être reliés dans une relation de coordination additionnelle ou peuvent constituer une série de candidats mutuellement exclusifs, l'un étant plus approprié que l'autre.

As escolhas paradigmáticas podem ser entendidas na hesitação como uma asserção de referência otimizada ao longo do tempo do discurso, sendo uma avaliação do referente para a situação comunicativa. Uma avaliação neurológica pode apresentar alguns testes que avaliam essa capacidade do indivíduo, principalmente quando há uma suspeita de um diagnóstico de demência, como o Teste de Cores e Palavras (teste de STROOP), que permite realizar avaliações de efeitos de interferência entre os hemisférios cerebrais. No teste MoCA, há a aplicação das repetições de frases, nomeação, capacidade semântica, fonética e pragmática. Nele é avaliado se existe omissão, substituição, adição e consideradas falhas de alterações semânticas, construindo uma “décatégorisé” supracitada de Dubols (1992) “(...) ceci leur permet de construire pas à pas un objet discursif qui n'est pas disponible comme une catégorie unique et prête à l'emploi” (MONDADA, 1995, p. 287). O objeto discursivo – ou “objetos de discurso” – (MONDADA, 1995) não é uma única categoria, pois não coexistiam de forma natural em relação à atividade cognitiva e de interação dos falantes, mas emergem das práticas culturais e sociais da linguagem. Para Dubois (1992), as categorias podem se apresentar “descategorizadas”, ser instáveis e alterar conforme o contexto, uma vez que a estabilidade do discurso estaria, do ponto de vista realista, ancorada aos procedimentos sócio-históricos.

Para Mondada (1995), as categorias deveriam ser um processo de construção, sendo necessário avaliar as possibilidades de léxicos nesse recurso interacional da linguagem, ainda que não haja uma categoria pronta, a partir de um processo de ajuste das palavras e não ao referente, mas ao contexto com a finalidade da construção do objeto do discurso no processo de referenciamento na enunciação. “*L'acte d'énonciation profile le contexte et les versions intersubjectives du monde adéquates à ce contexte-là*” (MONDADA; DUBOLS, 1995, p. 287).

Mac-Kay e Sotelo (2021) investigaram sobre os reparos conversacionais com indivíduos com DA e afirmam que a conversação é uma atividade de mudança comunicativa que produz um texto. “The production of the text, within the framework of colloquial orality, supposes the activation of cognitive and linguistic mechanisms that

ensure the appropriate logical, semantic, and pragmatic gear” (SOTELO; MAC-KAY, 2021, p. 2). Os reparos conversacionais apresentam uma função de organização do discurso em construção que visa adequar os contextos e os sentidos propostos nos discursos. Desse modo, as autoras propuseram as estratégias de reformulação linguística com apoio da interação realizada pelo falante em uma abordagem enunciativo-discursiva visando à construção de significado. Ao evidenciarem a capacidade de reparos conversacional e desempenho cognitivo, os sujeitos com DA manifestaram reformulações que não correspondiam ao objetivo de corrigir e adequar o discurso e resultaram de forma inadequada. A funcionalidade da interação conversacional foi necessária, pois foram necessárias intervenções do interlocutor como diáde para auxiliar com as dificuldades dos sujeitos com a doença. As autoras afirmam sobre a importância de estudos com idosos saudáveis e portadores da patologia em relação às habilidades conversacionais que afetam as funções cognitivas-comunicativas.

3.5 LINGUAGEM E REFERENCIAÇÃO NA PERSPECTIVA SOCIOCOGNITIVA

A linguagem constrói relações que conduz às modificações funcionais relacionadas à práxis humana. O uso e a estrutura da linguagem contribuem para compreender os processos de significação e encontrar as alterações linguísticas na DA. Pensando nisso, o recorte teórico desta pesquisa foi realizado com base em estudos sobre a linguagem e a cognição. A partir dos pressupostos de Bakhtin (1981; 1992), Vygotsky (1988; 2003) e Mondada e Dubois (1995), foi possível construir um diálogo para organizar as bases fundamentadoras no viés da referenciação discursiva como construção de significado social.

A linguagem é fundamentada na estrutura enunciativo-discursiva pelas interações humanas. Bakhtin (1981) realizou estudos em relação aos conceitos da linguística sociointeracionista, fundamentando-se no fenômeno social da interação de linguagem que ocorre na enunciação. Segundo Bakhtin (1981, p. 135-136), “(...) a interação da linguagem constitui na realidade fundamental da língua”, sendo a enunciação o produto da interação social: “(...) a enunciação é o produto da interação de dois indivíduos socialmente organizados” (BAKHTIN, 1992, p. 112). Os enunciados são constituídos do conteúdo, da seleção de recursos linguísticos e da construção de sentidos em diversos contextos discursivos. A utilização da língua constitui os enunciados, podendo ser representados entre orais e escritos, concretos e únicos, que integram a atividade humana

(BAKHTIN, 1992, p. 279). A plasticidade da linguagem e a dinamicidade de gênero é manifestada pelo epilinguístico, que apresenta conceitos cognitivos e pragmáticos em relação ao contexto de fala em sua constituição social. Vygotsky (1996) dialoga com esse pensamento ao elaborar a teoria do conhecimento, que investigou a constituição das relações sociais por intermédio da linguagem do sujeito.

Segundo Vygotsky (2003, p. 11), “(...) a linguagem é um meio de comunicação social, enunciação e compreensão”. A construção do significado é a unidade das funções da linguagem tanto quanto o pensamento. Desse modo, a comunicação está relacionada às experiências vivenciadas, bem como à análise do pensamento em relação ao significado das palavras e a ligação com a expressão e a referencialidade concreta. Os pensamentos são estruturas complexas.

Para Vygotsky (2003, p. 411), “(...) a palavra nos infunde a lembrança do seu significado como qualquer coisa que nos faz lembrar de outra coisa”. Assim, tem-se que o desenvolvimento do aspecto semântico em que ocorre uma rede associações como referência para formação do significado da palavra.

Em consonância com os postulados de Vygotsky (2003, p. 453), “(...) as modalidades de discurso têm as suas peculiaridades nas escolhas das expressões, emprego das formas gramaticais e dos modos sintáticos de fusão das palavras no discurso”. Na construção discursiva, as escolhas são estabelecidas diante do repertório referencial para a seleção de palavras que correspondem ao pensamento.

Mondada e Dubois (1995, p. 305), ao analisarem a construção do discurso, observaram três tipos de categorias de análise: flexíveis, instáveis e variáveis, que compreendem o “(...) processo de referenciação como categorizações por meio de interações individuais e sociais com o mundo”. Entende-se uma relação com Vygotsky do ponto de vista da linguagem como construção social, a partir de uma perspectiva sociocognitiva dos processos de referenciação com a interação de sujeitos com alterações de linguagem. Para Mondada (2019, p. 11) “(...) a referência é concebida no interior de um modelo de correspondência entre as palavras do discurso e os objetos do mundo”. Desse modo, o sujeito do discurso estabelece com o interlocutor uma interação na fala.

Para Mondada (2019, p. 12), a “memória discursiva” pode ser compreendida como o uso de linguagem em contexto e sociedade, com abordagens cognitivas que remetem as atividades de “(...) referenciação e conhecimentos compartilhados, adequações referenciais” ao sujeito com relação intersubjetiva.

Os processos intersubjetivos são manifestações de práticas interativas do sujeito. Mondada (2019, p. 15) adota “(...) critérios de: interioridade e exterioridade, dentro e fora, acessibilidade e inacessibilidade”. Tais critérios contribuem para o entendimento do “(...) uso de marcadores discursivos estabelecendo um espaço intersubjetivo” como os verbos de percepção podem ser observados como transferência semântica e a “percepção de um referente é metaforicamente interpretado”. A referenciação visual pode ser estabelecida a fim de aprofundar a dimensão interacional dos procedimentos de elaboração.

As relações entre a linguagem e os aspectos cognitivos com base no funcionamento que contempla a teoria vygotskyana (1988; 2003) dialogam com a referenciação de Dubois e Mondada (1995). Com isso, “(...) a linguagem e suas categorias linguísticas têm lugar, mas a uma forma de pensamento mediado e impregnado de linguagem” (DUBOIS; MONDADA, 2002, p. 51). Portanto, os processos cognitivos e a linguagem referem-se à internalização da construção social e dialógica. As alterações cognitivas, nesse sentido, podem apresentar um prejuízo para a linguagem, o que leva às reflexões sobre o contexto de fala do sujeito, possibilitando processos de significação. A atividade do discurso gera os referentes (DUBOIS; MONDADA, 1995), que se tornam objetos de discursos e tecem a reconstrução da coerência por meio dos processos referenciais, construindo sentido para o texto em interação do locutor e interlocutor elaborando um contexto por meio do pensamento.

Na próxima seção, são apresentados os métodos adotados para o desenvolvimento desta pesquisa.

4 MÉTODOS

4.1 PARTICIPANTES

Os sujeitos participantes da pesquisa são idosos moradores da região Sudeste do Brasil, especificamente da cidade de São Paulo e do Rio de Janeiro. No âmbito da coleta de dados, os entrevistados que responderam às perguntas correspondem às faixas etárias entre 60 e 99 anos.

Ao todo, foram 15 idosos entrevistados, que se dividem em dois grupos comparativos: idosos que residem em instituição de longa permanência e idosos que moram com familiares. A partir deles, criou-se uma subdivisão de quatro categorias: (a) moradores de São Paulo; (b) idosos de São Paulo residentes em instituição de longa permanência, diagnosticados com DA; (c) idosos de São Paulo residentes em instituição de longa permanência, diagnosticados saudáveis; (d) moradora do Rio de Janeiro com diagnóstico de Alzheimer com canal próprio na plataforma de compartilhamento de vídeos YouTube, denominado *O bom do Alzheimer*.

Para facilitar a referência dos participantes da pesquisa, os indivíduos foram identificados em uma escala de 1 a 15 sem identificação do nome do sujeito. O intuito de realizar essa classificação foi promover uma uniformização dos dados em relação a alguns aspectos comparativos. Para que fosse possível a visualização das informações, construiu-se um quadro com os sujeitos da pesquisa, identificação daqueles que possuem o diagnóstico da DA e quais residem em instituição de longa permanência (Quadro 1).

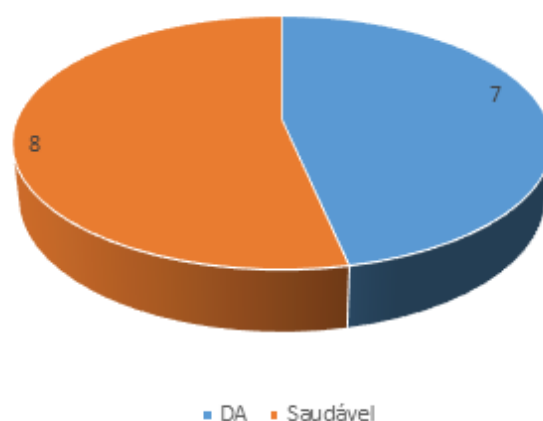
Quadro 1 – Informações sobre os sujeitos da pesquisa

Sujeitos da pesquisa	Diagnóstico da Doença de Alzheimer	Residentes de Instituição de Longa Permanência
1	sim	sim
2	sim	sim
3	sim	sim
4	não	sim
5	não	sim
6	sim	não
7	sim	não
8	não	não
9	não	não
10	não	não
11	não	não
12	não	sim
13	sim	sim
14	sim	não
15	não	não

Fonte: elaborado pela autora (2022).

Para otimizar a visualização dos participantes da pesquisa, distribuíram-se os dados nos Gráficos 1, 2 e 3 com o intuito de facilitar o entendimento do corpus e diferenciar os sujeitos saudáveis daqueles que apresentam o diagnóstico da DA.

Gráfico 1 – Distribuição de participantes com DA

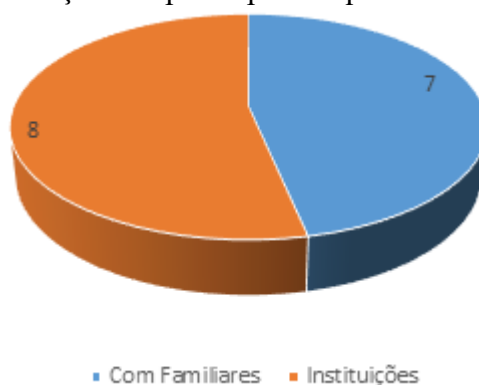


Fonte: dados da pesquisa (2022).

Os participantes da pesquisa foram oito sujeitos saudáveis e sete sujeitos com o diagnóstico da DA (Gráfico 1). Ao todo, 15 entrevistados colaboraram com a pesquisa, autorizando a divulgação dos dados obtidos.

Na sequência, foi realizada a distribuição dos participantes da pesquisa quanto ao tipo de residência, pois, de acordo com o recorte deste estudo, os entrevistados poderiam morar em instituições de longa permanência (casa de repouso) ou com familiares (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Distribuição dos participantes quanto ao tipo de residência

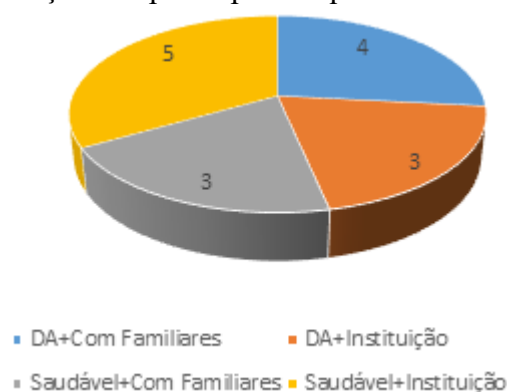


Fonte: dados da pesquisa (2022).

São oito os sujeitos que moram com a família e sete que residem em instituições de longa permanência (Gráfico 2). Muitos idosos que moram nas casas de repouso são temporários, pois têm sua residência e, para não ficarem sozinhos quando o cuidador precisa se ausentar, passam a residir nas instituições por um tempo determinado. No caso dos sujeitos da pesquisa, todos são fixos, ou seja, não retornam para as suas casas.

Com o intuito de trazer um panorama do corpus em relação à distribuição dos participantes da pesquisa quanto à DA e o tipo de residência, foi elaborado o Gráfico 3, que facilita o entendimento da proporção dessa distribuição.

Gráfico 3 – Distribuição dos participantes quanto à DA e tipo de residência



Fonte: dados da pesquisa (2022).

Sobre os dados obtidos em relação à distribuição dos participantes, foram cinco os sujeitos saudáveis que moram em instituição de longa permanência, além de três sujeitos saudáveis que moram com a família, quatro com diagnóstico da DA que moram com familiares e três sujeitos com diagnóstico da DA que residem em instituição de longa permanência. Com essas informações, consegue-se entender o perfil dos entrevistados da pesquisa e a construção de referenciação produzida na narração da história de vida. Os sujeitos que apresentam a DA e moram com os familiares apresentaram uma variação discursiva com mais detalhes de lembranças sobre suas histórias de vida do que idosos nas instituições de longa permanência que sentiam dificuldade para se expressar. Foi possível notar uma diferença em relação às desordens da linguagem ao se comparar com sujeitos saudáveis, considerando a perspectiva sociocognitiva.

4.2 PROCEDIMENTOS

4.2.1 Detalhamento do processo de coleta de dados

A realização das entrevistas visou uma interação espontânea com os sujeitos idosos. Assim, o entrevistado pôde discorrer sobre o assunto sem se limitar à indagação por parte da entrevistadora, em virtude de conseguir mais espontaneidade dos entrevistados. Desse modo, foi possível obter o consentimento na livre expressão dos

idosos em certos momentos dos depoimentos. O procedimento se justifica, porque os sujeitos contribuíram com seus depoimentos para que fosse possível a manutenção conversacional de forma a otimizar os resultados.

A metodologia da entrevista compreensiva (KAUFMANN, 2013) permitiu à entrevistadora compreender o entrevistado com maior flexibilidade da multiplicidade de informações, considerando os reflexos dos sujeitos da pesquisa em sua condição social e individual. Esse instrumento considerou os aspectos do sujeito com Alzheimer que, por vezes, poderia apresentar uma perda na memória recente. Portanto, o seu tempo de resposta foi respeitado e o fato de ter um roteiro não causou desconforto. Os entrevistados foram respeitados de maneira igualitária entre representantes do sexo masculino e feminino. As entrevistas duraram de 12 a 60 minutos e foram feitas com um idoso por vez.

Para participação na entrevista, foi criado um questionário de perfil dos entrevistados (Anexo A) com a finalidade de fazer uma triagem dos idosos que aceitariam falar sobre sua história de vida. O intuito era observar a relação intersubjetiva e social da versão de mundo elaborada pelo sujeito da fala, em conformidade com a perspectiva sociocognitiva e interacionista, articulados com a abordagem enunciativo-discursiva da linguagem focada na observação da referenciação segundo a literatura de Mondada e Dubois (2003), que avalia em termos de adequações as finalidades práticas e as ações em curso dos enunciadores. As perguntas do questionário deveriam ser respondidas afirmativamente para dar sequência no Termo de Livre Consentimento e Esclarecimento – TCLE (Anexo B), protocolo estabelecido pelo Comitê de Ética autorizando a coleta de depoimentos dos idosos que residem na instituição de longa permanência, assim como daqueles que residem com familiares, sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes, obedecendo ao que está previsto nas leis que resguardam os direitos dos idosos (BRASIL, 2003).

4.2.2 Perfil dos entrevistados

A seleção dos entrevistados que voluntariamente foram candidatos para participar da pesquisa precisavam preencher alguns pré-requisitos. Primeiramente, deveriam ter mais de 60 anos, independentemente do sexo. Em relação à escolaridade, ter no mínimo concluído o 1º ano do Ensino Fundamental I. Posteriormente, eram questionados quanto aos meios de informação e hábitos como a prática de leitura de livros ou jornais, escutar

música ou rádio, assistir à televisão, ver o álbum de fotografia, navegar na internet e praticar atividade física. Essas perguntas tinham o intuito de conhecer o quanto era ativo o perfil do entrevistado, como era a relação com as tecnologias e entender qual era o canal de informação.

A questão que fazia referência à narração da história de vida determinava os participantes da pesquisa, pois as respostas precisavam ser afirmativas para que fosse possível dar continuidade à aplicação do instrumento. Foram 45 voluntários no total, mas 30 sujeitos não se sentiram confortáveis para falar sobre sua história de vida, pois remetiam a problemas familiares que não foram superados e acreditavam que, ao falar sobre seu passado, estariam vivenciando experiências complexas. Os sujeitos foram respeitados e contribuíram indiretamente, permitindo à pesquisadora ter um olhar cuidadoso no momento de questionar sobre a família, considerando o limite social para não invadir a individualidade, por vezes permitindo uma fala sem muitas interrupções e com mais liberdade.

Antes de iniciar a entrevista, os participantes foram lembrados que poderiam desistir, modificar o que não desejassem e inclusive eliminar falas. Todas as transcrições tiveram autorização e consentimento de divulgação (Anexo C). Os casais preferiram participar em alguns momentos individualmente e, em outros momentos, gostavam de interagir com seu companheiro para responder a algumas questões.

4.2.3 Roteiro da entrevista

O roteiro da entrevista (Anexo D) foi elaborado para semiestrutar as questões abertas e fechadas sobre a história de vida do sujeito da pesquisa, como: quais eram as pessoas e lugares importantes, como marcaram sua trajetória de vida, a lembrança de bons momentos, hábitos diários, se tinha alguma doença e, se tivesse, como era esse tratamento.

O entrevistado poderia discorrer sobre a história de sua vida sem se limitar à indagação por parte da entrevistadora, em virtude de conseguir mais espontaneidade por parte dos entrevistados. Desse modo, foi possível obter o consentimento na livre expressão dos idosos em certos momentos.

A narração da história de vida foi a ferramenta para construir uma comunicação com o participante da pesquisa. Os sujeitos poderiam narrar eventos que vivenciaram a partir da lembrança de uma imagem do álbum de família. A imagem apresentada não era

o elemento investigativo, mas o discurso que seria manifestado no momento que a memória autobiográfica, episódica e remanescente fosse acionada.

4.2.4 Protocolos de pesquisa com foco na Doença de Alzheimer

Os protocolos de pesquisa que foram investigados com foco em portadores da DA para entender as avaliações da linguagem em relação aos idosos saudáveis estão em conformidade com os estudos de Junco e Pereiro (1998), a partir de três aspectos de análise:

- 1) O funcional, referente à comunicação e interação. Foi analisado por meio das narrações das histórias de vidas dos idosos com base na teoria cognitiva de Van Dijk;
- 2) O estrutural, relacionado à organização linguística nos níveis fonológicos, sintáticos e lexicais. Para isso, foi realizada a construção do protocolo da avaliação da fala;
- 3) O cognitivo, que se refere à compreensão e produção de linguagem, a partir da utilização do teste de rastreio cognitivo MoCA (Anexo E) com a finalidade de observar os discursos dos idosos saudáveis e com o diagnóstico da DA.

Para esquematizar o estudo em relação à comunicação e interação, as entrevistas dos idosos foram observadas sob a perspectiva da teoria cognitiva. Para tanto, foram analisados nove tópicos com base na teoria de Van Dijk: i) propriedades das estruturas dos enunciados; ii) propriedades paralinguísticas; iii) observação e percepção do real contexto; iv) conhecimentos e idiossincrasias; v) interação e contexto; vi) discurso; vii) atos de fala - nível macro e micro; viii) semântica geral; ix) Frames - conhecimento de mundo, com o intuito de remeter uma análise e somar com o objetivo da pesquisa das narrativas do idosos por meio de análise discursiva com base na perspectiva sociocognitiva e interacionista, com a finalidade de possibilitar diferentes análises nos processos de construção de significado por meio da referenciação.

O aspecto estrutural relacionado à organização linguística nos níveis fonológicos, sintáticos e lexicais priorizado foi a fala, diferenciando o uso e a estrutura, em relação ao número de vezes observado no discurso. No Quadro 2, consta o protocolo da avaliação da fala sendo dividida em uso e estrutura.

Quadro 2 – Protocolo da avaliação da fala

Uso	Estrutura
Tempo	Palavras
Turnos	Sílabas
Quebras de turnos	Hesitações
Manutenção de tópicos	Pausas
Quebras comunicativas	Parafasias
Pedido de esclarecimento	Ecolalia
Revisões	Logorreia
	Disartria
	Quebras fonológicas
	Quebras lexicais
	Quebras sintáticas
	Quebras semânticas

Fonte: dados da pesquisa (2022).

Quanto ao aspecto cognitivo que se refere à compreensão e produção de linguagem, verificou-se e utilizou-se o teste de rastreio cognitivo MoCA, realizados nos diagnósticos de Alzheimer no Brasil e mundialmente utilizado como referência. Para aprofundamento do estudo, foram pesquisados outros testes para diagnóstico da DA, considerando os aspectos positivos e negativos. O teste MoCA foi selecionado como referência para análise da linguagem do idoso, o que permitiu uma análise da linguagem do idoso sem revelar sua identidade para contribuir com dados dos testes que fazem parte dos diagnósticos que avaliam a memória e a linguagem do idoso com a doença, mas não foi o foco a análise do teste.

O intuito foi observar alguns grupos distintos de idosos, sendo: em casas de repouso, residentes com familiares munícipes de São Paulo e independentes que moram sozinhos. Almejando relacionar a memória de eventos autobiográficos, episódicos e remanescentes, bem como o discurso dos pacientes e sua construção de linguagem, foi um total de 15 idosos participantes entrevistados, dez que realizaram o teste de cognição e cinco que optaram por não realizar o teste. Para avaliar a cognição foi aplicado o teste *Montreal Cognitive Assesment* (MoCA) – versão brasileira elaborada por Ana Luisa Rosas Sarmiento, Paulo Henrique Ferreira Bertolucci e José Roberto Wajman (UNIFESP –SP 2007). O MoCA é uma avaliação cognitiva sintetizada em uma página, sendo realizado em aproximadamente dez minutos. A pontuação máxima atingida é de 30 (score). Contudo, o teste MoCA segue o padrão fonético e fonológico que não é o mesmo do Brasil e, portanto, existem respostas diferentes. Como exemplo, a questão que solicita para o paciente dizer o maior número de palavras com a letra F poderia ser substituída

pela B para os brasileiros. Mesmo assim, é uma avaliação eficiente, pois abrange diferentes domínios: cognitivo; função executiva; capacidade visuoespacial; memória; atenção; concentração e memória de trabalho; linguagem e orientação. Portanto, esse teste foi eleito na aplicação por ser um modelo de avaliação mais utilizado para avaliar o campo linguístico e cognitivo em desenvolvimento desde 2007, considerado um método eficaz para o rastreamento do cognitivo nos sujeitos com neurodegeneração.

Alguns dados, como escolaridade e idade, são fatores que precisam ser considerados para não indicar uma fase severa do Alzheimer, de acordo com os estudos realizados por Freitas *et al.* (2010, p. 346), em relação ao teste MoCA:

(...) um desempenho em testes de avaliação inferior ao esperado para a idade e/ou escolaridade; este déficit não é suficientemente severo para o estabelecimento do diagnóstico de uma demência, nem para interferir de modo significativo na capacidade funcional do indivíduo que mantém as suas atividades de vida diária praticamente normais.

Os fatos sociais foram suprimidos, porque muitas vezes não contribuíram para um desenvolvimento cognitivo, como a evasão escolar no Ensino Fundamental I para o ingresso no mercado de trabalho (na maioria dos casos em área rural) e considerando a prática de famílias em atividades agrícolas, mineração e carvoeira, as quais tinham filhos para auxiliar na renda familiar, além do trabalho doméstico ser desempenhado por crianças em algumas ocasiões. A exploração infantil não ocorre somente na área rural, mas também na zona urbana, porém é extremamente prejudicial no desempenho escolar, porque limita o desenvolvimento e retira o direito de exercer a cidadania. A criança é inserida em um círculo vicioso da baixa instrução ocasionado pela pobreza. Consequentemente, tornam-se idosos com danos cognitivos irreparáveis. Além disso, muitas doenças podem agravar ainda mais esse prejuízo.

Na Instituição de Longa Permanência I, localizada no bairro Jardim Fernandes, situada na Zona Leste de São Paulo, espaço que, entre 2019-2021, tinha oito idosos observados por uma técnica de enfermagem, sendo quatro com diagnóstico de Alzheimer, residem: a primeira entrevistada, uma senhora proveniente de Juiz de Fora/MG, a qual está no estágio inicial e faz uso de medicamentos para controlar os sintomas da doença e cujo filho apresentou dificuldade de ministrar o cuidado com a mãe, optando, assim, pela casa de repouso; um casal de idosos, ambos com Alzheimer inicial, em que a esposa foi diagnosticada primeiro e realiza tratamento, enquanto o marido nega ter a doença. Ambos aceitaram realizar a entrevista contanto que fosse direcionada à esposa como portadora

da doença. O casal fica na casa de repouso duas vezes por mês, quando a filha não pode ficar com eles. O quarto idoso está no estágio severo da DA. Ele não consegue mais falar, comunica-se por gestos e não aceitou realizar a entrevista, apesar dos familiares terem aceitado. Os demais idosos apresentam diabetes, hipertensão, dificuldades motoras, há dois idosos com diagnóstico de esquizofrenia, um com diagnóstico de depressão e suspeita de bipolaridade, mas não apresentam nenhum diagnóstico de Alzheimer e não aceitaram realizar a entrevista, porque não queriam deixar de assistir a um filme (no local há um horário determinado para assistir à televisão). Na segunda visita, foi aplicado o teste MoCA, com o auxílio de uma enfermeira, em uma idosa com diagnóstico de Alzheimer. Ela já havia realizado a entrevista.

Na Instituição de Longa Permanência II, localizada no bairro Vila Carrão, situada na Zona Leste de São Paulo, são dez os idosos pacientes residentes e dois temporários apresentando as seguintes enfermidades: acamados, amputados, AVC, doença de Parkinson e Alzheimer. Os idosos podem usar o celular, assistir à televisão, fazer trabalhos manuais, realizar exames médicos periodicamente, sendo assistidos por uma equipe médica diariamente.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, foram realizadas duas visitas. Na primeira foram entrevistadas duas idosas, sendo uma com suspeita de início de Alzheimer e outra com o diagnóstico de Alzheimer inicial. Na segunda visita foi realizada a entrevista com duas idosas e aplicado o teste MoCA junto com equipe médica em quatro idosas: duas portadoras de Alzheimer, com suspeita de ter o início da doença, e outra sem ter nenhum problema cognitivo, em sala reservada e individualmente. Todas as quatro idosas já tinham realizado a entrevista e fizeram o teste MoCA.

Foram cinco os participantes da pesquisa que moravam com os familiares que aceitaram fazer a entrevista e o teste MoCA. Dois participantes tinham o diagnóstico de Alzheimer, um participante que teve AVC estava em processo de recuperação e dois estavam saudáveis. No entanto, tiveram cinco outros participantes, sendo um casal que mora na Casa de Repouso I, um idoso saudável que mora sozinho, e mãe e filha que moram juntas. Eles realizaram a entrevista e optaram por não fazer o teste de rastreio cognitivo. Foram 15 participantes no total. Dez realizaram o teste MoCA.

Na próxima seção são apresentados os resultados e a discussão dos dados coletados nesta investigação.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos na pesquisa foram feitos mediante as entrevistas com os idosos selecionados após a triagem dos questionários de perfil e que aceitaram as condições da pesquisa. Os dados obtidos contribuíram para uma análise principalmente em relação às falas dos sujeitos com DA, sendo traçado um comparativo com sujeitos que não apresentavam a doença.

Com base em Junco e Pereiro (1998), os resultados foram divididos em três aspectos de análise, sendo: i) funcional; ii) estrutural; iii) cognitivo. O primeiro aspecto refere-se à interação e comunicação discursiva observada nas memórias narrativas das histórias de vida dos idosos com base no modelo teórico cognitivo de Van Dijk (1992). O estrutural visou à organização linguística nos níveis fonológicos, sintáticos e lexicais. Já o aspecto cognitivo, que se refere à compreensão e produção de linguagem, verificou-se utilizando o teste de rastreio cognitivo MoCA, que avalia as diferentes percepções visuais e cognitivas em relação à memória e linguagem, e o uso da referenciação visual (MONDADA; DUBOIS, 1995), que era o álbum de família com a finalidade de observar os discursos em interação com o foco comunicativo de compreender os eventos autobiográficos dos idosos saudáveis e com o diagnóstico da DA em relação aos aspectos linguísticos e cognitivos, como construção de significado.

5.1 ASPECTO FUNCIONAL – INTERAÇÃO E COMUNICAÇÃO

O discurso é a linguagem em interação. Portanto, a partir dele, os recortes das falas foram possíveis para análise como parte da historicidade inscrita nesse discurso. O emissor e o receptor constroem uma interação discursiva que corresponde ao espaço social em que fazem parte do processo de narração de suas lembranças do sujeito da enunciação.

Com o intuito de esquematizar um estudo em relação aos resultados obtidos sob a perspectiva da linguagem e com base na teoria de Van Dijk (1992) do ponto de vista da teoria cognitiva compreensão da pragmática, foram subdivididos em nove tópicos que apresentaram relevância para a investigação do sujeito com Alzheimer e sem a doença.

A teoria de Van Dijk (1992) apresenta o modelo teórico cognitivo para compreender os resultados obtidos sob a perspectiva da linguagem e a referenciação. Para tanto, selecionou-se quatro aspectos para estudo em relação aos sujeitos da pesquisa,

sendo: a interação e contexto, discurso, atos de fala e referenciação. As análises apresentadas referem-se às transcrições dos 15 sujeitos da pesquisa (Anexo F), sendo apresentadas em tópicos a fim de visualizar os dados, com base na análise de contexto estruturado por Van Dijk (1992): 1) tipo de contexto social; 2) instituição; 3) funções; 4) ato de fala, 5) situação dialógica; 6) turnos; e 7) referência - *frames*.

5.1.1 Sujeito 1 - Alzheimer - Instituição de Longa Permanência (ILP)

O tipo de contexto social é a história de vida de um sujeito com Alzheimer em instituição de longa permanência, sendo as funções: L1(x) pesquisadora; L2(y) sujeito da pesquisa. O ato de fala é o contexto privado e informal, produzido em uma situação dialógica em que o falante L2(y) narra para a ouvinte L1(x) sua história de vida.

Turno 1- tópico- lugar de origem: L2(y)- *Eu nasci em Juiz de Fora, num lugar bom, em Minas, né. Lá em Minas. Passeei bastante.*

O sujeito da pesquisa apresenta uma repetição de fala sobre o lugar onde nasceu. Usa marcas de oralidade, como “né”, ao solicitar uma confirmação do ouvinte. A estrutura semântica do enunciado denota que o falante realiza uma debreagem de lugar, enfatizando o “lá” para indicar essa distância de espaço geográfico no ato de fala.

Turno 1- tópico- profissão: L2(y)- *Fui cantora ...é fui cantora. Hoje não canto, porque tô meio “desorient”, né.*

O ato de fala marca a presença da repetição, hesitação e quebra de tópico. Nota-se, no trecho transcrito, a elipse de sujeito, a ruptura da sequência coerente de sentenças do discurso com quebras de estruturas sintáticas e fonética. No discurso, observa-se que o sujeito interrompe a sentença discursiva para esclarecer ao ouvinte sobre uma “desorient” parafasia (LESSER, 1978) “desorientação” em seu pensamento e o reforço do marcador conversacional na expectativa de confirmação.

Turno 1- tópico -experiência profissional: L2(y)- *Fui cantora comecei no Silvio Santos fiz bastante programas, cantava também em bailes, meu pai gostava muito de tocar e eu acompanhava ele, cantando, bem feliz. A única coisa que eu não tive foi cant... assim, muita alegria, né.*

No discurso do sujeito observam-se as formas de sentenças afirmativas, com denotação de eventos, ações, propriedades do contexto no primeiro período. No segundo período, tem-se a negação com quebra fonética e semântica. A fala apresenta uma capacidade discursiva, conseguindo apresentar elementos de sua memória episódica, mas

com quebras comunicativas. Mas tem-se a presença da alteração da linguagem, como a parafasia “cant” (LESSER, 1978).

5.1.2 Sujeito 2 - Alzheimer - Instituição de Longa Permanência (ILP)

O tipo de contexto social é a história de vida de um sujeito com Alzheimer em instituição de longa permanência, sendo as funções L1(x) pesquisadora e L2(y) sujeito da pesquisa. O ato de fala é o contexto privado e informal, produzido em uma situação dialógica em que o falante L2(y) narra para a ouvinte L1(x) sua história de vida.

Turno 1- tópico – lugar de origem: L2(y)- *Eu nasci, eu nasci em Monte Azul. Conhece?*

A presença de repetições “eu nasci” apresenta uma ecolalia que na “(...) avaliação habitual poderia ficar somente na consideração dos elementos contaminados e ecolálicos deste episódio” (COUDRY, 1988, p. 19). No entanto, tem-se um problema discursivo, sendo necessária uma avaliação dialógica contextualizada. Para isso, apresenta-se episódio, com outros turnos, abaixo:

Turno 2- tópico – lugar de origem: (interação com o sujeito para explicar a referenciação) L1(x)- Onde fica localizado Monte Azul?

Turno 3- tópico – lugar de origem: L2(y)- Sei lá... ((mostra a língua))

Turno 3- tópico – lugar de origem: L2(y)-Fica na ... sei lá. Sei que eu nasci lá.

Turno 3-tópico – história de vida: L2(y)- Eu sou uma menina muito trabalhadora. Trabalhei na roça.

No momento da fala, o sujeito apresenta uma “propriedade paralinguística” (VAN DIJK, 1992, p. 77) manifestada na “expressão facial” de forma descontextualizada, além de uma “disfluência da oralidade” ou da conversação espontânea, como as frases incompletas, os lapsos, as repetições e as hesitações (MORATO, 2010, p. 28).

5.1.3 Sujeito 3 - Alzheimer - Instituição de Longa Permanência (ILP)

O tipo de contexto social é a história de vida de um sujeito com Alzheimer em instituição de longa permanência, sendo as funções L1(x) pesquisadora e L2(y) sujeito da pesquisa. O ato de fala é o contexto privado e informal, produzido em uma situação dialógica em que o falante L2(y) narra para a ouvinte L1(x) sua história de vida.

Episódio:

Turno 1- tópico – história de vida: L1(x)- *Gostaria de saber informações sobre a sua história de vida? A senhora sempre morou em São Paulo?*

Turno 2- tópico – história de vida, não mencionada:L2(y)- *Não, ... agora não tem.... só neto. De vida é só eu mesmo. Eu que fico na casa eu que faço tudo. Ficou tudo na minha mão. Eu que compro e faço tudo.*

O ato de fala do sujeito é marcado pela quebra comunicativa. Ele não responde o que foi questionado, rompendo com a estrutura oracional das sentenças, não estabelecendo uma “sequência de proposições” (VAN DIJK, 1992, p. 103). Há uma mudança de tópico de forma descontextualizada, sendo uma “disfluência da conversação espontânea” marcada pela digressão e frases incompletas (MORATO, 2010, p. 28). Também ocorrem as repetições de palavras “eu que”, “tudo”, “só”, que não atribuem a estrutura textual relativa ao gênero “história de vida”, mas rompe com a semântica embora faça uso do léxico em primeira pessoa. Assim, tem-se a marca da parafasia, com produção de palavras e frases não intencionais, ocasionando perda da metalinguagem no processo comunicativo. No contexto da fala, observa-se uma tentativa de o sujeito mencionar que ter ficado sozinha foi o resultado da sua história de vida. Apesar de residir em uma instituição de longa permanência, o sentimento de solidão é presente. Mesmo tendo diversas pessoas constantemente ao seu redor, não estabelece nenhum vínculo familiar.

5.1.4 Sujeito 4 - Saudável - Instituição de Longa Permanência (ILP)

O tipo de contexto social é a história de vida de um sujeito saudável em instituição de longa permanência, sendo as funções L1(x) pesquisadora e L2(y) sujeito da pesquisa. O ato de fala é o contexto privado e informal, produzido em uma situação dialógica em que o falante L2(y) narra para a ouvinte L1(x) sua história de vida.

Turno 1- tópico – história de vida -L2(y) - *Eu não tenho história de vida. Era uma criança normal. A minha mocidade foi muito boa graças a Deus, meus pais que me ajudaram e auxiliaram. Eu não casei, porque eu não quis (aumenta o tom de voz), não casei porque eu não quis. Tanto é que estou quase com cem anos.*

O sujeito apresenta fluência verbal, com velocidade na fala e discurso coerente. No ato de fala, nota-se uma entoação no enunciado: “Eu não casei, porque não quis”, para enfatizar a atitude de que não desejou o compromisso matrimonial.

5.1.5 Sujeito 5 - Saudável - Instituição de Longa Permanência (ILP)

O tipo de contexto social é a história de vida de um sujeito saudável em instituição de longa permanência, sendo as funções L1(x)- pesquisadora e L2 (y)- sujeito da pesquisa. O ato de fala é o contexto privado e informal, produzido em uma situação dialógica em que o falante L2(y) narra para a ouvinte L1(x) sua história de vida.

Turno 1- tópico- história de vida: L2(y) - Eu nasci em 24/06/1929. Eu sempre fui muito família. A gente já era instruída a ser assim. Corrigir era passar filhos e netos. E sair desse plano.

O sujeito apresenta uma estrutura oracional das sentenças, com discurso organizado. A contextualização do truncamento: “Corrigir era passar filhos e netos. E sair desse plano” seria ensinar os valores familiares para os filhos e netos, com o intuito de que não houvesse fuga deste plano de formação pessoal.

5.1.6 Sujeito 6 - Alzheimer - Reside com a Família

O tipo de contexto social é a história de vida de um sujeito com Alzheimer em sua residência com familiares, sendo as funções L1(x)- pesquisadora e L2 (y)- sujeito da pesquisa. O ato de fala é o contexto privado e informal, produzido em uma situação dialógica em que o falante L2(y) narra para a ouvinte L1(x) sua história de vida.

Episódio:

Turno 1- tópico – história de vida -L1(x) Gostaria que o senhor comentasse sobre a história de sua vida?

Turno 2- tópico – história de vida -L2(y)- Para conversar em português é difícil.

Turno 3- tópico – história de vida -L1(x)- *O senhor sempre morou no Brasil?*

Turno 4- tópico – história de vida -L2(y)- *Não, eu nasci no Japão. Trabalhei na roça. Puxar enxada. Por muito tempo. Depois vim para o Brasil, mas sempre quis voltar para o Japão com meu pai. E agora eu insisti e fui para o Japão. Mas não era como aqui, que*

se explicava como era. Mas depois disso eu parecia ter me enganado e voltei para o Brasil. No Brasil eu vim com meu pai.

O ato de fala do sujeito da pesquisa é marcado por quebras comunicativas, e com dificuldade em manter o tópico solicitando uma interação na fala. Observa-se que o sujeito apresenta alteração na linguagem nos aspectos da metalinguística (memória executiva, repetição de palavras e orientação temporal). É o contexto social do sujeito que, apesar de residir no Brasil, não considera ter domínio no idioma e identifica-se com dificuldades na linguagem no aspecto sintático e semântico. O sujeito apresenta o marcador conversacional de tempo “agora”, mas refere-se a uma ação no passado “insisti” e “fui” apresentando uma “disfluência no âmbito da conversação espontânea” (MORATO, 2010, p. 28).

5.1.7 Sujeito 7 - Alzheimer - Reside com a Família

O tipo de contexto social é a história de vida de um sujeito com Alzheimer em sua residência com familiares, sendo as funções L1(x)- pesquisadora e L2 (y)- sujeito da pesquisa. O ato de fala é o contexto privado e informal, produzido em uma situação dialógica em que o falante L2(y) narra para a ouvinte L1(x) sua história de vida.

Turno 1- tópico – história de vida -L2(y)- *Olha, a minha vida não foi tão boa. Perdi minha mãe muito nova, fiquei com meu pai e meus irmãos ele que nos criou. Estou aqui casada, com meu filhos eu me sinto bem. Às vezes a cabeça falha um pouco, mas também é muito pouco. Sabe, eu não gosto de sair sozinha inclusive eu fico meia com medo de esquecer as coisas então eu quase não saio de casa. Quase não converso com as pessoas, às vezes meus vizinhos puxam conversa comigo, quando eles puxam, minha vizinha lá, mas eu não gosto de conversar com as pessoas com medo de errar muito. Sou muito quieta dentro da minha casa, não sou de sair, não gosto muito ... meu jeito de ser ...*

O ato de fala do sujeito é marcado pela quebra comunicativa, inicialmente na fala que visa responder o questionamento, mas apresenta um desvio da concordância “fui casada e tenho meus filhos”. Além da “disfluência da conversação espontânea”, (MORATO, 2010, p. 27) digressão “eu me sinto bem”, parafasia “cabeça” por memória rompendo com a estrutura oracional das sentenças, não estabelecendo uma “sequência de proposições” (VAN DIJK, 1992, p. 103). Mudança de tópico de forma descontextualizada e “aspectos metalinguísticos” (MORATO, 2010, p. 27), como as repetições de palavras “eu” e “não”.

5.1.8 Sujeito 8 - Saudável - Reside com a Família

O tipo de contexto social é a história de vida de um sujeito saudável em sua residência com familiares, sendo as funções L1(x)- pesquisadora e L2 (y)- sujeito da pesquisa. O ato de fala é o contexto privado e informal, produzido em uma situação dialógica em que o falante L2(y) narra para a ouvinte L1(x) sua história de vida.

Turno 1- tópico – história de vida -L2(y) *Eu nasci em Iguapé, Minas Gerais e vivi até os doze anos, e depois eu vim para cidade eu estudei até a segunda série. Aconteceu um negócio que eu perdi meu pai com 45 anos e eu estava com 17 anos. Ficou eu e minha mãe e mais cinco irmãos menores, tive que sair para trabalhar e fiquei durante sete anos em uma Usina Hidroelétrica, depois eu vim para São Paulo e quando me casei. Aqui em São Paulo eu trabalhei durante 27 anos na Matarazzo e me aposentei. Estudei até completar o Segundo Grau. Não cheguei a fazer mais. Teve a família e os filhos maravilhosos. Eu fui o filho mais velho que ajudou a minha mãe a sustentar os outros filhos. Minha mãe faleceu sete anos depois do meu pai. Minha irmã acabou de criar meus irmãos e eu tinha que trabalhar. Tinha dias que eu trabalhava 36 horas na Usina sem dormir, sem nada.*

O sujeito apresenta uma organização discursiva mais elaborada, bem como estratégias de coerência, detalhando uma sequência de eventos em períodos específicos.

5.1.9 Sujeito 9 - Saudável - Reside com a Família

O tipo de contexto social é a história de vida de um sujeito saudável em sua residência com familiares, sendo as funções L1(x)- pesquisadora e L2 (y)- sujeito da pesquisa. O ato de fala é o contexto privado e informal, produzido em uma situação dialógica em que o falante L2(y) narra para a ouvinte L1(x) sua história de vida.

Turno 1- tópico – história de vida -L2(y) *Eu nasci em Passos, Minas Gerais. A maior parte da minha vida eu vivi na roça eu tinha 14 anos quando vim para São Paulo em 1963, com o intuito de estudar ia fazer quinze anos. Naquela época as crianças podiam tirar a carteira de trabalho e entrei para uma firma no Tatuapé. Eu naquela para estudar. Hoje é o EJA e naquela época era o MOBREAL, como estava com 14 anos e no segundo ano escolar na roça eu tinha que fazer o MOBREAL, eu fiz na Catedral de São Miguel. Meu pai pediu para voltar para casa. E eu já estava preparada para entrar no ginásio,*

mas ele não deixou então eu tive que voltar para roça, mas eu consegui estudar. Aquilo marcou muito para mim. Acredito que passamos no lugar que precisamos.

O sujeito 9, assim como o 8, também apresenta uma organização discursiva mais elaborada, bem como estratégias de coerência, detalhando uma sequência de eventos em períodos específicos.

5.1.10 Sujeito 10 - Saudável - Reside com a Família

O tipo de contexto social é a história de vida de um sujeito saudável em sua residência com familiares, sendo as funções L1(x)- pesquisadora e L2 (y)- sujeito da pesquisa. O ato de fala é o contexto privado e informal, produzido em uma situação dialógica em que o falante L2(y) narra para a ouvinte L1(x) sua história de vida.

Turno 1- tópico – história de vida -L2(y) *Sou brasileiro, nascido na cidade de São Paulo, família de origem lusitana. Antes de falar sobre minha ida para Portugal. Sofri um atropelamento, fiquei seis dias em coma. Recuperei sem sequelas. Fui para Portugal e lá vivi até os doze anos, foi a fase que considero mais incrível e a sorte de ter uma família muito bem estruturada com recursos financeiros, então eu vivi muito bem e feliz. Voltamos ao Brasil tinha 12 anos e meio, a vinda não foi tão maravilhosa, mesmo assim tive uma vida confortável, passei minha adolescência tranquilo, depois fiz faculdade de Administração de sistemas, trabalhei como funcionário público e lá conheci minha ex-mulher tive um filho em 1990, não é biológico. Mas é meu filho. Mas acabamos nos separando. Conheci minha atual esposa que estamos juntos há três anos. Estou aposentado, descobri alguns problemas de saúde, mas me sinto muito bem. E teria detalhes interessantes durante essa jornada toda, mas eu quis fazer um comentário muito rápido para falar de 64 anos de vida, mas se for para fazer um histórico rápido é isso daqui.*

O sujeito apresenta uma organização discursiva mais elaborada, bem como estratégias de coerência, detalhando uma sequência de eventos em períodos específicos. Também apresenta “macroproposições narrativas” (VAN DIJK, 1992, p. 118).

5.1.11 Sujeito 11 - Saudável - Reside com a Família

O tipo de contexto social é a história de vida de um sujeito saudável em sua residência com familiares, sendo as funções L1(x)- pesquisadora e L2 (y)- sujeito da

pesquisa. O ato de fala é o contexto privado e informal, produzido em uma situação dialógica em que o falante L2(y) narra para a ouvinte L1(x) sua história de vida.

Turno 1- tópico – história de vida -L2(y) Sou A. Natural de Lins em São Paulo, tenho 72 anos estou em São Paulo desde 1961. Meu avô era delegado de ensino em Lins. Lá minha mãe conheceu meu pai que era diretor da escola e ela era professora e dois se casaram só que meu pai só viveu três anos, então nos fomos para Bauru e lá meu pai morreu eu sou de 1947, meu pai morreu faz 25 anos. E daí que eu fui criado pelos meus avôs paternos em Bauru. Em 1961 eu vim para São Paulo, eu fui morar com meu avô por parte de mãe que ele era delegado, mas se aposentou em 1961. E daí nos fomos todos para São Paulo. Fiz os cursos normais quando eu cheguei aqui eu fui estudar no Colégio de São Bento, isso em 1961. Em 1962 eu estudei no Colégio Starfford. Fui para um Ginásio Estadual em Santana fiz o científico no mesmo Colégio Padre Antônio Vieira. Depois disso fiz Faculdade na Escola Superior de Propaganda e Marketing, sou formado em Marketing depois eu fiz pós-graduação lá mesmo, em Publicidade atuei na área de Marketing durante cinco anos, e daí eu fui para a área de Publicidade, eu trabalhei em vários veículos: no PCI na Apeninos, na Folha Metropolitana de Guarulhos, no Jornal Olho Vivo em Guarulhos, Gazeta, Rádio Transcontinental, tudo na área de Publicidade e me aposentei quando entrei no jornal do Farol em 2013, faz seis anos que sou aposentado. Sou viúvo. Tenho duas filhas, as duas filhas são comissárias de bordo, uma trabalha na Tam e a outra trabalha na Gol, tenho dois netos. Um dos meus netos fez USP também fez Faculdade de história e hoje já está dando aula têm 23 anos dá aula em dois colégios particulares e ontem ele fez testes para um outro colégio. Ele está fazendo a segunda faculdade lá na USP em Gestão Política. Meu outro neto quer ser jogador de futebol está no sub17 do clube da Portuguesa, essa é minha vida. Eu agora estou namorando, mas eu moro no meu apartamento e ela mora na casa dela por enquanto gosto muito de viajar, gosto muito de dançar, também canto, faço academia no Sesc, faço natação, sou católico apostólico romano, sou da pastoral do batismo há 40 anos dou curso de batismo. Acho que é isso mais alguma coisa?

O sujeito apresenta uma organização discursiva elaborada, bem como estratégias de coerência entre fatos, identificação de referentes por pronomes, indicações de espaço e tempo, detalhando sequência de eventos em períodos específicos, com representação do percurso discursivo da memória episódica em curso. Apresenta “macroproposições narrativas” (VAN DIJK, 1992, p. 118).

5.1.12 Sujeito 12 – Saudável - Instituição de Longa Permanência

O tipo de contexto social é a história de vida de um sujeito saudável em Instituição de Longa Permanência, sendo as funções: L1(x)- pesquisadora; L2 (y)- sujeito da pesquisa. O ato de fala é o contexto privado e informal, produzido em uma situação dialógica em que o falante L2(y) narra para a ouvinte L1(x) sua história de vida.

Turno 1- tópico – história de vida -L2(y) Sou paulistano, nascido e criado na Penha.

Turno 1- tópico – história de vida -L1(x)-Como vocês se conheceram?

Turno 1- tópico – história de vida -L2(y) Bailinho, dançando aqui. Bailinho lá. Porque era longe. Dançando.

O sujeito apresenta uma estrutura oracional das sentenças, mas com quebras de turnos, com discurso organizado. Com repetição discursiva, sem desenvolvimento do tópico.

5.1.13 Sujeito 13 - Alzheimer - Instituição de Longa Permanência (ILP)

O tipo de contexto social é a história de vida de um sujeito com Alzheimer em Instituição de Longa Permanência, sendo as funções L1(x)- pesquisadora e L2 (y)- sujeito da pesquisa. O ato de fala é o contexto privado e informal, produzido em uma situação dialógica em que o falante L2(y) narra para a ouvinte L1(x) sua história de vida.

Turno 1- tópico- história de vida: L2(y)- *Minha história de vida é muito complicada...muito por cima ...meu marido ... muita coisa...*

O sujeito da pesquisa não consegue manter o tópico. Portanto, têm-se quebras comunicativas, pausas, não há um desenvolvimento contextual, nem presença de repetição da mesma pergunta realizada pela pesquisadora em conformidade com Mansur (2011). Esse aspecto seria um indicativo de comprometimento cognitivo, pois o sujeito não consegue evocar informações recentes, ausência de ordem na estrutura oracional da sentença, não há cronologia.

Turno 1- tópico- história de vida: L2(y) *foi então eu vinha da casa da minha mãe escutando vozes ... uma coisa estranha, já fiquei diferente estranha, já não conseguia, mas comecei a ficar diferente, estranha aí eu já comecei a ficar diferente, foi assim... acho que não tá certo, não?*

A presença de repetições apresentando uma ecolalia que, na “(...) avaliação habitual poderia ficar somente na consideração dos elementos contaminados e ecolálicos

deste episódio” (COUDRY, 1988, p. 19), apresenta um problema discursivo, sendo necessária uma avaliação dialógica contextualizada, como exemplo: a palavra estranha, sendo a referência semântica inicial para “coisa”, contextualizando o fato de escutar vozes. Portanto, há uma quebra de sentido e a palavra “estranha” assume uma denotação de estado “fiquei diferente estranha” com valor de adjetivo. Assim, tem-se a falta de contexto “estranha aí” e percebe-se a falta de sentido sobre o que acabava de falar “acho que não tá certo, não?”.

5.1.14 Sujeito 14 - Alzheimer - Reside com a Família

O tipo de contexto social é a história de vida de um sujeito com Alzheimer em sua residência com familiares, sendo as funções L1(x)- pesquisadora, L2 (y)- sujeito da pesquisa e L3 (z)- sujeito da pesquisa com Alzheimer. O ato de fala é o contexto privado e informal, produzido em uma situação dialógica em que o falante L2(y) narra para a ouvinte L1(x) sua história de vida.

Turno 1- tópico – história de vida -L2(y) *Qual é o seu nome todo?*

Turno 2- tópico – história de vida -L3(z) *Meu no... passi*

Turno 3- tópico – história de vida -L2(y) *Seu nome? Seu nome?*

Turno 4- tópico – história de vida -L3(z) *F. S. A.*

Turno 5- tópico – história de vida -L2(y) *Muito bem!*

Turno 6- tópico – história de vida -L2(y) *Mãe quantos anos você tem?*

Turno 7- tópico – história de vida -L3(z) *Quinze.*

Turno 8- tópico – história de vida -L2(y) *Quinze anos.*

Turno 9- tópico – história de vida -L3(z) *É.*

Turno 10- tópico – história de vida -L2(y) *Gente olha, a mamãe tem 85 anos, ela fez magistério.*

Turno 11- tópico – história de vida -L3(z) *-Eu tenho 14 anos.*

Turno 12- tópico – história de vida -L2(y) *-Deu aula, era uma pessoa muito inteligente. Gostava de ler.*

Turno 13- tópico – história de vida -L3(z) *- 14 anos.*

Como o sujeito da pesquisa não consegue manter o tópico, observa-se o prejuízo cognitivo. Há também o transtorno da despersonalização (DUGAS, 1898), compreendido como uma alteração na autopercepção no sentido de existir (SIERRA; DAVID, 2011).

Portanto, há quebras comunicativas, pausas, não apresenta um desenvolvimento contextual, com presença de esquecimentos de eventos. Em conformidade com Mansur (2011), esse aspecto seria um indicativo de comprometimento cognitivo, pois o sujeito não consegue evocar informações recentes, ausência de ordem na estrutura oracional da sentença, não há cronologia.

5.1.15 Sujeito 15 - Saudável - Reside com a Família

O tipo de contexto social é a história de vida de um sujeito saudável em sua residência com familiares, sendo as funções L1(x)- pesquisadora e L2 (y)- sujeito da pesquisa. O ato de fala é o contexto privado e informal, produzido em uma situação dialógica em que o falante L2(y) narra para a ouvinte L1(x) sua história de vida.

Turno 1- tópico – história de vida -L2(y) *Oi pessoal, meu nome é C. eu tenho 60 anos, cuido da minha mãe F. que tem Alzheimer há dez anos.*

O sujeito apresenta uma estrutura oracional das sentenças, mas com quebras de turnos, com discurso organizado.

5.1.16 Síntese dos dados do aspecto funcional- interação e comunicação

Em suma, os dados supracitados em relação ao aspecto funcional visando à comunicação e interação resgatam que os sujeitos saudáveis que residem com familiares apresentam, em seu discurso, uma estrutura oracional das sentenças, bem como uma organização discursiva mais elaborada, estratégias de coerência, detalhando sequência de eventos em períodos específicos.

Já os sujeitos saudáveis que residem em instituições de longa permanência têm seu discurso marcado pela solidão, com quebras nas estruturas conversacionais, mas que podem ser analisadas como naturais, porque a linguagem oral permite essa incompletude por ser temporal. Os discursos dos sujeitos com DA são marcados predominantemente pela alteração da linguagem, da autopercepção, do transtorno de despersonalização em estágios mais avançados, eventos ecológicos, disfluência na fala, um número significativo maior de quebras comunicativas em relação ao sujeito saudável e com maior tempo de pausas nas falas. Contextualizando os discursos dos sujeitos portadores da doença, observa-se uma diferença entre os sujeitos que residem em uma instituição de longa permanência. Muitos passam a não responder o que foi questionado; falam sobre seus

sentimentos em relação ao tópico, rompendo a estrutura conversacional. Mas os sujeitos com Alzheimer que residem com os familiares apresentam uma resposta diferente, considerando o grau da evolução da doença, inicialmente respondem ao tópico de forma completa, com algumas quebras de turnos. Com isso, nota-se um aumento conforme os estágios são mais avançados.

5.2 O ASPECTO ESTRUTURAL RELACIONADO À ORGANIZAÇÃO LINGUÍSTICA NOS NÍVEIS FONOLÓGICOS, SINTÁTICOS E LEXICAIS

A construção do protocolo da avaliação da fala foi feita com o intuito de investigar as desordens da linguagem em uma interlocução efetiva com base na revisão de literatura sobre a DA. Para tanto, foi realizada a divisão de cada sujeito sobre o uso e a estrutura em relação ao número de ocorrências e estabelecendo gráficos comparativos.

O uso da linguagem na perspectiva linguística possui turnos de fala que, segundo Marcuschi (2007), a distribuição de turnos entre interlocutores apresenta variedade, em relação à ordem e à extensão dos turnos. Ripich e Terrell (1988) apresentaram estudos nos atos de fala em que o interlocutor executou mais turnos na interação comunicativa com idosos com diagnóstico da DA. Os autores observaram que as trocas de turnos se relacionavam com os problemas de coerência e a recorrência da extensão dos turnos eram dos sujeitos com Alzheimer. Os autores notaram que os sujeitos com Alzheimer expressaram menos proposições (sendo a unidade linguística constituída de sujeito e predicado, que se unem por meio de coordenação ou subordinação) por turno. Ripich e Terrell (1988) também analisaram que os sujeitos com Alzheimer tiveram um número reduzido de representação do pensamento, apresentando muitas pausas, hesitações e repassando o turno para o interlocutor em seguida.

Na perspectiva psicopatológica, enquanto alterações de causa orgânica, é apresentada como uma dificuldade para emissão dos sons e da articulação da palavra falada, como disartria, que consiste na dificuldade de articular as palavras, “(...) resultantes de paresia, paralisia ou ataxia dos músculos que intervêm na articulação” (PAIM, 1912, p. 275).

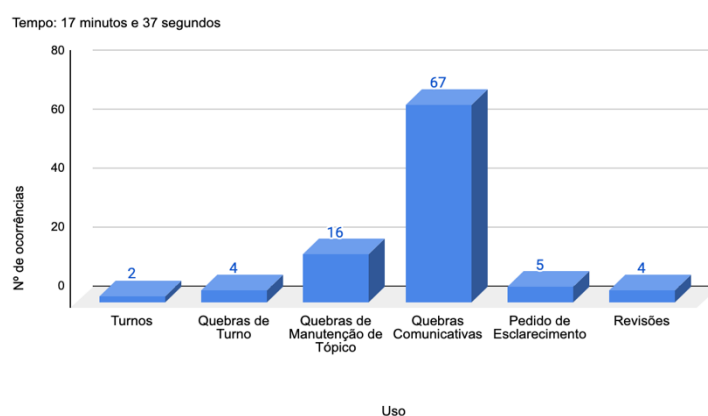
A estrutura apresentada sob alguns aspectos de alterações da linguagem oral, do ponto de vista psicopatológico, são “(...) resultantes de distúrbios mentais, coexistindo a integridade dos centros e das vias de condução da linguagem” (PAIM, 1912, p. 284). Destaca-se a observação para “ecolalia”, que se trata de uma repetição de palavras como

se fossem um eco (PAIM, 1912, p. 286). “Logorreia”, segundo o psiquiatra Antonie Porot, significa “falar muito e não dizer nada” (PAIM, 1912, p. 284).

A representação gráfica apresentada em relação aos dados discursivos dos aspectos estruturais da linguagem foi dividida em uso (Gráfico 4) e estrutura (Gráfico 5), a partir da observação da frequência de cada ocorrência e, posteriormente, da comparação das informações dos sujeitos com diagnóstico da DA e sujeitos saudáveis.

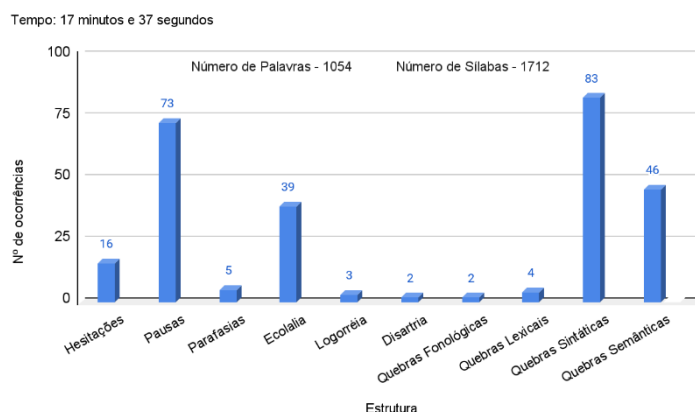
O sujeito 1 possui o diagnóstico da DA na fase inicial e reside em uma instituição de longa permanência. No Gráfico 4, em relação ao uso, tem-se uma maior frequência de ocorrência de quebras comunicativas, estando relacionadas às quebras sintáticas e semânticas na tentativa de o sujeito pensar na resposta ou quando havia um esquecimento de fala seguido de pausas. Com as perguntas que retomavam um acontecimento passado, questionada para dizer a respeito de um lugar que marcou sua história de vida ou narrar uma lembrança do álbum de fotografia, têm-se as marcas das hesitações (PAIM, 1912). A presença da ecolalia é frequente na tentativa de recuperar o que havia falado, repetindo palavras e frases com bastante frequência. Hendrix-Bedalov (1999), ao analisar os discursos de sujeitos com Alzheimer, verificou que eles apresentavam dificuldades para prolongar as conversações, sendo necessário o interlocutor construir estímulos conversacionais.

Gráfico 4 – Sujeito 1 - Uso



Fonte: dados da pesquisa (2020).

Gráfico 5 – Sujeito 1 - Estrutura

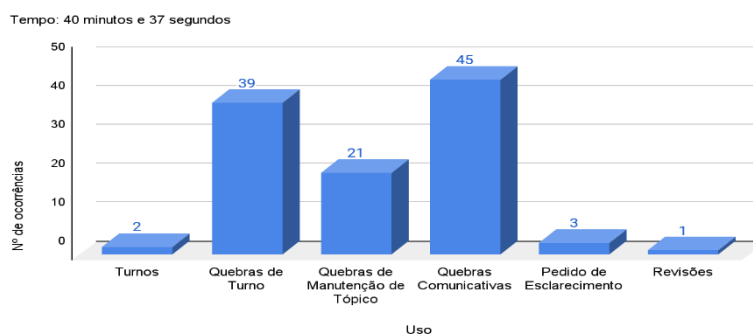


Fonte: dados da pesquisa (2020).

O sujeito 2 apresenta o diagnóstico da DA na fase inicial para moderada e reside em uma instituição de longa permanência. Em relação ao uso da linguagem, apresenta um maior número de quebras comunicativas e muitas quebras de turnos (RIPICH; TERRELL, 1988), principalmente de assaltos de turnos, em que ocorre a sobreposição da voz.

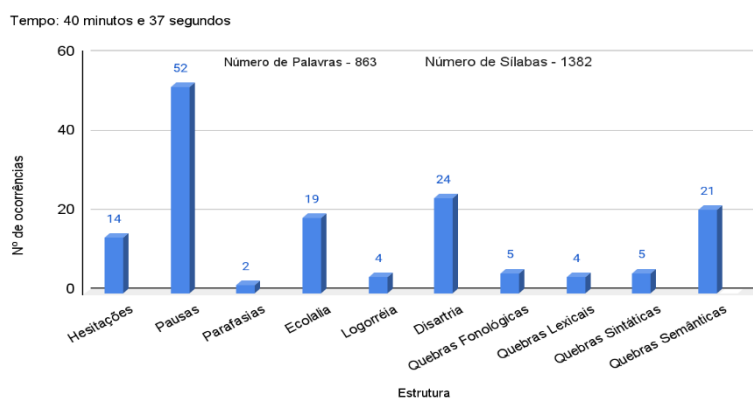
Em alguns turnos, com o intuito de retomar o tópico anterior, o sujeito apresenta um índice elevado de pausas no discurso em que o sujeito interrompe a fala e apresenta a pausa e não retoma, passa a falar com frequência (logorreia) sobre outro assunto não questionado, sendo necessária uma maior interação com o sujeito para que pudesse responder às questões da entrevista. As hesitações estavam presentes ao narrar sobre alguns momentos da juventude, filhos e casamento (dos quais não conseguem lembrar os nomes e o sujeito 3, marido, passa a ajudar com a resposta), assim como Paim (1912) encontrou em sua pesquisa (Gráficos 6 e 7).

Gráfico 6 – Sujeito 2 - Uso



Fonte: dados da pesquisa (2020).

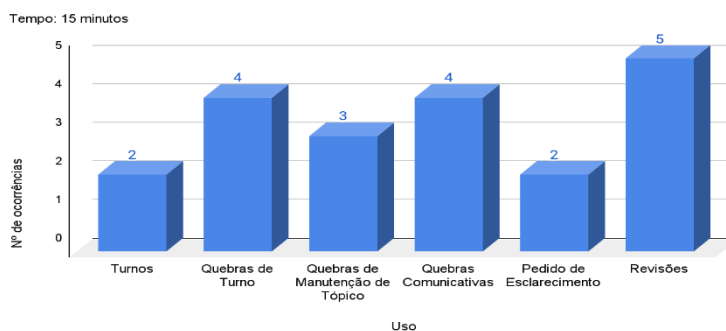
Gráfico 7 – Sujeito 2 – Estrutura



Fonte: dados da pesquisa (2020).

O sujeito 3 apresenta o diagnóstico da DA na fase inicial e reside em uma instituição de longa permanência. Em relação ao uso (Gráfico 8), tem-se uma presença maior de revisões (MAC-KAY; SOTELO, 2021), além de uma preocupação do sujeito com a linguagem. Como há muitas quebras comunicativas e de turno (RIPICH; TERRELL, 1988), também ocorre com frequência a ecolalia (PAIM, 1912) como uma tentativa de recuperar o assunto mencionado, mas acaba promovendo quebras sintáticas com muitas pausas (Gráfico 9).

Gráfico 8 – Sujeito 3 – Uso



Fonte: dados da pesquisa (2020).

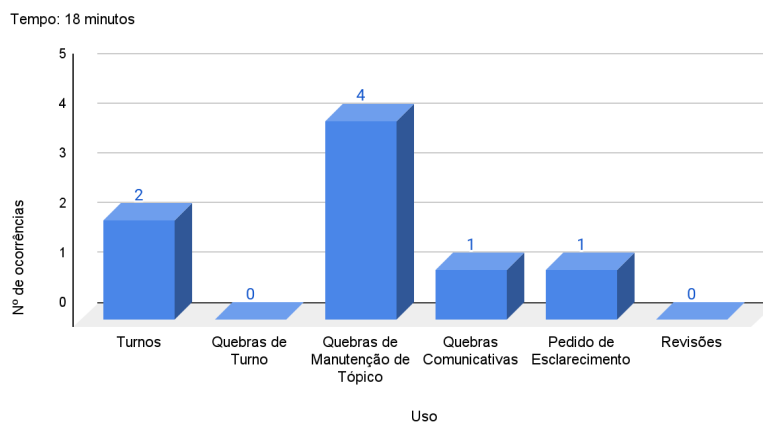
Gráfico 9 – Sujeito 3 – Estrutura



Fonte: dados da pesquisa (2020).

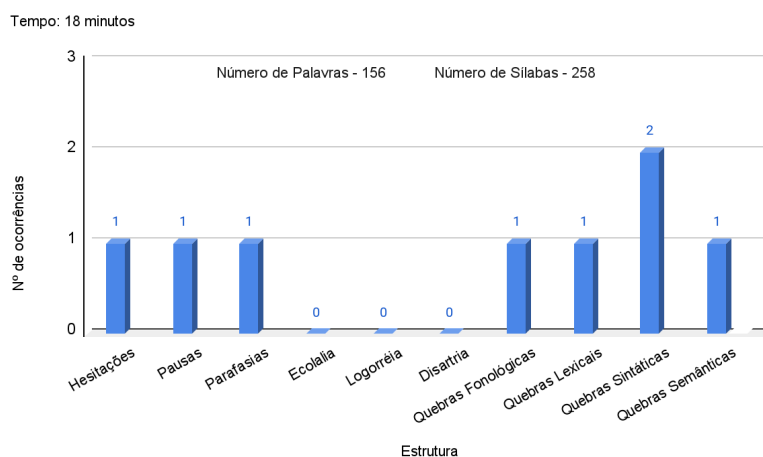
O sujeito 4 é saudável e reside em uma instituição de longa permanência. Em relação ao uso (Gráfico 10), há poucas ocorrências, com algumas quebras de manutenção de tópico e linguagem mais fluída e objetiva (VYGOTSKY, 1988), apresentando baixa ocorrência em relação a quebras de estruturas linguísticas (Gráfico 11).

Gráfico 10 – Sujeito 4 – Uso



Fonte: dados da pesquisa (2020).

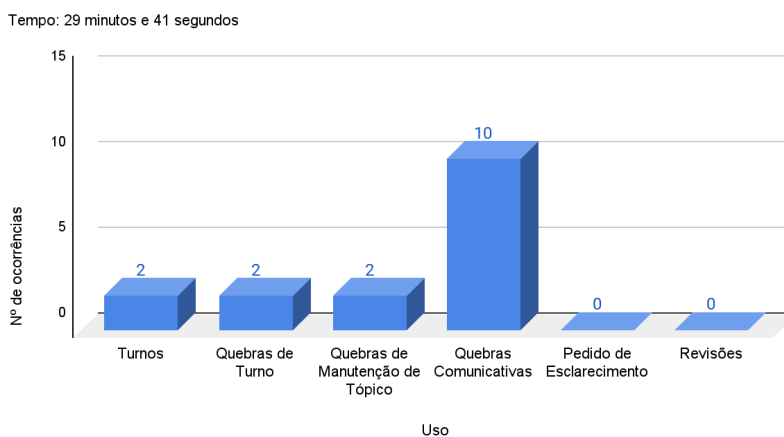
Gráfico 11 – Sujeito 4 – Estrutura



Fonte: dados da pesquisa (2020).

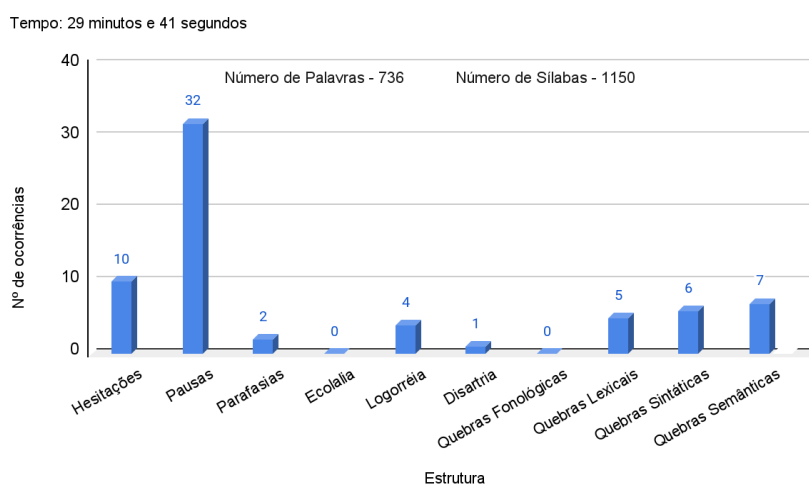
O sujeito 5 é saudável e reside em uma instituição de longa permanência. Em relação ao uso (Gráfico 12), têm-se ocorrências de quebras comunicativas, há uma linguagem (VYGOTSKY, 1988) mais fluida e objetiva, e na estrutura uma grande presença de pausas e hesitações. Alguns momentos pontuais com uma fala compulsiva que fugiam do contexto.

Gráfico 12 – Sujeito 5 – Uso



Fonte: dados da pesquisa (2020).

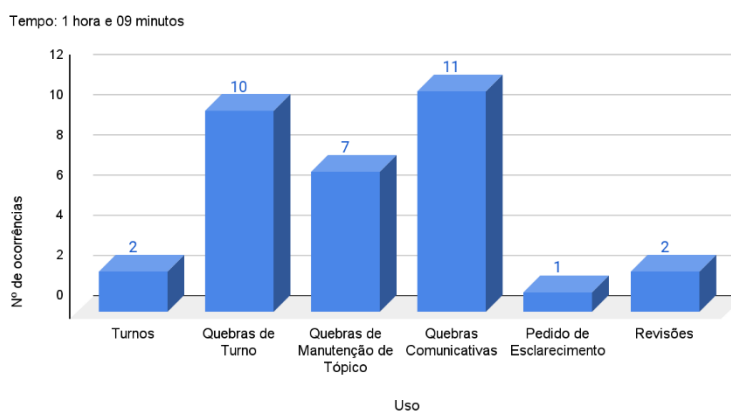
Gráfico 13 – Sujeito 5 – Estrutura



Fonte: dados da pesquisa (2020).

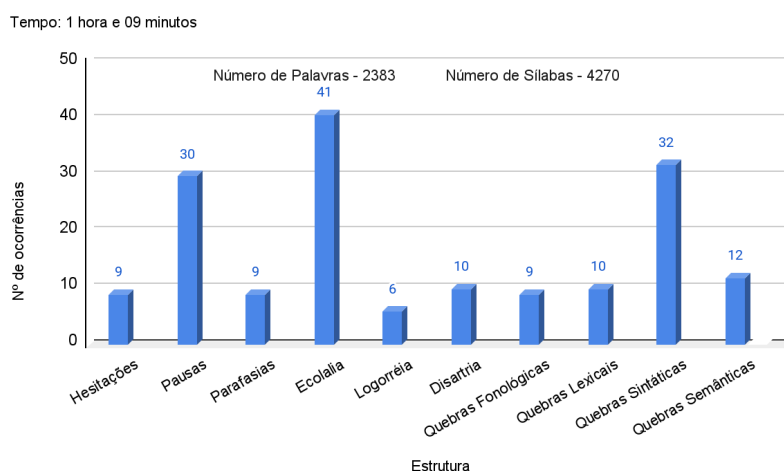
O sujeito 6 apresenta o diagnóstico da DA na fase inicial e reside com a família. Em relação ao uso (Gráfico 14), têm-se ocorrências de quebras comunicativas, turno e manutenção de tópico com frequência (RIPICH; TERRELL, 1988). Em relação à estrutura, o maior número de ocorrência foi dado na ecolalia, posteriormente às quebras sintáticas e às pausas. Pode-se observar que, em relação aos distúrbios de linguagens, foram registradas repetições de falas num curto intervalo de tempo.

Gráfico 14 – Sujeito 6 - Uso



Fonte: dados da pesquisa (2020).

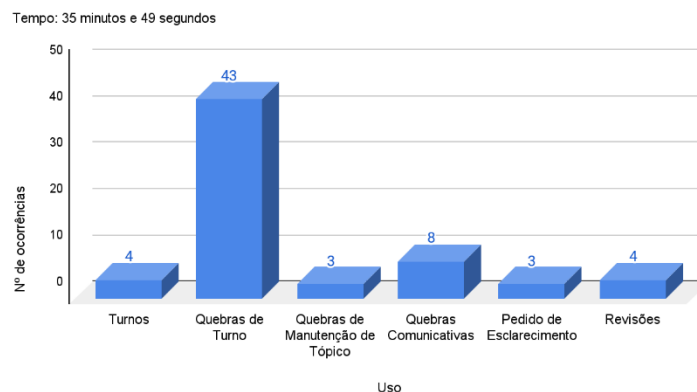
Gráfico 15 – Sujeito 6 - Estrutura



Fonte: dados da pesquisa (2020).

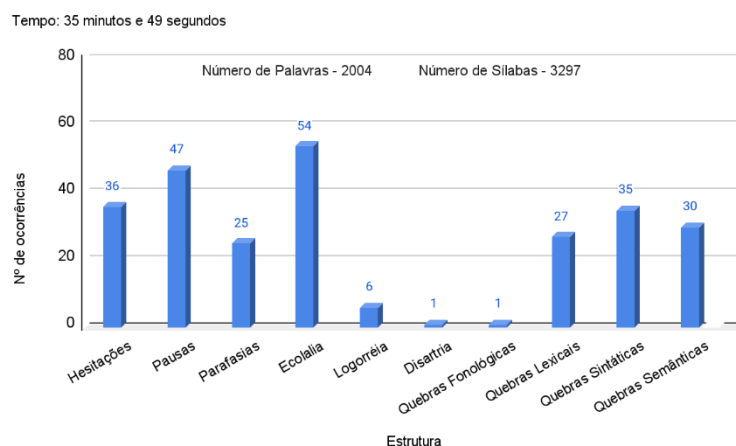
O sujeito 7 apresenta o diagnóstico da DA na fase inicial e reside com a família. Em relação ao uso (Gráfico 16), têm-se ocorrências de quebras de turno com uma frequência muito maior em relação aos outros sujeitos supracitados e quebras comunicativas. Em relação à estrutura (Gráfico 17), o maior número de ocorrência foi dado na ecolalia (PAIM, 1912) posteriormente às pausas, hesitações, quebras sintáticas, semânticas e lexicais (PAIM, 1912). Pode-se observar que os distúrbios de linguagens foram registrados com bastante frequência. O sujeito, no seu discurso, pedia ajuda para lembrar dos nomes das pessoas da família e de tomar o remédio. Perdeu em casa, recentemente, os óculos ao guardar sozinha. Faz acompanhamento clínico semanalmente e utiliza um mural com fotografia e com o nome das pessoas da família, com dados importantes, para não esquecer.

Gráfico 16 – Sujeito 7 - Uso



Fonte: dados da pesquisa (2020).

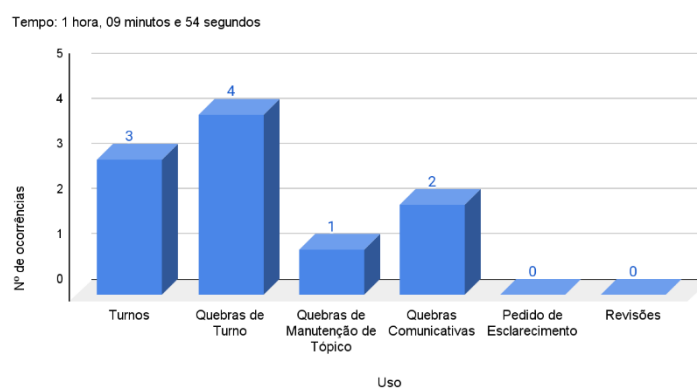
Gráfico 17 – Sujeito 7 - Estrutura



Fonte: dados da pesquisa (2020).

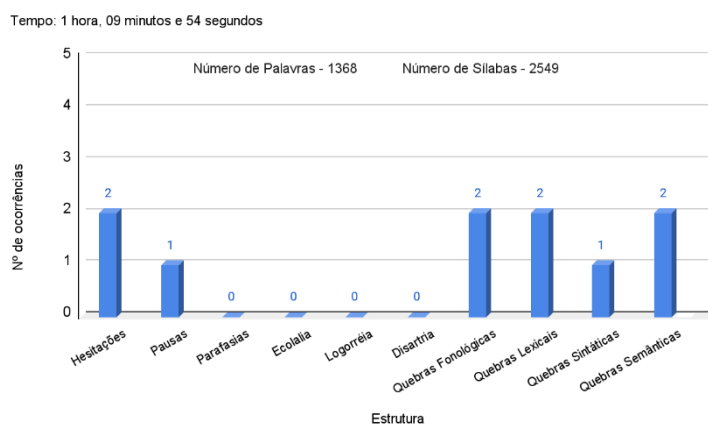
O sujeito 8 apresenta histórico de Acidente Vascular Encefálico (AVE) decorrente de uma queda da própria altura, mas sem prejuízo na fala. É casado e reside com a família. Em relação ao uso (Gráfico 18), têm-se ocorrências de quebras de turno e quebras comunicativas, mas com baixas ocorrências. Embora tenha fluência, encontra-se em processo de recuperação de desvio de rima bucal para o lado oposto quando fala. Em relação à estrutura (Gráfico 19), o número de ocorrência é baixo, apresentando quebras fonológicas, lexicais e semânticas.

Gráfico 18 – Sujeito 8 - Uso



Fonte: dados da pesquisa (2020).

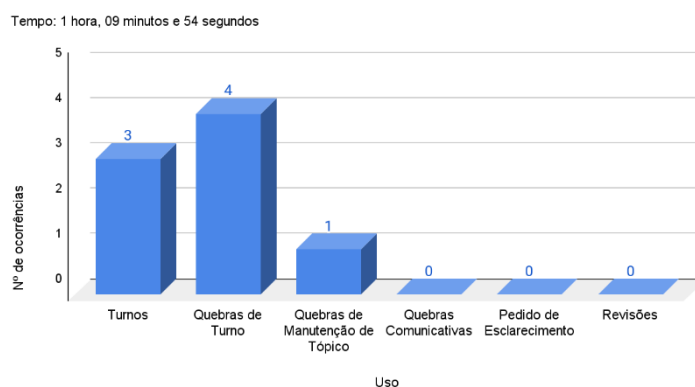
Gráfico 19 – Sujeito 8 - Estrutura



Fonte: dados da pesquisa (2020).

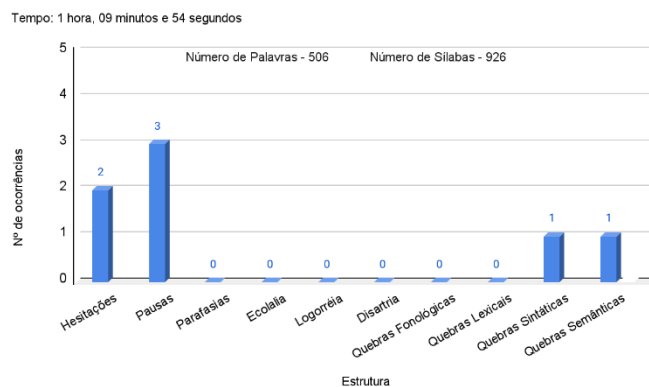
O sujeito 9 é saudável e reside com a família. Em relação ao uso (Gráfico 20), têm-se ocorrências de quebras de turno, além de haver uma linguagem mais fluida e objetiva (VYGOTSKY, 1988). Na estrutura (Gráfico 21), existe um baixo índice de ocorrências, apresentando pausas, a partir de um discurso coerente e organizado.

Gráfico 20 – Sujeito 9 - Uso



Fonte: dados da pesquisa (2020).

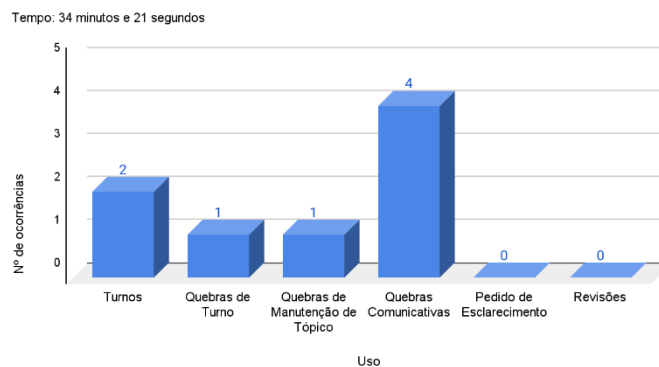
Gráfico 21 – Sujeito 9 - Estrutura



Fonte: dados da pesquisa (2020).

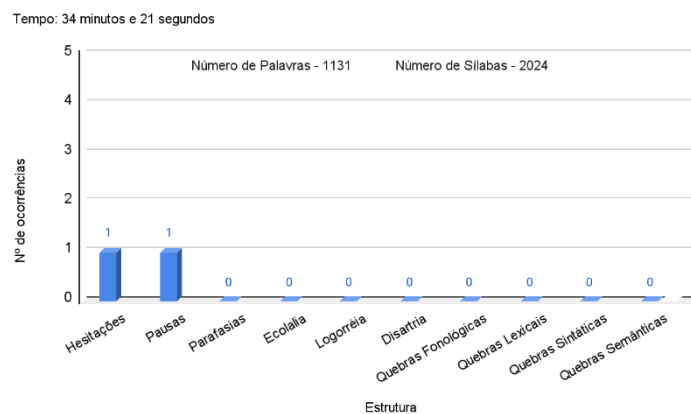
O sujeito 10 é saudável e reside com a família. Em relação ao uso (Gráfico 22), têm-se ocorrências de quebras comunicativas, uma linguagem mais fluida e objetiva (VYGOTSKY, 1988), sendo na estrutura (Gráfico 23) um baixo índice de ocorrências. O discurso é coerente e organizado.

Gráfico 22 – Sujeito 10 - Uso



Fonte: dados da pesquisa (2020).

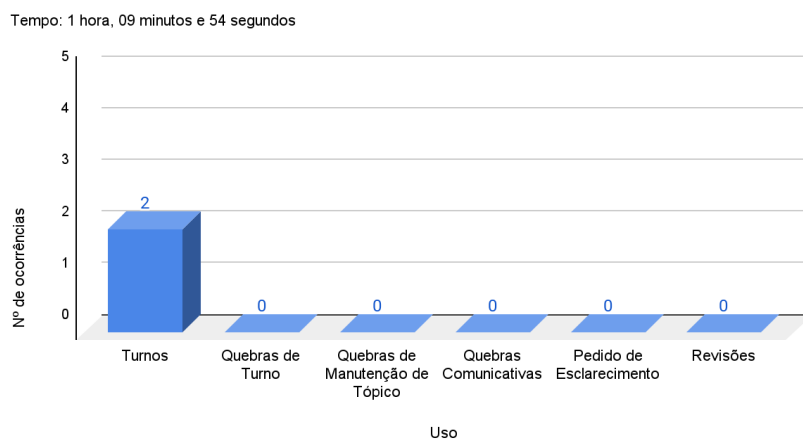
Gráfico 23 – Sujeito 10 - Estrutura



Fonte: dados da pesquisa (2020).

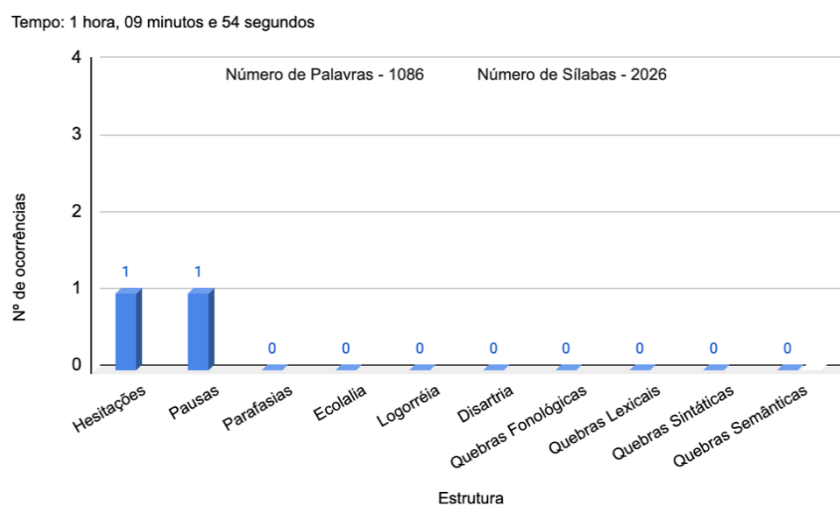
O sujeito 11 é saudável e reside com a família. Trabalhou na área da comunicação, na qual se aposentou. Em relação ao uso (Gráfico 24), não há ocorrências, têm-se uma linguagem (VYGOTSKY, 1988) fluida e detalhista. Quanto à estrutura (Gráfico 25), um baixo índice de ocorrências. O discurso é estruturado, articulado de forma clara, coerente e organizada.

Gráfico 24 – Sujeito 11 - Uso



Fonte: dados da pesquisa (2020).

Gráfico 25 – Sujeito 11 - Estrutura

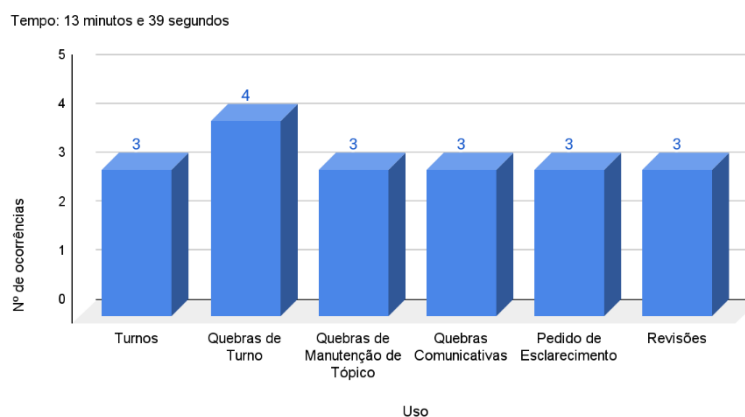


Fonte: dados da pesquisa (2020).

O sujeito 12 é saudável e casado com o sujeito 13. Ambos residem numa instituição de longa permanência. Em relação ao uso (Gráfico 26), têm-se ocorrências de quebras de turno, comunicativas, manutenção de tópico, pedido de esclarecimento e revisão com índices baixos. Mas na estrutura (Gráfico 27) há um número de ocorrência

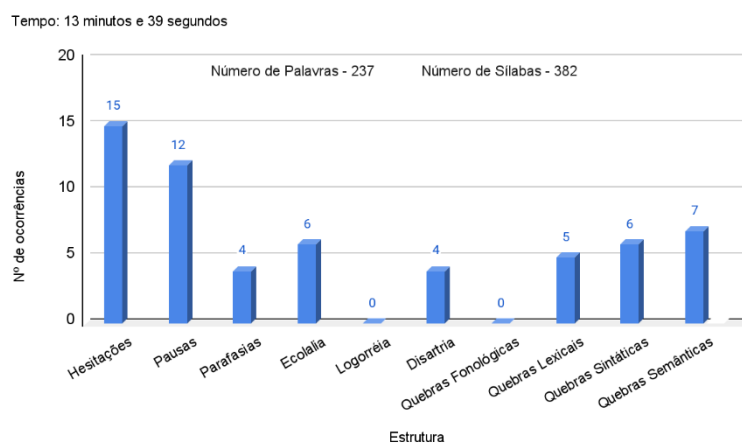
elevado em relação à hesitação e pausas. Além de apresentar quebras na estrutura da linguagem, ecolalia, parafasia e disartria (PAIM,2012).

Gráfico 26 – Sujeito 12 - Uso



Fonte: dados da pesquisa (2020).

Gráfico 27 – Sujeito 12 - Estrutura

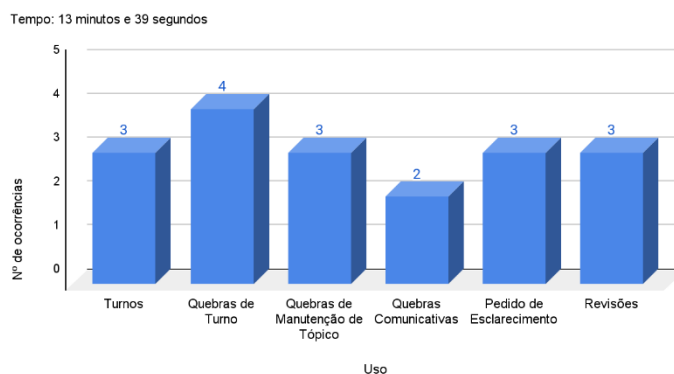


Fonte: dados da pesquisa (2020).

O sujeito 13 apresenta o diagnóstico da DA e é casada com o sujeito 12, que reside em uma instituição de longa permanência. Em relação ao uso (Gráfico 28), têm-se ocorrências de quebras de turno, comunicativas, manutenção de tópico, pedido de esclarecimento e revisão com índices baixos. Mas na estrutura (Gráfico 29) há um número de ocorrência elevado em relação a pausas e hesitações, além de apresentar um número elevado de ocorrência de ecolalia, quebras na estrutura da linguagem, parafasia, disartria e logorreia (PAIM, 2012). O sujeito não consegue lembrar do nome de todos os filhos, pede ajuda ao marido. Sente dificuldade de lembrar o que fala. Repete palavras e partes

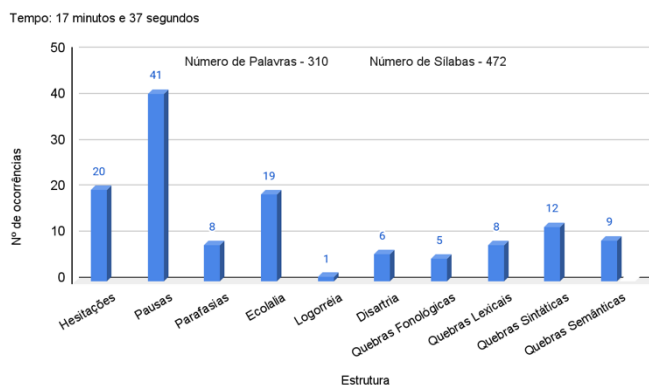
de frases como tentativa de continuar o discurso. Esquece com muita frequência e apresenta alteração de humor.

Gráfico 28 – Sujeito 13 - Uso



Fonte: dados da pesquisa (2020).

Gráfico 29 – Sujeito 13 - Estrutura



Fonte: dados da pesquisa (2020).

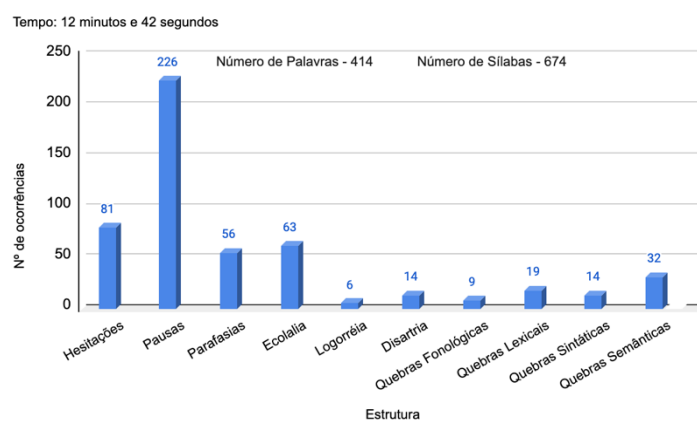
O sujeito 14 apresenta o diagnóstico da DA na fase moderada. Apesar disso, os familiares ressaltaram que anteriormente o diagnóstico era severo e a comunicação ocorria por meio de sons monossilábicos, havendo uma melhora do quadro decorrente do acompanhamento semanal que tem sido realizado.

Em relação ao uso (Gráfico 30), há ocorrências de quebras de turno, comunicativas, manutenção de tópico, pedido de esclarecimento e revisão com índices elevados. Na estrutura (Gráfico 31), há um número de ocorrência elevado em relação a pausas, hesitações, ecolalia, parafásias e quebras semânticas (PAIM, 2012), além de apresentar um número elevado de ocorrência na estrutura da linguagem. Observou-se que o sujeito é comunicativo e realiza a construção do discurso, mas há as marcas de lapsos de memória. O sujeito não consegue lembrar de ações e acaba guardando objetos no

casaco sem intenção. Exemplo disso é quando apresenta um sabonete que está no casaco (como se não soubesse o nome do objeto em sua mão) e sua filha explica que se trata de um sabonete. Também há perda significativa da memória em relação à nomeação, repetição de palavras e partes de frases como tentativa de continuar o discurso, além de esquecimento com muita frequência e alteração de humor.

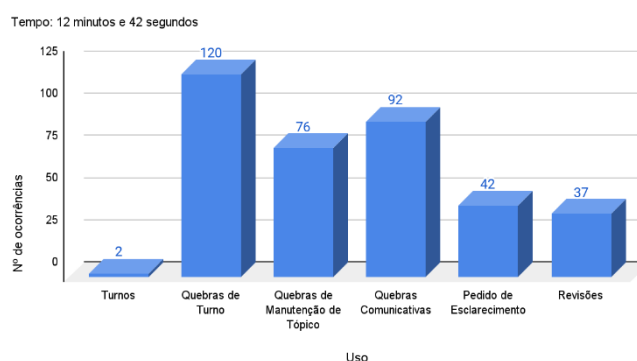
Hendrix-Bedalov (1999) constatou que os interlocutores com Alzheimer na fase severa apresentaram estímulo de alerta, como o toque. O sujeito 14, no momento que tenta se recordar de algo e verbalizar, toca na filha para solicitar ajuda na fala.

Gráfico 30 – Sujeito 14 - Uso



Fonte: dados da pesquisa (2020).

Gráfico 31 – Sujeito 14 - Estrutura

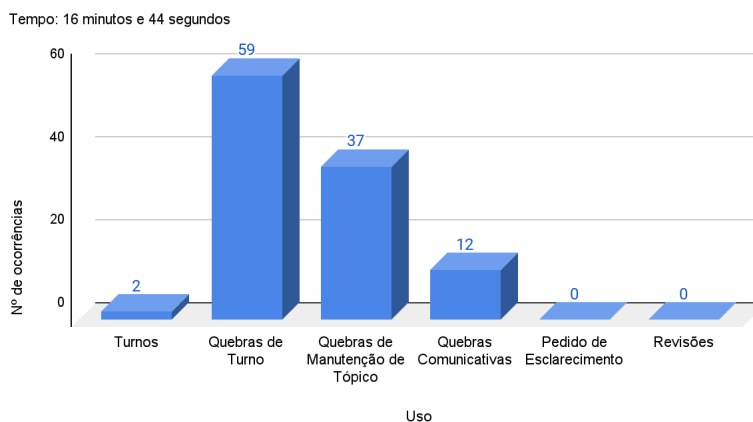


Fonte: dados da pesquisa (2020).

O sujeito 15 é saudável e filha do sujeito 14, que reside com a família. Dedicou por mais de dez anos de estudo e divulgação em redes sociais sobre o transtorno neurocognitivo da mãe para auxiliá-la. Em relação ao uso (Gráfico 32), são elevados os índices, pois ocorre uma interação do sujeito 14, que possui o diagnóstico da DA. No uso

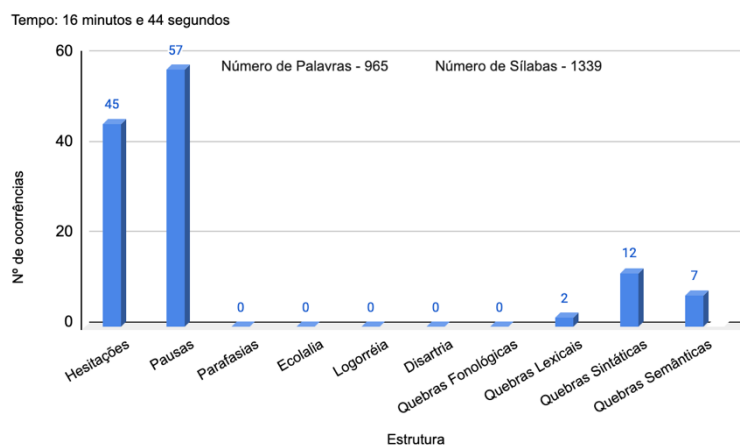
da linguagem (MARCUSCHI, 2007), ocorre a presença de quebras de turno e manutenção de tópico. Na estrutura (Gráfico 33), há um número de ocorrência elevado em relação a pausas e hesitações. O sujeito 15 apresenta uma linguagem fluida e organizada.

Gráfico 32 – Sujeito 15 - Uso



Fonte: dados da pesquisa (2020).

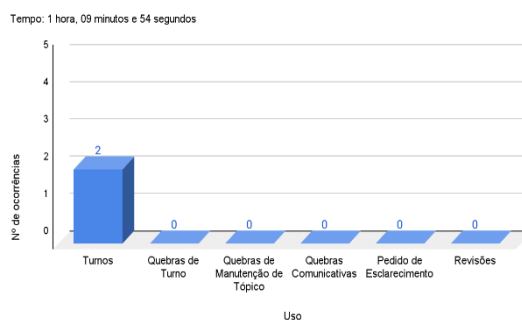
Gráfico 33 – Sujeito 15 - Estrutura



Fonte: dados da pesquisa (2020).

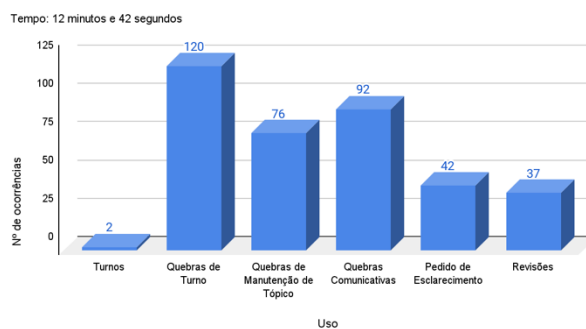
Nos Gráficos 34 e 35 é apresentada uma comparação de sujeitos com Alzheimer e saudáveis que moram com familiares:

Gráfico 34 – Sujeito 11 - Saudável



Fonte: dados da pesquisa (2020).

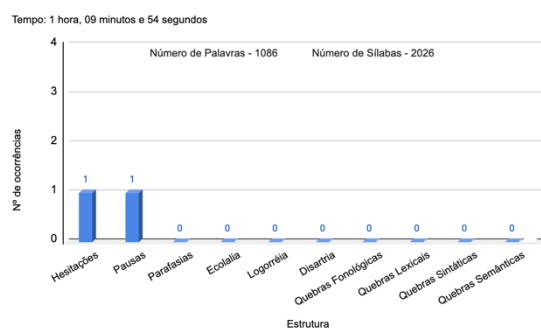
Gráfico 35 – Sujeito 14 - Alzheimer



Fonte: dados da pesquisa (2020).

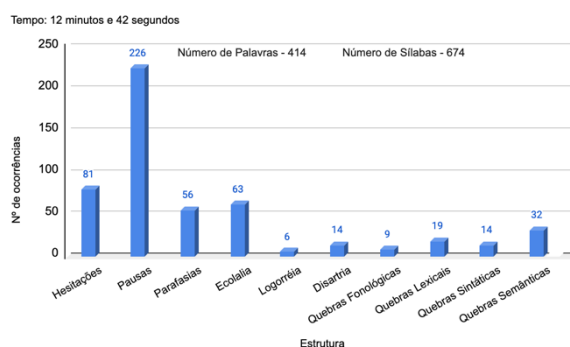
A primeira comparação pode ser observada pelo uso da linguagem (MARCUSCHI, 2007). O sujeito 11 (Gráfico 36) apresenta um maior tempo de discurso em relação ao sujeito 14 (Gráfico 37). No entanto, apesar de o tempo ser diferente, o sujeito 11 não apresenta nenhum desvio de linguagem, mas o sujeito 14 apresenta ocorrência acima de 100 e além de 42 pedidos de esclarecimentos em apenas 12 minutos e 42 segundos. O sujeito com DA possui dificuldade para manter o turno conversacional. Como apresenta maior número de rupturas comunicativas, o sujeito pede esclarecimento com a intenção de entender o que está acontecendo com sua linguagem, pois passa a não compreender frases complexas, precisando que elas sejam reduzidas em poucas palavras.

Gráfico 36 – Sujeito 11 – Saudável - Estrutura



Fonte: dados da pesquisa (2020).

Gráfico 37 – Sujeito 11 – Alzheimer - Estrutura

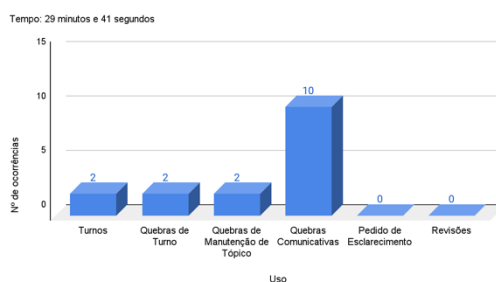


Fonte: dados da pesquisa (2020).

A segunda comparação em relação aos mesmos sujeitos está no fato de que ambos possuem o mesmo grau de escolarização, com o paralelo entre a estrutura da linguagem. As ocorrências na fala do sujeito 11 são constituídas por duas ocorrências: hesitação e pausa. O sujeito 14 apresenta ocorrência acima de 200 em relação às pausas, além de apresentar ocorrências em todas as estruturas verificadas com altos índices comparados ao sujeito 11. O sujeito com DA apresenta um número elevado de pausas e hesitações que foram os maiores números encontrados na pesquisa, além de observar as marcas dos distúrbios de linguagens. As repetições ocorrem com alta frequência em seu discurso (Gráficos 36 e 37).

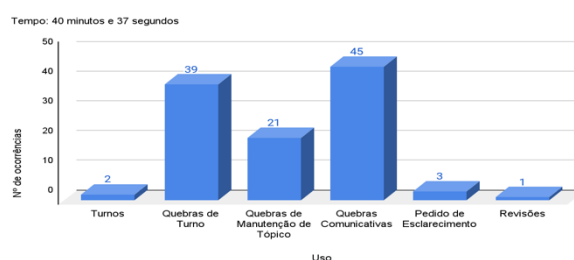
Os resultados dos Gráficos 38 e 39 tratam de dois sujeitos que possuem o mesmo grau de escolarização e residem em instituições de longa permanência.

Gráfico 38 – Sujeito 5- Saudável



Fonte: dados da pesquisa (2020).

Gráfico 39 – Sujeito 2- Alzheimer

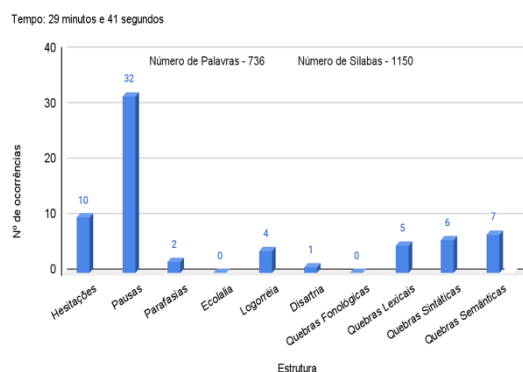


Fonte: dados da pesquisa (2020).

Os dados apresentam diferenças em relação aos sujeitos que residem com os familiares e podem ser observados pelo uso da linguagem (MARCUSCHI, 2007). O tempo de fala do sujeito 2 é superior ao 5. Contudo, ocorrem desvios na linguagem, com presença de quebras comunicativas e dificuldade para manter o turno conversacional, apesar de abordar diversos conteúdos, não consegue aprofundá-los e retomá-los. No sujeito 5 há a presença de quebras comunicativas, sendo inexistentes no sujeito 11.

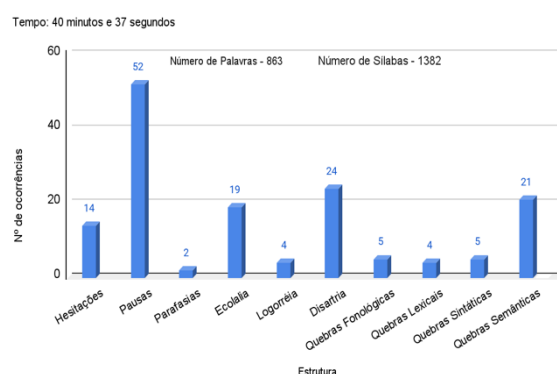
Com relação à estrutura da linguagem (Gráficos 40 e 41), o número de pausas e hesitações são semelhantes, porém o sujeito 5 não apresenta ecolalias e quebras fonológicas. Segundo Mac-Kay (2006), a senilidade resulta em alterações no envelhecimento natural com o aparecimento de doenças. Os dados possibilitaram evidenciar a presença de desvios de linguagem nos idosos saudáveis que residem nas instituições de longa permanência.

Gráfico 40 – Sujeito 5- Saudável - Estrutura



Fonte: dados da pesquisa (2020).

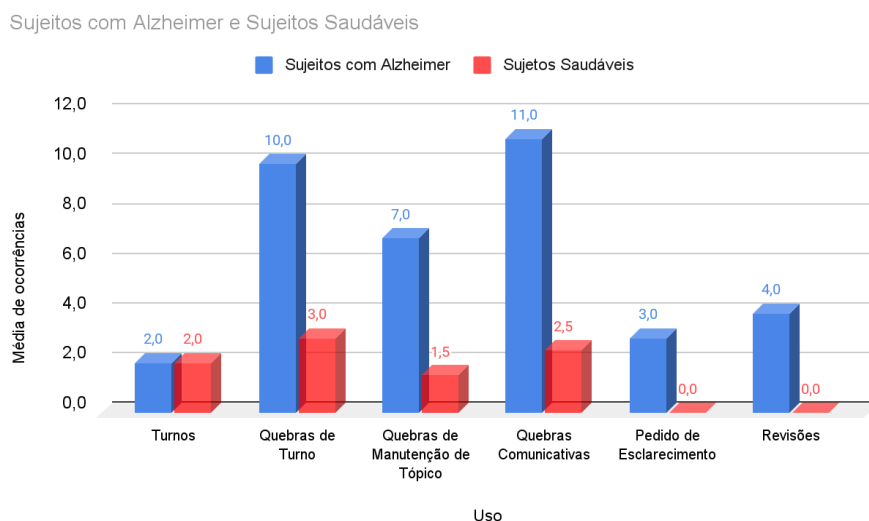
Gráfico 41 – Sujeito 2- Alzheimer- Estrutura



Fonte: dados da pesquisa (2020).

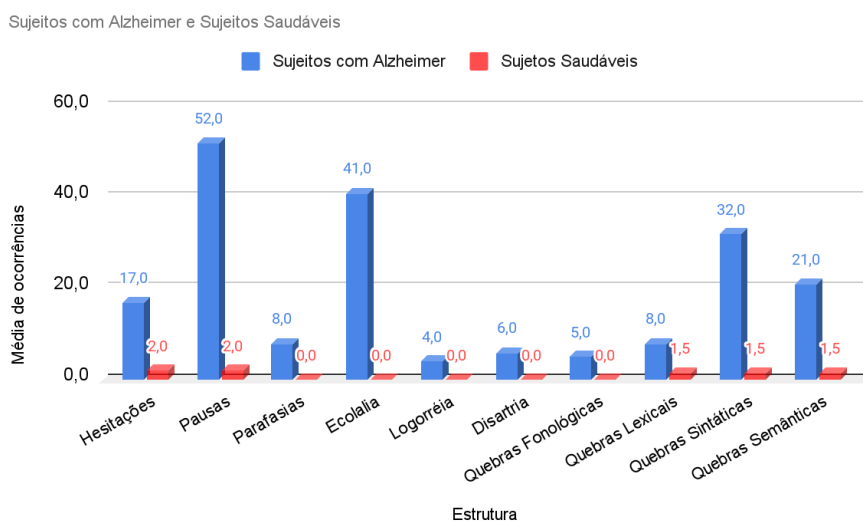
Nos Gráficos 42 e 43, estão as médias de ocorrências encontradas em relação a todos os participantes com Alzheimer e saudáveis. Observou-se um alto índice de pausas e hesitações apresentando essa diminuição da fluência de fala do sujeito com a Doença de Alzheimer, reafirmando os estudos sobre o discurso narrativo de Caspari e Parkison (2000) que notaram o mesmo surgimento em seus pacientes com DA. Os autores explicam estar relacionadas a um “déficit pragmático associado ao distúrbio de memória episódica”. O alto número de ocorrência de Ecolalia também foi notificado nas pesquisas de Blanken *et al.* (1987) com sujeito com DA, apresentaram dificuldades para formular a representação dos atos de fala (RIPICH; TERRELL, 1988).

Gráfico 42 – Média de ocorrências encontradas na pesquisa com os idosos (uso)



Fonte: dados da pesquisa (2020).

Gráfico 43 – Média de ocorrências encontradas na pesquisa com os idosos (estrutura)



Fonte: dados da pesquisa (2020).

Em relação à pragmática, segundo Van Dijk (1983), “(...) as aplicações do conhecimento que o falante possui sobre a produção do discurso”, sendo que o falante com Alzheimer ativa um marcador discursivo apropriado ao contexto comunicativo para aceitar o turno ao relatar sobre uma memória autobiográfica específica. Conforme Van Dijk (1983, p. 153), “A identificação de personagens e figuras podem ser consideradas estratégias de dependência da figura usada em tarefas de narração como estímulo pictórico sequencial”. Desse modo, nota-se que os sujeitos que tinham as pistas visuais, as fotografias, passaram a apresentar informações coerentes na fala, mostrando uma referenciação da história de vida na linguagem como construção de sentido

(MONDADA; DUBOLS, 1995). Assim, os sujeitos com Alzheimer apresentaram um número maior de quebras comunicativas, com pedidos de esclarecimentos e revisões.

5.2.1 Síntese dos dados do aspecto estrutural relacionado à organização linguística nos níveis fonológicos, sintáticos e lexicais

Em relação à DA, os sujeitos apresentam na estrutura um elevado índice de hesitações, pausas, parafasia, ecolalia, logorreia, disartria, quebras fonológicas, sintáticas, semânticas e lexicais, observados de forma individual a partir de uma frequência maior em estágios moderados da doença. Apesar da lucidez, ainda se tem a manifestação da doença na linguagem. Quando comparada a de um idoso saudável, existe uma diferença gráfica com ausência de índices de desvios da linguagem presentes nos sujeitos portadores da doença. Esses dados não tinham sido evidenciados quando observado o aspecto funcional, mas, ao serem analisados com ênfase na estrutura da linguagem, fica notória a diferença. Assim, o sujeito saudável não apresenta desvio de linguagem como o sujeito com Alzheimer.

5.3 O ASPECTO COGNITIVO, RELACIONADO À COMPREENSÃO E PRODUÇÃO DE LINGUAGEM, A PARTIR DO TESTE DE RASTREIO COGNITIVO

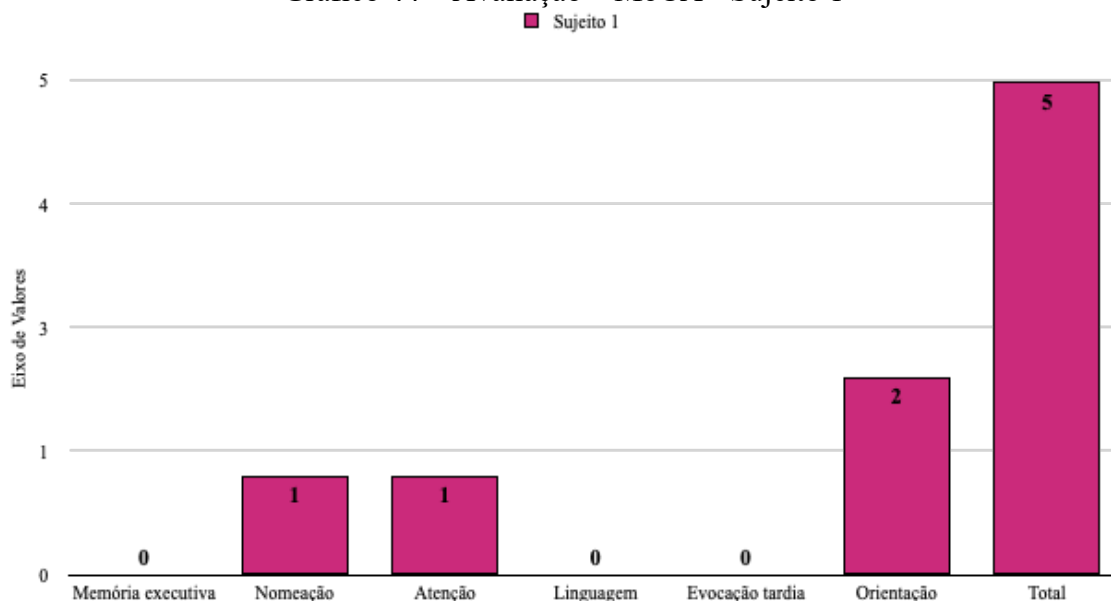
5.3.1 O teste clínico MoCA para a avaliação diagnóstica de Alzheimer

Nas duas instituições de longa permanência, situadas na Zona Leste de São Paulo, o teste de Alzheimer aplicado foi o MoCA. O intuito da aplicação não é de ordem quantitativa, mas qualitativa. Portanto, foram selecionados oito idosos, sendo três diagnosticados com a DA e que já realizam acompanhamento clínico, além de uma idosa com suspeita de declínio cognitivo e outra sem prejuízo, ambas sem diagnóstico.

Para a aplicação do teste foi selecionada a versão em português. Para tanto, as instruções de aplicações foram seguidas. Na primeira Casa de Repouso, somente uma pessoa realizou o teste, pois tinha o diagnóstico de Alzheimer. O critério adotado foi que a equipe de saúde iria supervisionar e aplicar, e a voluntária precisava autorizar o teste. A instituição, por sua vez, também precisava estar ciente e autorizar junto com a família. Apesar de a entrevista ter sido realizada na mesma instituição com duas idosas com Alzheimer, eles não estavam presentes no dia da aplicação do teste. Mas ocorreu a

participação em outro aspecto. A voluntária atingiu cinco pontos em relação a todo o teste para uma pessoa que realizou o Ensino Fundamental I aos 78 anos de idade, com diagnóstico da DA no estágio inicial (Gráfico 44).

Gráfico 44 – Avaliação – MoCA - Sujeito 1



Fonte: dados da pesquisa (2020).

A participante atingiu pontuação nos domínios cognitivos que se referem à nomeação, atenção, orientação (temporal e espacial), porém não atingiu a pontuação máxima em nenhum critério. Em relação aos outros domínios, não ocorre pontuação. Segundo Brandão (2005, p. 23), “(...) falhas precoces da memória semântica são evidenciadas, principalmente, testes de nomeação de figuras”. Observa-se que o sujeito da pesquisa consegue nomear apenas o leão, não sabendo responder quais eram os outros dois animais. No resultado foi adicionado um ponto extra devido ao sujeito ter realizado o estudo até o Ensino Fundamental I, sendo uma das instruções de avaliação final. O teste avaliou o aspecto cognitivo que apresenta baixo resultado, mesmo considerando o fator idade e a baixa escolarização. Nota-se que o resultado é de uma pessoa que apresenta um déficit cognitivo que está em concordância com o diagnóstico clínico. O fator preocupante é que, mesmo com medicamento, parece que falta estímulo cognitivo para manter o nível atingido e não resultar em um declínio futuro.

Na segunda Casa de Repouso, foram quatro idosas voluntárias para a realização do teste MoCA, sendo duas com diagnóstico de Alzheimer e uma pessoa com suspeita de

ter a doença, mas sem avaliação clínica, além de outra sem nenhum diagnóstico, aparentemente sem prejuízo cognitivo.

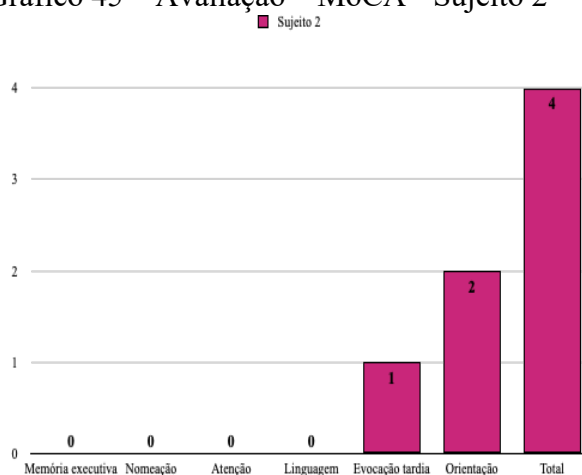
A partir do teste 2 a avaliação passar a ser realizada por grupo que mora na mesma Casa de Repouso, sendo uma idosa que tem diagnóstico de Alzheimer e toma medicamento para controle, faz acompanhamento periodicamente e deixou os estudos para trabalhar com a família na lavoura. Com a perda da filha recente, fala muito sobre a morte. Prefere ficar deitada mesmo que não tenha sono. Chora em seu quarto e passa a se incomodar com os dentes que perdeu.

A pessoa do teste 3 interrompeu os estudos no 2º ano do Ensino Fundamental para trabalhar com a família. Além disso, apresenta a capacidade visual reduzida. Antes de iniciar a avaliação, houve uma conversa para que ela se sentisse mais à vontade para responder às questões. Ela esclarece que gostaria muito de ir ao oftalmologista, que ia quando morava em sua residência, mas agora precisa passar no médico da Casa para fazer um óculo.

A voluntária do teste 4 não apresenta nenhum diagnóstico clínico. Suas respostas são rápidas e confiantes. Sofreu com a evasão escolar muito cedo para ajudar a família na lavoura. Apresenta queixa de dificuldade visual.

A idosa do teste 5 é muito comunicativa. Durante a aplicação houve uma conversa. Algumas atividades a deixam muito ansiosa, como esse teste, mas ela optou por realizá-lo, obtendo o melhor resultado desse grupo.

Gráfico 45 – Avaliação – MoCA - Sujeito 2

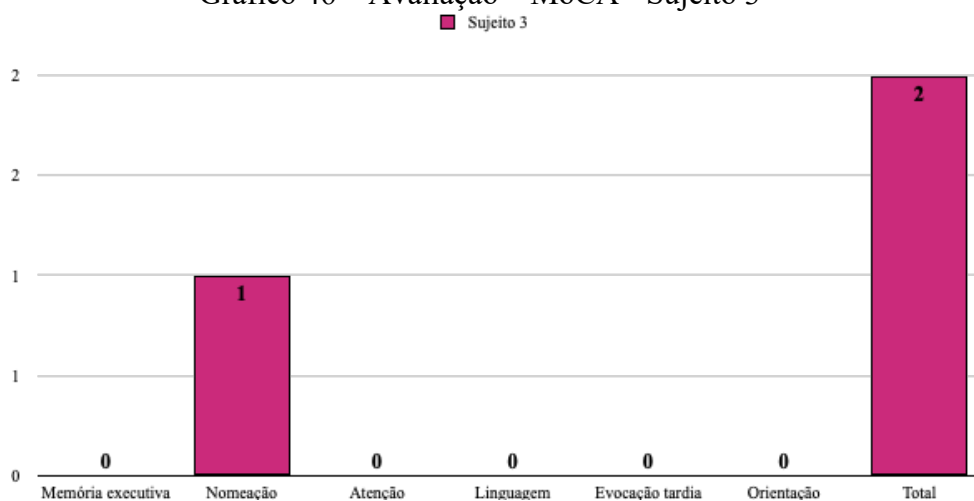


Fonte: dados da pesquisa (2020).

O sujeito 2 possui 93 anos, tem baixa escolaridade e trabalhou durante muito tempo no campo. Ele foi diagnosticado com Alzheimer e apresenta pontuação em dois

aspectos: orientação (espacial e temporal) e evocação tardia. Nesse caso, é importante considerar a evasão escolar para trabalhar. De muitos dos elementos não teve a informação ao longo da vida, mesmo o conhecimento de mundo para uma resposta precisa, existe a falta da informação, uma vez que não aprendeu, a voluntária do teste, não sabe assinar o nome (BRANDÃO, 2010). Tem-se uma perda significativa do conhecimento semântico, além de uma redução das relações de significados (CHERTKOW; BUB, 1990). As anomias (dificuldades de nomeação) e parafasias (substituições de palavras) (EMERY, 2001) foram notadas durante a realização do rastreo cognitivo. Nesse caso, haveria a necessidade de manter o estímulo cognitivo e a realização de atividades que contribuíssem com esse aspecto (Gráfico 46).

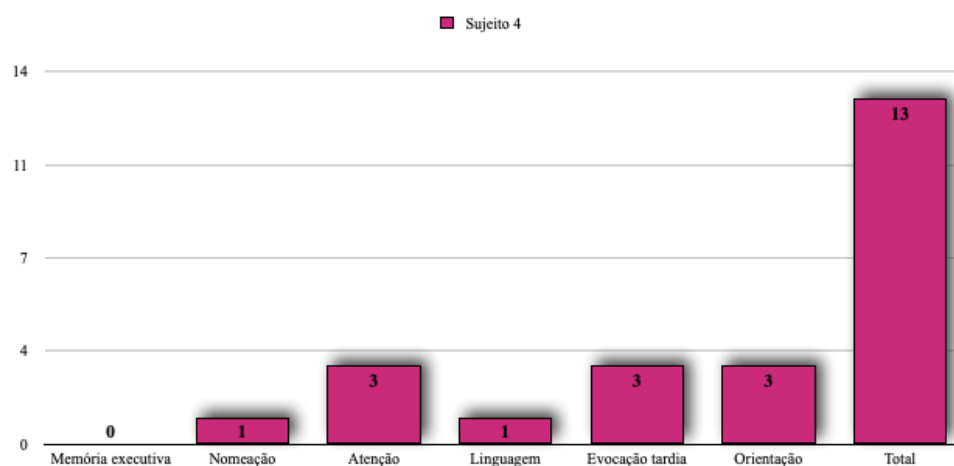
Gráfico 46 – Avaliação – MoCA - Sujeito 3



Fonte: dados da pesquisa (2020).

O sujeito 3 é portador da DA apresenta muita dificuldade. Estudou até o 3º ano do Ensino Fundamental I. Aos 85 anos, apresenta uma redução da capacidade visual. De todo o teste a pontuação obtida foi da nomeação e obteve um ponto adicional no final. Notou-se a presença de apraxia de fala, parafasias fonêmicas e anomias. Teve dois pontos de acertos em trinta, sendo que efetivamente acertou um exercício de todos e o outro foi um ponto adicional, devido à baixa escolarização. Ela é uma pessoa que se esforça para aprender, para escrever o nome, pensa e tenta acertar cada questão, porém a resposta é inadequada. A dificuldade da capacidade visual desfavoreceu em quatro itens, porém havia oito possibilidades de acertos. Pelo que se nota, existe perda cognitiva, principalmente na orientação espacial, que pode ser associada à DA (Gráfico 47).

Gráfico 47 – Avaliação – MoCA - Sujeito 4



Fonte: dados da pesquisa (2020).

O sujeito 4 realizou a avaliação e não apresenta nenhum diagnóstico de perda cognitiva. Suas respostas são rápidas. Teve que sair da escola no 3º ano do Ensino Fundamental para trabalhar com tecelagem. Sua única ocupação ao longo da vida foi ser dona de casa. Aos 96 anos apresenta dificuldade motora fina para segurar a caneta. Não apresenta tremor, mas um comprometimento visual compatível com a idade. Embora não faça uso de óculos, não apresenta diagnóstico de glaucoma, transtorno da despersonalização (DUGAS, 1898); pode ser compreendida como uma “alteração na autopercepção no sentido de existir” (SIERRA; DAVID, 2011, p. 39) e às vezes se confunde com outra pessoa olhando sua imagem.

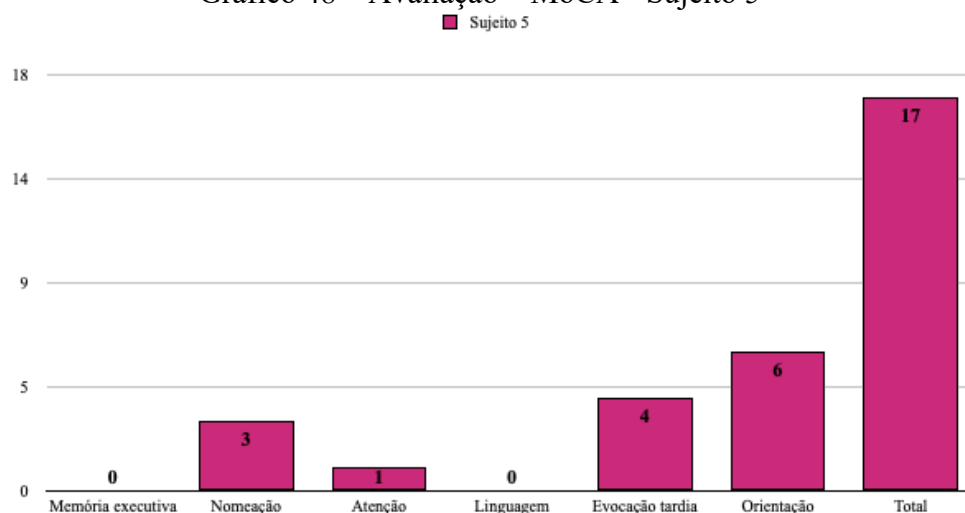
Ao final da gravação a idosa ficou espantada com o vídeo e comentou que havia uma senhora olhando para ela, quando, na verdade, era sua própria imagem. Quando esclarecida que a imagem da senhora é sua própria imagem refletida, afirma: “eu tinha ficado na dúvida, iria falar exatamente isso”, faz um movimento enquanto observa o vídeo sendo reproduzido simultaneamente.

No final de todos os testes, as voluntárias foram fotografadas individualmente e depois questionadas sobre “quem está na foto?”. Esta senhora foi a única que não conseguiu se reconhecer na foto de imediato. Posteriormente, são dadas as pistas em relação aos detalhes da roupa, do lugar e ela confirma “é verdade, sou eu”. “Até que é uma senhora simpática”, como se estivesse falando de uma outra pessoa, mas demonstrando que se reconheceu. Nota-se que o resultado cognitivo foi o melhor apresentado até o momento com aquele grupo e questões de implicações motoras apresentaram mais dificuldade. Apesar do esforço em tentar realizar a tarefa solicitada,

ela compreende a tarefa, mas não consegue realizá-la. A tentativa de segurar a caneta é um desafio.

Ao tentar fazer a primeira atividade, mesmo sem o domínio motor, realiza o máximo possível. Na segunda, a do cubo, ela desiste depois de tentar apoiar a caneta no papel e, para fazer o relógio, percebe que está diferente do que queria fazer. Sua pontuação total foi de 13 pontos em 30. É importante considerar o contexto da avaliação e o fator social que impediu de estudar para ter que trabalhar quando era uma criança (Gráfico 48).

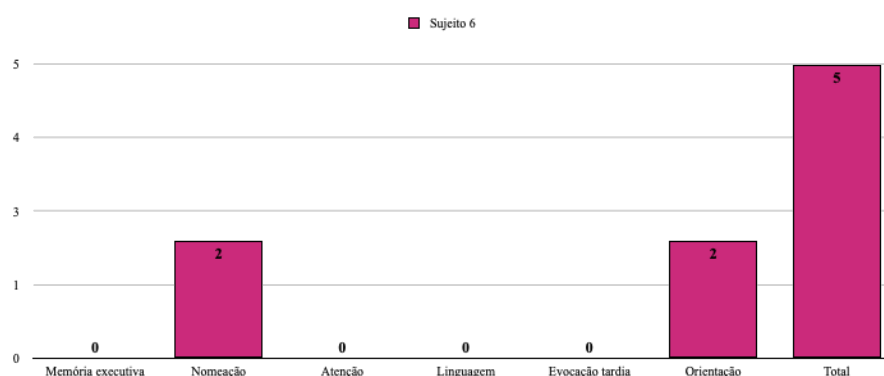
Gráfico 48 – Avaliação – MoCA - Sujeito 5



Fonte: dados da pesquisa (2020).

O sujeito 5 possui 90 anos. Apresenta muita dificuldade motora, precisa de andador e, em alguns momentos, de cadeira de rodas. Atinge o total de 17 acertos. Estudou até o 5º ano do Ensino Fundamental I. De todos os resultados, ela quase consegue atingir pontuação na primeira atividade, mas desistiu de respondê-la, embora tenha compreendido a proposta. O teste do relógio faz três tentativas, mas cria um relógio de um outro tipo, o digital, diferente do que foi solicitado, um analógico. Ela percebe que não era o solicitado, tenta novamente, mas não consegue finalizar a tarefa (Gráfico 49).

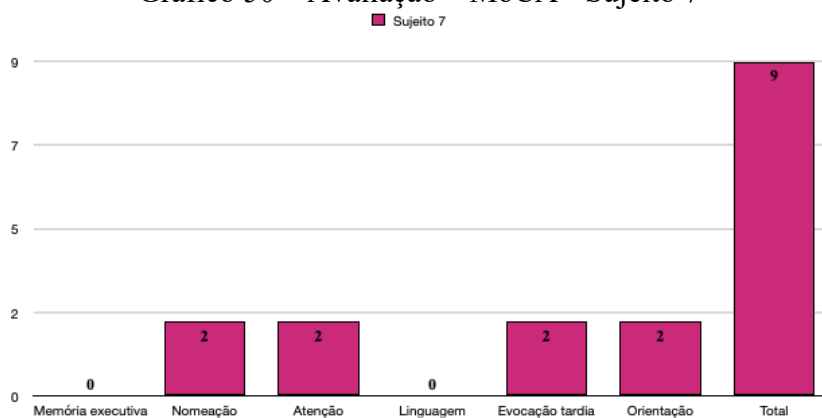
Gráfico 49 – Avaliação – MoCA - Sujeito 6



Fonte: dados da pesquisa (2020).

O sujeito 6, com diagnóstico de Alzheimer, atinge 5 pontos como resultado. Estudou até o 5º ano do Ensino Fundamental I, mas precisou abandonar a escola para ajudar financeiramente a família. Apresenta pontuação na nomeação e orientação. Na parte de linguagem e evocação tardia, não atinge pontuação (Gráfico 50).

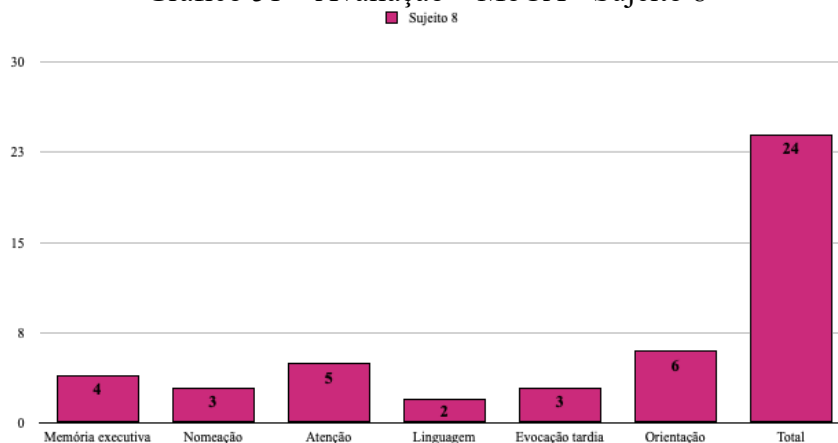
Gráfico 50 – Avaliação – MoCA - Sujeito 7



Fonte: dados da pesquisa (2020).

O sujeito 7 também apresenta diagnóstico da DA, atingindo 9 pontos como resultado. Estudou até o Ensino Fundamental I, mas precisou abandonar a escola para ajudar financeiramente a família. Apresenta pontuação na nomeação, atenção, evocação tardia e orientação. Na parte de linguagem e memória executiva não atinge pontuação (Gráfico 51).

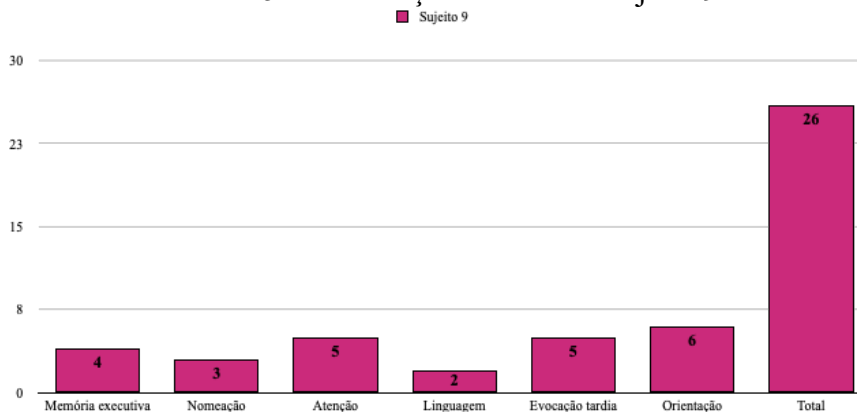
Gráfico 51 – Avaliação – MoCA - Sujeito 8



Fonte: dados da pesquisa (2020).

O sujeito 8 é saudável. Atinge como resultado 24 pontos. Terminou o Ensino Médio. Além disso, apresenta pontuação na nomeação, atenção, evocação tardia, orientação, linguagem e memória executiva (Gráfico 52).

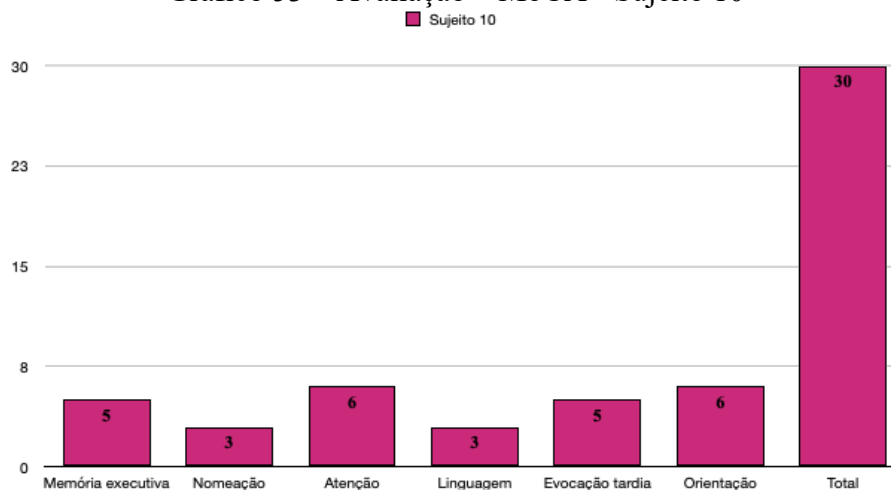
Gráfico 52 – Avaliação – MoCA - Sujeito 9



Fonte: dados da pesquisa (2020).

O sujeito 9 também é saudável e atinge 26 pontos como resultado. cursou o Ensino Superior e apresenta pontuação na nomeação, atenção, evocação tardia, orientação, linguagem e memória executiva (Gráfico 53).

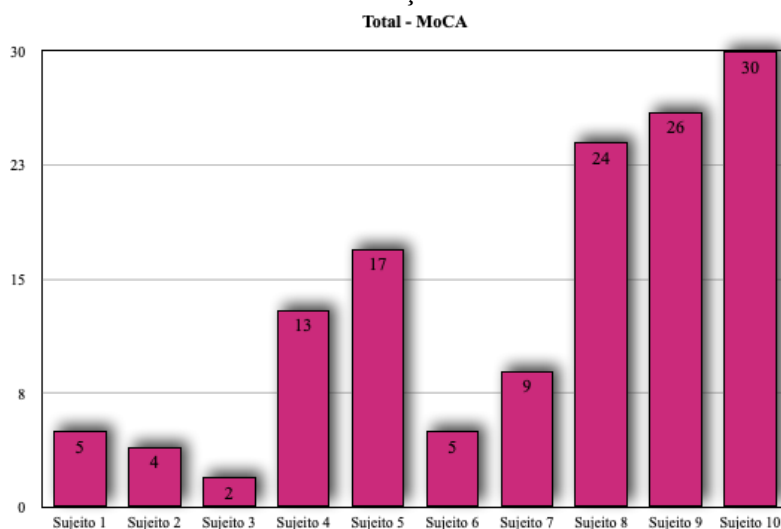
Gráfico 53 – Avaliação – MoCA - Sujeito 10



Fonte: dados da pesquisa (2020).

O sujeito 10 é saudável. Atinge a pontuação máxima (30 pontos) como resultado. Estudou até o Ensino Superior. Apresenta pontuação na nomeação, atenção, evocação tardia, orientação, linguagem e memória executiva (Gráfico 54).

Gráfico 54 – Avaliação – MoCA- Total



Fonte: dados da pesquisa (2020).

Os resultados dos testes são correspondentes às entrevistas realizadas na instituição de longa permanência, com acompanhamento de uma profissional da equipe médica. Notou-se que os três primeiros entrevistados desse grupo apresentam dificuldades cognitivas e são portadores da DA. Apesar da baixa escolarização, a pontuação é muito baixa. Enquanto os outros dois entrevistados apresentam uma pontuação melhor no teste e na entrevista, bem como uma comunicação detalhada e com

informações precisas, embora tenham a mesma faixa de escolarização, observa-se que seus desempenhos foram melhores.

Os resultados confirmam que os sujeitos portadores da DA apresentam mais dificuldades para realizar tarefas cognitivas e muitas vezes não conseguem efetuá-las. Quando suas narrativas tratam de assuntos recentes, eles não são lembrados, mas quando tratam de temas relacionados ao passado, tem-se uma narrativa descritiva que apresentam alguns dados precisos. Em relação às fotografias, pode-se observar que os portadores da doença tiveram maior dificuldade de associar às pessoas que não lembram o nome. Contudo, quando lembravam, o sentimento durante a recordação era expresso com alegria, remontando um momento passado e, quando se referem ao presente, é de forma melancólica. O passado é uma lembrança alegre, com muitas conquistas, momentos que tiveram com a família, seus casamentos, lugares que conheceram e atividades que costumavam realizar. Fato é que os portadores da DA não gostam muito de falar do presente e futuro.

Os idosos saudáveis apresentam crítica do momento atual e das relações que estabelecem na instituição, além de relatarem desejos em relação ao futuro. Os familiares, em sua maioria, são pessoas que trabalham e não conseguem ter o cuidado e a disponibilidade de tempo para cuidar dos idosos e optaram pela casa de repouso devido à equipe médica ser constantemente ativa e bem-preparada para oferecer o cuidado e a atenção que os acolhidos necessitam. Os idosos em geral esperam a visita familiar, que pode acontecer quase todos os dias, mas nem sempre os familiares podem comparecer devido a sua rotina profissional. Muitas visitas costumam acontecer aos finais de semanas. Os idosos dizem sentirem-se felizes com as visitas, mas por vezes os portadores de Alzheimer costumam esquecer quem são seus familiares e se realmente os visitaram ou não. Na maioria das vezes, não conseguem lembrar da visita.

5.3.2 Discurso e contexto nas Instituições de Longa Permanência

Os atos de fala (RIPICH; TERRELL, 1988) que conduziam a entrevista mediada pela pesquisadora visavam:

- 1) à referenciação da história de vida com o foco comunicativo de compreender os eventos autobiográficos dos sujeitos (MONDADA; DUBOLS, 1995);
- 2) à solicitação de continuidade (BRANDÃO; PARENTE; PEÑA-CASANOVA, 2008) com o intuito de permitir o desenvolvimento do discurso, ao ocorrer a quebra de turno

pelo fato de ser curto;

3) à retomada de tópico (BRANDÃO; PARENTE; PEÑA-CASANOVA, 2008) com aspecto comunicativo de esclarecer o tópico, permitindo uma revisão de fala do sujeito, caso tivesse um discurso descontextualizado.

A primeira questão do roteiro de entrevista elaborado para conhecer brevemente o idoso trata de uma questão subjetiva sobre sua história de vida. Ao observar os dados coletados, verifica-se que todos apresentaram uma fala distinta. Alguns sujeitos com diagnóstico de Alzheimer conseguem responder à pergunta e outros não completamente.

Em relação à pergunta a respeito do lugar que marcou a vida dos interlocutores, não são todos que conseguem respondê-la. Eles apresentam desvios de ordem semântica, pragmática e sintática. Os frames (VAN DIJK, 2017) esperados são de localização. Todavia, a idosa que não apresentava diagnóstico não consegue dar nenhuma referência de localização, o que denota dificuldade para organizar o pensamento.

Ao falarem sobre fotografias, todos fizeram uma referência familiar e indiretamente indicaram algumas pessoas, apesar de todos estarem em uma instituição de longa permanência que não são permitidos álbuns de fotografia para que não haja o risco de perderem, mas foi notória a emoção e o sorriso ao falar das fotos. Durante a pesquisa, observou-se a dificuldade dos idosos portadores da DA lembrarem os nomes dos filhos ou se tinham ou não as fotos. Contudo, a idosa da transcrição 5 é portadora da doença e conseguiu descrever a situação e responder à questão, enquanto a idosa saudável não respondeu, mas sugere que a sobrinha tenha guardado as fotos no guarda-roupa. Assim, tem-se que a memória episódica (TULVING, 1983) dos idosos apresentam respostas e conseguem lembrar de detalhes. Os frames estão relacionados à família.

A doença de Alzheimer não é observada por todos os idosos como algo negativo. Para alguns que aprenderam a lidar com as limitações da doença e fazem acompanhamento clínico, atingem os melhores resultados em relação à qualidade de vida. Porém, ainda é uma doença que muitos recusam a aceitar e não procuram tratamento. Entre as respostas, somente uma não conhece a causa da doença e acredita que seja transmitida pelo macaco, enquanto os outros idosos reconhecem os sintomas das doenças e que não se trata apenas de um esquecimento, mas de uma mudança de perspectiva de vida.

Os dados coletados nas entrevistas notificaram que os nomes dos familiares são esquecidos, não obstante das ações que marcaram suas vidas são recordadas. Mesmo que as fotografias físicas não existam mais, sua lembrança é viva. Em relação aos dados dos

testes, observa-se a dificuldade da realização, mas considera-se aqui o contexto social dos participantes. Segundo Morato (2008, p. 160-161),

(...) neurodegenerescência digam respeito a quadros etiológicos e nosológicos distintos, os problemas de linguagem em ambos os contextos são frequentemente similares, tais como dificuldades de acesso e processamento lexical, parafasias, intrusões, alterações gramaticais, repetições, uso abundante de dêiticos, pausas longas ou hesitações – assim como são semelhantes as resoluções encontradas pelos sujeitos frente a eles: reformulações, correções auto e heteroiniciadas, tentativas aproximativas de encontrar palavras ou proceder à atividade referencial, expressiva evocação de semioses não verbais, repetições, pausas, etc.

As repetições, evocação de semioses não verbais e pausas são elementos presentes nos discursos dos idosos, como também certas palavras produzem uma reflexão de um momento da vida, cujo ato de fala se atualiza. Desse modo, a experiência é retratada sob um outro olhar com uma perspectiva interna e externa ao fato (MORATO, 2008). Do ponto de vista linguístico, ocorre a análise discursiva e sociocognitiva da construção da referência que passa por um processo de (re)construção da realidade, com interação no decorrer da entrevista.

A narratividade do paciente com Alzheimer apresenta suas características patológicas. Todavia, marca o sentido da própria vida, configurando a identidade pessoal construída por sua memória e singularidade. A análise das falas era o recurso utilizado pelo neurologista Oliver Sacks, que visava obter narrativas orais dos sentimentos e traumas como método clínico para o paciente aprender a lidar com a doença. Notou-se que, do ponto de vista familiar, existe um esquecimento que não é somente do idoso, mas de quando houve a inserção na casa de repouso e existe a recordação do seu passado e de seus entes queridos que se atualiza na construção de uma nova família com outros idosos e a equipe médica.

5.3.3 O envelhecimento com a família

As falas selecionadas são dos idosos que convivem com os familiares e apresentam a DA. Os atos de fala (RIPICH; TERRELL, 1988) dos interlocutores (familiares do sujeito da pesquisa) contribuíram com as informações específicas, sendo: 1) referência do discurso (MONDADA; DUBOLS, 1995) no contexto da história de vida e quando o sujeito da pesquisa não consegue recordar dos eventos, os interlocutores

podiam ajudar; 2) solicitações de continuidade (BRANDÃO; PARENTE; PEÑA-CASANOVA, 2008), ao afirmar a escuta da fala e solicitar continuidade, nas pausas e hesitações; 3) retomadas de tópico (BRANDÃO; PARENTE; PEÑA-CASANOVA, 2008) e instrução sobre o tópico, com o intuito de minimizar a logorreia (falas prolongadas com informações não relevantes para o tema); 4) a referenciação (MONDADA; DUBOLS, 1995), por meios visuais – álbum de família com objetivo comunicativo de solicitar para que o sujeito da pesquisa realize a narração de algumas experiências de vida com o auxílio das fotografias; 5) indagação com apoio visual a fim de questionar os nomes das pessoas próximas à família (nomeação dentro de um contexto discursivo com auxílio visual). Para exemplificar, tem-se o seguinte caso:

Caso 6- Senhora moradora da Zona Leste de São Paulo com Alzheimer que vive com a família e faz tratamento da doença. Adotamos as referências: L1- Pesquisadora, L2- Sujeito da pesquisa, L3 – Interlocutor – neta e L4 - Interlocutor – filha.

L1- *Por favor, conte sobre sua história de vida. Onde a senhora nasceu?*

L2 - *Olha, a minha vida não foi tão boa. Perdi minha mãe muito nova fiquei com meu pai e meus irmãos ele que nos criou. Estou aqui casada, com meus filhos. Eu me sinto bem. Às vezes a cabeça falha um pouco, mas também é muito pouco. Sabe, eu não gosto de sair sozinha inclusive eu fico ‘meia com medo’ de esquecer as coisas então eu quase não saio de casa. Quase não converso com as pessoas, às vezes meus vizinhos puxam conversa comigo, quando eles puxam, minha vizinha lá. Mas eu não gosto de conversar com as pessoas com medo de errar muito. Sou muito quieta dentro da minha casa, não sou de sair, não gosto muito ... meu jeito de ser.*

Na transcrição acima tem-se a marca do sentimento de tristeza em relação aos fatos trágicos que marcaram sua vida e a expressão “Estou aqui casada, com meus filhos” a qual nota-se a substituição inconsciente do termo marido por filhos. Apesar de, em um primeiro momento, isso não ser relatado, posteriormente é mencionado pela neta e a filha, que contam a história do casamento, da traição por parte do marido, do perdão, da separação e da morte. O marido não é mencionado como alguém importante em sua trajetória.

As perguntas abordadas constituem-se nos atos de falas, que têm por âmbito “(...) indagações sobre a história tinham o objetivo de verificar se o participante recordava do evento e também foram feitas no intuito de obter informações que faltavam ser expressas

pelo participante sobre o evento relatado” (BRANDÃO; PARENTE; PEÑA-CASANOVA, 2008, p. 13).

A memória é referida como “cabeça que falha” e o sujeito nota que a palavra “cabeça” não era exatamente o termo que representa sua fala quando teria intenção de se referir à memória. Segundo Brandão (2005, p. 23), “(...) a memória semântica, sistema referente ao conhecimento sobre o significado das palavras, conceitos e fatos, apresenta falhas que podem ser tomadas como sinais cognitivos da DA”. Constata-se que há falha de ordem semântica no discurso do sujeito, mas também uma tentativa de reparo.

O medo de sair de casa decorre da possibilidade de não conseguir realizar o caminho de volta ou esquecer algo que considera importante. Por isso, ela escolhe ficar no imóvel onde se sentia segura. A solidão se faz muito presente. Os vizinhos, apesar de estarem por perto e tentarem uma aproximação, são percebidos como pessoas desconhecidos e geram insegurança.

A entrevistada manifesta desconforto e relata, de forma tímida, sobre o seu “jeito de ser”, ao verbalizar “sou muito quieta dentro da minha casa”. O termo casa é referido como algo que faz parte dela, uma metonímia. Ao concluir, dá uma risada que demonstra uma leve alteração de humor.

L1- Para a senhora quais foram as lembranças boas?

L2- Eu nem me lembro mais, mas minha infância foi na roça. Minha cabeça já não está mais boa não me lembro mais, preciso de alguém que fique comigo. Meus filhos perguntam as coisas eu nem sei mais onde coloquei as coisas, vasilhas, as coisas. Mas ultimamente eu estou bem. Não posso me queixar de nada não. Sempre perguntando alguma coisa. Mas eu gostava da igreja eu fui coordenadora da festa dos Dia das Mães então ia buscar as flores, organizava as festas. Mas eu tinha uma cabeça boa.

L1- Aqui nós temos um álbum de família e eu queria saber a respeito da senhora em relação a essas fotos.

L2- Quem é essa aqui? Quem deu para você essas fotos?

L3- Essas fotos são aquelas que nos temos em casa da senhora.

L2- Essa eu não vou enxergar. Vou pegar outra. Essa aqui sou eu?

L4- Não. Você lembra onde a gente estava?

L2- Não, a cabeça tá ruim.

L4- E essa foto também é do mesmo lugar.

L2- *Ah, essa daqui é do mar. Essa eu lembro. Estou aqui. A vista não ajuda. Esta é você e seu marido.*

L4- *Quem são esses meninos e esse homem gordo?*

L2- *Esse eu conheço é o A. Essa aqui é a L. Essa criança eu não lembro (neta – recém-nascida)*

L4- *Quem é nessa foto?*

L2- *Essa pretona é eu mesma. (risos)*

A idosa, quando questionada sobre boas lembranças, afirma não conseguir recordar. Entretanto, faz uma referência à sua infância na roça como um lugar importante. Tem-se a digressão, com suspensão do tópico em andamento, alterando a cadência narrativa com: *“Minha cabeça já não está mais boa. Não lembro mais, preciso de alguém que fique comigo. Meus filhos perguntam as coisas eu nem sei mais onde coloquei as coisas, vasilhas, as coisas[...]. Sempre perguntando alguma coisa.”* A sua fala retoma o tema abordado anteriormente (que sua cabeça não está boa), que se refere à memória que não atinge sua expectativa e ressalta a necessidade de uma companhia que não a deixe sozinha, uma vez que não se recorda onde coloca as coisas que os filhos perguntam, apesar de não lembrar de algumas ações. Também afirma estar bem, ao mesmo tempo em que nega ao dizer que não pode se queixar de nada. Na sequência retoma que os filhos sempre estão perguntando alguma coisa (coisa essa que já se esqueceu). Retoma a resposta da pergunta *“Mas eu gostava da igreja, eu fui coordenadora da festa dos dias das mães, então ia buscar flores, organizava as festas. Mas tinha uma cabeça boa.”*

Ao questionar sobre o álbum de família, a idosa pergunta quem é a pessoa da foto. Ela expressa certa familiaridade, como se estivesse começando a reconhecer a fotografia. Segundo Brian (2011), na composição da narrativa autobiográfica, o falante elabora explicações relacionadas aos fragmentos da vida. Na linguagem, nota-se o uso da retórica, como *“(...) símile, metáfora e metonímia, para organizar nossas lembranças – para ordenar, reordenar, apagar e relembrar experiências”* (BRIAN, 2011, p. 22). Na sequência, interroga quem concedeu as fotos e a neta esclarece que são da família. L2 diz que não vai conseguir enxergar e escolhe outra fotografia. Aproveita para confirmar se está na imagem, mas aponta para o retrato da filha. A interlocutora esclarece que a pessoa a quem se referiu não corresponde à entrevistada e questiona sobre o lugar. A idosa afirma que a *“cabeça está ruim”*.

A filha ajuda a mãe a se recordar dizendo que a foto se refere ao mesmo lugar. A idosa relata que a fotografia foi tirada na praia e reconhece todas as pessoas presentes na imagem. A interlocutora apresenta outra foto em que a idosa reconhece parcialmente as pessoas, mas esquece da neta recém-nascida. A filha escolhe outra foto em que a mãe aparece. O tempo que ela leva para reconhecer-se é significativamente mais rápido em relação às imagens anteriores:

L4- E essa foto? Quem é?

L2- Esse aqui é meu filho. Essa moça. Ai, sem óculos como é que eu vou saber.

L3- A senhora sabe, certeza.

L1- O que aconteceu com seus óculos?

L4- Ela guardou, mas não lembra onde está.

L2- Eu guardo as coisas, mas não lembro onde eu ponho, minha filha.

L2- Essa daqui eu não lembro.

L4- A senhora sabe quem é essa criança?

L2- Essa criança também não. Se tivesse com óculos era mais fácil.

L4- E nessa mesma foto quem é essa?

L2- Essa daqui sou eu.

L3- Exatamente.

Durante o reconhecimento da fotografia é mencionado que está sem óculos porque, ao guardá-lo, não consegue recordar onde deixou. Ela comenta sobre a dificuldade em enxergar, mas consegue se reconhecer na fotografia mesmo sem óculos e estando sozinha.

L1- Vou fazer algumas perguntas sobre as fotos? O que trouxe de lembranças boas essas fotos? O que foi bom? Em que momento a senhora se lembra dessa foto?

L2- Eu quase não vejo essas fotos. Eu olhando fico feliz e meu coração bate mais rápido.

L1- Dá uma acelerada no coração ao ver essas fotos?

L2- Dá. Saber que já estou velha, alegria de ver que esse daqui é o meu filho. Essa daqui é a R. Se eu pudesse ficava com todas essas fotos.

O sujeito da pesquisa afirma que não tem muito contato com as fotografias, mas que pode observar e falar a respeito. Comenta sobre o sentimento de felicidade que

acelerou seu coração, em relação à nostalgia da alegria de reconhecer os filhos, netos e um autorreconhecimento. Gostaria de ficar com as fotos como uma lembrança das pessoas e dos momentos felizes:

L1- Que sentimento dá essa foto da R. (neta) bebê?

L2- É uma alegria imensa de cada neto que dá. Por isso que eu tenho umas fotografias lá no meu quarto que quando dá uma saudade, começo a olhar. Fiz um mural de todos os filhos e vejo quando estou com saudade.

L4- Ela fez esse mural na parede da cama dela e ela fala que fica com saudade e fica olhando as fotos.

L2- Eu sempre olho, antes de dormir. Mas até para dormir é difícil para mim. Acho que a gente não precisava ficar velho né minha filha.

L3- O que essa foto lembra a senhora?

L2- O Natal a festividade da minha família que estava tudo junto.

L3- O que a senhora gostava quando tinha o Natal?

L2- A reunião da família. Eu fico velha. Para dormir é um problema. Até lembrar e relembrar, tudo. Eu preciso de umas fotografias dessas.

O sujeito da pesquisa revela que fez um mural para olhar os familiares antes de dormir. Fica muito animada ao ver a foto da neta e descreve estar imensamente alegre. Fala que gosta dos momentos de festividade, principalmente o Natal, pelo fato de a família estar reunida. Relata sobre a dificuldade de dormir e lembrar. Menciona a necessidade das fotografias para contribuir com sua noite de sono e relembrar bons momentos.

L1- E qual o sentimento que essa foto traz de recordação?

L2- agora não posso mais sair e então quando vejo as fotos eu lembro das coisas boas da vida. Não sei se vou conseguir dormir depois de ver tanta coisa boa.

L3- Eu não gosto de dar muita foto para ela não ficar chorosa.

L2- Mas a gente fica, mas é muito bom porque a gente mata a saudade um pouco. É muito bom.

L1- E como foi esse momento de poder olhar as fotos e poder relembrar, foi bom?

L2- Foi muito bom. Não tenho nem palavras para dizer como foi bom relembrar por meio dessas fotos meus filhos e meus netos. Hoje estou aqui na mão de Deus. E a gente sabe

que meus filhos não me deixam sozinhos e isso daqui me deixou muito alegre você trazer isso daqui.

A idosa, ao falar sobre o sentimento que a fotografia representa, descreve uma sensação de euforia, pois não sabe se vai conseguir dormir após rever as imagens e relembrar dos bons momentos, uma vez que não pode mais sair sozinha e se sente limitada. A filha diz que não gosta de dar muitas fotos para a mãe colocar no mural, para ela não ficar chorosa, porém a entrevistada destaca que, apesar disso, consegue suprimir o sentimento da saudade, reforçando que está muito alegre. As palavras parecem sumir em relação ao sentimento de nostalgia. Além de falar muito sobre a alegria, sua mudança de humor ser notável:

L1- A senhora faz algum tratamento ou acompanhamento clínico?

L2- Não que eu sabia.

L4- Ela faz sim. Ela vai no Centro de Referência do Idoso (CRI) na Zona Norte de São Paulo.

L2- Eu esqueci, vou no CRI.

L4- Mas quando ela vai lá é para o Alzheimer. Ela faz atividade lá. Fez tratamento de grupo e faz acompanhamento médico. Lá eles cuidam. Mas lá é assim, como são estudantes toda hora estão trocando, mas eles cuidam.

L2- Mas eles cuidam.

L4- Ela estava tomando um remédio para o Alzheimer que eu acho que não tá fazendo muito efeito. E a gente está esperando que eles voltem a ligar.

L1- Qual é o medicamento?

L2- Filha, pega aquela, aquele pote vermelho da noite.

Entrega o medicamento Cloridrato de Donepezila 5 mg.

L1- Esse medicamento ela está tomando para o Alzheimer com prescrição médica?

L4- Teve. Mas a gente. Pelo menos eu, minha irmã e meu irmão. Não sentimos diferença.

L1- Com o medicamento não teve nenhuma melhora.

L4- Ela fica calma. Quando toma Fluoxetina. Fica tranquila e calma. Senão fica ruim.

L2- Meus filhos cuidam muito bem de mim. Não tenho o que reclamar.

Ao ser questionada sobre o tratamento de Alzheimer, alega desconhecimento. Mas sua filha fala sobre o acompanhamento clínico que faz no Centro de Referência ao Idoso

localizado na Zona Norte de São Paulo, além do grupo de referência com idosos e atividades lúdicas e de entretenimento feitas por estudantes da geriatria. A filha comenta que ela está usando medicação, porém não notou melhora e que somente o antidepressivo tem ajudado com a variação de humor e permitido a realização das tarefas cotidianas, visto que, sem o medicamento, não sente vontade de fazer as necessidades básicas, como tomar banho, comer e dormir, além de ficar extremamente irritada com as pessoas.

A filha comenta que a recomendação médica é que ela possa se relacionar com pessoas da mesma faixa etária para não se sentir sozinha, contudo, a idosa não gosta de interagir com desconhecidos. Ela mostrou interesse em aprender alguma atividade manual, mas recusou participar do grupo de crochê pelo fato de se sentir obrigada a conversar com idosos que ela não está familiarizada.

Quando não usa o medicamento, apresenta uma busca por um isolamento social. Além disso, chora bastante e, em alguns momentos, pensa em morrer porque acredita estar atribuindo mais trabalho aos filhos. Esse sentimento intensifica quando está em crise. A religião é muito importante, pois contribui para refletir sobre suas atitudes e evitar os pensamentos de suicídio. Tenta lembrar do esforço de cada filho e repete com frequência que eles a ajudam muito, como um reforço para recordar da importância de cada membro da família.

A filha narra que, do ponto de vista clínico, a equipe que acompanha o caso apoia o uso das fotografias que servem como estímulo cognitivo, pois o ato de atribuir nomes às pessoas ajuda a não esquecer dos filhos e netos. As alterações de humor são constantes e os filhos são responsáveis por administrar a prescrição, tendo em vista que a idosa costuma esquecer de tomá-la ou faz uso incorreto.

Caso 7- Senhor morador do bairro do Morumbi de São Paulo, com Alzheimer, vive com a família e não faz tratamento da doença. L1- Pesquisadora, L2- Sujeito da pesquisa:

L1- Gostaria que o senhor comentasse sobre a história de sua vida.

L2- Para conversar em português é difícil.

L1- O senhor sempre morou no Brasil?

L2- Não, eu nasci no Japão. Trabalhei na roça. Puxar enxada. Por muito tempo. Depois vim para o Brasil, mas sempre quis voltar para o Japão com meu pai. E agora eu insisti e fui para o Japão. Mas não era como aqui, que se explicava como era. Mas depois disso eu parecia ter me enganado e voltei para o Brasil. No Brasil eu vim com meu pai.

L1- Com quantos anos o senhor veio para o Brasil?

L2- Eu vim nenezinho com 1 ano. Trabalhava no interior, com 7 ou 8 anos já puxava enxada. Plantação de algodão.

L1- O senhor trabalhava junto com seus pais?

L2- Sim, meu pai trabalhava para juntar 15 quilos de algodão que era 1 arroba, quando falava que tinha que socar em um fardo de 60 quilos, mas quando era algodão sempre dava mais não precisava de muito esforço para 70 e 75 quilos enchia 60 fardos por aí, era meio caminhão, levava na cidade. Assim minha vida meio complicada, mas quem não conhece é complicado né. Mas é assim, hoje. Mas depois que cheguei em São Paulo adulto já trabalhava de várias coisas. Principalmente em negócio de bar. Eu tive um grande bar no largo de Pinheiros. E trabalhei e tal, mas o serviço que não gostava, fiz meu pai vender e trabalhava também com outras coisas.

L1- Todos esses trabalhos sempre foram em São Paulo?

L2- Sim, tudo em São Paulo.

L1- Quando sua família chegou no Brasil, chegaram direto para São Paulo.

L2- Não, sofreram bastante. Foi entrando, indo em várias casas e outro Estado. Quando um patrício chamou para ficar em sua casa, foi ficando 3 a 4 anos em sua casa, começa a ficar independente meu pai começa a alugar uma casa, começou a ganhar dinheiro e começou a comprar bens, e assim por diante. Tinha em Tupã um terreno grande, quando eu conheci Tupã junto com meu pai só tinha duas a três casas. Hoje é aquela cidade tão grande. Não era muito longe da cidade, e a especialidade do meu pai era tudo algodão ou arroz. Porém arroz precisava de um lugar úmido. Agora algodão já era mais fácil, eu sei que algodão eu trabalhei bastante.

O sujeito da pesquisa nasceu em Shizuoka, no Japão. O idioma português é um desafio para sua comunicação. Apesar de morar em São Paulo por quase 85 anos, não se sente seguro em falar. Não teve oportunidade de estudar e seus familiares conversavam em japonês. Trabalhou a vida inteira na lavoura em Tupã, interior de São Paulo. Comenta que sente saudade de alguns momentos, mas também se recorda dos dias difíceis. Começou a trabalhar com 7 anos e não sabia o que era ser criança, pois tinha que ajudar a família. Teve a infelicidade de perder a visão de um olho. Além disso, passou por vários oftalmologistas até conseguir realizar a cirurgia, em Campinas/SP. Uma curiosidade é que conheceu sua esposa em uma pensão durante o processo de recuperação pós-cirúrgico. Depois casaram-se e tiveram sete filhos.

L1- Qual foi o lugar que o senhor mais gostou? Marcou sua vida.

L2- No Japão naquela época qualquer tipo de concorrente era assassinado. Aqui no Brasil não tinha isso. Pensei que no Brasil era melhor, poderia trabalhar com que eu gosto e deu para sustentar toda a família. Certo que era para eu estudar, mas infelizmente não tive a oportunidade de estudar. No Japão eu morava Shizuoka, Tóquio. Pertinho da Yokohama (maiores centros de negócios do Japão) eu também não conheci onde tinha nascido eu nasci em Shizuoka. Lá não precisei trabalhar, porque se trabalhasse lá iria esquecer o Brasil. Trabalhar lá era difícil. Aqui no Brasil era quatro vezes melhor do que lá. Aqui se trabalha direitinho em três anos já tá rico. Mas aqui falam que não consegue, mas não se esforçam. Porque em qualquer ramo de serviço que trabalhar dá para ganhar muito direito honestamente, não precisa roubar. Fazer o preço justo. Pegar confiança nas pessoas, tem que oferecer o bom. Pensando tudo o que sabe.

Às vezes pode errar a escolha da profissão. Mas quando faz o que gosta e tem cabeça boa consegue crescer. Precisa aperfeiçoar, para ficar melhor. Foi muito bom visitar o Japão e rever os familiares, minha tia. Mas quantos vão para o Japão tentar melhorar a vida e não conseguem. Tem de ter ideia boa para trabalhar, mas também ganha bem. E muitos abandona a mulher para ficar lá. Eu gosto da minha mulher, mas eu não tive oportunidade de estudar. Eu era pequeno trabalhava e muitos adultos queria disputar, 'eu falava que não'. Porque era criança. Comecei a ganhar dinheiro. Meu pai quando começou a ter muito dinheiro passou a gastar muito, dava para ser milionário já. Mas consegui levar toda a família para o Japão ficamos por dois anos conhecendo. E não é qualquer um que consegue viajar assim.

O idoso comenta sobre os momentos que marcaram sua vida. Começa citando as ameaças no Japão que ocasionavam em mortes, sendo que, no Brasil, sofreu agressões, além de ter seu estabelecimento invadido e destruído por amigos do concorrente, o que implicou na venda do imóvel em Pinheiros. Sua viagem ao Japão foi um sonho que teve desde criança. Aproveitou o passeio e levou a família para ficar dois anos no Japão, pagando todas as despesas. Conheceu todos os lugares que sempre desejou e reencontrou os familiares e a casa de sua família em Shizuoka. Mas durante o passeio sentiu vontade de voltar para o Brasil, retomar seu trabalho. No Japão, a concorrência era maior e não iria conseguir o capital financeiro que teria no Brasil, pois já tinha uma grande fazenda em Tupã e uma casa no Morumbi.

L1- Vou fazer algumas perguntas sobre umas fotografias. Para saber se o senhor conhece essas pessoas.

L2- Ah, que legal. Fotografias.

L1- Essa daqui é a foto de um casamento. O senhor conhece alguém da foto?

L2- Essa é minha irmã, minha outra irmã, eu e minha mulher. Agora esse daqui é o meu irmão (cita todas as pessoas).

L1- E nessa foto, quem é esse casal?

L2- Minha mulher e eu

L1- Quem são?

L2- Esse sou eu e minha mulher.

L1- Quem são esses nessa foto?

L2- Meu cunhado, minha irmã, minha mãe e esse é parente (mãe desse rapaz-cunhado) - (cita todos da foto).

Ao apresentar algumas fotografias, foi notável a mudança de humor e o sorriso no rosto. As risadas começaram a surgir espontaneamente. As imagens compunham o álbum de família e alguns porta-retratos que são itens de decoração de sua casa. Ele cita o grau de parentesco como reconhecimento das pessoas da fotografia, mas não cita o nome. Muito sorridente, responde rápido quando é a foto de seu casamento, demonstrando facilidade no reconhecimento. Contudo, as fotografias de seus irmãos, cunhados e netos demora um pouco para responder:

L1- Essa outra foto?

L2- Essa é a minha mãe e eu.

L1- Não seria seu pai e sua mãe? (foto de casamentos dos pais)

L2- Deixa-me ver novamente. Não, esse é o meu pai e minha mãe.

Quando questionado sobre uma fotografia antiga do casamento de seus pais, o sujeito da pesquisa confunde a imagem de seu pai com ele. Ao ser questionado se realmente é ele na fotografia ou se seria seu pai, ele verifica a foto e depois confirma que são seus pais e que ele não está presente na imagem:

L1- No porta-retrato nos temos duas fotos um em família e outra de um casal. O senhor os conhece?

L2- Nossa, aqui é tudo parentada. Esse daqui é meu irmão, cunhado, minha filha, minha irmã casula e esposa dele, meu genro, outro meu genro, esses adolescentes são todos meus netos e essa minha nora.

L1- O que o senhor achou de ver essas fotos? Trazem uma boa recordação?

L2- Olha e tem uma lembrança, de cada um e vai lembrando.

L1- Foi uma boa recordação?

L2- É bom lembrar. Às vezes lembra coisas boas.

Pega uma foto e disse olha:

L2- Essa é minha mãe, minha irmã caçula, meu irmão caçula e o marido.

Entrega a foto com um sorriso.

L1- O senhor se recorda de quais momentos bons, quando vê essas fotos?

L2- Lembra de todo mundo, casamento dos irmãos. Na época eu teria um crescimento bom. Mas se não continuei, porque ajudava um e outro. Mas sei tivesse continuado estaria bem milionário. Eu queria comprar pelo menos umas dez casas como essa. Para viver o futuro bom. Mas não conseguiu, porque cabeça ficou ruim.

Um porta-retrato com duas fotos é apresentado. O sujeito fica animado em falar e responde comentando sobre o grau de parentesco de cada pessoa na imagem. Comenta que gosta de ver as fotografias, porque vai lembrando de cada pessoa e às vezes lembra de coisas boas. Espontaneamente, elege uma fotografia em que aparecem a mãe, seus irmãos e o cunhado. Sorridente, entrega a fotografia para que seja observada. Quando questionado sobre os momentos bons das fotografias, afirma que se recorda de todos e sobre o casamento dos irmãos. Faz uma digressão recordando da época que deixou de ganhar dinheiro para ajudar seus irmãos que estavam precisando de ajuda financeira. Comenta sobre seus sonhos de comprar outras casas bem localizadas e grandes para viver do aluguel e assim poder garantir um futuro sem preocupação financeira. Porém, comenta que não consegue realizar esse desejo, pois sua memória não é como antes. O entrevistado reconhece que sua capacidade cognitiva teve um declínio considerável e sente-se limitado aos bens que conquistou antes de sentir que sua “cabeça” não corresponde às suas expectativas.

Caso 8- Dona Francisquinha diagnosticada com Alzheimer, vive com a família, realiza acompanhamento médico e há mais de dez anos tem a rotina divulgada em vídeos que

são postados nas redes sociais, sendo a filha, Cláudia a responsável por gravar e veicular o material.

Cláudia – Oi pessoal, meu nome é Cláudia eu tenho 58 anos, cuido da minha mãe Francisquinha que tem Alzheimer há dez anos. Porém oito anos de diagnóstico, mamãe fez tratamento convencional até o ano passado, ou seja, quase oito anos.

Dona Francisquinha – Eu também me sinto bem.

Cláudia- Né, mamãe?

Dona Francisquinha - É

Cláudia - Com tratamento convencional é... começou com Donepezila, Memantina e depois resolvi mudar porque ela estava declinando muito, ela estava com o vocabulário totalmente restrito a cognição estava totalmente prejudicada, com o humor muito complicado. Eu resolvi fazer a tentativa de mudar e a sete meses ela está sendo tratada com Canabidiol dela têm (CBD) e THC – Tetrahydrocannabinol-, têm THC também mais ou menos 10% de THC. E a Francisquinha evoluiu muito graças à deus. Ela melhorou a cognição, melhorou o entendimento, tá obedecendo os comandos está tendo iniciativa, ontem mesmo eu fui levar a água para ela e normalmente ou ela ficava segurando o colo, - Dona Francisquinha sinaliza concordância com a cabeça- o copo na mão, ou então eu tinha que falar: ‘bebe’ Eu cheguei e ela falou eu não pedi água eu não estou com sede.

Dona Francisquinha- Ela disse isso?

Cláudia – Disse. Né, mamãe. E aí eu percebo que até autonomia ela está adquirindo com o uso do Canabidiol, mas bem vamos lá. Vou mostrar para vocês.

A Dona Francisquinha pega uma foto.

Dona Francisquinha- Quem é?

Cláudia- Quem é?

Dona Francisquinha – É ela.

Cláudia – Ela quem?

Dona Francisquinha – A mãe dela.

Cláudia- Hum, ela achou uma foto. Eu vou fazer umas perguntas para vocês verem como ela está.

A Dona Francisquinha pega um sabonete.

Dona Francisquinha – Fico... Mas não cola.

Cláudia- Você pegou outra coisa? Mas é sabonete. A senhora não comeu não? Cheira.

Dona Francisquinha - Sente o cheiro.

Dona Francisquinha – É olha aqui.

Cláudia – Você achou bom o cheiro?

Dona Francisquinha – Foi. Aqui era um bebezinho e ela.

A Dona Francisquinha aponta para a fotografia.

Cláudia – Ela é sua cunhada. Um bebezinho e ela (mostra a fotografia para o vídeo)

Cláudia – Qual é o seu nome todo?

Dona Francisquinha – Meu no... passi

Cláudia – Seu nome? Seu nome?

Dona Francisquinha – Francisca Silva Alves

Cláudia- Muito bem! Francisca Silva Alves

Risos da Dona Francisquinha.

Cláudia – E o nome do seu pai?

Dona Francisquinha – Meu pai é o José da Silva Marcolino que é meu pai... É meu pai.

Tive Zacarias.

Cláudia – Zacarias é irmão dele, né?

Dona Francisquinha – É.

Cláudia – Seu pai é José Marcolino, não é?

Dona Francisquinha – Meu pai é que não é.

Cláudia – Não é não?

A interlocutora Cláudia esclarece como procede com o tratamento da mãe e as mudanças que optou em fazer para otimizar a qualidade de vida da Dona Francisquinha, acompanhou a descoberta da doença e a transição do estágio inicial para o estágio moderado. Realizou uma mudança nos medicamentos dos convencionais para os alternativos e menciona a melhora cognitiva. Dona Francisquinha não consegue reconhecer as pessoas da fotografia e ao pegar uma foto refere-se a alguém conhecido e a um bebê, e nota que na foto são duas pessoas uma mulher segurando um bebê recém-nascido, que seria sua filha e sua cunhada na foto. Mas não consegue reconhecer, mas fala com carinho: “Aqui era um bebezinho” demonstra um carinho pelo bebê, o qual percebe que se trata de alguém que cresceu e está adulto, mas não conseguiu reconhecer sua filha, porém, nota que não está presente na fotografia.

Posteriormente a filha questiona seu nome e quando entende a pergunta rapidamente e assertivamente responde. Já para dizer o nome de seu pai confunde um pouco com seu tio. Tendo em vista que Dona Francisquinha se encontra em um estágio

moderado do Alzheimer foi notória a confusão na identificação, e perceptível a perda significativa de sua memória episódica (TULVING, 1983) na qual a fotografia que não retratam momentos, além das imagens das pessoas as quais não consegue dizer com certeza quem são.

Cláudia E eu, quem sou?

Dona Francisquinha – Você vem junto, junto comigo.

Cláudia – Estou sempre junto com você, né? Eu sou o que sua?

Dona Francisquinha – Tá... cada... velha. – Fala sussurrando.

Cláudia – Eu estou sempre junto de você, o que eu sou sua?

Dona Francisquinha – Colega.

Cláudia – Sou sua colega?

Dona Francisquinha – Aspecto

Cláudia – Eu acho que você é ... minha mãe.

Dona Francisquinha – (pausa) Não.

Cláudia – Não? Não sou sua filha? Não?

Dona Francisquinha – É. Ela disse que só fa...

A interlocutora pergunta para o sujeito da pesquisa sobre seu grau de parentesco, porém Dona Francisquinha não reconhece a filha, mas sabe que é uma pessoa que está sempre ajudando e acredita que é uma colega. Mas a interlocutora, lembra que é filha e não colega. Minutos depois ela confirma. Os esquecimentos de familiares e de sua autobiografia são mais frequentes na fase moderada, em alguns momentos os familiares passam a ser desconhecidos em alguns casos.

De acordo com a Associação Brasileira de Alzheimer os estudos indicam que na fase moderada são frequentes as dificuldades de realizações de tarefas do cotidiano devido ao prejuízo de memória, além do esquecimento de fatos mais importantes, nomes de familiares, incapacidade de viver sozinho, dependência para auxiliar com autocuidados, a fala comprometida e a falta de clareza na comunicação, alterações de comportamento (agressividade, irritabilidade, inquietação), ideias sem sentido (desconfiança, ciúmes) e alucinações (ver pessoas, ouvir vozes de pessoas que não estão presentes). No caso da Dona Francisquinha alguns sintomas são mais notáveis, porém teve um episódio de um surto psicótico que ela pensou que alguém tivesse roubado sua filha, ficou desesperada. E precisou fazer uso de antipsicótico.

Dona Francisquinha – Deixa eu ver (pega mais uma fotografia)

Cláudia – Deixo. Esse daí é um?

Dona Francisquinha – Dona Irene?

Cláudia – Não, não é a Dona Irene.

Dona Francisquinha – Essa daqui é a Dona Irene. É o nome dela.

Cláudia – Essa daqui é a minha avó.

Dona Francisquinha – É?

Cláudia- Acho que é minha avó. Não sei.

A fotografia desperta interesse em Dona Francisquinha, mas confunde um retrato de sua mãe com a Dona Irene que é a sogra de sua filha e apesar de já ter falecido foi alguém muito próxima da idosa. Quando a Cláudia pergunta o nome da mãe Dona Francisquinha confunde com o Dona Irene o que demonstra essa frequência de trocas de nomes. Alguns momentos sendo recorrente a lembrança dos familiares falecidos, mas para Dona Francisquinha é como se estivessem vivos, porém não estão presentes naquele momento, esquecendo do falecimento.

Cláudia – Mãe quantos anos você tem?

Dona Francisquinha – Quinze.

Cláudia – Quinze anos.

Dona Francisquinha – É.

Cláudia – Gente olha, a mamãe tem 85 anos, ela fez magistério.

Dona Francisquinha – (Começa a se coçar novamente) Eu tenho 14 anos.

Cláudia – Deu aula, era uma pessoa muito inteligente. Gostava de ler.

Dona Francisquinha – 14 anos.

Cláudia – Fez palavras cruzadas, muito tempo. Depois foi perdendo, o interesse. Acho que isso daí é. Eu imagino que o Alzheimer da minha mãe ele ficou escondido pelo menos uns cinco anos, porque hoje quando eu observo o comportamento e estudo esse assunto eu vejo que ela tinha muita coisa de quem já estava iniciando Alzheimer principalmente a depressão. Ela tinha uma depressão só falava de doença. Só falava de remédio. E aí começou a esquecer os acontecimentos recentes, não ... pulava sílaba quando escrevia e comia sílaba se confundia muito com o dinheiro. Com data de pagamento. Com

localização. Eu não sabia, né. Não conhecia o Alzheimer e vamos conversar mais com ela para vocês verem como ela está?

Dona Francisquinha – É.

Cláudia – Né, meu amor.

A interlocutora questiona a idade da mãe que responde possuir 15 anos e posteriormente corrige para 14 anos, entretanto sua idade atual é de 85 anos. Foi professora e lecionou até sua aposentadoria, aos 70 anos começou apresentar humor deprimido e posteriormente foi diagnosticada com Doença de Alzheimer, cujos primeiros indícios foram: a dificuldade de realizar cálculos e administrar valores, depois para anotar recados era suprimida uma sílaba da palavra, repetição de assuntos com constância, além da higiene pessoal que deixava de realizar, e passou a inventar situações: “Nora falava mal da Dona Francisquinha”, muita variação de humor e acumulava objetos “tampinha de garrafa”, “sapatos” na gaveta junto com as roupas, esquecia de tomar os remédios e não tinha mais noção temporal.

Como a Dona Francisquinha passava no médico geriatra e para a família estava tendo os devidos cuidados, mas gostava de ir sozinha. Porém, os esquecimentos despertaram em sua filha a percepção de que a memória de sua mãe estava comprometida, além do isolamento social, pois Dona Francisquinha deixou de apreciar as festas com amigos e parentes o que na época foi associado à depressão, e passou a buscar ajuda de um psiquiatra, sendo posteriormente encaminhada para um neurologista que por meio de testes cognitivos diagnosticou o Alzheimer.

Logo depois da descoberta do diagnóstico de sua mãe, Cláudia busca alguns grupos de apoio na internet para entender melhor como os familiares lidam com as dificuldades do cotidiano e notar que os grupos não conseguem perceber a melhora do idoso, além de muitas queixas e comparações de como era antes. Decide criar um canal para mostrar o carinho e cuidado necessário com o idoso portador de Alzheimer, apresentando sua rotina diária, desde os momentos de crise aos momentos felizes.

Cláudia – Vamos cantar uma música? Meu limão,

Dona Francisquinha – Meu limoeiro, meu pé de Jacarandá, uma vez esquindô lelê outra vez esquindô lalá

Cláudia – Lá,lá,lá,..lá, lá,lá...

Dona Francisquinha – Ali ó, aquele lá

Cláudia – lá, lá. É aquele lá.

A Dona Francisquinha gosta muito de cantar, fica aminada, calma e feliz, principalmente cantiga de roda e sua filha Cláudia motiva sua mãe a cantar uma canção. Ao longo do seu dia canta muitas músicas e algumas vezes mistura com rezas, repete o mesmo refrão, troca algumas letras e palavras, mas tenta corrigir quando percebe. Quando Dona Francisquinha está muito agitada a Cláudia reza e deixa sua mãe terminar e o mesmo faz com as canções. Acaba distraído e fica muito calma.

Cláudia – Vou falar uma letra, você fala outra. A, B,

Dona Francisquinha – C, D, E, F, G, H, I, J, L, M, N, O, apaguei (risos)

Cláudia- (risos) L, M, N, O, P.

Dona Francisquinha – S, quarto, quinto, sexto, sétimo, oitavo, nono e décimo.

A interlocutora pergunta para Dona Francisquinha sobre a sequência alfabética, ela inicia assertivamente até que esquece e sua filha tenta ajudar, mas muda para sequência numérica. A filha atribuiu um reforço positivo para tentativa da mãe sabendo o quanto é difícil realizar essa tarefa. E aproveita para reforçar que a música contribui no desempenho cognitivo de sua mãe. O quanto ela fica feliz e animada em cantar.

Como foi realizado um vídeo sobre o álbum de fotografia, “Alzheimer - A euforia da mamãe vendo o álbum de família 23/10/2019” nesse vídeo ela demonstra muita nostalgia e alegria ao ver as fotografias.

Dona Francisquinha – (pega uma foto e mostra para o vídeo) Olha!

Cláudia- É seu sobrinhos Marta e João.

Dona Francisquinha – Olha como é bonitinho! (mostra a fotografia, novamente)

Cláudia – Marta, né. Você adora ela.

Dona Francisquinha – E esse aqui que é um bebezinho. (aponta para uma fotografia de um bebê no carrinho)

Cláudia – É esse é um bebezinho. Essa é a Renata.

Dona Francisquinha – (Aponta para outra fotografia) Esse daqui?

Cláudia- Esse é o Rodrigo.

Dona Francisquinha – E esse aqui. (pega novamente a primeira fotografia)

Cláudia – Essa é a Marta e o João

Dona Francisquinha – Meu Deus do céu ... Lá em São Sebastião.

Cláudia – São Sebastião?

Dona Francisquinha – Olha aqui!

Cláudia – Olha! Não precisa tirar isso não é assim mesmo.

Dona Francisquinha apresenta-se animada e feliz ao ver o álbum de família que é uma herança e possui imagens antigas. Quer saber quem são as pessoas das fotografias, e tenta reconhecer. Porém nem sempre consegue. Alguns momentos ela escolhe a mesma foto duas vezes para perguntar quem são. Esquecendo rapidamente da informação que acabou de ter contato.

Dona Francisquinha – (Aponta para outra fotografia) Essa daqui é quem?

Cláudia – Essa é sua mãe Dona Dirciola.

Dona Francisquinha – Moni Silva.

Cláudia – É Dona Dirciola Moni Silva.

Dona Francisquinha – Cadê ela? É essa?

Cláudia – É. Sua mãe.

Dona Francisquinha – Minha mãe, já passou.

Cláudia – É sua mãe.

Dona Francisquinha – Um, dois, três e quatro, cinco. (aponta para outra fotografia)

Cláudia – É cinco pessoas.

Dona Francisquinha – (muda de página)

O sujeito da pesquisa escolhe algumas fotografias do álbum de família, e nessa passagem a escolhida foi de sua mãe, que ela não consegue reconhecer, mas lembra do nome completo, e questiona onde ela se encontra como se esquecesse da morte de sua mãe. Depois olha para imagem e diz que já passou, como um eufemismo para morte. Muda de assunto e começa a contar as pessoas presentes em outra fotografia até que vira a página, e literalmente muda de assunto. Deixando a morte da mãe no esquecimento.

Dona Francisquinha – Meu pai.

Cláudia – Seu pai, seu pai. Gostou de ver seu pai?

Dona Francisquinha – Olha aqui. Fora ele ainda tem mais. (aponta para fotografia onde está seu pai.)

Cláudia – Isso mesmo. Seu pai.

Dona Francisquinha – Pai nosso que estais no céu, santificado seja o vosso nome

Cláudia – Mas ele não é pai nosso, não. É papai. É papai só. Papai José Marcolino.

Dona Francisquinha – É. Como é bonitinho.

Cláudia – É bonitinho. (Dona Francisquinha começa a tentar voltar a página) Vai para cá para você ver as outras.

Ao ver uma fotografia de seu pai, Dona Francisquinha fica eufórica, muito animada e feliz. Ela identifica o pai na imagem. E observa outras imagens que consegue localizar e assertivamente indica quais fotografias ele está presente. Mas faz uma outra associação de pai e começa a rezar. Depois sua filha esclarece que o pai na imagem não é o mesmo que ela reza. E ela volta a admirar seu pai e fala que acha “bonitinho”. E não sente vontade de virar a página, mas de poder ficar naquela recordação, e como em um ato involuntário tenta voltar a página. Como pudesse vivenciar mais um pouco aquele momento. Sua filha sugere a ela que veja as outras páginas que também podem trazer algo bom e de outras pessoas que ela gosta.

Dona Francisquinha – Esse é o pai da casa.

Cláudia – Esse é o seu avô. É o pai da casa.

Dona Francisquinha – Eu sei que ele é meu pai, já foi meu pai não sei quantas vezes.

Cláudia – risos

Dona Francisquinha – (Aponta para outra fotografia) E tem esse aqui que não sabe, nem para onde foi.

Cláudia – Esse é o André.

Dona Francisquinha – risos

Cláudia – Tá gostando?

Dona Francisquinha – Claro!

Cláudia – Claro, né.

Dona Francisquinha – É. (tenta virar a página do álbum de fotografia, mas não consegue pegar uma única página e a filha ajuda).

Cláudia – Muito bem.

Dona Francisquinha – Olha, meu pai aqui.

Cláudia – É acertou! Meu Deus! É seu pai, mamãe.

Dona Francisquinha – Eu sei que é.

Cláudia – Gente ela lembra do pai, mas não lembra da mãe.

Dona Francisquinha – Olha aqui ó.

Cláudia – É seu pai.

O fato de reconhecer uma pessoa em álbum familiar antigo é uma tarefa que exige uma habilidade, na qual pode ser um desafio para um idoso com Alzheimer no estágio moderado para avançado. Mas Dona Francisquinha demonstra que reconhecer seu pai foi uma tarefa que executa com facilidade, que surpreende sua filha, e brinca com as fotografias, reconhece o avô, mas não se lembra da criança, porém faz uma referência a alguém que “não sabe para onde foi”, como tivesse perdido a noção espacial. A sensação de ver as fotografias é muito boa e quando questionada se gosta, imediatamente responde: “claro”. Demonstrando certeza e animação para ver todos que estão presentes e tentar reconhecer as pessoas parece um desafio pessoal que tenta fazer e quando acerta sua alegria motiva a querer buscar as pessoas que são associativamente conhecidas.

Dona Francisquinha – Olha, sabe quem é esse daqui?

Cláudia – Eu sei. José Marcolino.

Dona Francisquinha – Isso.

Cláudia – E o que ele é seu?

Dona Francisquinha – Meu pai.

Cláudia – Muito bem!

Dona Francisquinha – Meu pai, muito feliz. Olha aqui ó. Esse aí quem é?

Cláudia – Esse aí é a Andréia e o Alexandre. Seus sobrinhos. Todos os seus sobrinhos.

Dona Francisquinha – Netos, netos.

Cláudia – Sobrinhos.

Dona Francisquinha – Olha todos eles são assim. Agora quero ver quem foi que saiu. Olha aqui meu pai, porque eu pensei que era ele mesmo e botei aqui e quando eu vi tava aqui.

Cláudia – É seu pai. Ela tá muito feliz em ver o álbum que ela não quis ver

Dona Francisquinha – Olha a figura como é bonita.

Cláudia – Essa tia Lúcia, sua irmã. Sua irmãzinha, Eliane.

Dona Francisquinha – Cadê ele?

Cláudia-Aqui o papai.

Dona Francisquinha – Pai nosso que estais no céu santificado seja vosso nome, venha nós o vosso reino, assim na terra como no céu.

Cláudia – Amém

Dona Francisquinha – É papai do céu?

Cláudia – Não é papai só.

Dona Francisquinha – E aqui?

Cláudia-Aí é seu pai também.

Dona Francisquinha –Ele aqui também, né.

Cláudia – É o seu pai.

A inversão das perguntas é elaborada por Dona Francisquinha que questiona para a sua filha quem está na fotografia, sabendo a resposta. E fala de sua impressão ao ver a imagem, que retrata a felicidade de seu pai. Com entusiasmo, olha para as outras fotografias e pergunta quem são as outras pessoas, ao mesmo tempo decide treinar sua memória observa onde está a fotografia de seu pai e depois de ver outras imagens tenta localizar sozinha sem falar, e revela depois de ter encontrado.

A filha nota a felicidade da mãe que demonstrar querer continuar olhando fotografias que em dado momento pergunta de seu pai como se tentasse localizá-lo. Cláudia indica onde está a fotografia, mas Dona Francisquinha começa a rezar e confunde a informação, de pai biológico com o pai religioso e começa a rezar, de que apresenta o comportamento algumas vezes ao tentar localizar a fotografia do pai. Quando reza esquece de algumas partes, e depois de algumas tentativas espaçadas começa a lembrar de trechos que havia esquecido.

Dona Francisquinha – Olha a carinha dela.

Cláudia – Esse é o Rodrigo.

Dona Francisquinha – E é mu... é homem?

Cláudia – É homem.

Dona Francisquinha – Meu Deus! E esse daqui... jamais.

Cláudia – É tudo Rodrigo.

Dona Francisquinha – Vem cá, olha. Sabe quem é essa garota?

Cláudia – Eu sei. É a Camila sua sobrinha.

Dona Francisquinha – É. Minha sobrinha. Meu Deus do céu! Como é ...Olha, Cláudia como a cara dela é bonitinha.

Dona Francisquinha fica admirada com imagens das crianças, confunde o gênero e fica espantada quando descobre que imaginou a criança com outro gênero, de modo que tenta novamente e, fica feliz quando acerta e elogia as crianças retratadas.

Caso 9 - Casal moradores da periferia da Zona Leste de São Paulo sem Alzheimer que vivem com a família. O marido teve um AVC recentemente. L1 – Pesquisadora, L2- Sujeito da pesquisa (esposa), L3- Sujeito da pesquisa (marido).

L1 Gostaria de saber sobre a história de vida dos senhores.

L2 (esposa) Eu nasci em Passos, Minas Gerais. A maior parte da minha vida eu vivi na roça, eu tinha 14 anos quando vim para São Paulo em 1963, com o intuito de estudar ia fazer quinze anos. Naquela época as crianças podiam tirar a carteira de trabalho e entrei para uma firma no Tatuapé. Eu naquela para estudar. Hoje é o EJA e naquela época era o MOBREAL, como estava com 14 anos e no segundo ano escolar na roça eu tinha que fazer o MOBREAL, eu fiz na Catedral de São Miguel. Meu pai pediu para voltar para casa. E eu já estava preparada para entrar no ginásio, mas ele não deixou então eu tive que voltar para roça, mas eu consegui estudar. Aquilo marcou muito para mim. Acredito que passamos no lugar que precisamos.

L3 (marido) Eu nasci em Iguapé, Minas Gerais e vivi até os doze anos, e depois eu vim para cidade eu estudei até a segunda série. Aconteceu um negócio que eu perdi meu pai com 45 anos e eu estava com 17 anos. Ficou eu e minha mãe e mais cinco irmãos menores, tive que sair para trabalhar e fiquei durante sete anos em uma Usina Hidroelétrica, depois eu vim para São Paulo e quando casei. Aqui em São Paulo eu trabalhei durante 27 anos na Matarazzo e me aposentei. Estudei até completar o Segundo Grau. Não cheguei a fazer mais. Teve a família e os filhos maravilhosos. Eu fui o filho mais velho que ajudou a minha mãe a sustentar os outros filhos. Minha mãe faleceu sete anos depois do meu pai. Minha irmã acabou de criar meus irmãos e eu tinha que trabalhar. Tinha dias que eu trabalhava 36 horas na Usina sem dormir, sem nada.

Os sujeitos da pesquisa demonstram uma resposta mais elaborada quando questionados sobre sua vida, conseguem falar sobre suas trajetórias desde a infância até a fase adulta resumindo brevemente alguns momentos e citando os que foram marcantes para suas conquistas. Algo comum entre os moradores de São Paulo que trabalharam no campo e não tiveram em sua infância oportunidades de estudo, mas que a vinda para

cidade possibilitou a continuidade dos estudos e melhores condições de emprego. Apesar do marido ter sofrido AVE, consegue responder às questões sem dificuldades de compreensão e sua fala apresenta um ritmo um pouco reduzido na resposta, mas sem problemas de entendimento, mas teve prejuízos na motricidade fina e tem apresentado dificuldade para segurar a caneta e escrever.

L1- Existe alguma fotografia do álbum de família que vocês gostam?

L2- Eu gosto de todas, principalmente sobre o batizado dos meus filhos. Você quer ver as fotos?

L1- Sim, por favor.

L1- E para o senhor tem alguma foto que gosta mais?

L3- As fotos antes do casamento não têm muito não. Mas eu gosto mais das fotos da família e da primeira filha.

L1- Vocês acham que a fotografia traz boas recordações para vocês?

L3- Com certeza traz boas recordações. Muita emoção. Esse quadro é uma relíquia para mim.

L2- Aqui estão as fotos. Essa é a foto do batizado da filha mais velha e é uma foto muito importante.

L1- Quem está nessa foto?

L2- Cunhada, meu irmão e minha filha. No batizado.

L2- Aqui é do meu outro filho A. foto do batizado dele.

L2- Essa foto da família reunida.

L1- Quando foi tirada essa foto?

L2- Foi tirada em 1979. Na igreja.

L1- De quem é essa foto?

L2- Essa é a foto de aniversário da filha mais nova. Foi muito gratificante essa foto.

L1- Essa foto foi tirada em São Paulo? Nessa casa?

L2- Sim, em São Paulo. Não foi tirada em Ermelino Matarazzo.

O álbum possibilita recordar de momentos como: batizado dos filhos, casamentos, aniversários e festas. Existe uma precisão das informações mencionadas como local, data e pessoas presentes. A esposa é mais comunicativa e expressa mais seus sentimentos, enquanto o marido é mais reservado. Mas olha as fotos que a esposa apresenta com atenção e algumas vezes sorrindo e concorda com os comentários que ela realiza.

Percebendo que o marido não verbalizou muito seus sentimentos é reformulada uma questão para entender melhor.

L1- Eu gostaria que cada um comentasse como é esse sentimento de ver essas fotografias.

L3- É uma recordação, essas fotografias são as que a gente mais gosta. Todas elas têm um sentimento bom. Não tem uma foto que eu falo que gosto mais, todas tem um carinho. Porque aquelas que não gostamos jogamos fora.

L2- Assim como ele falou, cada foto tem um sentimento, de muita luta. E o bom é que quando a gente olha para a foto vê a vitória de onde chegou, principalmente com o problema do meu filho que ele queria fazer uma faculdade, tinha uma moça que trabalhava em uma firma de costura que era nosso e depois ajudamos ela a fazer a faculdade e depois eles começaram a namorar. Meu filho gosta muito de ajudar. E é uma pessoa muito preocupada em ajudar as pessoas, e quando fazemos uma caridade estamos nos ajudando.

O sujeito da pesquisa L3 verbaliza seus sentimentos em relação às fotografias e concordava com os comentários da, fala sobre o sentimento “bom” e carinho que as imagens possibilitam e ressalta gostar de todas. Para L2 cada fotografia tem um valor significativo de sentimento, luta e conquista, além de remeter a trajetória de um de seus filhos.

L2 realiza com frequência caça-palavras, gosta de ler, faz exames periódicos e acompanha as consultas do marido, e destaca que passou a esquecer de ações recentes, como exemplo: deixou a comida do fogão.

Após a entrevista, o filho narra que sua mãe ficou um dia sem ingerir nenhum alimento, por esquecimento. Há preocupação dos familiares em relação ao casal, pois são idosos e algumas vezes demonstram alguns esquecimentos, mas são fatos isolados que não acontecem com frequência e L2 é ativa e gosta de realizar tarefas simultaneamente.

Recentemente fez o teste cognitivo e acompanhamento médico não constatou nenhuma alteração. Seu marido faz o tratamento para a recuperação do AVE que sofreu em casa e foi socorrido pela esposa e filhos. A parte motora está parcialmente recuperada, ainda em tratamento, não apresenta alteração de compreensão ou confusão mental. Pretende dar continuidade ao tratamento e passar na fonoaudióloga.

A família fornece suporte para os sujeitos entrevistados e busca entender seus desejos e proporcionar uma qualidade de vida que possa favorecê-los, para isso sempre

estão com um dos filhos em casa e o casal não fica sozinho. Há uma empegada que auxilia em algumas tarefas da casa, os filhos lembram os pais de tomarem seus remédios de hipertensão, e cuidam de sua alimentação regularmente. Não costumam fazer muitos passeios e quando saem é para fazer alguma compra ou ir ao médico. Não fazem atividade física, porque não existe o interesse. Preferem ficar em casa com a família e assistir à televisão ou ler um livro.

Caso 10 - Sujeito morador da Mooca, Zona Leste de São Paulo sem Alzheimer que vive com a família. L1- Pesquisadora, L2- Sujeito da pesquisa.

L1- Gostaria de saber sobre a sua história de vida.

L2- Sou A. Natural de Lins em São Paulo, tenho 72 anos estou em São Paulo desde 1961. Meu avô era delegado de ensino em Lins. Lá minha mãe conheceu meu pai que era diretor da escola e ela era professora e dois se casaram só que meu só viveu três anos, então nos fomos para Bauru e lá meu pai morreu eu sou de 1947, meu pai morreu faz 25 anos. E daí que eu fui criado pelos meus avôs paternos em Bauru.

Em 1961 eu vim para São Paulo, eu fui morar com meu avô por parte de mãe que ele era delegado, mas se aposentou em 1961. E daí nos fomos todos para São Paulo. Fiz os cursos normais, quando eu cheguei aqui eu fui estudar no Colégio São Bento, isso em 1961. Em 1962 eu estudei no Colégio Starfford. Fui para um Ginásio Estadual em Santana fiz o científico no mesmo Colégio Padre Antônio Vieira. Depois disso fiz Faculdade na Escola Superior de Propaganda e Marketing, sou formado em Marketing depois eu fiz pós-graduação lá mesmo, em Publicidade atuei na área de Marketing durante cinco anos, e daí eu fui para a área de Publicidade, eu trabalhei em vários veículos: no PCI na Apeninos, na Folha Metropolitana de Guarulhos, no Jornal Olho Vivo em Guarulhos, Gazeta, Rádio Transcontinental, tudo na área de Publicidade e me aposentei quando entrei no jornal do Farol em 2013, faz seis anos que sou aposentado.

Sou viúvo. Tenho duas filhas, as duas filhas são comissárias de bordo, uma trabalha na Tam e a outra trabalha na Gol, tenho dois netos. Um dos meus netos fez USP também fez Faculdade de história e hoje já está dando aula têm 23 anos dá aula em dois colégios particulares e ontem ele fez testes para um outro colégio. Ele está fazendo a segunda faculdade lá na USP em Gestão Política. Meu outro neto quer ser jogador de futebol está no sub17 do clube da Portuguesa, essa é minha vida. Eu agora estou namorando, mas eu moro no meu apartamento e ela mora na casa dela por enquanto gosto muito de viajar, gosto muito de dançar, também canto, faço academia no Sesc, faço

natação, sou católico apostólico romano, sou da pastoral do batismo há 40 anos dou curso de batismo. Acho que é isso mais alguma coisa?

O sujeito da pesquisa relata de forma clara e precisa fatos importantes de sua vida e descreve momentos citando datas, locais e acontecimentos. Um idoso de 72 anos, formado em Marketing e com Pós-Graduação em Publicidade pela ESPM, trabalhou em grandes empresas: PCI, Folha Metropolitana, Jornal Olho Vivo, Gazeta, Rádio Transcontinental, Jornal do Farol. Atualmente é aposentado, mas se mantém ativo. Acredita que as atividades físicas são aliadas para os aspectos cognitivos que contribuíram para sua saúde. Dado que constantemente faz a academia e natação, além de ministrar aulas de catequese e cursos de batismos na paróquia, na qual frequenta. Gosta de viajar, conhecer novos lugares e pessoas.

L1- Tem alguma fotografia do álbum de família que o senhor gosta?

L2- Tenho. Vou te mostrar. Gosto dessa fotografia eu pequenininho meu pai Armando, esse casal no centro são meus avós, e do lado do meu avô minha mãe e meu pai e toda a minha família meus tios e tias, primos e eu estou no colo da minha mãe.

L1- Que tipo de lembrança e sentimento essa fotografia trás?

L2- Muito boa. Eu não conheci meu pai. Eu tinha dois anos quando ele morreu. Então eu não lembro quase nada do meu pai. Só por fotografia. Agora minha mãe, quando meu pai morreu ela voltou a dar aula e ela foi tudo para mim, meus avós paternos e maternos, minha mãe e minhas tias são pessoas que me criaram.

L2- Tenho uma outra fotografia das minhas filhas e também tenho da família. Como te falei estou sem óculos, então dificulta mais, mas dá para enxergar. Aqui está a minha família eu, lá no fundo, minhas filhas, minha namorada e esse daqui meu neto, meu genro, meu outro genro. Essa fotografia foi tirada na casa da minha filha.

L1- Tem mais alguma fotografia que o senhor gosta?

L2- Tenho foto com minha namorada, na semana passada fizemos um Cruzeiro e fomos até Búzios. Aqui eu tenho umas fotos dela junto comigo. Aqui ó. Essa foto eu tirei em Búzio e nós pegamos esse Navio MSC e estamos indo com um barco enorme, porque o navio ele não chega, porque é enorme. Então nós temos que pegar esse Barco grande também. Parece um prédio tem 18 decks, ficamos no 13 deck. Aqui é outra fotografia, eu com minha namorada essa é parte de trás do navio na popa. Essa outra foto já é a proa

a parte da frente e aqui estamos em um Ofurô. Tem piscinas também. Tenho boas lembranças e boas recordações de momentos alegres e felizes, momentos de lazer.

O entrevistado afirma gostar das fotografias que foram retratadas junto com o pai que ele teve pouco contato. O que conhece do lado paterno é por meio das narrativas de sua mãe, avós e familiares além das fotografias, mas gosta de ter o contato com as pessoas que o conheciam e fica muito feliz quando aprende algo que refere a quem era seu pai. As fotografias trazem alegria e emoção.

Os momentos de alegria são presentes nas ações atuais diferentemente dos sujeitos com Alzheimer que suas emoções felizes estão relacionadas ao passado. Observa no discurso que as ações futuras são esperançosas e deseja casar-se pela segunda vez, gostaria de viajar para outros lugares e apresenta expectativa em relação a vida. Compreende a importância dos cuidados em saúde e cita a mãe de sua namorada que tem Alzheimer, como uma pessoa triste, que é acamada e não consegue mais realizar o autocuidado e necessita de auxílio de um cuidador, não consegue lembrar de acontecimentos importantes e os poucos que se recorda são de fatos passados que.

Caso 11- Sujeito morador do bairro Jardim São Paulo, Zona Norte de São Paulo sem Alzheimer que vive com a família. L1 – Pesquisadora, L2 – Sujeito da pesquisa.

L1- Gostaria de saber sobre a sua história de vida?

L2- Sou brasileiro, nascido na cidade de São Paulo, família de origem lusitana. Antes de falar sobre minha ida para Portugal. Sofri um atropelamento, fiquei seis dias em coma. Recuperei sem sequelas. Fui para Portugal e lá vivi até os doze anos, foi a fase que considero mais incrível e a sorte de ter uma família muito bem estruturada com recursos financeiros, então eu vivi muito bem e feliz. Voltamos ao Brasil tinha 12 anos e meio, a vinda não foi tão maravilhosa, mesmo assim tive uma vida confortável, passei minha adolescência tranquilo, depois fiz Faculdade de Administração e Análise de Sistemas, trabalhei como funcionário público e lá conheci minha ex-mulher tive um filho em 1990, não é biológico. Mas é meu filho. Mas acabamos nos separando. Conheci minha atual esposa que estamos juntos há três anos. Estou aposentado, descobri alguns problemas de saúde, mas me sinto muito bem. E teria detalhes interessantes durante essa jornada toda, mas eu quis fazer um comentário muito rápido para falar de 64 anos de vida, mas se for para fazer um histórico rápido é isso aqui.

O sujeito da pesquisa trata-se de um idoso de 64 anos, que sofreu um coma na infância, mas não teve sequelas. Formado em duas faculdades sendo na PUC de Campinas em Análise de Sistemas e na USP Administração de empresas, trabalhou como funcionário público. Casou e possui um filho adotivo, atualmente faz tratamento para a diabetes e devido complicações cardíacas teve que interromper a prática de exercícios físicos intensos. Relata que tinha grande admiração pelo seu pai que era uma pessoa ativa, mas que teve Alzheimer e ele acompanhou a mudança de comportamento até sua morte por infarto. Não apresenta nenhum tipo de distúrbio de linguagem, apresentando uma fluência e clareza na comunicação.

L1- Tem alguma fotografia do álbum de família que o senhor gosta?

L2- Não tem nada específico. Gosto de uma foto minha terminando o curso técnico na Federal e uma foto minha pequeno quando tinha 1ano. Essa fotografia sou eu e meu irmão, gosto bastante, tenho 1ano de vida. Outra fotografia com 6 anos de idade em Portugal e deixei um pai no Brasil e isso me incomodou bastante, passaram alguns anos e tínhamos o hábito de ir para a praia e gostava de andar de patinete, essa fotografia é o fundo da minha casa, meu irmão metido a Lord inglês, eu e meu cachorro. Fotografias minha de bicicleta. Tenho 17anos nessa fotografia Escola Técnica da Federal de São Paulo. Só tinha uma mulher na minha turma, não tinha fotografia colorida naquela época. Agora vou mostrar algumas fotografias coloridas com 26 anos em 1982. Nessa fotografia estou com meu irmão, uma prima que veio de Portugal para conhecer o Brasil. Vou mostrar uma outra foto, que sou eu, minha primeira esposa no batizado do meu filho, essa outra fotografia é bem bacana. Tem essa com a família reunida, meus sogros, sobrinhas, esposa e eu. Gosto dessa foto minha com meu filho e minha ex-esposa. A Renatinha é uma menina que apadrinhei. Eu tenho essa foto com o cabelo longo um pouco mais velho, no sindicato. Eu tenho uma curiosidade que meu filho nascido em 1990 e meu enteado também é de 1990. Meu filho achei que não pudesse ter qualquer tipo de doença até porque sua irmã Renatinha tem autismo e meu filho tem deficiência mental grave. Não come, não bebe, depende de uma pessoa para usar o banheiro. Tenho fotografia da minha esposa e o enteado que somente se alimenta com sonda, pesa 40 quilos com 1,80m. Faz tratamento.

As fotografias são apresentadas em ordem cronológicas dos acontecimentos e foram eleitas as mais marcantes e importantes pelo sujeito que inicia com a fotografia

com um ano de idade que está próximo de seu irmão, depois com seis anos quando morou em Portugal e adolescente quando termina o curso técnico da Escola Técnica Federal de São Paulo. Na fase adulta com 26 anos, posteriormente com sua primeira esposa e seu filho adotivo, apresenta uma fotografia da irmã de seu filho que também apadrinhou, mas que apresenta autismo.

Sua atual esposa tem um filho de outro casamento que se alimenta com sonda e é acamado, apesar da doença de seus familiares estar bem presente em sua vida, é muito ativo e lembra com carinho do pai que foi uma referência pessoal, teve Alzheimer e precisou aprender junto com sua mãe a lidar com a doença, já que quando foi diagnosticado realizava algumas atitudes atípicas como urinar no pé da mesa da sala acreditando que estava no banheiro e quando orientado pelo filho negava que a localização era a sala e afirmava com convicção ser o banheiro da casa. Percebeu o quadro cognitivo de seu pai piorando conforme a doença avançava até que chegou ao mutismo. Não se levantava mais e dependia totalmente de uma pessoa que monitorasse seus sinais vitais, tendo falecido em decorrência de uma parada cardíaca.

A perda do familiar causou grande impacto, pois além do amor e admiração, percebeu ao longo de sua vida que alguns sintomas começaram a surgir muito próximos do que seu pai narrava e teme a doença de Alzheimer, sabendo da dificuldade que vivenciou.

As fotografias demonstram que não é possível experienciar todos os momentos, mas aqueles que significaram uma experiência social e lembrança. Segundo Teun Adrianus van Dijk (2010), o conhecimento é construído discursivamente e são estruturadas representações sociais e modelos mentais existentes na memória de longo prazo que podem ser acessados principalmente através do discurso. Na memória episódica, também podem ser associadas as imagens que trazem impressões pessoais e emoções, como em um álbum de família.

A compreensão não é meramente a associação de significados com palavras, sentenças ou discursos, mas a construção de modelos mentais na memória episódica, incluindo nossas próprias opiniões pessoais e emoções, associadas a um evento sobre o qual nós ouvimos ou lemos. (DIJK, 2010, p. 244).

O sujeito com a doença de Alzheimer pode não conseguir compreender a realidade, mas consegue associar alguns elementos construídos pela memória autobiográfica, associando com suas emoções aos eventos vivenciados.

Na sequência, tem-se uma imagem da série *Reflexões* (Figura 1), do fotógrafo Tom Hussey, que representa uma idosa que não reconhece sua idade olhando no espelho. Seu olhar transmite uma realidade do passado.

Figura 1 – Reflexões



Fonte: Hussey (2010).

O premiado fotógrafo Tom Hussey (2010) apresentou uma série intitulada “Reflexões”, na qual retratou idosos olhando um espelho que refletia a imagem de quando eram jovens, o que se assemelha com a concepção dos idosos com a Doença de Alzheimer. Pode-se entender por base dessa imagem a teoria de Kossoy (2000; 2001; 2007) em que existe a primeira realidade como a construção da imagem fotográfica e a demarcação tempo, espaço e pessoa. Permite possibilidades de articulações, movimentos e fusões como representada pelo espelho.

Ao observar a fotografia, notam-se dois espaços e tempos representados simultaneamente. Para evidenciar esses momentos, há um primeiro recorte que representa uma idosa que observa seu reflexo no espelho enquanto o olhar do fotógrafo que retrata e atua na construção da imagem refletida, há a experiência de quem retrata e do retratado. O fotógrafo atua e destaca as dimensões simbólicas da fotografia e verifica-se, assim, a ampliação de espaço e tempo sob a ótica da imagem.

A imagem refletida é de uma jovem moça que olha na mesma direção que a idosa e ao fundo da imagem representa o mesmo espaço, mas em tempos diferentes. O produto simbólico atende a representação do sujeito em interface com o presente e o passado em uma única narrativa, explorando a complexidade da realidade dos espaços de forma

fragmentada.

Segundo Morin (2007), os espaços representam movimentos que evidenciam valores intrínsecos da fotografia como no texto visual poético como no campo dos afetos que interferem na leitura partindo de dois pontos de vista. O sujeito fotografado permite novas formas de comunicações estabelecendo relações de interação, aproximações ou afastamento da memória ou do acontecimento. A representação do espaço que permite a movimentação do olhar para dentro da imagem, para outro espaço. O olhar do fotógrafo e do leitor são representados pelas realidades fotográficas em um acontecimento da imagem.

A linguagem não é tão simples quanto um espelho do mundo e desse modo reconstruímos a realidade de acordo com as necessidades que surgem na vida, tem-se uma neuroplasticidade desse conhecimento que é adaptado, o que faz repensar em relação ao papel da sociocognição na busca de respostas às questões filosóficas, linguísticas do ser humano que em uma relação dialética e constitutiva entre a mente e a experiência unem pontos fundamentais da interpretação de mundo de um processo criativo de modelos mentais e representações sociais ideologicamente configuradas como herança epistêmica das memórias particulares (RICOEUR, 2007; VAN DIJK, 2010).

A Figura 2 mostra Dona Francisquinha, que possui a Doença de Alzheimer. A fotografia na parede é de sua fase quando ministrava aulas.

Figura 2 – Dona Francisquinha, portadora da DA



Fonte: Francisquinha Alves - O bom do Alzheimer (2019a).

O sujeito fotografado nos permite estabelecer algumas relações de espaço e tempo. Essa imagem foi retirada de um vídeo divulgado nas redes sociais e representa dois tempos diferentes da mesma pessoa retratada na imagem em que uma delas apresenta o momento presente de uma idosa que se reconhece com quatorze anos de idade, não lembra de muitos acontecimentos de sua vida, parte da sua história foi esquecida, por

vezes não consegue se lembrar ou reconhecer os familiares, mas no momento que tem contato com álbum de família, apresenta uma mudança de comportamento e transparece felicidade em reconhecer algumas pessoas como o pai.

Ao pentear o cabelo e olhar para o espelho Dona Francisquinha não consegue reconhecer sua imagem refletida e, quando questionada, acredita que seja outra pessoa (Figura 3). A filha sugere que ela observe a cor da camisa refletida e qual é a cor da roupa que ela veste, de modo que consegue acertar ao olhar no espelho, mas logo em seguida interrompe a observação e passa a conversar com a filha. Isso pode ser considerado um transtorno de despersonalização (SIERRA; DAVID, 2011) recorrente da Doença de Alzheimer no que se refere à memória autobiográfica e autonarrativa (CID-10, 1993; DSM-5, 2014).

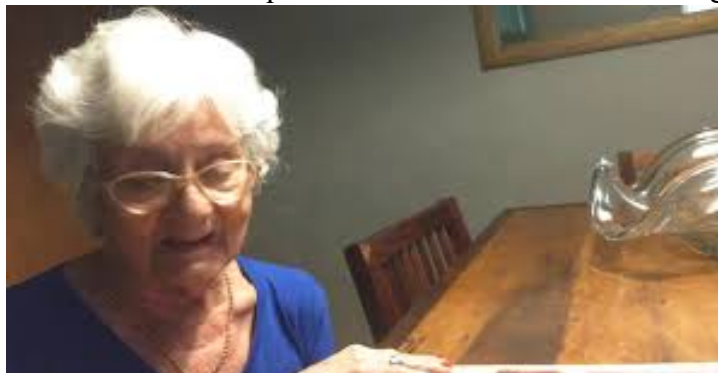
Figura 3 – Dona Francisquinha observando-se no espelho



Fonte: Francisquinha Alves - O bom do Alzheimer (2019b).

Para Vygotsky (1988), o interno não é espelho para o externo, ou seja, a relação da idosa com a realidade apresentada, mediada pela linguagem, necessita da interação de outra pessoa para que possa ser pensada com interpretação. Segundo Brian (2011, p. 44), “(...) a noção comum e contestada da fotografia como um ‘espelho’ esteja associada a uma questão mais profunda do que a da reflexão realista”. O autor afirma que a imagem transmite uma sensibilização do estado de consciência, confronta uma reflexão pessoal sobre o ser e o parecer. Dona Francisquinha, ao olhar o espelho, visualiza uma adolescente de 14 anos. Assim, tem-se a marca do transtorno de despersonalização (DUGAS, 1898). Devido à doença, a idosa não consegue reconhecer sua idade.

Figura 4 – Dona Francisquinha observando o álbum de fotografia



Fonte: Francisquinha Alves - O bom do Alzheimer (2018).

Na Figura 4, Dona Francisquinha observa as fotografias no álbum de família. Sua euforia ao ver as imagens e alegria são expressas por risadas espontâneas e sorrisos que demonstra. Seu humor diferente de outros dias que fica irritada e triste. Conforme Brian (2011 p.49) “A narração autobiográfica de si mesmo, inclusive por meio de nossa relação com retratos fotográficos, é realizada dentro da experiência e interpretação de nossas perspectivas de tempo”. Parece querer contemplar a imagem e que possibilita lembrar do passado e de pessoas são marcantes, mas como está no estágio do Alzheimer moderado não consegue lembrar de muitos detalhes.

Faz alguns exercícios de reconhecer as pessoas em outras fotos e associar como estão no presente, olha para imagem e observa a casa, denota não querer mudar de página e busca imagens parecidas. Segundo Van Dijk (1992, p. 15), “As pessoas compreendem acontecimentos reais ou eventos discursivos, são capazes de construir uma representação mental, principalmente uma representação mental significativa, somente se tiverem conhecimento mais geral a respeito de tais acontecimentos”.

No caso de um idoso com Alzheimer moderado não é esperado que, mesmo com esclarecimento dos acontecimentos, a pessoa consiga recordar de detalhes, mas que essa representação mental e imagética atribua alguma associação que possa contribuir para sua memória cognitiva visual e recordando de algumas pessoas como foi bem realizado pela entrevistada. Van Dijk (1992, p. 18), “Pressuposto interacionista (...) isso significa que estamos considerando o fato de que os usuários de uma língua constroem uma representação cognitiva da interação verbal e não verbal que ocorrem na situação”. O que acontece quando o sujeito portador da doença de Alzheimer observa as fotografias e ocorre a interação com um familiar que lembra quem são as pessoas presentes nas imagens, desse modo auxiliando a cognição do idoso (MANSUR; RADANOVIC, 2003).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A linguagem dos sujeitos da pesquisa ocorre no desenvolvimento discursivo, bem como na cognição. Refere-se a uma articulação enunciativa-discursiva que visa a análise em relação aos processos de significação dos discursos. O contexto patológico da DA permitiu estudar a linguagem na constituição dos processos cognitivos e compreender sua relação com a cognição. O ato de narrar é um elemento linguístico cultural que relata a experiência de vida que transmite emoção e sua relação social, considerando a subjetividade da narratividade, uma característica intrínseca na história de vida de um sujeito. A narrativa de um sujeito com DA pode transpassar os eventos passados e criar uma identidade pessoal, na qual busca lembrar da ordem dos fatos e reconstrói as memórias selecionadas naqueles momentos que ele considera importantes para narrar. Quando estão no estágio inicial, já na fase moderada, recordar o passado não é uma tarefa fácil, pois necessita do auxílio de um familiar.

Nesta pesquisa, a narratividade dos sujeitos portadores de Alzheimer demandou algumas intervenções, enquanto para os idosos não portadores da doença não houve essa necessidade. O intuito das intervenções foi auxiliar o sujeito a manter uma sequência lógica, sem rompimentos que dificultassem sua compreensão. Na maior parte da entrevista, foi respeitada a narratividade espontânea do sujeito, evitando muitos cortes que prejudicassem sua fala. Notou-se que, nas falas dos sujeitos com Alzheimer, alguns elementos são recorrentes, como digressões, suspensão de tópicos de fatos narrados, mudança da cadência da narração, frequentes repetições de acontecimentos, além de movimentos narrativos que impedem o sujeito de contar. Com isso, muitas vezes é necessária uma intervenção. Devido à falta de sequencialidade no discurso, perda do fluxo narrativo e circularidade discursiva, o sujeito volta a falar sobre um assunto que já havia mencionado, além de usar interjeições, hesitações, pausas, truncamentos e prolongamentos, elementos dêiticos e esquecimento de falas recentes.

Os sujeitos, ao narrar suas histórias de vida, utilizam a memória narrativa e autobiográfica como referência discursiva em suas ações reflexivas no processo de construção de sentido. A construção de referência é uma representação cognitiva socialmente compartilhada da realidade do sujeito de fala.

A referenciação como construção de sentido foi observada nos discursos dos sujeitos da pesquisa ao demonstrarem o percurso dos processos de referenciação na construção social que foram considerados os aspectos discursivos, pragmáticos,

cognitivos e interativos. Por fim, a partir dos resultados obtidos com as análises de falas, notou-se, quanto à estrutura da linguagem, um alto índice de pausas, hesitações, apresentando uma diminuição da fluência de fala no sujeito com DA principalmente daqueles que residem em Instituição de Longa Permanência. O processo de envelhecimento no âmbito familiar promove uma interação social, cujo exercício da fala é frequente, além de conter elementos que resgatam uma lembrança, desde uma fotografia ou até mesmo pelo fato de estar em contato com um parente constantemente, desse modo constrói uma rede de associação diária, bem como, otimiza o desenvolvimento do idoso.

REFERÊNCIAS

- ARISTÓTELES. **Del sentido y lo sensible - De la memoria y el recuerdo**. Tradução de Francisco de Samaranch. Rio de Janeiro: Aguilar, 1962. Disponível em: http://recursosbiblio.url.edu.gt/publicjlg/Libros_y_mas/2015/10/lib/del_sentido.pdf. Acesso em: 15 jun. 2018.
- BAKHTIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem**. São Paulo: Hucitec, 1981.
- BAKHTIN, M. **Estética da criação verbal**. São Paulo: Martins Fontes Editora, 1982.
- BALOTA, D. A.; TSE, C.-S.; HUTCHISON, K. A.; SPIELER, D. H.; DUCHEK, J. M.; MORRIS, J. C. Predicting conversion to dementia of the Alzheimer's type in a healthy control sample: The power of errors in Stroop Color Naming. **Psychology and Aging**, v. 25, n. 1, p. 208-218, 2010. doi: 10.1037/a0017474.
- BAYLES, K.; TOMOEDA, C. K.; TROSSET, M. W. Alzheimer's Disease: effects on language. **Developmental Neuropsychology**, v. 9, p. 131-160, 1993. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/87565649109540549>. Acesso em: 15 jun. 2020.
- BELGHALI, M. *et al.* Loss of gait control assessed by cognitive-motor dual-tasks: pros and cons in detecting people at risk of developing Alzheimer's and Parkinson's diseases. **GeroScience**, v. 39, p. 305-329, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5505895/>. Acesso em: 17 jul. 2020.
- BENVENISTE, E. **Problemas de Linguística Geral I**. Campinas: Pontes Editores. 1995.
- BENVENISTE, E. **Problemas de Linguística Geral II**. Campinas: Pontes Editores. 1989.
- BERRY, A. S. *et al.* Aging affects dopaminergic neural mechanisms of cognitive flexibility. **J Neurosci**, v. 36, p. 12559-12569, 2016.
- BLANCHE-BENVENISTE, C. A Escrita da Linguagem Domigueira. *In*: FERREIRO, E.; PALACIO, M. G. **Os Processos de Leitura e Escrita**. Novas Perspectivas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.
- BLANKEN, G.; DITTMAN, J.; HAAS, J-C.; WALLECH, C-W. Spontaneous speech in senile dementia and aphasia. Implications for a neurolinguistic model of language production. **Cognition**, v. 27, p. 247-274, 1987.
- BOSI, E. **Memória e sociedade: lembranças de velhos**. São Paulo, T. A. Queiroz, 1979.
- BRANDÃO, L. Discurso e cognição em duas variantes da demência frontotemporal e na doença de Alzheimer. **Revista Neuropsicologia Latinoamericana**, v. 2, n. 1, p. 11-

24, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnl/v2n1/v2n1a03.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2020.

BRANDÃO, L. **Perfil discursivo e interativo de pessoas com doença de Alzheimer**. Tese (Doutorado em Psicologia do desenvolvimento) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2005.

BRANDÃO, L. *et al.* Discourse Coherence and its Relation with Cognition in Alzheimer's Disease. **Psicologia em Pesquisa**, v. 7, n. 1, p. 99-107, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/psicologiaempesquisa/article/view/23525>. Acesso em: 10 ago. 2020.

BRANDÃO, L.; PARENTE, M. A. M. P.; PEÑA-CASANOVA, J. Turnos e atos de fala do interlocutor de pessoas com doença de Alzheimer. **REVEL**, v. 6, n. 11, p. 1-32, 2008. Disponível: https://professor.ufrgs.br/lenisabrandao/files/revel_11_turnos_e_atos_de_fala_do_interlocutor.pdf. Acesso em: 5 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda Nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Familiar e Combate à Fome. **Lei n. 10.741, de 01 de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências sobre a pessoa idosa. Brasília: Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Familiar e Combate à Fome, 2003. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/antigos/lei-no-10-741-de-01-de-outubro-de-2020>. Acesso em: 5 fev. 2020.

BRIAN, R. Interpreting Photographic Portraits: Autobiography, Time Perspectives, and Two School Photographs. **Forum Qualitative Social Research**, v. 12, n. 2, p. 1-25, 2011.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1966.

CASPARI, I.; PARKINSON, S. Effects of memory impairment on discourse. **Journal of Neurolinguistics**, v. 13, p. 15-36, 2000

CHERTKOW, H.; BUB, D. Semantic memory loss in Alzheimer-type dementia. *In*: SCHWARTZ, M. (Org.). **Modular deficits in Alzheimer-type dementia**. Cambridge, MA: MIT Press, 1990.

CLARK, H. H.; WILKES-GIBBS. Referring as a collaborative process. **Cognition**, v. 22, p. 1-39, 1989.

CID-10. Classification of Mental and Behavioural Disorders Clinical descriptions and

diagnostic guidelines. **World Health Organization**, 1992.

COUDRY, M. I. H. **Diário de Narciso: discurso e afasia**. São Paulo: Martins Fontes, 1988

COUDRY, M. I. H.; FREIRE, F. M. P. Pressupostos teórico-clínicos da Neurolinguística Discursiva. *In: COUDRY, M. I. H. et al. (Orgs.). Caminhos da Neurolinguística Discursiva: teorização e práticas com a linguagem*. Campinas: Mercado de Letras, 2010.

CRAIK, F. I. Human memory. **Annual Review of Psychology**, v. 30, p. 63-102, 1979.

CUMMINGS, J. L.; BENSON, D. F.; HILL, M. A.; READ, S. Aphasia in dementia of the Alzheimer type. **Neurology**, v. 3, p. 394-397, 2004. Disponível em: <https://n.neurology.org/content/35/3/394>. Acesso em: 5 fev. 2021.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. São Paulo: Artmed, 2008.

DAVIDOFF, L. L. **Introdução à Psicologia**. São Paulo: Pearson Makron Books, 2001.

DIJKSTRA, K.; BOURGEOIS, M. S.; ALLEN, R. S.; BURGIO, L. D. Conversational coherence: Discourse analysis of older adults with and without dementia. **Journal of Neurolinguistics**, v. 17, p. 263-283, 2004.

DIJKSTRA, K.; BOURGEOIS, M.; PETRIE, G.; BURGIO, L.; ALLENBURGE, R. My recaller is on vacation: Discourse analysis of nursing home residents with dementia. **Discourse Processes**, v. 33, p. 55-76, 2002.

DUBOIS, P. **O ato fotográfico e outros ensaios**. São Paulo: Papirus, 1992.

DUGAS, L. Un nouveau cas de dépersonnalisation. **Journal de Psychologie Normale et Pathologique**, v. 9, p. 38-47, 1898.

EMERY, O. Language and memory processing in senile dementia Alzheimer's type. *In: LIGHT, L. L.; BURKE, D. M. Language, memory, and aging*. Cambridge: University Press, 2001.

FALCONE, K. Discurso e cognição. **Revista de Literatura e Linguística**, v. 1, n. 9, p. 264-284, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/EUTOMIA/article/view/949>. Acesso em: 5 jan. 2019.

FRANCISQUINHA ALVES - O BOM DO ALZHEIMER. Alzheimer - A euforia da mamãe vendo o álbum de família. **YouTube**, 23 out. 2019a. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=3KV1iWfGxO4&ab_channel=FrancisquinhaAlves-ObomdoAlzheimer. Acesso em: 10 out. 2021.

FRANCISQUINHA ALVES - O BOM DO ALZHEIMER. Alzheimer - mania de vestir várias peças de roupa. **YouTube**, 14 fev. 2019b. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=f4-FkzRHWzk&ab_channel=FrancisquinhaAlves-

ObomdoAlzheimer. Acesso em: 10 out. 2021.

FRANCISQUINHA ALVES - O BOM DO ALZHEIMER. Alzheimer moderado - No espelho...vaidosa sempre. **YouTube**, 19 out. 2018. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=y5BPFXRvfMc&ab_channel=FrancisquinhaAlves-ObomdoAlzheimer. Acesso em: 10 out. 2021.

FREITAS, S. *et al.* Estudos de adaptação do montreal cognitive assessment (moca) para a população portuguesa. **Avaliação Psicológica**, v. 9, n. 3, p. 345-357, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v9n3/v9n3a02.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2021.

FREUD, S. **El inconsciente**. v. 3. Buenos Aires, Amorrortu, 1998. (Obras Completas).

GARCIA-ROZA, L. A. **Freud e o inconsciente**. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

GAUER, G. **Memória autobiográfica: qualidades fenomenais da recordação consciente e propriedades atribuídas a eventos pessoais marcantes**. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/5953/000522571.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2020.

GOFFMAN, E. Replies and responses. **Language in Society**, v. 2, p. 57-313, 1974.

HENDRYX-BEDALOV, P. Effects of caregiver communication on the outcomes of requests in spouses with dementia of the Alzheimer type. **International Journal of Aging and Human Development**, v. 49, n. 2, p. 127-148, 1999.

HUSSEY, T. Reflections. **Hussey Photography**, 2010. Disponível em: <http://www.tomhussey.com/SERIES/Reflections/1/thumbs>. Acesso em: 10 fev. 2022.

JUNCOS-RABADÁN, O.; PEREIRO, A. X.; RODRÍGUEZ, M. S. Narrative speech in aging: Quantity, information content, and cohesion. **Brain Lang**, 1998. p. 423-434.

KANDEL, E.R. **Princípios de Neurociências**. 5. ed. Porto Alegre: Ed. MC HILL, 2014.

KAUFMANN, J. **A entrevista compreensiva: um guia para pesquisa de campo**. Petrópolis: Vozes, 2013.

KOCH, I. G. V.; MORATO, E.; BENTES, A. C. (Orgs.). **Referenciação e Discurso**. São Paulo: Contexto, 2019.

KOEHLER, C.; GINDRI, G.; BÓS, A. J. G.; MANCOPES, R. Alterações de linguagem em pacientes idosos portadores de demência avaliados com a Bateria MAC. **Rev Soc Bras Fonoaudiol.**, v. 17, n. 1, p. 15-22, 2012.

KOSSOY, B. **Realidades e ficções na trama fotográfica**. São Paulo: Ateliê Editorial, 2000.

- KOSSOY, B. **Fotografia e história**. São Paulo: Ateliê Editorial, 2001.
- KOSSOY, B. **Os tempos da fotografia**. São Paulo: Ateliê Editorial, 2007.
- LABOV, W. Where does the linguistic variable stop? **Sociolinguistic Working Papers**, n. 44, p. 1-12, abr. 1978.
- LEBRUN, Y. **Tratado de Afasia**. São Paulo: Panamed, 1983.
- LEMAIRE, P.; BHERER, L. **Psicologia do Envelhecimento**. Uma perspectiva cognitiva. Lisboa: Instituto Piaget, 2012.
- LEMAIRE, P.; BHERER, L. **Psychologie du vieillissement**: une perspective cognitive. Bruxelles: Éditions de Boeck Université, 2005.
- LESSER, R. **Linguistic investigations of aphasia**. London: Edward Arnold, 1978.
- LURIA, A. R. **Fundamentos de Neuropsicologia**. São Paulo: Edusp, 1981.
- MACKAY, A. P. M. G. Linguagem, senescência, senilidade. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE FONOAUDIOLOGIA, 14., 2006, Salvador. **Anais** [...] Salvador: Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia - suplemento especial, 2006.
- MACKAY, A. P. M. G.; SOTELO, C. M. Conversational repair in individuals with Alzheimer disease. **Revista CoDAS**, v. 34, n. 5, p. 1-9, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/codas/a/T7TkSnq3dmYRtBRbGFQH5yh/?format=pdf&lang=es>. Acesso em: 3 jan. 2020.
- MANSUR, L.; CHAVES, M. L. F.; GODINHO, C. C.; PORTO, C. S.; CARTHERY-GOULART, M. T.; YASSUDA, M. S.; BEATO, R. Doença de Alzheimer. Avaliação cognitiva, comportamental e funcional. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 5, n. 1, p. 21-33, 2011.
- MANSUR, L. L.; RADANOVIC, M. **Neurolinguística, princípios para a prática clínica**. São Paulo: Ieditora, 2003.
- MANUAL MERCK ON-LINE. Disponível em: http://www.msd-brazil.com/msd43/m_manual. Acesso em: 3 jan. 2020.
- MARCUSCHI, L. A. **Cognição, linguagem e práticas interacionais**. Rio de Janeiro: Lucerna, 2007.
- MONDADA, L. Espace langage, interaction et cognition: une introduction. **Intellectica**, v. 41-42, p. 7-23, 2005.
- MONDADA, L. A referência como trabalho interativo: a construção da visibilidade do detalhe anatômico durante uma operação cirúrgica. *In*: KOSCH, I. V.; MORATO, E. M.; BENTES, A. C. (Orgs.). **Referenciação e discurso**. São Paulo: Contexto, 2019.

- MONDADA, L.; DUBOIS, D. **Construção de objetos discursivos e categorização uma abordagem para processos de benchmarking**. São Paulo: Contexto, 1995.
- MORATO, E. M. As querelas da semiologia das afasias. *In*: MORATO, E. M. (Org.). **A semiologia das afasias perspectivas linguísticas**. São Paulo: Cortez, 2010.
- MORATO, E. M. O interacionismo no campo linguístico. *In*: MUSSALIM, F.; BENTES, A. C. (Orgs.). **Introdução à linguística: fundamentos epistemológicos**. São Paulo: Cortez, 2004.
- MORATO, E. M. O caráter sociocognitivo da metaforicidade: contribuições do estudo do tratamento de expressões formulaicas por pessoas com afasia e com Doença de Alzheimer. **Estudos Linguísticos**, Belo Horizonte, v. 16, n. 1, p. 157-177, jan./jun. 2008.
- MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre: Sulina, 2007.
- NEBES, R. D.; BRADY, C. B. Integrity of semantic fields in Alzheimer's disease. **Cortex**, v. 24, p. 291-299, 1988. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010945288800376>. Acesso: 10 ago. 2020.
- PAIM, I. **Curso de Psicopatologia**. 10. ed. São Paulo: EPU, 1986.
- POLTRONIERE, S.; CECCHETTO, F. H.; SOUZA, E. N. Doença de Alzheimer e demandas de cuidados: o que os enfermeiros sabem? **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 32, n. 2, p. 270-278, 2011.
- PRETI, D. **Sociolinguística: os níveis de fala**. 9. ed. São Paulo: EdUSP, 2003.
- RICOEUR, P. **A memória, a história, o esquecimento**. Campinas: Editora Unicamp, 2007.
- RIPICH, D. N.; TERRELL, B. Y. Patterns of discourse cohesion and coherence in Alzheimer's disease. **Journal of Speech & Hearing Disorders**, v. 1, p. 8-15, 1988. Disponível em: <https://doi.org/10.1044/jshd.5301.08>. Acesso em: 4 fev. 2022.
- SANTANA, A. P.; SANTOS, K. P. A perspectiva enunciativa-discursiva de Bakhtin e a análise da linguagem na clínica fonoaudiológica. **Revista de Estudos do Discurso**, v. 12, n. 2, p. 174-190, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2176-457327491>. Acesso em: 10 mar. 2019.
- SCHIFFRIN, D. **Discourse markers**. Cambridge: Cambridge University Press, 1987.
- SERENIKI, A.; FRAZAO VITAL, M. A. B. A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 30, p. 1-16, 2008.
- SIERRA, M.; DAVID, A. Despersonalização: Um comprometimento seletivo da autoconsciência. **Revista Consciência e Cognição**, v. 20, n. 1, p. 99-108, 2011. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1053810010002060>. Acesso em: 10 abr. 2018.

SOTELO, C. M.; MAC-KAY, A. P. M. G. Conversational repair in individuals with Alzheimer disease. **CoDAS**, v. 34, n. 5, p. e20210133, 2021. Disponível em: <https://www.codas.org.br/article/10.1590/2317-1782/20212021133/pdf/codas-34-5-e20210133.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2020.

TOMASELLO, M. **Constructing a language: A usage-based theory of language acquisition**. Cambridge: Harvard University Press, 2003.

TULVING, E. **Elements of episodic memory**. Oxford Oxfordshire New York: Clarendon Press Oxford University Press, 1983.

URBANO, H. Marcadores conversacionais. In: PRETI, D. (Org.). **Análise de textos orais**. São Paulo: Humanitas, 2003.

VAN DIJK, T. **Cognição, Discurso e Interação**. São Paulo: Contexto, 1992.

VAN DIJK, T. **Discurso e Poder**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2010.

VAN DIJK, T.; KINTSCH, W. **Strategies of discourse comprehension**. New York: Academic Press, 1983.

VAN DIJK, T. **Discourse and context: A socio-cognitive approach**. Cambridge: Cambridge University Press, 2008.

VAN DIJK, T. **Social movements, frames and cognition: a critical review**. Cambridge University Press, 2017.

VAN DIJK, T. **Text and context: Explorations in the semantics and pragmatics of discourse**. Nova York: Longman Group, 1977.

VAN DIJK, T. **Ideologia: Uma abordagem multidisciplinar**. São Paulo: Sage Publicações, Inc, 1998.

VAN DIJK, T. Análise crítica do discurso. In: TANNEN, D.; SCHIFFRIN, D.; HAMILTON, H. (Eds.). **Manual de análise do discurso**. Oxford: Blackwell, 2001.

VAN DIJK, T. Modelos de Memória – o papel da representação das situações no processamento do discurso. In: KOCH, I. **Cognição, discurso e interação**. São Paulo: Contexto, 1996.

VAN OOSTEN, J. Subjects and Agenthood in English. In: MEETING OF THE CHICAGO LINGUISTIC SOCIETY, 13., 1986, Chicago. **Proceedings** [...] Chicago, 1986.

VELAYUDHAN, P. M.; POWELL, J. F.; PROITSI, P.; LOVESTONE, S. Smell identification function as a severity and progression marker in Alzheimer's disease. **Int Psychogeriatr.**, v. 25, n. 7, p. 1157-66, 2013.

VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

VYGOTSKY, L. S. **Obras escogidas** (vol. IV). Madrid: Visor, 1996.

VYGOTSKY, L. S. **Pensamento e linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

VYGOTSKY, L. S. **Psicología del arte**. Tradução de Victoriano Imbert. Barcelona: Barral, 1972.

ANEXO A – FICHA DE PERFIL DOS ENTREVISTADOS

- 1. Idade:** ____ anos
- 2. Sexo:** () Masculino / () Feminino
- 3. Escolaridade:** _____
- 4. Realiza a leitura de livros ou jornais?**
() Sim
() Não
- 5. Escuta música, ou ouve rádio?**
() Sim
() Não
- 6. Assiste televisão?**
() Sim
() Não
- 7. Navega na internet?**
() Sim
() Não
- 8. Pratica algum esporte em seu cotidiano?**
() Sim
() Não
- 9. Gosta de ver fotografias de familiares?**
() Sim
() Não
- 10. Gosta de falar sobre sua história de vida?**
() Sim
() Não

**ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE)**

TÍTULO DA PESQUISA: A linguagem de sujeitos com Doença de Alzheimer em interação semiespontânea.

Responsável pelo projeto: Andréa Farias Higa; Prof. Dr. Felipe Venâncio Barbosa (FFLCH-USP)

Órgão Financiador: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

Unidade: Faculdade Filosofia Letras e Ciências Humanas (FFLCH-USP) -Universidade de São Paulo (USP) São Paulo -SP Responsável pela apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e obtenção do consentimento da participante: Andréa Farias Higa para a realização desta pesquisa: esta pesquisa visa a elaboração da dissertação de mestrado em relação a linguagem de pacientes com a Doença de Alzheimer. Objetivo de contribuir para um estudo sob os aspectos linguísticos dos pacientes em estágio inicial da Doença de Alzheimer em relação a sua percepção visual em situações da vida cotidiana.

O presente projeto prevê o registro audiovisual de situações de interação das quais participam os sujeitos com diagnóstico de Demência de Alzheimer. A coleta de dados levará em consideração uma variedade linguística situacional que pode contribuir na compreensão da linguagem na DA.

Os registros filmados serão realizados nos quadros das atividades rotineiras dos portadores de Alzheimer e adaptar-se-ão a suas rotinas de vida. Para a coleta de dados, será instalada uma câmera ou por meio do tablet para registrar as situações de interação das quais participam o sujeito com diagnóstico de Doença de Alzheimer.

Os possíveis riscos são mínimos: lembrar de um familiar falecido, não recordar de nenhum familiar, esquecer de momentos ao longo de sua vida. Os participantes podem intervir na entrevista e serão respeitadas suas decisões. Os entrevistados não precisam responder perguntas que lhes parecerem invasivas. Uma vez concluído o estudo,

divulgaremos os resultados na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (<http://www.teses.usp.br/>). Uma cópia impressa da Tese será entregue a organização participante de forma que, caso os entrevistados não possuam acesso à internet, eles poderão consultar o texto na organização.

Os possíveis benefícios destacamos: contribuições para a compreensão da linguagem nos quadros de alterações cognitivas; contribuições para o estudo dos aspectos comunicativos envolvidos nos quadros de interações com Doença de Alzheimer.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer penalidade e nem represálias de qualquer natureza. Os pacientes participantes podem deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo.

Aos participantes é assegurada a garantia de esclarecimentos antes, durante e após a realização desta pesquisa.

Direito de confidencialidade: O sigilo e o caráter confidencial das informações serão mantidos, zelando pela privacidade e anonimato dos participantes, conforme os itens presentes no “Termo de autorização para registro e exploração dos dados do Projeto” (documento que faz parte deste Termo de Consentimento). A pesquisadora compromete-se a utilizar os dados da pesquisa para fins estritamente científico-acadêmicos.

Aos participantes reserva-se o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados da pesquisa. O documento será emitido em duas vias, sendo que uma delas ficará com o participante.

O presente estudo não implica nenhum tipo de despesa aos participantes. Não haverá nenhuma forma de reembolso financeiro uma vez que a participação na pesquisa não onera nenhuma despesa ao participante.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, a respeito do projeto de pesquisa que procura investigar a linguagem a partir das situações de linguagem rotineiras dos sujeitos diagnosticados com Doença do tipo Alzheimer.

Eu discuti com a pesquisadora Andréa Farias Higa sobre a minha decisão em participar nesse estudo.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Caso haja qualquer dúvida, você pode contatar o **Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos** - Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH) da Universidade de São Paulo (USP). O CEP EACH é uma organização interdisciplinar e independente, que analisa as pesquisas desenvolvidas em seres humanos realizadas pela USP (Endereço: Av. Arlindo Bértio, 1000 Ermelino Matarazzo, São Paulo - SP CEP: 03828-000, Informações: [11] 2648-0067. E-mail de contato do CEP: cep-each@usp.br).

Assinatura

Data / /

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data / /

ANEXO C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA NA CASA DE REPOUSO ÁGAPE COM IDOSOS

TÍTULO DA PESQUISA: A linguagem de sujeitos com Doença de Alzheimer em interação semiespontânea.

Responsável pelo projeto: Andréa Farias Higa; Prof. Dr. Felipe Venâncio Barbosa (FFLCH-USP) Órgão Financiador: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

Unidade: Faculdade Filosofia Letras e Ciências Humanas (FFLCH-USP) -Universidade de São Paulo (USP) São Paulo -SP- Responsável pela apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e obtenção do consentimento da participante: Andréa Farias Higa para a realização desta pesquisa: esta pesquisa visa a elaboração da dissertação de mestrado em relação a linguagem de pacientes com a Doença de Alzheimer. Objetivo de contribuir para um estudo sob os aspectos linguísticos dos pacientes em estágio inicial da Doença de Alzheimer em relação a sua percepção visual em situações da vida cotidiana.

O presente projeto prevê o registro audiovisual de situações de interação das quais participam os sujeitos com diagnóstico de Demência de Alzheimer. A coleta de dados levará em consideração uma variedade linguística situacional que pode contribuir na compreensão da linguagem na DA.

Os registros filmados serão realizados nos quadros das atividades rotineiras dos portadores de Alzheimer e adaptar-se-ão a suas rotinas de vida. Para a coleta de dados, será instalada uma câmera ou por meio do tablet para registrar as situações de interação das quais participam o sujeito com diagnóstico de Doença de Alzheimer.

Os possíveis riscos são mínimos: lembrar de um familiar falecido, não recordar de nenhum familiar, esquecer de momentos ao longo de sua vida. Os participantes podem intervir na entrevista e serão respeitadas suas decisões. Os entrevistados não precisam responder perguntas que lhes parecerem invasivas. Uma vez concluído o estudo, divulgaremos os resultados na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (<http://www.teses.usp.br/>). Uma cópia impressa da Tese será entregue a organização

participante de forma que, caso os entrevistados não possuam acesso à internet, eles poderão consultar o texto na organização.

Os possíveis benefícios destacamos: contribuições para a compreensão da linguagem nos quadros de alterações cognitivas; contribuições para o estudo dos aspectos comunicativos envolvidos nos quadros de interações com Doença de Alzheimer.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer penalidade e nem represálias de qualquer natureza. Os pacientes participantes podem deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo.

Aos participantes é assegurada a garantia de esclarecimentos antes, durante e após a realização desta pesquisa.

Direito de confidencialidade: O sigilo e o caráter confidencial das informações serão mantidos, zelando pela privacidade e anonimato dos participantes, conforme os itens presentes no “Termo de autorização para registro e exploração dos dados do Projeto” (documento que faz parte deste Termo de Consentimento). A pesquisadora compromete-se a utilizar os dados da pesquisa para fins estritamente científico-acadêmicos.

Aos participantes reserva-se o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados da pesquisa. O documento será emitido em duas vias, sendo que uma delas ficará com o participante.

O presente estudo não implica nenhum tipo de despesa aos participantes. Não haverá nenhuma forma de reembolso financeiro uma vez que a participação na pesquisa não onera nenhuma despesa ao participante.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, a respeito do projeto de pesquisa que procura investigar a linguagem a partir das situações de linguagem rotineiras dos sujeitos diagnosticados com Doença do tipo Alzheimer.

Eu discuti com a pesquisadora Andréa Farias Higa sobre a minha decisão em participar nesse estudo.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem

realizados, seus riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Caso haja qualquer dúvida, você pode contatar o **Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos** - Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH) da Universidade de São Paulo (USP). O CEP EACH é uma organização interdisciplinar e independente, que analisa as pesquisas desenvolvidas em seres humanos realizadas pela USP (Endereço: Av. Arlindo Bértio, 1000 Ermelino Matarazzo, São Paulo - SP CEP: 03828-000, Informações: [11] 2648-0067. E-mail de contato do CEP: cep-each@usp.br).

AUTORIZO, através do presente termo, a pesquisadora Andréa Farias Higa a realizar as fotos e filmagem que se façam necessárias e colher depoimento dos idosos que residem na Instituição de Longa Permanência, Casa de Repouso Ágape, cuja responsável pela instituição é Luciana de Sousa Lima, sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos e depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e dissertação), em favor da pesquisa, acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei N.º 10.741/2003).

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA NA CASA DE REPOUSO SÃO GABRIEL COM IDOSOS

TÍTULO DA PESQUISA: A linguagem de sujeitos com Doença de Alzheimer em interação semiespontânea.

Responsável pelo projeto: Andréa Farias Higa; Prof. Dr. Felipe Venâncio Barbosa (FFLCH-USP) Órgão Financiador: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

Unidade: Faculdade Filosofia Letras e Ciências Humanas (FFLCH-USP) -Universidade de São Paulo (USP) São Paulo -SP Responsável pela apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e obtenção do consentimento da participante: Andréa Farias Higa para a realização desta pesquisa: esta pesquisa visa a elaboração da dissertação de mestrado em relação a linguagem de pacientes com a Doença de Alzheimer. Objetivo de contribuir para um estudo sob os aspectos linguísticos dos pacientes em estágio inicial da Doença de Alzheimer em relação a sua percepção visual em situações da vida cotidiana.

O presente projeto prevê o registro áudio-visual de situações de interação das quais participam os sujeitos com diagnóstico de Demência de Alzheimer. A coleta de dados levará em consideração uma variedade linguística situacional que pode contribuir na compreensão da linguagem na DA.

Os registros filmados serão realizados nos quadros das atividades rotineiras dos portadores de Alzheimer e adaptar-se-ão a suas rotinas de vida. Para a coleta de dados, será instalada uma câmera ou por meio do tablet para registrar as situações de interação das quais participam o sujeito com diagnóstico de Doença de Alzheimer.

Os possíveis riscos são mínimos: lembrar de um familiar falecido, não recordar de nenhum familiar, esquecer de momentos ao longo de sua vida. Os participantes podem intervir na entrevista e serão respeitadas suas decisões. Os entrevistados não precisam responder perguntas que lhes parecerem invasivas. Uma vez concluído o estudo, divulgaremos os resultados na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (<http://www.teses.usp.br/>). Uma cópia impressa da Tese será entregue a organização participante de forma que, caso os entrevistados não possuam acesso à internet, eles poderão consultar o texto na organização.

Os possíveis benefícios destacamos: contribuições para a compreensão da linguagem nos quadros de alterações cognitivas; contribuições para o estudo dos aspectos comunicativos envolvidos nos quadros de interações com Doença de Alzheimer.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer penalidade e nem represálias de qualquer natureza. Os pacientes participantes podem deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo.

Aos participantes é assegurada a garantia de esclarecimentos antes, durante e após a realização desta pesquisa.

Direito de confidencialidade: O sigilo e o caráter confidencial das informações serão mantidos, zelando pela privacidade e anonimato dos participantes, conforme os itens presentes no “Termo de autorização para registro e exploração dos dados do Projeto” (documento que faz parte deste Termo de Consentimento). A pesquisadora compromete-se a utilizar os dados da pesquisa para fins estritamente científico-acadêmicos.

Aos participantes reserva-se o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados da pesquisa. O documento será emitido em duas vias, sendo que uma delas ficará com o participante.

O presente estudo não implica nenhum tipo de despesa aos participantes. Não haverá nenhuma forma de reembolso financeiro uma vez que a participação na pesquisa não onera nenhuma despesa ao participante.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, a respeito do projeto de pesquisa que procura investigar a linguagem a partir das situações de linguagem rotineiras dos sujeitos diagnosticados com Doença do tipo Alzheimer .

Eu discuti com a pesquisadora Andréa Farias Higa sobre a minha decisão em participar nesse estudo.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo

voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Caso haja qualquer dúvida, você pode contatar o **Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos** - Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH) da Universidade de São Paulo (USP). O CEP EACH é uma organização interdisciplinar e independente, que analisa as pesquisas desenvolvidas em seres humanos realizadas pela USP (Endereço: Av. Arlindo Béttio, 1000 Ermelino Matarazzo, São Paulo - SP CEP: 03828-000, Informações: [11] 2648-0067. E-mail de contato do CEP: cep-each@usp.br).

AUTORIZO, através do presente termo, a pesquisadora Andréa Farias Higa a realizar as fotos e filmagem que se façam necessárias e colher depoimento dos idosos que residem na Instituição de Longa Permanência, Casa de Repouso São Gabriel, cuja responsável é Bruna Carolina Gabriel da Silva de Oliveira sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos e depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e dissertação), em favor da pesquisa, acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei N.º 10.741/2003).

ANEXO D – ROTEIRO DA ENTREVISTA

- 1) Fale-me um pouco sobre sua história de vida?
- 2) Quais lugares marcaram sua vida?
- 3) Desses lugares têm alguma imagem que marcou sua vida? Por quê?
- 4) Existe alguma fotografia no álbum de família que gosta?
- 5) Pode contar o que representa e quem são as pessoas e onde se passa?
- 6) A fotografia ajuda a lembrar de bons momentos?
- 7) O que gosta de fazer no tempo livre?
- 8) Como é o Alzheimer para você?
- 9) Há quanto tempo foi diagnosticado?
- 10) Faz acompanhamento clínico? Como é o seu acompanhamento?
- 11) O que tem feito para o tratamento? (permite entender se têm estímulos visuais no tratamento ou não, desse modo é uma pergunta que permite variáveis de cada tratamento – objetivo analisar esse resultado no primeiro momento)

ANEXO E – MOCA

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Versão Experimental Brasileira Escolaridade: _____ Data de avaliação: ____/____/____
 Sexo: _____ Idade: _____

ESPACIAL / EXECUTIVA		Copiar o cubo		Desenhar um RELÓGIO (onze horas e dez minutos) (3 pontos)		Pontos								
						[] [] [] Contorno Números Ponteiros ____/5								
NOMEAÇÃO														
						[] [] [] ____/3								
MEMÓRIA		Leia a lista de palavras. O sujeito deve repetir a, faça duas tentativas. Escovar após 5 minutos.		Roseto	Veludo	Igreja	Margarida	Vermelho	Sem Pontuação					
ATENÇÃO		Leia a sequência de números (1 número por segundo). O sujeito deve repetir a sequência em ordem direta [] 2 1 8 5 4 O sujeito deve repetir a sequência em ordem inversa [] 7 4 2		Leia a série de letras. O sujeito deve bater com a mão na mesa cada vez que ouvir a letra "A". Não se atribuem pontos se ≥ 2 erros. [] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB		Subtração de 7 começando pelo 100 [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 4 ou 5 subtrações corretas: 3 pontos; 2 ou 3 corretas 2 pontos; 1 correta 1 ponto; 0 correta 0 ponto		[] [] [] [] [] Repetir: Eu souento sei que é João quem será ajudado hoje. [] O gato sempre se esconde debaixo do sofá quando o cachorro está na sala. []	[] [] [] [] [] Fluência verbal: dizer o maior número possível de palavras que começam pela letra F (1 minuto). [] _____ (N ≥ 11 palavras)	[] [] [] [] [] Semelhança p. ex. entre banana e laranja = fruta [] trem - bicicleta [] médico - rigor	Deve recordar as palavras SEM PISTAS [] [] [] [] [] Pontuação apenas para evocação SEM PISTAS	[] [] [] [] [] Pista de categoria [] [] [] [] [] Pista de múltipla escolha	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Dia do mês [] Mês [] Ano [] Dia da semana [] Lugar [] Cidade	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] TOTAL Adicionar 1 pt se ≤ 12 anos de escolaridade ____/30
© Z. Nasreddine MD www.mocatest.org Versão experimental Brasileira: Ana Luisa Rosas Sarmiento Paulo Henrique Fanelha Bertolucci - José Roberto Wajzman (UNIFESP-SP 2007)														

Anexo F – Transcrições das entrevistas- **Corpus V. I. D. A. (Vídeo Interação na Doença de Alzheimer)**

Transcrição 1 – Casa de Repouso São Gabriel

L1 - Boa Tarde, (...) eu pesquiso sobre a Doença de Alzheimer:: Então... queria saber como é essa doença para senhora? (...) Queria que a senhora se apresentasse falando seu nome.

L2- Eu nome é M. A. A. e... “essa doença não é ruim...mas também não é....não é.... sil...? ((simples)) agente faz um pedaço da vida da gente sofrendo e tem muitos, muitas coisas que aqui se passassem querer obrigada ((ruído de pássaros)) e ((falas de fundo ((Outra idosa)) ... ninguém vai entender esse trem... sol, chuva, garoa)) entendeu? tanto que tem época que eu tô abatida e tem época que eu tô bem, afinal de contas sou uma pessoa de bom humor, né bom humor, gosto de tudo que é bom. De tudo que é bom eu gosto. Acho que tudo é válido e agradeço a Deus, por tá na terra.”

L1- Me fala sobre a história da sua vida? Onde a senhora nasceu? Onde a senhora foi criada?

L2-“Ah,... eu nasci em Juiz de Fora, num lugar bom, em Minas né. Lá em Minas. Passei bastante, fui cantora ((L1 – Olha!))...é fui cantora, hoje não canto, porque tô meio “desorient” né. Fui cantora comecei no Silvio Santos fiz bastante programas, cantava também em bailes, meu pai gostava muito de tocar e eu acompanhava ele cantando, bem feliz. ((ruído – buzina da rua)) A única coisa que eu não tive foi cant... assim, muita alegria, né.”

L1 ... Que bom! E... Quais lugares de Juiz de Fora que marcaram sua vida?

L2- “Em Juiz de Fora...(L1 em Juiz de Fora) São Paulo também marcou... e Juiz de Fora marcou porque eu morei bastante, tive meus filhos sim, quatro filhos, tive meus filhos lá, filhos bons, filhos bons, né, não dá trabalho, ((enfermeira chama a paciente Dona ... sua água, fala com outra idosa – nossa, ... olha o vento parece que tem gente no portão, e a outra responde éh:... eu de blusa de frio... éh que eu tô falando ...esse tempo não sabe como pega a gente))uma... são humanos, então eu gosto muito de lá, foi que fui cantar, comecei a sobreviver a vida.”

L1 Entendi. E desses lugares tem alguma imagem que chegou a marcar sua memória? De você falar assim esse lugar de Juiz de Fora eu não esqueço.

L2-É... eu não me esqueço das festas que eu fazia, ((L1- Ah, das festas)) é das festas que fazia, eu ... éh: ...tanto faz cantar... como usava a igreja é católica ((L1- A senhora é católica então?)) é sou católica, então.. éh:... conheci muita gente era muito amada.

L1- Existe alguma fotografia que a senhora ainda tenha éh: ... em que a senhora gosta em especial?

L2 – Éh::... eu tenho..., mas não tá aqui. Tá pra lá...

L1- Ah:: tá em Juiz de Fora?

L2- Porque depois que eu vim pra São Paulo, aqui passei um época da minha vida,então não tá comigo, tá lá, vim pra cá porque eu fiquei doente. ((L1-Ah, tá certo)) Eu fiquei doente então, vivo assim agora até segunda ordem, né...

L1- Tá certo. E a senhora tem alguma fotografia que a senhora gosta?

L2- Tem, tem sim. Tenho fotografias e pequenas também, só que não sei nem onde tá. Tá aqui nessa casa. Eu moro aqui agora.

L1- A gente poderia marcar um novo encontro e a senhora pode apresentar essa fotografia e falar um pouco dela? Outro dia?

L2- Eu posso. Meu filho vive querendo pegar fotografia minha. Ele chega perto de mim e já tira uma foto. Porque fiquei doente. Aí tem que levar tudo na diplomacia. Faz muito que... o mais velho. Tenho duas moças::e tenho duas moças e tenho esse....filho, são dois rapaz, né? Um casado, outro não é casado.

L1- Qual o nome deles?

L2 – O casado é J.B. T.

L1- E a outra?

L2 – A outra é M. T. de F. e tem o J. R. de A.

L1- Quem?

L2- J. R. de A., esse é cabeleireiro. Bom! Dos bom.

L1- Olha, que legal!

((sorriso L2))

L1 – E o que a senhora gosta de fazer no tempo livre?

L2- Olha, ultimamente tô procurando coisa pra fazer porque tá:... não faço nada... é aqui mora muita gente, né. Mas eu não faço nada. Eu procuro, mas não tem. ((L1- entendi)) Porque tá doente... ou medo de alguma coisa ... tão todo mundo te vigia.

L1- Mas o que a senhora gostava de fazer?

L2-Trabalhar?

L1-Sim de trabalhar?

L2- Eu tralhava em firma, e... cantava também, muita alegria, mas ultimamente eu tô abandonada.

L1- Ah:... ((longa pausa)) sim.

L2-Tô bem abandonada.

A enfermeira dar para a paciente uma bala ((- sua diabete))

L1- E como para senhora é o Alzheimer?

L2- Convivendo. ((L1- convivendo)) Vivendo.

[

L2-Eu nem sei de onde é que vem essa doença?

L1- A senhora não...

L2- Eu nem sei....

L1-Mas a senhora não percebe alguma diferença de esquecer alguma coisa?

L2-É alguma coisa...agora tô bem. Já esqueci muita coisa. Quando eu comecei ... dizem que eu fiquei pelada. ((L1- Ah, sim)) L2- por não saber o que tava fazendo. Mas depois eu fui escutando ouvindo bem, tudo. Aprendendo a viver. Hoje eu vivo a vida normal. Em São Paulo tem muito conhecimento. Entendeu? ((L1- Sim)) Me dou bem aqui nessa casa, me dou bem. E sou feliz. Tenho muita saudade da minha mãe dos meus irmãos deles eu sinto saudades. Minhas coisas tá lá minha cama, minhas coisas tá tudo lá em São Paulo, comprei uma casa não pude morar, porque comecei a ficar doente e não consegui morar, porque comecei a ficar doente nessa casa, então tá tudo guardado lá, eu queria ir para lá e continuar a vida, sabe? Mas meus pais não deixam, quer olhar o que eu faço.

L1- E há quanto tempo a senhora foi diagnosticada com a doença de Alzheimer?

L2-Mais ou menos seis anos. (pausa) por aí. (pausa)Tô com a doença subconsciente

L1-A senhora está no estágio um, estágio inicial?

L2- Éh::: Mas eu não tenho dificuldade de viver não. (pausa)Vivo a vida direitinho. Sou consciente. Sei o que faço.

L1- E a senhora faz um acompanhamento clínico?

L2- Muito mal. ((L1- Éh:::)) isso que precisava dar uma olhada. É a vida muda. ((L1- Sim, os diagnósticos também mudam)) muda, então sou considerada ainda nessa parte aí. Mas eu quero fazer, ... melhor. E às vezes as pessoas não acreditam na gente, né ((L1 – verdade))

[

L1-Mas a senhora chegou a fazer algum tratamento? Tomou algum medicamento?

L2 – Olha, ... eu tô tomando até hoje, mas é difícil o tratamento, porque as pessoas não confiam muito na gente, então não dá para fazer. (pausa) tinha que... tinha que ser uma coisa de uma babá mesmo, não tem né? Tenho que arrumar uma babá pra tomar conta de mim mesma então, não, porque não tem-- eu moro aqui, mas o meu pai paga, ele tem família grande, a primeira não é grande são dois meninos e duas meninas, irmãos...

L1- Se a senhora pudesse passar uma mensagem para alguém que acabou de descobrir a doença, o que a senhoraalaria?

L2-Que tivesse muita paciência, na vida. A vida é muito maravilhosa. Haja o que houver, custe o que custar, a gente tem que viver. A gente tem que viver porque a vida foi feita por Deus, né. Ele que cuida da gente, então a gente tem que ter cautela. Muita cautela mesmo, a gente sofre consequências muita consequência a gente sofre de conhecidos, até de parente, eu sei o que eu passo o que já passei, eu passo, paciência né? Tem que ter paciência de viver, vou vivendo, com a graça de Deus.

L1- Qual a idade da senhora atual?

L2-Minha idade é..... eu nasci em1940. Quantos anos eu tenho? ((pausa longa))

L1-A senhora tem 78 anos.

[

L1- Outra pergunta que eu gostaria de fazer é em relação ao grau de escolaridade da senhora?

L2- Até a quinta série. ((L1- até a quinta série a senhora estudou, ... tá muito bem))

L1- A senhora chegou a estudar em Juiz de Fora?

L2-Cheguei Juiz de fora, e pela vida, né. Vivendo. Não tenho dificuldade de viver não. Eu já tive muita coisa já, cai... muito tombo, já custei, tudo isso eu já passei..., dores, mas tem que passar. E agradecer a Deus por a gente tá viva, né (pausa) a coisa mais especial é a vida, a vida é tudo da gente, a gente vê uma coisa, não tem consciência das coisas vê, deixa passar, para viver, às vezes você percebe consequências desumanas e tem que deixar passar isso vai passar. Deita mais cedo, isso vai passar porque tudo que passar e se você for cobrar::, não dá. Aqui eu vivo...comigo eles vivem bem porque eu deixo passar muita coisa, passando a vida. Procura conviver não consegue sou brava também, sou brava com alguns aqui. De idade ((pisca o olho direito)) que faz a gente de mulheres... sou brava também. Vou vivendo, o que eu gostaria era de viajar, voltar para casa. ((L1 – Poder voltar para Minas?)) É (hesitação) queria voltar para lá... amei viu. ((L1- ah, que bom!))

L1- Agradeço muito nossa entrevista.

Transcrição 2 – Casa de Repouso São Gabriel

L1-Me fala sobre a história da sua vida?

L2- Minha história de vida é muito complicada...muito por cima ...meu marido ... muita coisa, foi então eu vinha da casa da minha mãe escutando vozes ... uma coisa estranha, já fiquei diferente estranha, já não conseguia mais nada [ruído- a televisão ligada e uma funcionária grita nossa mó louca e dá risada, outra idosa ri e fala vai correndo para o Ricardo personagem do filme...] comecei a ficar diferente, estranha ai eu já comecei a ficar diferente, foi assim...acho que não tá certo, não?

L1- Não. Tá certo sim.

[

L1- O que a senhora fazia?

L2- Eu sempre trabalhei em casa mesmo, tinha cuidadora em casa, mas podia... os problemas... pa... parecer... em casa tinha que pagar convênio aquilo lá é muito caro não dá para pagar, paguei trabalhar como cuidadora, mas aí paguei a cuidadora tinha convênio, mas também parei ... ((uma longa pausa))

L1- A senhora teve filhos foi casada?

L2- Cinco filhos.

L1- A senhora lembra o nome deles?

L2- Lembro.

L1 – Qual era o nome deles?

L2- Sandra R. S.R., Sérgio S. R., Solange S. R., Sueli S.R. quem mais...Sandra, Sueli, Sérgio... me lembra aqui W. ((marido))

L3- Posso entrar nesse meio aí? Ou não?

L2- Pode, acho que pode.

L1- Pode.

L3- Eu sou o esposo, viu?

L1- Ah, o senhor é o esposo dela.

L3-Sim.

L1- Pode se sentar aqui. Qual seu nome?

L3- W. R.

L1- Qual o nome dos filhos de vocês?

L3- Sandra S. R. Sueli S. R., Sérgio S. R., Selma S. R. , Solange S. R. Anotou?

L1- Está sendo gravado. Obrigada.

L3- Imagina.

L1-Uma outra pergunta para senhora é que lugares marcaram sua vida?

L2- Salvador, morei em Salvador muito tempo. Nasci lá na Bahia. Depois São Paulo. Morei muito tempo no Rio ... tem tempo... Tô falando tudo errado.

L1- A senhora morou no Rio, Salvador e São Paulo.

L2- É exatamente.

L1- Existe algum álbum de fotografia da família de vocês?

L3- Álbum da família, tenho no sítio se não me engano. Algumas fotos.

L1 O senhor tem aqui alguma foto?

L3 – Aqui não, como estamos de passagem aqui não temos, não viu?

L1 – E qual foto a senhora mais gosta? Que a senhora lembra?

L2- Que eu lembro...

L1 – É que a senhora lembra.

L2- Do Rio de Janeiro a gente não tem mais não, é?

L3- Do Rio ...

L1 – Tem a foto do Rio de Janeiro?

L3- Do Rio.... deixa lembrar...não ... não temos não... não.

L1 – Não tem mais, né.

L2- A minha filha pega pra vê, esconde e fica pra ela. Eu gosta dá ... dá praia.

L1- Entendi. O que a senhora gosta de fazer no tempo livre?

L2- Só trabalhei sempre em casa, né. Vai fazer comida, vai fazer minhas ... cozinhas, gosto muito de lavar minha roupa.

L1- O que é o Alzheimer para senhora?

L2- Não sei... tem aquela coisa ruim lá...piora com tempo... aí não lembro mais nada, nada.

L1 – Há quanto tempo a senhora foi diagnosticada?

L2- Foi diagnosticada, não.

L1 Não teve nenhum médico que falou com a senhora?

L2-Falou não.

[

L2- Eu fiquei muito esquecida...

L1- A senhora ficou muito esquecida. E esse esquecimento incômoda?

L2- Incômoda.

L1- A senhora faz algum acompanhamento clínico?

L2- Que eu faço, tem posto de saúde que me arrumaram onde eu faço tratamento.

L1- A senhora faz tratamento, né. E a quanto tempo a senhora faz?

L2- Muito tempo.

L1 – A senhora lembra? Quanto tempo?

L2- Tem quase trinta anos que eu faço tratamento.

L2- Remédio pra epilepsia, remédio pra dores.

L1- A senhora toma algum remédio para o Alzheimer especificamente?

L2 -Não, acho que não.

L1- Se a senhora pudesse passar uma mensagem para quem acabou de descobrir a doença que mensagem a senhora falaria?

L2-Descobri a pouco tempo. Antes de quinta

L1 O recado seria?

L2- Tenho que ver como é isso...

L1 Que recado seria...((corte do turno))

L2- O médico não falou nada pra mim.

L2- Aqui passa no médico daqui, mas o médico não falou nada, falou nada.

L1 – A senhora lembra da data de nascimento da senhora?

L2- 5 /11 /1939

L1-A senhora lembra que dia, mês e ano que nos estamos?

L2 – Ah... agora você me pegou.

L1-A senhora sabe em que ano nós estamos?

L2- 2039, 2038

L1- Não estamos em 2018, desculpa 2019. Estamos em 2019.

L2-Ah .. 2019.

Transcrição 3 – Casa de Repouso São Gabriel

L1- Boa tarde, o esposo da senhora E.

L3- Sim, nós realmente descobrimos. Quando ela tinha algum problema dificuldade para ler. Tomar algum costume pessoal, escritura, isso tudo né . É o que eu posso dizer sobre ela. Nada mais.

L1- Certo.

L3- Algum nervosismo. Se é que interessa, né?

L1- Sim.

L3-Nervosismo. ((atacar)) as pessoas, né?

L1- Mudou o humor dela?

L3- Mudou. Mudou mesmo. Do mal ao pior ... falando coisas que não existem. Isso tudo é só essa ...((corte do turno))

L1- É ...((corte do turno))

L3- Só xingando -- blasfemando o nome da gente—assim, né – daí por diante...((corte do turno))

L1- Ela se esquecia de algumas palavras? Ela trocava algumas palavras?

L3-Não, não.

L1- Ela se lembrava. E a localização ela sabe onde morava?

L3- Sabe. Sabe direitinho sim.

L1- Até que série ela estudou?

L2- Até a quarta série.

L3- Até a quarta série.

L3- Na Bahia. De onde ela é. O Estado dela é na Bahia.

L1- E o senhor é dá onde?

L3 – Sou paulistano, nascido e criado na Penha.

L1-Como vocês se conheceram/

L3 – Bailinho, dançando aqui. Bailinho lá. Porque era longe. Dançando.

L1- Ah, vocês gostavam de dançar?

L3-Sim

L1- E hoje ainda tem lugares que vocês lembram de lugares que vocês dançaram?

L3- Em casa mesmo.

L1- Vocês dançam ainda?

L3-Às vezes sai pro aniversário das meninas, algum aniversário tudo, né.

L1- Ah, que legal!

L3- Nós temos quatro filhos.

L1- Eles estão sempre visitando vocês?

L3- Tão sim, um pouquinho difícil. Mas sempre vai. Já se casaram tomaram seu rumo. () cada um com um problema.

L1- certo.

L3-Ainda mais família que é assim. () Tudo casadinho, tudo sossegado. Registrado. Não teve mistério nenhum no casamento deles.

L1- E vocês se casaram já faz quanto tempo?

L3- Ah, já faz muito tempo...

L2- 64 anos.

L3 – Não é brincadeira, não.

L1 – Que dia que foi?

L2 – 24 de dezembro.

L3- É 24 de dezembro. Realmente ... Foi. 24 de dezembro de19.... e....

L2 – 1972

L1-Ah, então a senhora lembra.

L1 – Então que dia foi o casamento da senhora?

L2- Dia 23 de dezembro de 1972.

L1- Ok.

L1- Como foi o casamento? Foi em São Paulo?

L3- Foi em São Paulo mesmo. Na Ponte Rasa.

L1- Vocês se casaram na Igreja?

L3- Não. Só no Civil.

L1- Que legal!

L1- Quanto tempo faz que ela tem esse diagnóstico do Alzheimer?

L3-Já faz muitos anos.

L1- O tratamento vocês pararam... - - É ela continua fazendo?

L3- Ela parou.

L1- Faz quanto tempo que ela parou.

L3- Já faz mais ou menos uns 20 poucos anos. Muitos e Muitos anos.

L1- Tá certo, então. Muito Obrigada!

L3- Qualquer coisa é só falar.

L1- Eu posso pedir um favor, eu queria tirar uma foto com vocês dois.

L3- Sim, pode. L2- Pode.

Transcrição 4 – Casa de Repouso Residencial Ágape

L1- A senhora pode contar a história da sua vida?

L2- Eu nasci em 24/06/1929. Eu sempre fui muito família. A gente já era instruída a ser assim. Corrigir era passar filhos e netos. E sair desse plano.

L1- A senhora estudou até que série?

L2- Eu fiz o curso primário. Minha mãe - - entrei para o corte costura, mas eu tinha uma dificuldade com matemática. Porque eu...bem dizer eu não tive aula a respeito disso ...

L1 – A senhora nasceu em São Paulo?

L2- Sim, minha mãe teve onze filhos. Os últimos faleceram. Três dias antes de eu nascer meu irmão morreu. Minha mãe chegou até mostrar eu para ele. Com essas coisas ficaram flutuando no meu cérebro. Só depois que eu notei que eu tinha essa ansiedade, --- fiquei preocupada --foi a galinha. Ela não vai conseguir por o ovo.—Ela ainda pôs o ovo embaixo da árvore, mas meus familiares tudo junto, era Natal quem tinha que ensinar era os filhos ... para eles verem como que era.

L1- Sim, uma educação que ia passando de gerações.

L2- Mas tudo bem a gente sempre se deu as mãos.

L1 Então a senhora trabalhava com costura?

L2- Não, eu fazia tricô umas botas para usar em cima de fuso e moda toda tá voltando.

L1- A senhora gosta de tricô?

L2- Mas agora eu não posso, porque eu fui no hospital e deixei meu óculos no armário que era fechado, mas pegaram minhas coisas, - - depois minha sobrinha deixou assim. - - Comecei a seguir o que aprendi.

L1- Mas a senhora consegue enxergar um pouco, mesmo assim?

L2- Não, você viu eu assino tudo diferente. Porque estou sem um óculo de proteção. Meu medo. Porque depois meu irmão era advogado que ele tinha fazenda, mas era a esposa dele que tinha a fazenda, quando ele foi para lá ele faleceu. Ele já tinha deixado duas sobrinhas que era advogadas e já tinha falado que se ele moresse elas que iriam continuar, -- não teve chantagem, nada disso. Tudo correto. Tudo certo.

L1 – Passatempo que a senhora gosta de fazer?

L2- Comecei a fazer ginástica, mas a ginástica leva muito tempo, então para fazer todas as figuras..., mas eu ficava assim ...e assim vendo televisão, a gente cochila, né. Todos os filhos foram. Nenhum deles foramcerto. Minha sobrinha muito distraída ia me buscar para almoçar, muito distraída. - - Para ter um dia diferente, mas comer todo dia a mesma coisa a gente enjoa, - - mas tá tudo bem. - - Mas o problema da assinatura. - - É por causa do... - - desaparece, então.

L1- Tem algum lugar que marcou a vida da senhora? Que sente vontade de voltar.

L2 – A gente quando nos fomos ... meus pais... minha mãe ficava sempre junto, eu fiqueii.

L1 – A senhora ainda tem algum álbum de fotografia?

L2-Não tenho. Minha sobrinha teve que fazer... um guarda-roupa, e o pessoal das casas Bahia falou que não tinha mais espaço, todo final de semana eu ia para () mas aí foi uma coisa só, mas eu passei no exame e ninguém provou nada. Ameça. Mas minha família sempre foi correta .

L1- A senhora se lembra desse momento do Natal. E como foi assim? O Natal sempre foi em paz, tudo tranquilo?

L2- Sim. Sempre gostei de passar com a família. Nunca com estranho. Gostei daquele jogo de torre.

L1- Qual jogo?

L2 – Aquele jogo que você canta os números e vai pondo na cartela.

L1- Ah, um Bingo.

L2- Agora é Bingo, mas antigamente era Tômbola. Tinha muita coisa a assim. Vocês para bisnetos têm de instruir. Minha mãe ganhou com parteira em casa e depois de três dias ele morreu. E teve o outro que eu tenho uma vaga lembrança que foi assim, ele tinha cachinho sabe, uma mulher na porta pediu você me dá um cachinho e ele correu foi cortou o cachinho e levou para mulher, ingenuidade de criança. Essa minha sobrinha é muito trabalhadora.

L1- Ela trabalha com o que?

L2- Trabalha em um atacadista, mas ela pediu as contas e parece que não quiseram acertar, aí ela deixou parado. Ela quis levar as coisas tudo na paz.

L1 O que a senhora gosta de fazer no tempo livre/

L2- agora não posso nada, por causa dos remédios, mas televisão é bom. Mas às vezes eu cochilo um pouco, mas não é que eu sou doente.

L1- Os próprios medicamentos dão esse cansaço, essa sonolência, né?

L2-É

L1 – A senhora tem algum diagnóstico de alguma doença?

L2 O que eu tenho é escoliose aqui, então tinha que seguir o remédio que eu já tinha agendado lá.

L1 – A senhora lembra dos medicamentos que a senhora tomava?

L2-Aí e agora.... () minhas veias eram preparadas e só podia tomar Lisador ... aí dipirona. E só. Mas com a ginástica eu ... olha só ((levanta o braço esquerdo reto até a altura da cabeça)) é Mas o médico ele tá vindo . a gente não pode reclamar. Tem que ir passo a passo.

L1- A senhora tem ido regularmente ao médico?

L2- Sim.

L1- A senhora já ouviu falar da doença de Alzheimer?

L2- Já

L1- O que a senhora acha dessa doença para quem tem?

L2- Eu acho que, aí já entra os médicos, tem que saber o porquê. Porque no meu caso quando eu passei pelos médicos e fiz o exame, perguntaram: “O que você veio fazer aqui?” Eu vim passar no médico e ele falou você não tem nada.

L1- Faz quanto tempo?

L2- Não lembro.

L1- Ah:, não lembra.

L2- Algumas coisas você esquece.

L1- Sim, sim.

L2- Aí depois lembra depois, e que nem uma pessoa normal, aí depois lembra o que tinha que falar.

L1- Sim

L2- O Alzheimer deve ter uns três tipos:: Que eu esqueci de falar... Não sei.

L1- Sim, isso mesmo.

Transcrição 5 – Casa de Repouso Residencial Ágape

L1- Me conte sobre sua história de vida. Onde a senhora nasceu?

L2- Eu nasci, eu nasci em Monte Azul. Conhece?

L1- Fica a onde?

L2- Sei lá...

L2-Fica na ... sei lá. ((L1- Ah, ... sei lá.)) Sei que eu nasci lá.

L2- Eu sou uma menina muito trabalhadora. Trabalhei na roça.

L1- Humm ... a senhora trabalhou na roça .

L2- Trabalhei. Na roça.

L1- A senhora trabalhava com colheita, assim?

L2- Éh:: né e quando chovia se escondia no rancho. E essa é minha vida e agora eu estou aqui sofrendo, né. Tô sofrendo longe da minha filha, minha filha ficou com depressão e morreu.

L1- Ah, ... sim. ((pausa))

L2- Ela sempre falava assim: “aí mãe eu queria morrer, eu queria morrer” pare de pedir a morte pra Deus porque ele manda nisso, se foi minha filha.

L1- Nossa... difícil!

L2- Agora estou aqui sofrendo, - - elas me tratam bem eu não tenho que reclamar para quê, - - eu estava deitada, fico bem só deitada, --eu preciso tratar do dente.

L1- A senhora tem ido ao méd... hospital?

L2-Precisa tratar o dente. Eu vim pra tratar tá tão caro...né é um absurdo agora saiu umas de semiouro. É bonito, né? Fica bonito, né? Essa minha vida querida...

L1- E da família da senhora quem vem visitar a senhora?

L2- Vem meus sobrinhos, meus netos eu tenho até bisnetos. Tenho neto bem de vida, minha querida tenho neto industrial. Tô muito bem de vida...

L1- Quantos netos a senhora têm?

L2- Neto ou bisneto?

L1 –Éh:: neto e bisneto? Já tem bisneto.

L2 – Tenho treze. Éh::

L1- E bisneto a senhora tem quantos?

L2- Bastante.

L1- Tem algum lugar que marcou a vida da senhora?

L2- Quando eu tinha quatorze anos eu era uma boneca. Tanto que eu fui miss.

L1 – Olha, a senhora foi miss ... Brasil?

L2- De uma cidadezinha que chamavam Praieira

L1- Desse lugar teve alguma imagem que chegou a marcar a vida da senhora? De lembrar de um monumento, que a senhora gostou

L2- Tinha uma cidadezinha que chamava Universo, eu era namorada, arrumei um lá. éh::... então a gente tem saudade.

L1- Quantos anos a senhora tinha?

L2- Tinha quatorze anos

L1- Que legal !

L2- Minha mãe era uma espanhola apimentada. ((L1- Brava?)) brava, ela segura o mais que podia.

L2- Agora tô aqui banguela.

L1- A senhora casou com quantos anos?

L2-Eu casei com 22anos.

L1 O seu marido fazia o quê?

L2- Ele era pastor.

L1- A senhora é religiosa /

L2- Eu sou evangélica.

L1 Olha que bom!

L2- Deus falou que se a gente for batizado pelo Espírito Santo, mesmo quem tá morto viverá.

L2- Assim minha vida curta e sofrida.

L1 – Sofrida por quê?

L2- Meus filhos que morreram. Você tem filhos?

L1 Eu não tenho filhos .

L2- Melhor não ter. Ver um filho posto em um caixão para enterrar é a coisa mais triste que pode ter. Não precisa nem ter é só pensar.

L1- Éh ::, triste.

L2-Mas ela me tratam bem, muito bem, sabem que não sou preguiçosa. Eu fui uma pessoa que sempre gostou de trabalhar.

L1- O que a senhora gosta de fazer no tempo livre?

L2- Chorar

L1- Chorar, por quê?

L2-Quando você perde um filho acaba o mundo pra você. Uma ficou em depressão e a outra no atestado de óbito estava tabagismo crônico, se matou sozinha. Fumava muito. Minha vida é curta mais sofrida.

L1- Mas a senhora é uma guerreira, né?

L2- Éh::

L1- Educou bem seus filhos, tem seus netos, seus bisnetos. Tem muita alegria também nessa vida.

L1- A senhora tem algum álbum de fotografia da família?

L2- Meu marido era evangélico e ele queria que todo mundo fosse evangélico, ele jogou o álbum de casamento fora.

L1- Aí... não acredito.

L2- Deve ser cada um na sua, né?

L1- A senhora se casou aonde?

L2 – Eu casei na Igreja da Penha.

L1- Católica?

L2- Éh::

L1- A senhora é católica?

L2- Sou evangélica.

L1- Mas a senhora se casou na Igreja Católica? Vocês eram evangélicos e se casaram na Igreja Católica?

L2-É para Igreja ganhar dinheiro. Porque é tanto dinheiro que rola. Agora preciso arrumar os dentes da frente. Agora tem um tal ... de semiouro. Bonito! Mas é caro, viu?

L1- Mas se a senhora se incomoda com os dentes assim, então vale a pena fazer.

L2- Ficou feia assim.

L1- Vamos perdendo com a idade.

L2 Eu era tão linda.

L1- Mas a senhora é linda! A maior beleza é a interior são as nossas ações.

L2- Éh:: verdade!

L1- O que a senhora gosta de fazer?

L2 Perdi a vontade.

L1 – Gosta de fazer tricô? Crochê? Música.

L2- Perdi a vontade. Eu sabia fazer tricô, crochê. Agora gosto de chorar. É boa profissão, não é?

L1. Chorar? Não! Bom, ...às vezes é necessário, dá um alívio.

L2 – Um sentimento tão profundo::... vai lá na fundo da alma.

L1- Éh:: sincero, né? Às vezes é bom chorar. O choro pode ser nosso amigo, depois ele dá um conforto. E a senhora já... O que a senhora acha sobre a doença de Alzheimer?

L2- Sobre o quê?

L1 – A doença de Alzheimer.

L2- Dizem que é o macaco que dá? Você acha/

L1- Não éh:: bem assim, não o macaco que traz , não. A doença de Alzheimer é assim... dependendo da idade, quando nós atingimos uma certa idade naturalmente a gente vai perdendo a nossa capacidade cognitiva, ou seja, a gente perde a nossa memória a curto prazo e a doença de Alzheimer ela afeta principalmente essa memória de curto prazo, acabamos esquecendo de dados recentes, né?

L2- Éh::

L1- Isso, agora alguns dados que a gente tem ao longo da vida a gente não esquece/ ((corte do turno))

L2- Agora uma coisa vou te dizer não existe nada igual a perder um filho.

L1-Éh:: isso a senhora tem razão.

L2- Você tem filho?

L1 –Não

L2- Então , não tenha. Chegar um filho e ver ele no caixão não tem nada pior. De resto minha filha . Eu posso fazer tudo o que eu quero.

L1- Sua vida é boa? Pode dormir?

L2 –Éh :: Lá eu gosto porque é quente.

[

L2- Minhas netas falam: “eh... mulher que dorme”

[

L2- Mas eu fico acordada , às vezes.

((corte de turno))

[

L1- Há quanto tempo a senhora foi diagnosticada com Alzheimer?

L2-Minha filha precisa falar mais alto, porque eu não escuto nada.

L1- Há quanto tempo a senhora foi diagnosticada com a Doença de Alzheimer?

L2- O que é Alzheimer?

L1- Alzheimer ...é um esquecimentoda memória recente.

L2 – Uma porção de vezes.- - Olha, mas a tristeza continua, viu?

L1-Tem que ser forte!

L2- Era melhor na roça.

L1 Na roça a senhora era mais feliz?

L2-Pode crer! Porque a gente bobona.

L1 Era a simplicidade.

L2- Eu era muito bonita, muito bonita. Acabou tudo. Agora quero ver se coloco dente porque tá horrível. Gente desdentada é tão feio? Né

L1- Não. Acho que incomoda a pessoa que está .

L2- É feio. E incomoda. Eu quero resolver. Parece que todo mundo repara.

L1- Não, não é todo mundo que repara não.

L2- A pessoa não tem coragem de falar, mas repara sim.

L1-Mas é a vida . Todo mundo sabe que um dia vai ficar assim. Não é uma escolha, né?

L2- Éh::

L1- Tem coisas que dá para escolher, tem coisas que não dá.

L2-Não dá.

L1 – A senhora toma algum medicamento?

L2- Ahn:: meu médico?

L1- A senhora toma algum remédio?

L2- Ele tem me dado algum remédio e forte. É um remédio aí ... que eu nem sei como chama . Eu sei que me dá um sono danado

L2- Acho que é Me... ta -zol? ((Memantina))

L2- Metazol dá sono, né?

L1-Quantos anos a senhora tem?

L2 Noventa e tantos anos.

L1- Noventa e... ((corte de turno))

L2- Noventa e tantos eu já passei.

L1 A senhora lembra o ano que a senhora nasceu?

L2- 1920

L1- A senhora sabe em que ano nos estamos?

L2- Não, não sei.

L1- Estamos em 2019.

L2- É ano, hein!

L1- Éh:: muito tempo...

L2 Mas era muito bom, a gente ia para os bailinhos:: , tinha os namoradinhos::, era muito bom!

L1- Ah::, a senhora gosta de dançar?

L2-Gosto de uma Salsa, porque Tango é coisa de eu dançava um Tango que era coisaque eu vou te contar ... viu?

L1- A senhora gosta de falar espanhol? Sua mãe era espanhola, né?

L2-Éh::

L1- A senhora fala espanhol?

L2- Se for preciso eu falo.

L1- Olha, que bom!

L2- La espanholita

L1- Qual seu músico favorito?

L2 – Na verdade é chorar. Perder um filho é tudo o que uma mãe não quer.

L1- Quando a senhora dançava Tango com os namoradinhos...a senhora escutava algum músico específico? Ou a senhora gostava mesmo é de dançar e ...

L2- Eu gostava mesmo de dançar. Tá louco! E dançava muito bem. Não sei se você conhece Tuía de café?

L1- Não. Tuia de café? Não.

L2- Então, lá nós fazia os bailinhos, o cabará, os namoradinhos... muito bom, tem coisa que não me conformo. Tenho uma filha em Bertioga. Ela vem. Mas como é muito longe, vem, mas não muito. Muito boa para mim. Sabe o que acontece com ela? Se tem uma pessoa doente perto dela, ela fica doente também. Gozado, né?

L1- Estranho isso...

L2- Mas é a vida minha filha, o que me resta é chorar.

L1- A senhora fez algum exame recente?

L2- Faço

L1- Qual exame a senhora fez?

L2- Ele vem sempre. Faço. Aqui eu tenho colostomia. Dói. Remédio, né?

L1- Ressonância Magnética a senhora fez?

L2- Já duas vezes

Transcrição 6 - Senhora moradora da Zona Leste de São Paulo com Alzheimer que vive com a família e faz tratamento da doença.

L1- Me conte sobre sua história de vida. Onde a senhora nasceu?

L2 (idososa)- Olha, a minha vida não foi tão boa. Perdi minha mãe muito nova fiquei com meu pai e meus irmãos ele que nos criou. Estou aqui casada, com meu filhos eu me sinto bem. Às vezes a cabeça falha um pouco, mas também é muito pouco. Sabe, eu não gosto de sair sozinha inclusive eu fico meia com medo de esquecer as coisas então eu quase não saio de casa. Quase não converso com as pessoas, às vezes meus vizinhos puxam conversa comigo, quando eles puxam, minha vizinha lá, mas eu não gosto de conversar com as pessoas com medo de errar muito . Sou muito quieta dentro da minha casa, não sou de sair, não gosto muito (risada) meu jeito de ser (risada)

L1- A senhora sempre morou em São Paulo?

L2- Sempre.

L3- (a neta comenta)- então, quando ela era pequena ela morava em uma cidade do interior Rifania, aí depois de um tempo ela veio para São Paulo para trabalhar como costureira?

L2- Como doméstica

L3- Exatamente. Como doméstica. Aí depois ela virou costureira por conta própria.

L2- vai me ajudando aí, porque a cabeça não é maravilhosa

L1- E o que mais?

L3- Viúva, né vó. Meu vô já morreu alguns anos,

L2- Faz anos que nem sei, mas já faz mais de dez anos.

L3- O relacionamento não era tão bom, mas enfim... (pausa)

L2-Três filhos incluindo minha mãe, netos maravilhosos incluindo eu (pausa)

L3- Mas a vida a gente vai levando. Mas a gente sabe que aqui no mundo a gente tem que passar por muitas coisas, ainda por cima minha mãe faleceu eu era pequena, meu pai que terminou de criar acho que seis filhos tá tudo casado. Graças à Deus e eu também, ultimamente parece que minha mente não tá, muito segura, tanto que eu não saio sozinha, de jeito nenhum não em nenhuma feira, não vou a lugar nenhum sozinha para ficar com medo que agora vou voltar para casa, tenho que arrumar alguém, para ficar comigo em casa, só para dormir. Minha filha mora no meu quintal, mas ela trabalha tem meus netos que na hora que eu precisar eles tão perto, mas às vezes eu fico com medo de ficar sozinha, de passar mal. Mas graças à Deus até agora não aconteceu isso e espero em Deus que não.

L1- Lembrando mais um pouco da sua vida, como era ser costureira para senhora?

L2- Eu gostava, depois a vista foi ficando mais fraca, aí não dava mais.

L3 – Eu lembro de quando eu era menor que adorava brincar de boneca, ela sempre costurava os vestidos das minhas bonecas, nossa vestidos maravilhosos, vestido de formatura ela fazia para fora ela foi cozinheira, cozinhou, como ninguém. Foi boleira, fez os melhores bolos.

L2- Mas agora não dá mais, quase 80 anos, 70 anos, sei lá eu nasci em 1940. Então a vida é assim com a minha família no dia a dia com os meus filhos, minha filha que mora no quintal. Sou uma pessoa assim que não sei se é defeito eu não gosto muito de conversar de falar o que não deve. Eu fico mais enfiada dentro de casa.

L4 (filha)- E agora ela piorou mais.

L2- Eu tive um AVC, mente ficou mais calma. Tenho dois netos quando um sai outro fica.

L3- Dois que moram no quintal. Mais dois que moram para cá. Que é eu e a minha outra prima menorzinha.

L2- Mas eles me olham bem eu não posso sozinha. Vontade eu tenho de sair, que eu ia para igreja quase todos os dias que agora já não dá para mim ir. Tem que ir com alguém. Sabe, então eu sinto que a velhice já chegou. Então eu tenho que viver com ela até a hora que Deus determinar. Mas eu me sinto uma pessoa não digo boa, mas assim de comunicação com as pessoas. Eu não sei me comunicar muito com as pessoas. Se

conversar comigo eu converso, mas senão conversar também eu não converso não é muito da minha vida, mas não brigo com ninguém. Meus vizinhos conversam comigo eu converso com eles, corto um pouco a palavra, fico dentro de casa. Quando eu podia ir eu ia, mas agora não posso ir de jeito nenhum por causa da cabeça, eu esqueço um pouco, mas Graças a Deus eu estou de pé aqui na casa da minha filha e meus filhos me tratam muito bem me sinto uma mulher feliz por causa dos filhos e que deus está comigo e não só comigo com todos nós. Só que sozinha não posso ficar. Mas minha filha no quintal e tenho os dois netos. Minha filha trabalha para fora e fica os dois netos, quando um sai o outro fica para dar o remédio ver se eu preciso de alguma coisa, eu nunca fico sozinha de jeito nenhum. Então só tenho que agradecer a Deus por isso que faz parte da vida que a gente tem ir. Espero que com saúde, meus filhos me tratam muito bem, quando eu não vou aqui eles vão lá, ficam ligando perguntando se está tudo bem. Cuidam de mim mesmo mais longe eles cuidam de mim estão sempre perguntando, meu filho que mora por aqui vai na minha casa pergunta, mas ultimamente eu ando meio de ficar sozinha, que às vezes se eu passar mal lá.

L3- Ela sempre foi muito boa de discurso, sempre falou na igreja e em casa.

L2- No grupo de senhoras, sabe? Eu

L3- Canta como ninguém.

L2- Mas tudo na vida um dia acaba. Aquilo que a gente sente no coração a gente vai falando.

L4- (apresenta uma foto de uma cadeira na porta da cozinha que fica encostada na porta impedindo o acesso , todos os dias ela coloca cadeira, para se sentir segura)

L1 – Que lugares marcaram a vida da senhora?

L2- A igreja é meu foco. Mas como tenho que atravessar a rua sozinha quase não vou mais. E Rifania foi um lugar.

L3 – Ela sempre fala de Rifania.

L4- A gente tá tentando programar de levar ela lá, mas é muito longe. Na verdade, ela não gostava de Rifania, ela passou uma infância muito difícil ela passou muita fome, ela não tinha comida, minha avó morreu muito cedo meu avô tinha nove filhos e a mais nova tinha meses. Aí minha vó morreu batendo roupa, morreu com problema de coração porque ela teve muitos filhos mas no último o médico falou ou o filho ou a esposa, mas aí ela sacrificou a criança ele tirou a criança, mas aí ela falou não vou dar, ela durou seis meses. Aí tava batendo roupa no rio, ela morreu em cima da roupa.

L2- sim, minha mãe.

L4- Aí depois disso meu vô casou e minha madrasta trabalhava em um restaurante e nessa época estava tão difícil comer que ela trazia os restos dos pratos para nós comer, e como era pouco ela tinha que guardar no teto, tiveram que pegar bucha de laranja no lixo e chupar, para comer, na verdade ela começou a falar de Rifania agora porque ela não gostava de Rifania. Porque passou muita fome. Aí depois começou a trabalhar e ainda criança uma pessoa trouxe ela para São Paulo ainda criança fez dela uma empregada doméstica, uma tia ficou sabendo que eles estavam maltratando e aí resolveu buscar. E a infância foi muito difícil os irmãos foram casando e ficou ela e meu tio, como aprendeu o ofício de costureira e ela morava com meu tio que casou ela ficou sozinha, ela trabalhava de costureira e o salário não dava para pagar o aluguel, mas mesmo assim ela continuou, para pagar o aluguel e sobrava uns troquinhos que para comer não dava aí ela vinha tomava água com sal e as amigas dela falavam que iam arrumar um namorada para ela, e arranjaram meu pai que na verdade, ela nunca amou esse homem, casou para ter uma família, e foi que um ajudou outro. Meu pai não tinha família, porque estava na Bahia e ela tava sozinha. Foi o útil ao agradável.

L3- Eles nunca se amaram. Ele sempre traiu minha avó, teve um filho com outra mulher.

L4- Aí casaram-se. Ela sempre foi o contrário do meu pai, muita briga. Ela gostava das coisas bem arrumadas e ele não gostava, ele não ia para igreja e ela queria que fosse. Enfim, a nossa infância com meu pai provedor não era ruim, mas quem batia era minha mãe que como guardiã batia bem, mas foi uma infância que foi difícil, porque ela era costureira e sentava na máquina desde às 4 horas da manhã

L2- E o marido não dava dinheiro para ajudar, tinha trabalhar para cuidar deles. (se emociona)

L4- E se você olhasse a casa que ele deixou.

L2 Ele deixou tudo para outra mulher.

L4- Construiu casa com biblioteca, mas se você puxa um fio a parede caía .

L3- Exatamente, e tinha vezes que não tinha cadeira ele falava senta no botijão de gás e ele fazia cadeira.

L4- Meu pai achava besteira ter papel higiênico o quanto era ignorante, tinha que usar jornal ou sabugo de milho. Aí quando chegava alguém a gente morria de vergonha, morava na Zona Norte de São Paulo, uma ladeira. Minha mãe fazia a gente escorregar a ladeira para comprar papel higiênico, e a gente só teve móveis novos quando minha mãe comprou porque meu pai dava tudo para outras mulheres e eu e minha irmã dormíamos em um sofá que escutávamos a corrida dos ratos ele achava que não precisava comprar

coisa nova, cadeira era de bujão de gás e tudo foi comprado com o dinheiro da minha mãe e ele trabalha e ganhava muito dinheiro, mas chegava com muitas mulheres e o dinheiro nunca era dele. Então a vida dela foi muito difícil ela sempre foi muito magoada com isso . Ela sempre achava o marido bobo, porque ele não queria ir para igreja e só foi na igreja até casar porque depois nunca mais foi. E ele era da Umbanda e da Igreja era muito difícil ficar, mas isso nunca nos afetou porque ele nunca quis que fossemos para a Umbanda e nós sempre fomos para a Igreja, mas o que marcou mesmo a vida da minha mãe foi o dia que ela ficou sabendo que meu pai, traia ela com a vizinha da frente. Mas ela não ficou sabendo foi o marido dela que falou para minha mãe, daí eu cheguei que minha mãe estava passando mal peguei as roupas do meu pai e coloquei para fora e coloquei corda no portão. Ele voltou para casa, e falei que podia chamar a polícia porque iria contar tudo o que ele tinha feito. Aí chamou a polícia e os policiais falaram que se ele tentasse entrar na casa o seu vai apanhar. A minha convivência com meu pai na verdade, nunca foi boa.

L3- Mas falando dos locais que marcaram minha avó ela sempre se refugiou na igreja e gostava de ir para feira, descia e subia com frutas e verduras.

L4- Até os 40 anos era muito ativa, depois que aconteceu isso com meu pai ela começou a desmoronar e aos poucos ficou sabendo que a vizinha ficou grávida de gêmeos e ela perdeu. Mas para ajudar ela teve outro e ele tratava muito bem esse menino. Como nunca tratou nenhum outro filho, não dava o dinheiro da roupa. Amante é aquele negócio não quer homem velho para lavar cozinhar, só quer dinheiro deles. Ela falou para ele você volta para sua mulher que você não tem mais dinheiro minha mãe não deixou ele entrar mais em casa e nós apoiamos que a gente não sabe onde ele tinha andado e não tinha mais o direito de ficar na mesma casa e foi para um cortiço, ele fez uma caixa, não tinha janela, não tinha nada. Vou cortar umas questões de higiene, porque você não precisa saber disso. Meu pai foi uma pessoa sem higiene nenhuma. Teve um dia três anos atrás ele teve um problema de pressão alta, já estava velho já, meu pai era forte, mas depois que ficou com essas mulheres aí, já viu. Até que um dia estava descendo a ladeira teve um ataque do coração e morreu. Com isso minha mãe começou adoecer e o que piorou mesmo foi minha irmã que teve um câncer de mama e minha mãe teve um AVC.

L3- Minha tia teve câncer de mama depois de anos minha avó teve AVC.

L4- minha mãe teve o AVC falando no telefone eu percebi porque ela começou a falar estranho.

L2- Eu comecei a enrolar a língua.

L4- Ela dizia: “eu não consigo (pausa) eu não consigo (pausa) fa”, e percebi e deu desespero. Liguei para os vizinhos falei vai lá porque estou aqui na cidade, não dá para ir e daí levar para o pronto socorro e minha filha daí só mediram a pressão dela ela não conseguia ficar em pé, não andava em linha reta, fiquei pensando, mas o que fizeram? A pressão tá muito alta, mas não fizeram nada. Eu levei ela no Hospital do Servidor e realmente ela teve um quadro de AVC e graças à Deus não ficou com sequelas naquela época. O médico falou vamos ver mais pra frente como vai ser. E depois começou um esquece dali esquece daqui. O casamento da minha irmã não é bom muita briga, os netos brigando muito pelo quintal, onde ela mora hoje, os filhos brigandos e meu sobrinho mexendo com drogas, complicado. Muita briga e isso foi uma pressão a gente sabia que isso não ia dar certo.

L1-Para a senhora quais foram as lembranças boas?

L2- Eu nem me lembro mais, mas minha infância foi na roça. Minha cabeça já não está mais boa não me lembro mais, preciso de alguém que fique comigo. Meus filhos perguntam as coisas eu nem sei mais onde coloquei as coisas, vasilhas, as coisas. Mas ultimamente eu estou bem. Não posso me queixar de nada não. Sempre perguntando alguma coisa. Mas eu gostava da igreja eu fui coordenadora da festa dos Dia das Mães então ia buscar as flores, organizava as festas. Mas eu tinha uma cabeça boa.

L1- Aqui nós temos um álbum de família e eu queria saber a respeito da senhora em relação a essas fotos.

L2- Quem é essa aqui? Quem deu para você essas fotos?

L3 – Essas fotos são aquelas que nos temos em casa da senhora.

L2- Essa eu não vou enxergar. Vou pegar outra. Essa aqui sou eu?

L4- Não. Você lembra onde a gente estava?

L2- Não, a cabeça tá ruim.

L4 E essa foto também é do mesmo lugar.

L2- Ah, essa daqui é do mar. Essa eu lembro. Estou aqui. A vista não ajuda. Esta é você e seu marido.

L4- Quem são esses meninos e esse homem gordo?

L2- Esse eu conheço é o A. Essa aqui é a L. Essa criança eu não lembro (neta – recém nascida)

L4- Quem é nessa foto?

L2- Essa pretona é eu mesma. (risos)

L4- Quem é a bebê?

L2- Está no meu colo, mas eu não lembro.

L2- Vou perguntar uma coisa para você. Por que a gente fica com a mente assim é da velhice?

L1- Não significa que todo idoso vai ter esquecimento, mas pode ser um indicativo de que algo não está bem se for recorrente, sendo importante prestar um pouco mais de atenção em relação a frequência que ocorre. Para verificar se é algo mais sério.

L3- Vamos para outra foto. Quem é essa daqui?

L2- Sou eu. A menina eu não sei quem é.

L4- E essa foto? Quem é?

L2- Esse aqui é meu filho. Essa moça. Aí sem óculos como é que eu vou saber.

L3- A senhora sabe, certeza.

L1- O que aconteceu com seus óculos?

L4- Ela guardou, mas não lembra onde está.

L2- Eu guardo as coisas, mas não lembro onde eu ponho, minha filha.

L2- Essa daqui eu não lembro.

L4- A senhora quem é essa criança?

L2- Essa criança também não. Se tivesse com óculos era mais fácil.

L4- E nessa mesma foto quem é essa?

L2 -Essa daqui sou eu.

L3- Exatamente.

L4- E a criança?

L2- Não sei.

L3- Esse daqui quem é?

L2 Esse é o D. , mas a criança eu não lembro.

L4- Então vamos para o próximo, reconhecer criança é difícil, porque muda bastante.

L4- Uma pena que não tem foto dela na igreja, porque senão ela iria reconhecer, com certeza.

L2- A gente desse jeito não pode nem sair sozinha.

L3- Quem é essa daqui?

L2- É eu com essa gordura. Essa criança é a minha neta que está falando. Essa é a L. (tia) e o D. (tio)

L4- Exatamente

L3- Quem é nessa foto?

L2-Eu estava comendo.

L4- Essa é boa.

L3- E essa foto a senhora lembra quando foi?

L2- Essa foto tem um homem e uma mulher, mas não lembro quem são.

L3- Nessa foto é a senhora, meu o pai, o J. e o D. Uma foto de comemoração de final de ano.

L2-Essa daqui sou eu?

L4- É sim. A senhora lembra que todo ano cozinhava o peru.

L3- E nessa foto?

L2- Essa eu sei que a L. pelo cabelo.

L4- Exatamente.

L3- Quem é nessa foto?

L2-Esse eu conheço é A.

L3- Isso mesmo.

L3- E nessa daqui, que aparece na foto?

L2 – Essa daqui sou eu, mas como estava gorda.

L3- Essa fotografia foi logo depois de saber que minha irmã estava com câncer ela engordou trinta kilos em menos de dois meses.

L3- E essa foto?

L2 Eu lembro dessa foto no corredor.

L3- No corredor da casa dela.

L1- Tem alguma dessas foto que a senhora gosta mais?

L2- Mas para mim, meus filhos são todos bonitos.

L2-Vou escolher uma fotografia.

L2- Essa daqui sou eu? O pretume é tanto.

L2- Essa sou eu e o A.

L3 – E essa foto qual a senhora gosta?

L2 Essa é da praia.

L2- Eu gosto das fotos que estão meus filhos todos juntos.

L3 Vou falar os eventos das fotos e a senhora me fala de qual agrada mais.

L3 Essa foto é do meu aniversário, essa é da praia, que a senhora tinha medo da onda, essa é quando cheguei da maternidade junto com a senhora, essa a senhora tentava cozinhar e eu ficava olhando, quando a senhora me levava no andador, e no meu aniversário, minha formatura.

L2 Essa daqui não é você?

L3 É sim.

L2 eu lembro. Mas eu não fui na sua formatura.

L4 Foi na festa de 15 anos.

L3 Verdade, não foi na formatura vó.

L3 Tinha essa foto de quando a senhora fazia o peru de Natal em casa. Lembra que a senhora cozinhava?

L2 Lembro.

L3 E a senhora gostava?

L2 Nossa!

L3 Então vamos escolher essa daqui?

L2 Sim. Olha essa daqui! Olha, a gordura da velha! (risos) Olho meu braço hoje e eu começo a chorar

L4 Não chore não.

L3 Esse é meu vô com o H. (neto) lembra quando ele ia para escolinha?

L2- Sim, lembro dele. É tanta coisa.

L3 Vamos ver outras fotos.

L2 Quem é essa? É ela! Agora eu lembrei

L3 Isso sou eu.

L2 E nessa foto aqui é o meu outro neto o D. Agora eu lembrei.

L2 Gosto da foto de Natal. Essa da minha neta e dos meus filhos. Pronto são essas fotos que eu gosto.

L1- Vou fazer algumas perguntas sobre as fotos? O que trouxe de lembranças boas essas fotos? O que foi bom? Em que momento a senhora se lembra dessa foto?

L2 Eu quase não vejo essas fotos. Eu olhando fico feliz e meu coração bate mais rápido.

L1- Dá uma acelerada no coração ao ver essas fotos?

L2 (risos) dá. Saber que já estou velha, alegria de ver que esse daqui é o meu filho. Essa daqui é a R. (neta) se eu pudesse ficava com todas essas fotos.

L3 Quem é esse bebê lindo e maravilhoso?

L2 É você.

L3 Sim.

L2 Dá uma saudade, minha filha.

L1 Que sentimento dá essa foto da R. (neta) bebê?

L2 É uma alegria imensa de cada neto que dá. Por isso que eu tenho umas fotografias lá no meu quarto que quando dá uma saudade, começo a olhar. Fiz um mural de todos os filhos e vejo quando estou com saudade.

L4- Ela fez esse mural na parede da cama dela e ela fala que fica com saudade e fica olhando as fotos.

L2 Eu sempre olho, antes de dormir. Mas até para dormir é difícil para mim. Acho que a gente não precisava ficar velho né minha filha.

L3 O que essa foto lembra a senhora?

L2 O Natal a festividade da minha família que estava tudo junto.

L3 O que a senhora gostava quando tinha o Natal?

L2 A reunião da família. Eu fico velha. Para dormir é um problema. Até lembrar e relembrear, tudo. Eu preciso de umas fotografias dessas.

L1 E esses momentos são preciosos.

L2 Minha filha do céu, se são. Como é bom!

L4 Essa foto a senhora não vai lembrar muito, porque uma viagem que fizemos para Caraguatatuba.

L2Eu não lembro muito.

L4 Essa foto ela estava fazendo 40 anos e ela estava tão contente que ela começou a rolar na areia e tive que falar que o mar era mais para frente ainda. Foi um dia muito marcante.

L2 Principalmente para mim.

L4 Teve um dia que ficamos até 6 horas na praia, todo mundo foi embora e ficamos lá na praia.

L2 Faz parte da vida não é minha filha? Eu só quero mais essas daqui também.

L4 Vamos ver aquelas que escolheu.

L2 Eu gosto de ver fotos. Quero ver todas novamente. Essa daqui é você?

L3 O que a senhora gostou nessa foto?

L2 De você. Para mim você é tudo. Meus netos e meus filhos são a minha vida.

L4 Essa foto quando eu trouxe para a senhora foi da neta R.

L2 E eu pedindo essa foto. Tem no meu mural?

L2 Que coisa boa.

L1 E qual o sentimento que essa foto traz de recordação?

L2 agora não posso mais sair e então quando vejo as fotos eu lembro das coisas boas da vida. Não sei se vou conseguir dormir depois de ver tanta coisa boa.

L3 Eu não gosto de dar muita foto para ela não ficar chorosa.

L2 Mas a gente fica, mas é muito bom porque a gente mata a saudade um pouco. É muito bom.

L1 E como foi esse momento de poder olhar as fotos e poder lembrar foi bom?

L2 Foi muito bom. Não tenho nem palavras para dizer como foi bom lembrar por meio dessas fotos meus filhos e meus netos. Hoje estou aqui na mão de Deus. E a gente sabe que meus filhos não me deixam sozinhos e isso daqui me deixou muito alegre você trazer isso daqui.

L1 Que bom! E agradeço. Na verdade, é uma tentativa de poder ajudar.

L2 Mas ajudou bastante minha filha. E lembrar as coisas de uma pessoa que já tá com 70 anos. Ou quase 80?

L4 Quase 80.

L2 É ano que não acaba mais.

L2 Graças a Deus eu estou feliz com a minha turma.

L1 O que a senhora gosta de fazer no seu tempo livre?

L2 Gosto de ver televisão, ouvir música, mas gosto mesmo de fazer as coisas de lavar, passar. O que eu não posso é ficar parada.

L4 Gosta de ir para Igreja.

L2 Gosto de ir para Igreja, mas lá não é como antes. Mas dá vontade de viver. De lutar para viver, se ficar triste com vontade de morrer. Mas isso nem pensar. E quando eu preciso tá sempre lá junto. E eu não tenho o que dizer dos meus filhos. Nem de ninguém. A vida vai até onde Deus determinar. Eu não paro. Porque se eu parar eu começo a chorar.

L3 Não importa onde ela está, na casa dela ou aqui, quando ela está no sofá ela se levanta para lavar a louça.

L4 Eu nunca vi uma pessoa que gosta de lavar a louça como minha mãe.

L2 A gente tem que preencher a cabeça e eu gosto de lavar a louça.

L3 Tá vendo aquela louça é tudo dela para ela lavar depois. (risos)

L1 (risos) Olha só tem bastante coisa para lavar.

Risos

L2 Aqui o que não falta é trabalho para mim, minha filha. (risos)

L4 Aqui a gente dá é trabalho.

L2 A gente não pode ficar parada. Principalmente quem tem uma certa idade, tem que ocupar a mente, porque senão a gente começa a chorar. Então para não acontecer isso que eu não gosto que meus filhos fiquem vendo eu chorar. Então vou varrer a casa, vou na

rua eu limpo, eu não paro minha filha. E se a vida é curta. Eu só não saio sozinha e só não ando sozinha.

L1 Existe uma doença chamada de Alzheimer e ela está em crescimento na população idosa, porém não é só um esquecimento. É uma doença que ela é degenerativa, com passar do tempo a pessoa vai perdendo a memória a ponto de chegar em três estágios sendo o inicial que temos uma perda significativa, ela atrapalha o funcionamento do dia a dia. Já o segundo ela é mais forte porque atrapalha a capacidade de compreensão e a terceira fase quando avançada começa a implicar em outras doenças. Estou dizendo que pode passar por essas etapas. Mas não que isso vai acontecer. E a ideia dessa pesquisa e poder estudar as pessoas que tem esse diagnóstico, que não tem nenhuma doença e aqueles que apresentam uma mudança cognitiva. O indicado é que essas pessoas passem por uma avaliação médica e façam tratamento com um neurologista e realize atividade física e exercícios de linguagens para exercitar a parte da memória. Pensando em algumas pessoas com essa doença, como a senhora acha que é a vida dessas pessoas?

L2 acho que é difícil de se comunicar. Fazer os deveres de dona de casa. Acho que tudo atacaria a vida da gente.

L1 A senhora acha que se tivesse esse diagnóstico seria mais difícil. Mas essa pessoa com Alzheimer conseguiria viver?

L2 Conseguiria. Mas a mente da gente não tá mais tão bem, ia ficar mais difícil porque a gente iria depender dos outros. Porque os netos juntos lá.

L4 Bem difícil. Porque minha mãe não gosta de atender ninguém não.

L1 E a senhora gosta de ser independente?

L2- Sim, porque a gente parada pensa muito breve. Eu gosto sempre de fazer alguma coisa eu vou varrer a rua, limpar o quintal nunca parada para não ficar pensando, minha filha mora no quintal faço de tudo para não dar trabalho para meus filhos, mas eles sempre estão do meu lado. Vão na minha casa, ligam para ver se está tudo bem. Minha filha que mora no quintal, e os dois netos que quando um sai o outro fica. Eu sou uma mulher que sou cuidada pelos filhos e netos. Só tenho que agradecer a Deus por isso.

L1- A senhora faz algum tratamento ou acompanhamento clínico?

L2-Não que eu sabia.

L4- Ela faz sim. Ela vai no CRI na Zona Norte de São Paulo.

L2- Eu esqueci, vou no CRI.

L4 Mas quando ela lá é para o Alzheimer. Ela faz atividade lá. Fez tratamento de grupo e faz acompanhamento médico. Lá eles cuidam. Mas lá é assim, como são estudantes toda hora estão trocando, mas eles cuidam.

L2- Mas eles cuidam.

L4- Ela tava tomando um remédio para o Alzheimer que eu acho que não tá fazendo muito efeito. E a gente está esperando que eles voltem a ligar.

L1- Qual é o medicamento?

L2 Filha, pega aquela, aquele pote vermelho da noite.

Entrega o medicamento Cloridrato de Donepezila 5 mg.

L1- Esse medicamento, ela está tomando para o Alzheimer com prescrição médica?

L4 Teve. Mas a gente. Pelo menos eu, minha irmã e meu irmão. Não sentimos diferença.

L1 Com o medicamento não teve nenhuma melhora?

L4 Ela fica calma. Quando toma Fluxocetina. Fica tranquila e calma. Senão fica ruim.

L2 Meus filhos cuidam muito bem de mim. Não tenho o que reclamar.

L4 Pela manhã, quando ela acorda é uma pessoa, antes de tomar o remédio dá o remédio e depois se torna calma e tranquila. Porque acorda chorosa, reclamando, nada está bom e a convivência é difícil.

L1 Uma grande variação de humor?

L4 Muito. Cada dia é um flash. Essa semana mesmo eu disse. Quem é? Depois que eu dei o remédio ela voltou. Se ela está ativa e bem é porque está com remédio. Se não tomar ela fica sentada lá olhando o nada. Chorando. Não interage. Não quer fazer as coisas. Nem tomar banho. É difícil.

L1- E há quanto tempo ela teve esse diagnóstico?

L4 Começou a ficar difícil de um ano e meio para cá. Mas a médica já estava suspeitando. Começou a evolução e teve o diagnóstico de Alzheimer e demência. Até quando a médica deu o papelzinho deu para mim e estava escrito. Aí a gente falou. Ela disse eu não tenho. A gente leu. Ela diz que não tem. Mas se não der esse remédio Fluxocetina fica difícil. Agora ela está tranquila.

L1- A senhora se sente bem?

L2 Estou com os filhos.

L1 Está no lugar onde a senhora se sente segura?

L2 Oh, aqui eu sinto. Me sinto segura sim.

L4 Esse Fluxocetina, ele havia sido prescrito ela não quis tomar por um tempo. Esse mês ela ficou uma semana na casa do meu irmão, estava dando problema. Veio para casa e eu

lembrei que tinha dado o Fluxocetina, porque a médica tinha prescrito, e que ela não quis tomar. Mas estava de um jeito que não dava para segurar, falei vou dar. Porque ela já tem uma prescrição médica aí melhorou um pouco.

L1 É bom ter esse estabilizador de humor, porque ele ajuda. É importante. Muitas vezes consideramos que um medicamento não está funcionando. Mas às vezes esse medicamento também demora para ele agir no organismo, que depende do metabolismo cujo funcionamento é de forma diferente para cada um. Então o medicamento pode demorar ter um efeito, mas ele está agindo. E não percebemos porque esperamos que o efeito seja automático. Então pensamos, tomei vou melhorar, como se fosse eliminar o sintoma. Como uma dor de cabeça, toma o remédio e melhoramos e quando demora para funcionar achamos que não serve.

L4 Já faz três meses que ela está tomando esse remédio.

L1 E a senhora sentiu alguma diferença com esse medicamento?

L2 Eu me sinto bem. Eles cuidam muito bem de mim. Meus filhos.

L1 Mas para vocês é uma pequena diferença?

L4 Muito grande.

L3 É gritante.

L4 Uma pessoa depois é outra.

L4 Não com esse. Com o Fluxocetina.

L4 Se você tivesse falado eu teria gravado como é quando ela acorda.

L1 O que tem feito esse tratamento? Além dos medicamentos, tem alguns estímulos visuais?

L4 Tem sim. No CRI ela tem feito dez ou doze sessões, ela pintava e estudava. Como é muita gente, ela fez uma vez ela volta para o final da fila, mas fez.

L2 Eles cuidavam muito bem de mim, direitinho.

L4 A médica falou que ela precisava de gente da mesma idade para ficar com ela. Mas não dá para gente da mesma idade ficar com ela. Só se fosse em uma casa de repouso. Mas não vou por minha mãe em uma casa de repouso, porque perto do meu serviço tem um e eu não quero que ela fique daquele jeito, para mim aquilo é um depósito de gente, eles lá assim: sem fazer nada, tem que movimentar não pode deixar ficar parado.

L1- E aqui é mais saudável, ela está em um ambiente em que ela se sente melhor, com a família.

L2 Isso, com certeza. Tenho minha filha que mora no quintal e meus netos que ficam lá. Minha família não tenho queixa, eles cuidam direito mesmo.

L1- E o medicamento não pode parar e buscar esses grupos de apoio que ajudam a entender e melhorar.

L4 Eu já falei para ela que lá no CRI tem um grupo de crochê e tricô, mas ela não quer.

L1 Ela não se interessou?

L4 Ela é meio fechada, não é muito de conversar.

L3 Ela não gosta muito de conversar.

L1 Sim, a gente tem que respeitar o jeito dela.

L2 Não é que eu me sinto melhor do que os outros, mas é meu jeito. Mas se conversar, se perguntar eu respondo. Mas puxar a conversa eu não faço.

L1 Mas a senhora não se interessa em participar de grupo de crochê?

L2 Se eu aprender, eu faço.

L1 A senhora tem vontade de fazer?

L2 Faço.

L1 A senhora acha que não se interessou pelo grupo de crochê por causa da visão ou foi pelas pessoas?

L2 Acho que a cabeça na hora. Não queria. Mas a gente tem que fazer alguma coisa para a cabeça, sabe?

L1 Sim.

L2 Eu não paro. Eu limpo até o quintal.

L4 Ela gosta de limpar é a terapia dela.

L2 Vou varrer a rua. Eu limpo as coisas que eu já limpei. Para não dar muito trabalho para o filho porque ele já tem muito trabalho e família para cuidar. Mas se tiver muito difícil eu chamo minha filha que mora no quintal comigo. Eu só tenho que agradecer a Deus e aos meus filhos, que cuidam de mim. E com isso a gente vai até quando Deus determinar.

L1 Então, agradeço a entrevista.

L2 Eu que agradeço, minha filha.

Transcrição 7 - Senhor morador do bairro do Morumbi de São Paulo com Alzheimer que vive com a família e não faz tratamento da doença.

L1 Gostaria que o senhor comentasse sobre a história de sua vida?

L2 Para conversar em português é difícil. (risos)

L1 O senhor sempre morou no Brasil?

L2 Não, eu nasci no Japão. Trabalhei na roça. Puxar enxada. Por muito tempo. Depois vim para o Brasil, mas sempre quis voltar para o Japão com meu pai. E agora eu insisti e fui para o Japão. Mas não era como aqui, que se explicava como era. Mas depois disso eu parecia ter me enganado e voltei para o Brasil. No Brasil eu vim com meu pai.

L1 Com quantos anos o senhor veio para o Brasil?

L2 Eu vim nenezinho com 1 ano. Trabalhava no interior, com 7 ou 8 anos já puxava enxada. Plantação de algodão.

L1 O senhor trabalhava junto com seus pais?

L2 Sim, meu pai trabalhava para juntar 15 quilos de algodão que era 1 arroba, quando falava que tinha que socar em um fardo de 60 quilos, mas quando era algodão sempre dava mais não precisava de muito esforço para 70 e 75 quilos enchia 60 fardos por aí, era meio caminhão, levava na cidade. Assim minha vida meio complicada, mas quem não conhece é complicado né. Mas é assim. Hoje. Mas depois que cheguei em São Paulo adulto já trabalhava de várias coisas. Principalmente em negócio de bar. Eu tive um grande bar no largo de Pinheiros. E trabalhei e tal, mas o serviço que não gostava fiz meu pai vender e trabalhava também com outras coisas.

L1 Todos esses trabalhos sempre foram em São Paulo?

L2 Sim, tudo em São Paulo.

L1 Quando sua família chegou no Brasil, chegaram direto para São Paulo.

L2 Não, sofreram bastante. Foi entrando, indo em várias casas e outro Estado. Quando um patrício chamou para ficar em sua casa, foi ficando 3 a 4 anos em sua casa, começa a ficar independente meu pai começa a alugar uma casa, começou a ganhar dinheiro e começou a comprar bens, e assim por diante. Tinha em Tupã um terreno grande, quando eu conheci Tupã junto com meu pai só tinha duas a três casas. Hoje é aquela cidade tão grande. Não era muito longe da cidade, e a especialidade do meu pai era tudo algodão ou arroz. Porém arroz precisava de um lugar úmido. Agora algodão já era mais fácil, eu sei que algodão eu trabalhei bastante.

L1 O senhor lembra com saudade daquela época?

L2 Pensando assim até que era bom. Talvez de vez enquanto a gente fala assim que se arrepende, aquela coisa do serviço que fazia. Às vezes lembra das coisas boas e coisas ruins também.

L1 Quais coisas boas que o senhor se lembra dessa época?

L2 Era bom a plantação de algodão, porque era muito grande. Tinha uma flor do algodão que era toda bonita e apanhava o algodão e juntava tudo para ensacar em fardo de 60 ou 70 quilos. Não sei quantos sacos de algodão levava. Era época de quando eu era criança. Passei sem saber o que era ser criança. Nem saber o que era brincar. Quando tinha 7 ou 8 anos puxava enxada, como se fosse adulto, porque era no meio de adulto. Tinha que trabalha bastante. Tive oportunidade de mudar um pouco. Melhorou o ambiente. Vamos para São Paulo, para fazer negócio. E meu pai comprou um bar grande e eu trabalhei lá. Como se fosse o cabeça lá. Mas era muito novo, quando tinha fiscalização a gente cai fora porque era criança. Mas trabalhava mais do que homem. Então ficava até a noite lá. Perto do lago de Pinheiros. Em frente a Igreja tinha um bar que era grande.

L1 O lugar onde o senhor trabalhava com algodão era no interior de São Paulo?

L2 Sim, no interior. Meu pai antes disso ele arrendava terra contrato de 4anos, e daí foi quando chegou em Tupã que da cidade não era longe. Tudo naquele tempo era só mato. Entrava no mato. Ficava até escuro. Tinha 10 alqueires, e comprou mais outro, colocou dois a três arrendatário meu pai, começou a planejar negócio de bar. Mas não era para a gente não.

L1 Como o senhor conheceu sua esposa?

L2 Ela era na mesma situação que a minha. Deu certo. Eu conheci ela por causa da vista. Porque naquele tempo meu olho sofreu e tive que extrair um olho de um lado. Aí que começou a conhecer e a tia dela era de Campinas e a gente começou a fazer um tratamento em Campinas porque em São Paulo, não tinha médico bom. Então em Campinas tinha um oftalmologista bom. Mas sofremos um bocado. Mas graça a Deus conseguiu parar. Meu olho ficou todo inflamado cheio de pus, e eu não sei o que era, mas antes de fazer a operação sete a oito dias eu nem sabia quando era noite ou era de dia, de tanta dor. Nunca me esqueço de tanta que era a dor. Aí fui em Campinas porque não tinha médico bom em São Paulo, pelo nome. Em Campinas tinha quatro médicos bons, mas famoso era só dois. Eu fui nesse, como meu pai não tinha muito dinheiro ficou na pensão da tia dela, e fiz o tratamento e um dos olhos tive que tirar, porque se tivesse passado antes com esse médico poderia ter outro tipo de tratamento, mas acabou que passei em vários médicos em São Paulo que não sabiam o fazer e sabia cobrar muito caro. Nenhum resolveu o problema,

só falava bonitinho, na época eu caí na conversa. Tinha que fazer isso e aquilo até que inflamou e perdi a visão. Em Campinas na cirurgia o médico conseguiu interromper a inflamação na vista, pois poderia ir no cérebro e não ia ter mais jeito. Fiz o tratamento por dois meses. Conheci ela na pensão da tia dela. E nos casamos em São Paulo. E nunca mais precisamos de aluguel e compramos essa casa. Foi bom. Já estamos a não sei quantos anos, muitos anos que estamos aqui.

L1 Tem alguma recordação que o senhor gosta?

L2 O que mais sofri mesmo foi a vista. Quando era pequeno, acho que três a quatro médico disseram que não tinha mais jeito iria morrer e até que um médico muito gentil fez exame, e ficou muitos dias sem dormir para poder cuidar. Isso minha mãe é que conta quando eu era recém-nascido, então depois disso aí. Só adulto eu tive esse olho que perdi. Não tive uma oportunidade boa. Só depois consegui um médico bom, porque os outros eram ruins. E muitos podem morrer quando chega no cérebro. Muita febre. Conheci alguns conhecidos que tiveram o mesmo problema e morreram. Queria buscar o melhor para tentar salvar. Eu tive muita sorte. Já entrei no trabalho de bar e todo mundo gostava. Eu quis aprender tudo o que podia para trabalhar bem. Mas era menor então meu pai assinava e eu dirigia tudo. Mas um bar grande com 8 funcionários que não davam conta de atender todos os clientes tinha gente que não conseguia entrar por causa da fila do ônibus que todos iam comer lá, com mais de treze mesas, mas não tinha espaço para todos, ficava o tempo todo cheio. O vizinho tinha o mesmo tamanho, mas não tinha cliente. Ficava com raiva. E mandava um malandro para brigar e ameaçar. Depois eu vendi. Fui para o Japão. Ia fazer alguma coisa. Já tinha vivido bastante, para saber trabalhar e quando cheguei lá. Decidi que não iria ficar para trabalhar, mas os parentes falam para ficar no Japão e construir a vida, eu falava que não. Queria voltar para o Brasil. E voltamos e recomeçamos novamente. Depois queria fazer um negócio. Mas a família falou para ficar assim que já dava para viver bem.

L1 Qual foi o lugar que o senhor mais gostou? Que marcou sua vida.

L2 No Japão naquela época qualquer tipo de concorrente era assassinado. Aqui no Brasil não tinha isso. Pensei que no Brasil era melhor, poderia trabalhar com que eu gosto e deu para sustentar toda a família. Certo que era para eu estudar, mas infelizmente não tive a oportunidade, de estudar. No Japão eu morava Shizuoka, Tóquio. Pertinho da Yokohama (maiores centros de negócios do Japão) eu também não conheci onde tinha nascido eu nasci em Shizuoka. Lá não precisei trabalhar, porque se trabalhasse lá iria esquecer o Brasil. Trabalhar lá era difícil. Aqui no Brasil era quatro vezes melhor do que lá. Aqui se

trabalha direitinho em três anos já tá rico. Mas aqui falam que não consegue, mas não se esforçam. Porque em qualquer ramo de serviço que trabalhar dá para ganhar muito direito honestamente, não precisa roubar. Fazer o preço justo. Pegar confiança nas pessoas, tem que oferecer o bom. Pensando tudo o que sabe. Às vezes pode errar a escolha da profissão. Mas quando faz o que gosta e tem cabeça boa consegue crescer. Precisa aperfeiçoar, para ficar melhor. Foi muito bom visitar o Japão e rever os familiares, minha tia. Mas quantos vão para o Japão tentar melhorar a vida e não conseguem. Tem de ter ideia boa para trabalhar, mas também ganha bem. E muitos abandona a mulher para ficar lá. Eu gosto da minha mulher, mas eu não tive oportunidade de estudar. Eu era pequeno trabalhava e muitos adultos queria disputar eu falava que não. Porque era criança. Comecei a ganhar dinheiro. Meu pai quando começou a ter muito dinheiro passou a gastar muito, dava para ser milionário já. Mas consegui levar toda a família para o Japão ficamos por dois anos conhecendo. E não é qualquer um que consegue viajar assim.

L1 O senhor tem quantos irmãos?

L2 Irmãos mais novos são dois homens todos formados.

L1 Qual o nome dos seus irmãos?

L2 Ah, tem minha irmã também. M., outro Y. e A.

L1 Meu pai deixou uma casa grande no Japão e até hoje está lá, é da família. Não tem problema, os familiares querem vir para o Brasil e ficam na nossa casa que é grande. Quando eu conheci meu primo que fez três faculdades era da mesma idade que eu. Muito inteligente, mas ele sempre queria que comprasse uma empresa no Japão. Mas na época eu não queria.

L1 Quantos filhos o senhor teve?

L2 Eu tive dois homens e mulher eu tive mais. Acho que foram seis.

L1 O senhor lembra do nome deles?

L2 Ah, alguns vem passear aqui. Outros já faleceram. Foram sete filhos. São três homens e não são cinco mulheres.

L1 Qual o nome deles?

L2 Ah, são muitos. Não lembro de todos. Dos homens é o J. e H. Cada um está se virando bem. Mas tive um irmão casula que foi fogo. Aprontava cada uma para mim. Ele caiu na conversa do amigo dele, que quando queria algo comprava, mas quem tinha que pagar era eu. Isso eu sofri, mas agora eu nem sei mais. Mas sempre gastava muito e eu pagava. Mas não vamos falar mal do irmão porque se a mãe escuta fica triste.

L1 Seus pais são vivos?

L2 Não já faleceram. Meus irmãos sempre gastavam muito e eu tinha que pagar tudo. Nessa parte mulher foi melhor, os homens deram trabalho.

L1 O senhor sabe quantos netos o senhor tem?

L2 Eu preciso saber, mas não tem muito não. Todos que se casam precisam pensar.

L1 Vou fazer algumas perguntas sobre umas fotografias. Para saber se o senhor conhece essas pessoas.

L2 Ah, que legal! Fotografias.

L1- Essa daqui é a foto de um casamento. O senhor conhece alguém da foto?

L2 Essa é minha irmã, minha outra irmã, eu e minha mulher. Agora esse daqui é o meu irmão. (cita todas as pessoas)

L1 E nessa foto, quem é esse casal?

L2 Minha mulher e eu.

L1 Quem são?

L2 Esse sou eu e minha mulher.

L1 Quem são esses nessa foto?

L2 Meu cunhado, minha irmã, minha mãe e esse é parente (mãe desse rapaz) (cita todos da foto)

L1 Essa foto foi um passeio em Caldas Novas com conhecidos.

L2 Aqui tem pessoas de fora da família, Eu, meus amigos e suas esposas.

L1 Essa outra foto?

L2 Essa é a minha mãe e eu.

L1 Não seria seu pai e sua mãe? (foto de casamentos dos pais)

L2 Deixa eu ver novamente. Não, esse é o meu pai e minha mãe.

L1 Essa outra foto o senhor conhece?

L2 Sim. Eu, minha mulher, irmã e meu sobrinho (cita todos)

L1 E esse casal quem é?

L2 (Ri bastante) Sou eu e minha mulher.

L1 Nesse porta-retrato nos temos duas fotos um em família e outra de um casal. O senhor os conhece?

L2 Nossa, aqui é tudo parentada. Esse daqui é meu irmão, cunhado, minha filha, minha irmã casula e esposa dele, meu genro, outro meu genro, esses adolescentes são todos meus netos e essa minha nora.

L1 O que o senhor achou de ver essas fotos? Trazem uma boa recordação.

L2 Olha e tem uma lembrança, de cada um e vai lembrando.

L1 Foi uma boa recordação?

L2 É bom lembrar. Às vezes lembra coisas boas.

Pega uma foto e disse olha:

L2 Essa é minha mãe, minha irmã caçula, meu irmão caçula e o marido.

Entrega a foto com um sorriso.

L1 O senhor se recorda de quais momentos bons, quando ver essas fotos?

L2 Lembra de todo mundo, casamento dos irmãos. Na época eu teria um crescimento bom. Mas se não continuei, porque ajudava um e outro. Mas sei tivesse continuado estaria bem milionário. Eu queria comprar pelo menos umas dez casas como essa. Para viver o futuro bom. Mas não consegui, porque cabeça ficou ruim.

L1 No tempo livre o que o senhor gosta de fazer?

L2 Eu gosto de animal. Quando eu era pequeno gostava de montaria, tinha um cavalo bom que bem bravo. Mas para me jogar era difícil.

L1 Qual era o nome do cavalo?

L2 Eu tinha bastante. Alguns ficavam uns seis meses e depois vendia. Mas tinha um que eu gostava que chamava Mimoso esse eu gostava. Era um cavalo bravo. Muito bom de andar, levantava tudo. Não dava aquele tranco. Meus amigos ficavam brincando de quem chegava primeiro eu nunca perdi, meu cavalo era muito bom. Corria muito. Era forte, cavalo forte. E depois foi para o Jockey Club. Eles compraram. Meu cavalo era muito bom, marcha muito boa. Criançada pedia para tentar subir eu deixava, mas avisava que o cavalo era bravo. Eles tentavam, mas não conseguiam subir. O menino mais animado não conseguia. O meu pai falava vai na cidade, eu pegava meu cavalo. Ele dizia: “Não vai cair.”. Porque tentava subir quatro, cinco vezes até conseguir. O cavalo “Eu vou derrubar ele”. Mas depois que montava tinha que segurar bem. Ele já sabe. Mas não era fácil. Ficava correndo se levantava com tudo. Era difícil ficar, porque ele derrubava mesmo. Mas quando era moleque era bom. Alguns homens quando pediam para montar eu falava que o cavalo era bravo, segurava até subir. Quando subia deixava conduzir o cavalo. Mas não tinha jeito era só o cavalo começar a correr e já caía. Bom que cavalo, não é como burro bravo. Porque o burro ele volta para dar coice. O cavalo ele salta. Se for pisado com cavalo muito sem sorte. Ele já sabe. Pai do meu cavalo foi para o Jóquei também. Fiquei com ele durante uns 16 anos, desde novo. Eu também caía 5 vezes seguido para montar. Burro bravo é perigoso. Dá coice. O cavalo ele salta. Mas pisar na pessoa é difícil. Ele ameaça, mas não faz nada. Eu era criança quando ganhei esse cavalinho desde os nove anos. Sempre falei para meu pai que burro é perigoso e cavalo não é perigoso.

L1 O senhor sabe o que é a doença de Alzheimer?

L2 Hein? Al... o quê? Quando eu era pequeno minha mãe é que falava toda hora ia ao médico, mas depois fiquei forte e nunca mais peguei doença. Eu não sei. Uma vez no ano pego uma gripe.

L1 A doença de Alzheimer é uma doença que afeta a memória e depois dos 60 anos o esquecimento de algumas informações aumenta de forma a prejudicar a rotina diária. Passa por três estágios. O que é importante é cuidar da saúde. O senhor vai ao médico com frequência?

L2 Só quando precisa. Por enquanto eu nunca, fiquei doente. Mas é difícil ir ao médico. Só quando um dia que fico esquisito. Mas só quando um cara fica doente desse tipo assim.

L1 Esquecimento o senhor não teve?

L2 Não. Acho a gripe chega perto da gente e diz esse não deixa para lá.

L1 Medicamento o senhor não toma nenhum?

L2 Não. Nada. É difícil, muito difícil tomar. Tinha um amigo que era assim, mas eu não.

L1 Que dia o senhor nasceu?

L2 Dia 19/01/ 1930 (19/01/1932)

L1 Qual a idade do senhor?

L2 Vixe, acho que 86 anos. (87 anos)

L1 Gostaria de agradecer a nossa entrevista.

L2 Kon'nichiwa, Arigatō (Boa tarde, obrigado.)

Transcrição 8 - Dona Francisquinha diagnosticada com Alzheimer que vive com a família. Tem uma divulgação nas redes sociais desde o início da doença, a mais de dez anos. Faz acompanhamento médico e sua filha Cláudia é quem realiza os vídeos apresentando seu cotidiano. (Essa entrevista foi concedida com exclusividade para a pesquisa)

Cláudia – Oi pessoal, meu nome é Cláudia eu tenho 58 anos, cuido da minha mãe Francisquinha que tem Alzheimer há dez anos. Porém oito anos de diagnóstico, mamãe fez tratamento convencional até o ano passado, ou seja, quase oito anos.

Dona Francisquinha – Eu também me sinto bem.

Cláudia- Né, mamãe?

Dona Francisquinha - É

Cláudia - Com tratamento convencional é... começou com Donepezila, Memantina e depois resolvi mudar porque ela estava declinando muito, ela estava com o vocabulário totalmente restrito a cognição estava totalmente prejudicada, com o humor muito complicado. Eu resolvi fazer a tentativa de mudar e a sete meses ela está sendo tratada com Canabidiol dela têm (CBD)e THC – Tetrahydrocannabinol-, têm THC também mais ou menos 10% de THC. E a Francisquinha evoluiu muito graças à deus. Ela melhorou a cognição, melhorou o entendimento, tá obedecendo os comandos está tendo iniciativa, ontem mesmo eu fui levar a água para ela e normalmente ou ela ficava segurando o copo, - balança a cabeça- o copo na mão, ou então eu tinha que falar: 'bebe' Eu cheguei ela falou eu não pedi água eu não estou com sede.

Dona Francisquinha- Ela disse isso?

Cláudia – Disse. Né, mamãe. E aí eu percebo que até autonomia ela está adquirindo com o uso do Canabidiol, mas bem vamos lá. Vou mostrar para vocês.

A Dona Francisquinha pega uma foto.

Dona Francisquinha- Quem é?

Cláudia- Quem é?

Dona Francisquinha – É ela.

Cláudia – Ela quem?

Dona Francisquinha – A mãe dela.

Cláudia- Hum, ela achou uma foto. Eu vou fazer umas perguntas para vocês verem como ela está.

A Dona Francisquinha pega um sabonete.

Dona Francisquinha – Fico... Mas não cola.

Cláudia- Você pegou outra coisa? Mas é sabonete. A senhora não comeu, não? Cheira.

Dona Francisquinha sente o cheiro.

Dona Francisquinha – É, olha aqui.

Cláudia – Você achou bom o cheiro?

Dona Francisquinha – Foi. Aqui era um bebezinho e ela.

A Dona Francisquinha aponta para a fotografia.

Cláudia – Ela é sua cunhada. Um bebezinho e ela (mostra a fotografia para o vídeo)

Cláudia – Qual é o seu nome todo?

Dona Francisquinha – Meu no... passi

Cláudia – Seu nome? Seu nome?

Dona Francisquinha – Francisca Silva Alves

Cláudia- Muito bem! Francisca Silva Alves

Risos da Dona Francisquinha.

Cláudia – E o nome do seu pai?

Dona Francisquinha – Meu pai é o José da Silva Marcolino que é meu pai... É meu pai.

Tive Zacarias.

Cláudia – Zacarias é irmão dele, né?

Dona Francisquinha- É

Cláudia- Seu pai é José Marcolino, não é?

Dona Francisquinha – Meu pai é que não é.

Cláudia- Não é não?

A Dona Francisquinha balança a cabeça negando.

Cláudia – E sua mãe? Ela é?

Dona Francisquinha- Dona Irene, é.

Cláudia- Dona Irene é a minha sogra. Já falecida.

Dona Francisquinha-Ou quase isso.

Cláudia- A sua mãe é Dirciola.

Dona Francisquinha – Dirciola Boni Silva

Cláudia – Muito bem!

Cláudia E eu, quem sou?

Dona Francisquinha – Você vem junto, junto comigo.

Cláudia- Estou sempre junto com você, né? Eu sou o que sua?

Dona Francisquinha – tá... cada... velha. – Fala sussurrando.

Cláudia – Eu estou sempre junto de você, o que eu sou sua?

Dona Francisquinha- Colega.

Cláudia – Sou sua colega?

Dona Francisquinha- Aspecto

Cláudia – Eu acho que você é ... minha mãe.

Dona Francisquinha – (sorrir espontaneamente) Não.- Responde sorrindo

Cláudia – Não? Não sou sua filha? Não?

Dona Francisquinha- É. Ela disse que só fa...

Cláudia – E aquele menininho que está lá dentro?

Dona Francisquinha – Aquele eu não sei quem é não.

Cláudia- É o Téo, mamãe. É o seu neto.

Dona Francisquinha – É que ele é pequeno.

Cláudia – Ele é pequeno. E seus óculos é novo?

Dona Francisquinha- Meus óculos é novo.

Cláudia – É bom?

Dona Francisquinha- É.

Cláudia – O meu é vermelho.

Dona Francisquinha- O meu é quase isso.

Cláudia – O seu é vermelho também. O que você está mexendo aí?

Dona Francisquinha – É que tava ape

Cláudia – Na barriga?

Dona Francisquinha – É. Que tava apertado aqui.

Cláudia – Deixa eu ver a sua mão?

Dona Francisquinha- É

Entrega a mão para a filha.

Cláudia – Deixa eu ver a outra mão?

Apresenta a outra mão para a filha.

Cláudia- Cadê o seu nariz?

Dona Francisquinha – Aqui.

Cláudia- Risada. O narizinho dela.

Dona Francisquinha- É.

Cláudia – E sua orelha? Cadê?

Dona Francisquinha- Tá aqui. - Aponta para o sabonete.

Cláudia – Isso daqui é orelha, mamãe?

Dona Francisquinha- Isso é do corpo do Li...

Cláudia- Presta atenção em mim? A concentração é complicada. Quando está concentrada rende bem mais.

Dona Francisquinha- É isso mesmo.

Cláudia –Né, mãezinha?

Dona Francisquinha- É.

Cláudia – E a sua boca?

Dona Francisquinha- A (abre a boca)

Cláudia- Abre a boca. Deixa eu ver. Abre a boca

Cláudia- Deixa eu ver a sua língua.

A Dona Francisquinha mexe a língua.

Dona Francisquinha- Risos

Cláudia- Muito bem, mamãe.

Dona Francisquinha- Aqui tô com uma ale. (mexe na barriga)

Cláudia – Deixa eu ver seus anéis.

Cláudia- Olha, ela botou a mão aqui em cima para ver os anéis.

Dona Francisquinha – É só não tem essa.

Cláudia – E o seu relógio? Cadê?

Dona Francisquinha- Não tem mais quebrou. (começa a coçar a barriga)

Cláudia –(Aponta para o relógio.) – E isso daqui é o quê?

Dona Francisquinha- É esse daqui é o escondido.

Cláudia- O escondido?

Dona Francisquinha- Não, o escolhido.

Cláudia-E a sua pulseira deixa eu ver. (tira a mão da mãe da barriga)

Dona Francisquinha- A pulseira também tava partido.

Cláudia- Não quer mostrar então tá bom.

Dona Francisquinha-Deixa eu ver (pega mais uma fotografia)

Cláudia – Deixo. Esse daí é um?

Dona Francisquinha- Dona Irene?

Cláudia – Não, não é a Dona Irene.

Dona Francisquinha-Essa daqui é a Dona Irene. É o nome dela.

Cláudia – Essa daqui é a minha avó.

Dona Francisquinha- É?

Cláudia- Acho que é minha avó. Não sei.

Dona Francisquinha- E lá é a Berta.

Cláudia- Mãe quantos anos você tem?

Dona Francisquinha- Quinze.

Cláudia- Quinze anos.

Dona Francisquinha- É.

Cláudia- Gente olha, a mamãe tem 85 anos, ela fez magistério.

Dona Francisquinha- (Começa a se coçar novamente) Eu tenho 14 anos.

Cláudia- Deu aula, era uma pessoa muito inteligente. Gostava de ler.

Dona Francisquinha- 14 anos.

Cláudia- Fez palavras cruzadas, muito tempo. Depois foi perdendo, o interesse. Acho que isso daí é. Eu imagino que o Alzheimer da minha mãe ele ficou escondido pelo menos uns cinco anos, porque hoje quando eu observo o comportamento e estudo esse assunto eu vejo que ela tinha muita coisa de quem já estava iniciando Alzheimer principalmente a depressão. Ela tinha uma depressão só falava de doença. Só falava de remédio. E aí começou a esquecer os acontecimentos recentes, não ... pulava sílaba. Escrevia e comia sílaba se confundia muito com o dinheiro. Com data de pagamento. Com localização. Eu não sabia, né. Não conhecia o Alzheimer e vamos conversar mais com ela para vocês verem como ela está?

Dona Francisquinha- É.

Cláudia – Né, meu amor.

Dona Francisquinha- O se a ...me ataca muito.

Cláudia- Mãe você já tomou banho?

Dona Francisquinha- Já.

Cláudia – Você tomou banho hoje?

Dona Francisquinha- Não, hoje não.

Cláudia – Então vamos tomar banho.

Dona Francisquinha- Foi ontem.

Cláudia – Você gosta de banho?

Dona Francisquinha- (acena com a cabeça confirmando)

Cláudia – Você fica cheirosa quando toma banho?

Dona Francisquinha- Igual aqui. Olha aqui. (Pega a fotografia)

Cláudia- É muito bem. Eu sei quem é.

Cláudia – E isso daqui o que é?

Dona Francisquinha- É um sabonete.

Cláudia – É um sabonete.

Dona Francisquinha- É.

Cláudia- É cheiroso? Tem cheiro do quê?

Dona Francisquinha- Dá o sapato para ela.

Cláudia- Mãe, qual fruta que você gosta de comer? Que fruta?

Dona Francisquinha-Qualquer uma.

Cláudia- Esperta, né. Se gosta ... Fala o nome de uma fruta que começa com B...Ba

Dona Francisquinha- Batata.

Cláudia – Batata é fruta?

Dona Francisquinha-É . O cordeiro de Deus que tirais o pecado do ...

Cláudia- É. Vamos falar fruta, olha. Banana,

Dona Francisquinha-Laranja

Cláudia- Laranja. Fala outra?

Dona Francisquinha-Moreno.

Cláudia –Moreno? Maçã.

Dona Francisquinha-Cord coordenada

Cláudia- Pera. Então tá.

Dona Francisquinha-Esse cordeiro de Deus. .

Cláudia- Então tá. Vamos falar as cores. Fala uma cor? Qualquer cor, fala o nome de uma cor.

Dona Francisquinha- Qual é que você peça?

Cláudia – Essa cor aqui da minha roupa. Que cor é?

Dona Francisquinha—É igual da minha.

Cláudia- Que cor é essa daqui? Fala o nome. Que cor é essa?

Dona Francisquinha—É ele? Ela dorme com marido dela.

Cláudia- Olha para mim, que cor essa daqui.

Dona Francisquinha-É roxa.

Cláudia- Muito bem.

Dona Francisquinha- Olha como ela tá.

Cláudia – É é preta, né? Mas pelo menos associou o nome a cor. Então vamos falar o nome de outras cores: roxo, preto,

Dona Francisquinha-Amarelo, Vermelho,

Cláudia- Verde.

Dona Francisquinha-É.

Cláudia- Então tá. Vamos agora, falar número? Você fala um número e eu falo outro.

Fala um número? Fala qualquer número. Qualquer um, fala?

Dona Francisquinha- tol tol , el el

Cláudia – Ah? Oito?

Dona Francisquinha- É.

Cláudia- Dez. Fala outro número? Três.

Dona Francisquinha-Quatorze

Cláudia- Quatorze, muito bem. Vamos conjugar o verbo? Eu amo.

Dona Francisquinha-Você, ele, eu amo também.

Cláudia- Eu amo, Tu amas,

Dona Francisquinha- Ele ama

Cláudia – Nós amamos

Dona Francisquinha-Ele ama

Cláudia – Ele ama também. Eu falo um número você fala outro.

Dona Francisquinha-Tá.

Cláudia- Um

Dona Francisquinha-Dois

Cláudia – Três

Dona Francisquinha-Quatro

Cláudia- Cinco

Dona Francisquinha- Seis, sete, oito, nove

Cláudia- Sete, oito e nove. Agora vamos falar deixa eu ver. O que você gosta de beber?

Dona Francisquinha- Água.

Cláudia – Água. O que você prefere água ou Coca-cola

Dona Francisquinha- Coca-cola.

Cláudia- Ah, mas isso é verdade. Muito bem. Você gosta de passear?

Dona Francisquinha-Passear como?

Cláudia- Ir para rua você gosta?

Dona Francisquinha-Vou. Gosto.

Cláudia – Gosta de passear de carro? Ou a pé?

Dona Francisquinha- De carro.

Cláudia- Prefere de carro.

Dona Francisquinha-É.

Cláudia – Você gosta de música?

Dona Francisquinha- Dependendo do carro é ... devagar

Cláudia- É devagar. Mais rápido do que a perna, né? Você gosta de música?

Dona Francisquinha-Gosto.

Cláudia – Gosta?

Cláudia- Que música você gosta?

Dona Francisquinha- Quatro, cinco, qualquer uma.

Cláudia – Qualquer uma?

Dona Francisquinha É.

Cláudia- Vamos cantar uma música? Meu limão,

Dona Francisquinha- Meu limoeiro, meu pé de Jacarandá, uma vez esquindô lelê outra vez esquindô lalá

Cláudia – Lá,lá,lá,..lá, lá,lá...

Dona Francisquinha – Ali ó , aquele lá

Cláudia- lá,lá. É aquele lá.

Cláudia-Mãe meu cabelo é curto ou é comprido?

Dona Francisquinha – É entretido

Cláudia- É comprido ou é curto?

Dona Francisquinha – Curto

Cláudia- É curto.

Dona Francisquinha – É igual o meu. Olha como é o meu. Olha. Tá vendo? Olha. Até o cabelo que tá na cabeça, não tá não.

Cláudia- O cabelo tá onde?

Dona Francisquinha – Aqui ó na cabeça

Cláudia Na cabeça. E os dedos da mão estão aonde?

Dona Francisquinha – Qualquer um.

Cláudia- Tá na mão.Né?

Dona Francisquinha – É. Qualquer um.

Cláudia- Hum, entendi.

Dona Francisquinha – Aqui tem cinco.

Cláudia- E cadê seu olho?

Dona Francisquinha – Tá aqui, ó

Cláudia- E o óculos?

Dona Francisquinha – O óculos tá bem. Tá lá na praia.

Cláudia- É mamãe.

Dona Francisquinha – É corta lama...

Cláudia- Você está prestando atenção em mim?

Dona Francisquinha – Tô.

Cláudia- Vou falar uma letra, você fala outra. A, B,

Dona Francisquinha – C,D,E,F,G,H, I,J,L,M,N,O, apaguei

Cláudia- L,M,N,O,P

Dona Francisquinha – S, quarto, quinto, sexto, sétimo, oitavo, nono e décimo.

Cláudia- Muito bem! É isso gente. Eu procuro estimular mamãe principalmente com música que ela fica muito feliz. Eu autorizo a publicação desse vídeo, e se vocês precisarem de mais alguma coisa é só me pedir, vocês podem estudar, se precisarem que eu gravo algum assunto muito específico. Podem usar também todos os vídeos do meu canal. O bom do Alzheimer. Tá tudo autorizado. Eu faço esse trabalho porque eu quero que as pessoas entendam melhor o Alzheimer, porque não é Mal de Alzheimer é só Alzheimer, porque olha que doçura e sabe como é que eu consigo, isso. Assim ó. Todo dia. Dando muito amor. Muito carinho. Muita palavra mansa. Voz mansa. Só falo com ela assim, só assim. E ela fica essa doçura que ela é e que vocês estão vendo. Né, mamãe. Dá um beijinho aqui dá.

Dona Francisquinha – (Beija a filha)

Cláudia- Ah, mandou beijinho. Bye bye.

Transcrição 9 - Dona Francisquinha diagnosticada com Alzheimer que vive com a família. Vídeo disponibilizado para pesquisa e divulgado em redes sociais. “Alzheimer - A euforia da mamãe vendo o álbum de família 23/10/2019” (tempo16:44) <https://www.youtube.com/watch?v=3KV1iWfGxO4>

Dona Francisquinha –(pega uma foto e mostra para o vídeo) Olha!

Cláudia- É seu sobrinhos Marta e João.

Dona Francisquinha –Olha como é bonitinho! (mostra a fotografia, novamente)

Cláudia-Marta, né. Você adora ela.

Dona Francisquinha – E esse aqui que é um bebezinho. (aponta para uma fotografia de um bebê no carrinho)

Cláudia-É esse é um bebezinho. Essa é a Renata.

Dona Francisquinha – (Aponta para outra fotografia) Esse daqui?

Cláudia- Esse é o Rodrigo.

Dona Francisquinha – E esse aqui. (pega novamente a primeira fotografia)

Cláudia-Essa é a Marta e o João

Dona Francisquinha – Meu Deus do céu ... Lá em São Sebastião.

Cláudia-São Sebastião?

Dona Francisquinha –Olha aqui!

Cláudia- Olha! Não precisa tirar isso não é assim mesmo.

Dona Francisquinha –Olha! Essa é boa (ponta para uma fotografia de uma menina com vestido)

Cláudia- Essa é a Andréia

Dona Francisquinha – Esse bebê, aqui?

Cláudia-Esse bebê é o Fábio.

Dona Francisquinha – Ela também. (aponta para outra fotografia)

Cláudia- Renatinha. (Cláudia aponta para outra fotografia) César seu sobrinho. Não precisa tirar não pode virar a página. Assim ó.

Dona Francisquinha –Olha o sapatinho que legal!

Cláudia-Mãe, essa é a Renata sua sobrinha filha do Hernando.É mamãe. Mamãe quem é essa daqui?

Dona Francisquinha – É essa (aponta para a fotografia que foi questionada)

Cláudia- Quem é?

Dona Francisquinha – Não sei quem é não.

Cláudia- risos

Dona Francisquinha –Olha, vem ver essa (volta para outra fotografia)

Cláudia- É a Renata. Sua sobrinha.

Dona Francisquinha – Renatinha.

Cláudia-Isso mesmo. A gente chama de Renatinha. Porque tem duas Renatas uma mais velha e outra mais nova.

Dona Francisquinha – (Aponta para três fotografias diferentes- imagem de um senhor idoso e uma moça, de um bebê e da família reunida) Era esse e esse. E ainda tem essa daqui (família reunida)

Cláudia-Isso um monte de gente, eu estou aí ó. Quer ver? Ó eu aqui. Ó. Essa, daqui sou eu. Viu?

Dona Francisquinha – (aponta para fotografia anterior de um senhor idoso e uma moça) E esse daqui?

Cláudia- Esse daí é eu e o vovô. Esse daqui é seu pai. Olha bem. Esse é seu pai. É seu pai?

Dona Francisquinha – Não. Eu sei

Cláudia-Seu pai e essa daqui sou eu.

Dona Francisquinha – Eu sei que é ele. Eu não sou gaga. (E puxa o plástico onde segura a fotografia no álbum).

Cláudia- Não tira o plástico, não. Levanta e vira aqui.

Dona Francisquinha – Eu queria ver essa coisinha linda.

Cláudia-Essa coisinha linda é o Rodrigo.

Dona Francisquinha –É?

Cláudia-Ele sempre foi lindo.

Dona Francisquinha –É? E ela? (aponta para a foto anterior da filha)

Cláudia-Ela sou eu.

Dona Francisquinha – E ela? (aponta para foto da sobrinha que já havia perguntado anteriormente.)

Cláudia-Renata, Renatinha. Esse álbum era da minha vó eu herdei

Dona Francisquinha - É.

Cláudia-É. Tem todos os netos aí. Não precisa abrir assim, não. Quem é essa daqui? Quem é essa linda?

Dona Francisquinha –Essa daqui eu não sei quem é não.

Cláudia-É sua mãe.

Dona Francisquinha –(na fotografia é a mãe da Dona Francisquinha segurando uma criança)Essa daqui que é bonitinha.(aponta para a criança)

Cláudia-Esse daqui é o André. E essa daqui é sua mãe.

Dona Francisquinha – Minha mãe Dona bem-vinda

Cláudia-Dona Dirce. Dirciola

Dona Francisquinha –Ah! Aqui e aqui também (aponta para duas fotografias diferentes onde aparecem sua mãe)

Cláudia-Muito bem.

Dona Francisquinha – Minha vó.

Cláudia-Não é minha vó, não é sua vó.

Dona Francisquinha –(Aponta para outra fotografia) Essa daqui é quem ?

Cláudia-Essa é sua mãe Dona Dirciola.

Dona Francisquinha –Moni Silva.

Cláudia-É Dona Dirciola Moni Silva.

Dona Francisquinha – Cadê ela?É essa?

Cláudia-É. Sua mãe.

Dona Francisquinha –Minha mãe, já passou.

Cláudia-É sua mãe.

Dona Francisquinha –Um, dois, três e quatro, cinco. (aponta para outra fotografia)

Cláudia-É cinco pessoas.

Dona Francisquinha –(muda de página)

Cláudia-Olha seu pai aí.

Dona Francisquinha – (Aponta para imagem do pai) José Marcolino da Silva.

Cláudia-Isso, José Marcolino da Silva. Seu pai.

Dona Francisquinha –Meu pai. Mas Cláudia, presta atenção. Ele tá tão rápido que ele tá certo. Risos

Cláudia-É o seu pai, seu pai mamãe.

Dona Francisquinha –E ela também é Dona Irene. (aponta para fotografia de um bebê)

Cláudia- Não. Esse daí é o Rodrigo com sua irmã caçula.

Dona Francisquinha –(aponta para outra fotografia) E essa daqui?

Cláudia-Esse é o Rodrigo com o vovô.

Dona Francisquinha – Meu pai.

Cláudia- Seu pai, seu pai. Gostou de ver seu pai?

Dona Francisquinha –Olha aqui. Fora ele ainda tem mais. (aponta para fotografia onde está seu pai.)

Cláudia-Isso mesmo. Seu pai.

Dona Francisquinha –Pai nosso que estais no céu, santificado seja o vosso nome

Cláudia-Mas ele não é pai nosso,não. É papai. É papai só. Papai José Marcolino.

Dona Francisquinha –É.Como é bonitinho.

Cláudia-É bonitinho. (Dona Francisquinha começa a tentar voltar a página) Vai para cá para você ver as outras

Dona Francisquinha –Olha uma criancinha.

Cláudia-É a Renata.

Dona Francisquinha –É

Cláudia-Renatinha.

Dona Francisquinha –Esse também.

Cláudia-Esse é o Rodrigo, que está no colo da tia Rosa.

Dona Francisquinha –Esse é o pai da casa.

Cláudia-Esse é o seu avô. É o pai da casa.

Dona Francisquinha –Eu sei que ele é meu pai, já foi meu pai não sei quantas vezes.

Cláudia-risos

Dona Francisquinha –(Aponta para outra fotografia) E tem esse aqui que não sabe, nem para onde foi.

Cláudia- Esse é o André.

Dona Francisquinha -risos

Cláudia-Tá gostando?

Dona Francisquinha –Claro!

Cláudia-Claro,né.

Dona Francisquinha –É. (tenta virar a página do álbum de fotografia, mas não consegue pegar uma única página e a filha ajuda)

Cláudia-Muito bem.

Dona Francisquinha –Olha, meu pai aqui.

Cláudia-É acertou! Meu Deus! É seu pai, mamãe.

Dona Francisquinha –Eu sei que é.

Cláudia-Gente ela lembra do pai, mas não lembra da mãe.

Dona Francisquinha –Olha aqui ó.

Cláudia-É seu pai.

Dona Francisquinha – Risos. Olha aqui bem pequenininho.

Cláudia-É o Rodrigo.

Dona Francisquinha - É o Rodrigo.

Cláudia-Rodrigo seu sobrinho, muito querido.

Dona Francisquinha – Ele aqui, ele aqui, também está aqui.

Cláudia- Vira essa página. Para ver mais. Olha sua mãe aqui. Como está linda.

Dona Francisquinha –Minha mãe?

Cláudia-É.Aqui ó.

Dona Francisquinha –Meu Deus! (cara de espanto, sorrindo) a minha mãe aqui. (coça a cabeça) ri. Meu Deus do céu. (Coloca as duas mãos sobre a fotografia e inclina o corpo como tentasse abraçar.)

Cláudia-Que coisa linda você vendo isso, né. Aqui mãe sua mãe de novo.

Dona Francisquinha –Deixa eu ver. É.E ela ainda bota o garoto nessa corda

Cláudia-Esse garoto é seu sobrinho. Neto dela. Sua mãe.

Dona Francisquinha – Mas é bonito, né?

Cláudia- Todo mundo é bonito.

Dona Francisquinha – São lindos. Olha aqui, olha.

Cláudia- Você é a mais linda de todas.

Dona Francisquinha – Tem outra aqui, por aqui que eu não vi.

Cláudia- Tem. Vira. (muda de página do álbum de fotografia) Olha quanta gente linda.

Dona Francisquinha – E essa?

Cláudia- Essa é a Andréia, sua sobrinha. Que é muito amada aqui. Que visita todo mês.

Dona Francisquinha – Quem é?

Cláudia- Essa é a Martinha, mora aqui perto.

Dona Francisquinha – E o bebê?

Cláudia- O bebê é o Rodrigo. Essa daqui é a sua mãe.

Dona Francisquinha – Aqui é bem miudinho.

Cláudia- Mãe e essa daqui ó?

Dona Francisquinha – Essa daqui.

Cláudia- Essa daqui sou eu, com 16 anos.

Dona Francisquinha – Ah, aqui também tem quer ver?

Cláudia- Vira a página, vira. Aqui ó. Quem é?

Dona Francisquinha – Meu pai.

Cláudia- É muito bem. Seu pai. Sr. Marcolino.

Dona Francisquinha – Seu Marcolino da Silva

Cláudia- Ela não esqueceu.

Dona Francisquinha – Olha aqui, presta bem atenção onde ele está.

Cláudia- É meu avô

Dona Francisquinha – E o meu.

Cláudia- Seu pai.

Dona Francisquinha – (risos)

Cláudia- Olha essa daqui é sua irmã. Lúcia. A luz está atrapalhando.

Dona Francisquinha – Pai nosso que estais no céu santificado seja vosso nome

Cláudia- Eneida, Eneida comigo. Aqui é você e seu pai.

Dona Francisquinha – Aqui tá os dois.

Cláudia- É você e seu pai.

Dona Francisquinha – É.

Cláudia- É você sabia?

Dona Francisquinha –É. Pai nosso que estais no céu santificado seja teu nome, venha nós o vosso reino, assim na terra como no céu.

Cláudia-Amém.

Dona Francisquinha –Olha, sabe quem é esse daqui?

Cláudia-Eu sei. José Marcolino.

Dona Francisquinha –Isso.

Cláudia-E o que ele é seu?

Dona Francisquinha –Meu pai.

Cláudia-Muito bem!

Dona Francisquinha –Meu pai, muito feliz. Olha aqui ó.(entusiasmo) Esse aí quem é?

Cláudia- Esse aí é a Andréia e o Alexandre. Seus sobrinhos. Todos os seus sobrinhos.

Dona Francisquinha –Netos, netos.

Cláudia-Sobrinhos.

Dona Francisquinha –Olha todos eles são assim. Agora quero ver quem foi que saiu.Olha aqui meu pai, porque eu pensei que era ele mesmo e botei aqui e quando eu vi tava aqui.

Cláudia-É seu pai. Ela tá muito feliz em ver o álbum que ela não quis ver

Dona Francisquinha –Olha a figura como é bonita.

Cláudia-Essa tia Lúcia, sua irmã.Sua irmãzinha, Eliane.

Dona Francisquinha – Cadê ele?

Cláudia-Aqui o papai.

Dona Francisquinha - Pai nosso que estais no céu santificado seja vosso nome, venha nós o vosso reino, assim na terra como no céu.

Cláudia-Amém

Dona Francisquinha –É papai do céu?

Cláudia-Não é papai só.

Dona Francisquinha – E aqui?

Cláudia-Aí é seu pai também.

Dona Francisquinha –Ele aqui também, né.

Cláudia-É o seu pai.

Dona Francisquinha –Aqui tem outro, aqui também. Olha,

Cláudia-Essa é a tia Lúcia.

Dona Francisquinha –E ainda tem outro Cláudia. Olha. José Marcolino da Silva.

Cláudia-José Marcolino da Silva, seu pai.

Dona Francisquinha -. José Marcolino da Silva.

Cláudia-José Marcolino da Silva, seu pai.

Cláudia-Vovô querido.

Dona Francisquinha –Olha a criancinha que tava

Cláudia-Essa é a Sussana. Sussana é médica. Sua sobrinha.

Dona Francisquinha –Olha esse.

Cláudia-Esse é o Rodrigo de novo. Muita foto do Rodrigo. Olha que lindos. (Vira a página) Aqui sou eu olha.

Dona Francisquinha –Eu não estou vendo.Aqui ela.

Cláudia-Aqui é o vovô. Seu pai.

Dona Francisquinha -risos

Cláudia-Você reconheceu seu pai?

Dona Francisquinha – Claro!

Cláudia-Claro, né.

Dona Francisquinha – É ele que estais no céu santificado seja vosso nome, venha nós o vosso reino, assim na terra como no céu, o pão de cada dia nos dai hoje, (ruído)viu como a gente tem tudo.

Cláudia-barulho do refogado na cozinha. Vamos ver outro álbum?

Dona Francisquinha -risos

Cláudia- Vamos ver quem é que está aqui.Vai pode ver.

Dona Francisquinha –há pouco a pouco quanta criança

Cláudia- Quanta criança linda né, seus sobrinhos. Tudo Camila.

Dona Francisquinha –Esse aqui, olha.

Cláudia-Tudo é a Camila, sua sobrinha.

Dona Francisquinha –Esse também. Eu acho engraçado que eles têm... pra perto

Cláudia-Calma, vira. Isso, muito bem. (Dona Francisquinha tira um plástico do álbum de fotografia) Calma deixa eu ajeitar . Tia Helminha com a Camila

Dona Francisquinha –Olha a carinha dela.

Cláudia-Esse é o Rodrigo.

Dona Francisquinha –E é mu.. é homem?

Cláudia-É homem.

Dona Francisquinha –Meu Deus! E esse daqui... jamais.

Cláudia-É tudo Rodrigo.

Dona Francisquinha – Vem cá, olha. Sabe quem é essa garota?

Cláudia-Eu sei. É a Camila sua sobrinha.

Dona Francisquinha –É. Minha sobrinha. Meu Deus do céu! Como é ...Olha, Cláudia como a cara dela é bonitinha.

Cláudia- Ela é linda. Até hoje, mamãe.

Dona Francisquinha –Ela é linda.

Cláudia-Linda, até hoje.

Dona Francisquinha - Olha a outra que tem aqui.

Cláudia-Linda, até hoje. Vira. Olha, Rodrigo de novo. Renatinha, tudo aqui é Renatinha.

Dona Francisquinha –Essa pequenininha é

Cláudia-Renatinha, ela é filha do tio Hernando.

Dona Francisquinha –É.

Cláudia-É. Vira.

Dona Francisquinha - Pai nosso que estais no céu santificado seja vosso nome,

Cláudia- Ela quer ver o pai.

Dona Francisquinha - Venha nós o vosso reino, assim na terra como no céu.O pão nosso de cada dia nos dai hoje,esq...

Cláudia- Perdoai

Dona Francisquinha - O perdão das minhas culpas, por nosso senhor Jesus Cristo. Amém.

Cláudia-Amém.

Dona Francisquinha –Agora temos eles todinho, olha.

Cláudia-Vira, pode virar. Aqui tem Renata, Camila,

Dona Francisquinha –É onde? É aqui?

Cláudia-Olha aqui, essa daqui é você.

Dona Francisquinha –Aqui.

Cláudia-Não essa daqui é a Andréia. Aqui é você.

Dona Francisquinha –Eu?

Cláudia-É mãe. Novinha.

Dona Francisquinha –É a Camila?

Cláudia-Não, aqui é a Andréia.

Dona Francisquinha –Aqui sou eu. E aqui?

Cláudia-Aqui é o César. Muito bem. Vê.Vira aí. Muito Bem. Olha aquele ali é o Daniel seu afilhado.

Dona Francisquinha – A onde? (Olha ao redor procurando pela casa)

Cláudia-(a filha aponta a fotografia) Aqui ó.

Dona Francisquinha –Ele sabe?

Cláudia-Ele sabe.

Dona Francisquinha –Gente. Olha Cláudia, é essa.

Cláudia-Essa é a Andréia.

Dona Francisquinha –Pois é.

Cláudia-Essa você sabe. Porque vem todo mês aqui te ver.

Dona Francisquinha –Essas quatro?

Cláudia-Essas quatro aqui mãe. Marta, Adriana, Renata

Dona Francisquinha –E aqui?

Cláudia-Eu e Andréia.

Dona Francisquinha –E o pai nosso?

Cláudia-Tá no céu.

Dona Francisquinha –Tá no céu. (risos)

Cláudia- A Andréia olha que linda.

Dona Francisquinha –É. E essa daqui? É bonita.

Cláudia-É a Andréia. Andréia é uma gatona.

Dona Francisquinha –Ainda tem essa?

Cláudia-É a Andréia. Muito linda as fotos da família, né mãezinha.

Dona Francisquinha –É.

Cláudia-Muito linda.

Dona Francisquinha –E eles tão, tão pequenininhos.

Cláudia-Quem é essa daqui?

Dona Francisquinha –Essa é a Dona Irene.

Cláudia-Essa é a sua mãe.

Dona Francisquinha –Minha mãe?

Cláudia-É sua mãezinha. E essa daqui?

Dona Francisquinha –É outro também.

Cláudia-Sou eu.

Dona Francisquinha –Essa daqui eu botei o nome dela.

Cláudia-É a Andréia.Foi você que botou o nome dela?

Dona Francisquinha –Foi.

Cláudia-Então tá.

Dona Francisquinha –Ainda vai chegar mais.

Cláudia-Olha o Dudu.

Dona Francisquinha –(risos)

Cláudia-Dudu e tia Grauber. Olha você e Dudu de maiô de praia

Dona Francisquinha –(risos) É. E essas duas aqui.

Cláudia-É Telma e... não sei, Regiane, eu acho.

Dona Francisquinha – (risos)

Cláudia-Gostou de ver?

Dona Francisquinha –(Encontra duas fotografias) Olha aqui, olha (mostra a fotografia de uma criança)

Cláudia-É o Ricardo. Ricardinho

Dona Francisquinha – (Entrega a fotografia, para sua filha Cláudia)

Cláudia- Gostou de ver álbum?

Dona Francisquinha – Sim.(Sinaliza com a cabeça concordando que sim.)

Cláudia- Gostou. Muito bem. Sua família.

Dona Francisquinha –É.

Cláudia-Gostou de ver seu pai?

Dona Francisquinha –Eu não sei se eu vi ele não

Cláudia-Seu pai, tava aqui nas fotos. José Marcolino.

Dona Francisquinha –É.

Cláudia-Muito bom, né?

Dona Francisquinha –É.

Cláudia-É isso aí.

Transcrição 10 - Casal moradores da periferia da Zona Leste de São Paulo sem Alzheimer que vivem com a família. O marido teve um AVC recentemente.

L1- Pesquisadora, L2- Sujeito da pesquisa -esposa, L3 – Sujeito da pesquisa- marido

L1 Gostaria de saber sobre a história de vida dos senhores?

L2 (esposa) Eu nasci em Passos, Minas Gerais. A maior parte da minha vida eu vivi na roça eu tinha 14 anos quando vim para São Paulo em 1963, com o intuito de estudar ia fazer quinze anos. Naquela época as crianças podiam tirar a carteira de trabalho e entrei para uma firma no Tatuapé. Eu naquela para estudar. Hoje é o EJA e naquela época era o MOBREAL, como estava com 14 anos e no segundo ano escolar na roça eu tinha que fazer o MOBREAL, eu fiz na Catedral de São Miguel. Meu pai pediu para voltar para casa. E eu já estava preparada para entrar no ginásio, mas ele não deixou então eu tive que voltar

para roça, mas eu consegui estudar. Aquilo marcou muito para mim. Acredito que passamos no lugar que precisamos.

L3(marido)- Eu nasci em Iguapé, Minas Gerais e vivi até os doze anos, e depois eu vim para cidade eu estudei até a segunda série. Aconteceu um negócio que eu perdi meu pai com 45 anos e eu estava com 17 anos. Ficou eu e minha mãe e mais cinco irmãos menores, tive que sair para trabalhar e fiquei durante sete anos em uma Usina Hidroelétrica, depois eu vim para São Paulo e quando me casei. Aqui em São Paulo eu trabalhei durante 27 anos na Matarazo e me aposentei. Estudei até completar o Segundo Grau. Não cheguei a fazer mais. Teve a família e os filhos maravilhosos. Eu fui o filho mais velho que ajudou a minha mãe a sustentar os outros filhos. Minha mãe faleceu sete anos depois do meu pai. Minha irmã acabou de criar meus irmãos e eu tinha que trabalhar. Tinha dias que eu trabalhava 36 horas na Usina sem dormir, sem nada.

L1 Como vocês se conheceram?

L2 Eu tinha 21 anos e ele tinha 26 anos. Foi bem depois que nos conhecemos. Eu entrei depois de um tempo na escola. Eu e minha irmã nós queríamos estudar então decidimos fugir do meu pai e fomos para Belo Horizonte, tínhamos muita responsabilidade. Mas acabou que tiraram o poder dele sobre a gente. Hoje existe isso, mas na época era diferente. Minha mãe tinha problema mental. O que seria uma psicopata, mas na época ela ficava internada e mãe dele era a mesma coisa. Então o que aconteceu eu precisei trabalhar em casa de família para poder ter onde morar e estudar. Consegui entrar no ginásio em um Colégio Estadual em Passos entrei e terminei o ginásio e depois eu fiz um curso de auxiliar de enfermagem. Quando morávamos lá, o irmão dele também morava no mesmo lugar e ele trabalhava na mesma panificadora. Eles estavam procurando casa para alugar e ficaram perto da minha. A irmã dele quando uma faltava pegava matéria com a outra e uma vez eu fui na casa dele, e ele estava lá. Mas para mim eu não ligava para ele. E depois ele começou me investigar. O irmão dele era muito meu amigo e quando ele gostava de uma menina falava para eu ajudar ele. Era legal sabe. Era uma coisa sadia, com respeito. Era muito bom. Eu peguei fui falar com a mãe dela. E o irmão dele era uma pessoa tranquila e quando cheguei na casa dele com a menina chamei a irmã dele, porque não queria segurar vela para os dois. Ele perguntou se não poderia ir e eu falei que se ele quisesse poderia ir também. Depois da churrascaria e das coisas tudo, ele pediu para me levar em casa, eu já tinha mudado e foi quando ele pediu para namorar comigo. E tudo começou 3 anos e meio de namoro. Depois nos casamos.

L1 Teve algum lugar que marcou a vida de vocês?

L3 O meu foi antes de casado, na época eu trabalhei na Usina Hidroelétrica, foi a melhor época da minha vida, dava para sustentar a família. Mas muitas pessoas me ajudaram.

L2 Eu também sempre tive muita gente que me ajudou, o que recebi do pessoal de fora foi muito mais do que da minha família. Que era anos em casa. Era um tempo sofrido, mas que tinha muita ajuda. O melhor momento da minha vida foi poder concluir o ginásio que era a minha luta. Era difícil o sustento, mas consegui aquela vitória.

L1 Existe alguma fotografia do álbum de família que vocês gostam?

L2 Eu gosto de todas, principalmente sobre o batizado dos meus filhos. Você quer ver as fotos?

L1 Sim, por favor.

L1 E para o senhor tem alguma foto que gosta mais?

L3 As fotos antes do casamento não têm muito não. Mas eu gosto mais das fotos da família e da primeira filha.

L1 Vocês acham que a fotografia traz boas recordações para vocês?

L3 Com certeza traz boas recordações. Muita emoção. Esse quadro é uma relíquia para mim.

L2 Aqui estão as fotos. Essa é a foto do batizado da filha mais velha e é uma foto muito importante.

L1 Quem está nessa foto?

L2 Cunhada, meu irmão e minha filha. No batizado.

L2 Aqui é do meu outro filho A. foto do batizado dele.

L2 Essa foto da família reunida.

L1 Quando foi tirada essa foto?

L2 Foi tirada em 1979. Na igreja.

L1 De quem é essa foto?

L2 Essa é a foto de aniversário da filha mais nova. Foi muito gratificante essa foto.

L1 Essa foto foi tirada em São Paulo? Nessa casa?

L2 Sim, em São Paulo. Não foi tirada em Hermelino Matarazzo.

L1 Essa foto é da outra filha C. Que está com 38 anos.

L2 Essa daqui era da festa caipira, eu que fazia a roupinha. Meu filho também está nessa foto. Aqui fazendo bagunça na escola. Meus filhos não querem ter filhos. Casaram, mas decidiram que não querem ter filhos. Meu marido às vezes fala em querer ter neto. Mas eu prefiro mudar para o interior e fazer um trabalho voluntário. Meus filhos participam

muito da nossa vida. E trabalhei muito tempo, inclusive em creche. Hoje eu agradeço pelos filhos que nós temos.

L1 Vocês mostraram vários momentos diferentes, batizados, aniversários, casamentos e festas. Deu para notar a evolução da família.

L2 Sim, meus filhos sempre tiveram bons amigos inclusive nos casamentos todos amigos estavam presentes.

L1 Eu gostaria que cada um comentasse como é esse sentimento de ver essas fotografias.

L3 É uma recordação, essas fotografias são as que a gente mais gosta. Todas elas têm um sentimento bom. Não tem uma foto que eu falo que gosto mais, todas tem um carinho. Porque aquelas que não gostamos jogamos fora.

L2 Assim como ele falou, cada foto tem um sentimento, de muita luta. E o bom é que quando a gente olha para a foto vê a vitória de onde chegou, principalmente com o problema do meu filho que ele queria fazer uma faculdade, tinha uma moça que trabalhava em uma firma de costura que era nosso e depois ajudamos ela a fazer a faculdade e depois eles começaram a namorar. Meu filho gosta muito de ajudar. E é uma pessoa muito preocupada em ajudar as pessoas, e quando fazemos uma caridade estamos nos ajudando.

L1 As fotos de um modo geral ajudam a lembrar bons momentos

L2 Sim, quando fico em casa às vezes eu pego as fotografias, para lembrar momentos bons. E eu pedi muito a Deus para ajudar meu filho quando estava perdendo a visão. Mas meu filho fez engenharia, depois fez outra faculdade de Educação Física.

L1 Gostaria de saber o que vocês gostam de fazer no tempo livre?

L2 Gosto de ler, costurar e assistir uma televisão. De sair eu não gosto muito não.

L3 Eu gosto de dormir. Gosto de não fazer nada mesmo. Televisão e dormir.

L2 Eu também gosto de um jogo de memória, Caça-palavras. Todo dia eu gosto de fazer um pouco.

L3 Eu não gosto de livro, porque só serve para dar dinheiro para os outros. Não gosto. Só de televisão eu gosto, mais de notícia e novela.

L1 Já teve alguma dificuldade de fazer o caça –palavras?

L2 Eu gosto de fazer, às vezes é difícil colocar nas lacunas. Mas consigo fazer. Eu também gosto do joguinho Resta Um. Eu jogo sozinha.

L1 Vocês estão treinando a memória de certa forma.

L2 Sim, eu trabalhei até 2018. Agora está um pouco mais tranquila. E essa casa é grande demais para limpar.

L1 Já aconteceu de vocês esquecerem uma ação que acabaram de realizar?

L2 Sim, esquecemos. Teve uma vez precisei fazer um exame de urina e levei a bolsa e deixei tudo no banheiro, até a bolsa. Sorte que lembrei e pedi para a pessoa que entrou devolver. Já esqueci até comida no fogão.

L1 A senhora percebe que tem acontecido isso com frequência?

L2 Eu percebo que isso tem acontecido de forma isolada, porque gosto de fazer muitas coisas ao mesmo tempo e passei na gerontóloga e ela me passou alguns testes cognitivos e inclusive sugeriu o caça-palavras. Ela falou que era muito bom para ativar a memória. Já passei no psiquiatra e ele me passou remédio de ansiedade. E onde eu trabalhei tinha uma energia muito boa com os pacientes, mas depois que aposenta fica diferente. Mas quero ir para o interior e fazer um trabalho voluntário.

L3- Agora eu sinto dificuldade de falar, mas durante minha vida sempre tive vontade fazer eu fiz, mas esquecer eu sempre fui esquecido. Sofri um AVC. Dia 12 de outubro eu tive um AVC, perdi parte da locomoção motora e está recuperando. Fala e escrita eu percebi que não estava conseguindo, mas agora está melhorando muito. A escrita ainda é difícil. E agora estou fazendo a fisioterapia e tomando remédio.

L2 As pessoas perguntam, mas ele deveria ir em um fonoaudiólogo. Eu falo que uma coisa de cada vez, primeiro a fisioterapia depois a fono. Mas tem que ver primeiro com o neurologista onde ele vai mandar. Agora eu falei para ele sobre escrever. Que ele deveria treinar todo dia.

L1 Mas é importante respeitar as etapas, e reaprender no seu tempo.

L3 Antes eu estava com o andador. Agora consigo me locomover sem dificuldade.

L2 E meus filhos ficam com vontade de ajudar. E vão pesquisar o que podem fazer. E meu filho estuda fitoterapia e pesquisou alguns alimentos que podem ajudar.

L1 E vocês conhecem a doença de Alzheimer? O que vocês consideram dessa doença?

L2 Sim, acredito que essa doença é dividida em graus. Sendo o mais leve para o mais grave. O mais grave atrapalha. Às vezes nem reconhecer consegue. Mas é uma situação muito difícil um ser humano com Alzheimer. Já tive amigos que passaram por isso muito triste. Um mal muito grande que vai te definhando aos poucos, porque se você perdeu sua memória perdeu tudo, só falta parar o coração. É muito difícil.

L3 Eu não tenho experiência de pessoa que tenha sofrido com Alzheimer. Tive um irmão alcoólatra que acharam que tinha Alzheimer, porque estava esquecendo muito. Tem um cachorrinho lá que ele fica conversando e depois perguntamos com quem ele estava falando e diz que não estava falando. (Síndrome de Wernicke-Korsakoff) o médico

explicou que tem uma parte do cérebro guarda a informação antiga e outra parte do outro lado que guarda a atual. Onde fica mancha do cérebro dele é na atual. Fico pensando que ruim é para a família. Porque a pessoa nem sabe o que está acontecendo.

L2 Toda doença da mente é ruim. Igual a loucura. Assim como o câncer que não é tão doido como da mente. Porque você perde sua identidade. Você não sabe como é. O câncer você pode tratar e estar consciente e uma doença da mente você não tem consciência. Perde o que tem de mais valor para um ser humano. Muito difícil. Principalmente eu que trabalhei na área da saúde eu vi muitos casos de Alzheimer e é muito triste.

L1 A senhora faz algum acompanhamento médico?

L2 Faço. Nós fazemos os dois. Inclusive sou funcionária pública estadual. E agora temos convênio, porque passei no Hospital IAMSPE recente e sai do hospital com infecção de urinária e meu filho paga um plano de saúde Prevent por conta desse dia. Mas cada lugar é uma hora. Amanhã iremos ao cardiologista. Nós dois somos hipertensos. E eu fiz a retirada de vesícula, mas me arrependo. Eu fui no gastro e fiz um exame Laringoscopia, mas fiquei pensando. Não era vesícula e era refluxo e vou ter que conviver com isso. O resto não tive nada.

L3 Eu não tive nenhum diagnóstico. Tive um AVC. Tive labirintite.

L2 Eu percebi que ele não estava conseguindo falar e com dificuldade para andar.

L3 Eu só percebi que tinha algo errado quando a boca estava torta e não conseguia mais falar.

L1 Gostaria de agradecer a participação de vocês.

L2 Obrigada.

L3 Obrigado.

Transcrição 11 - Sujeito morador da Mooca, Zona Leste de São Paulo sem Alzheimer que vivem com a família

L1- Pesquisadora, L2- Sujeito da pesquisa

L1- Gostaria de saber sobre a sua história de vida?

L2- Sou A. Natural de Lins em São Paulo, tenho 72 anos estou em São Paulo desde 1961. Meu avô era delegado de ensino em Lins. Lá minha mãe conheceu meu pai que era diretor da escola e ela era professora e dois se casaram só que meu só viveu três anos, então nos fomos para Bauru e lá meu pai morreu eu sou de 1947, meu pai morreu faz 25 anos. E daí que eu fui criado pelos meus avôs paternos em Bauru. Em 1961 eu vim para São Paulo,

eu fui morar com meu avô por parte de mãe que ele era delegado, mas se aposentou em 1961. E daí nos fomos todos para São Paulo. Fiz os cursos normais quando eu cheguei aqui eu fui estudar no Colégio São Bento, isso em 1961. Em 1962 eu estudei no Colégio Starfford. Fui para um Ginásio Estadual em Santana fiz o científico no mesmo Colégio Padre Antônio Vieira. Depois disso fiz Faculdade na Escola Superior de Propaganda e Marketing, sou formado em Marketing depois eu fiz pós-graduação lá mesmo, em Publicidade atuei na área de Marketing durante cinco anos, e daí eu fui para a área de Publicidade, eu trabalhei em vários veículos: no PCI na Apeninos, na Folha Metropolitana de Guarulhos, no Jornal Olho Vivo em Guarulhos, Gazeta, Rádio Transcontinental, tudo na área de Publicidade e me aposentei quando entrei no jornal do Farol em 2013, faz seis anos que sou aposentado. Sou viúvo. Tenho duas filhas, as duas filhas são comissárias de bordo, uma trabalha na Tam e a outra trabalha na Gol, tenho dois netos. Um dos meus netos fez USP também fez Faculdade de história e hoje já está dando aula têm 23 anos dá aula em dois colégios particulares e ontem ele fez testes para um outro colégio. Ele está fazendo a segunda faculdade lá na USP em Gestão Política. Meu outro neto quer ser jogador de futebol está no sub17 do clube da Portuguesa, essa é minha vida. Eu agora estou namorando, mas eu moro no meu apartamento e ela mora na casa dela por enquanto gosto muito de viajar, gosto muito de dançar, também canto, faço academia no Sesc, faço natação, sou católico apostólico romano, sou da pastoral do batismo há 40 anos dou curso de batismo. Acho que é isso mais alguma coisa?

L1 Sim. Quería saber se teve algum lugar que marcou sua vida?

L2 Bauru, onde eu vivi minha infância e adolescência até os 14 anos. Marcou a minha vida.

L1 Tem alguma imagem específica de Bauru que o senhor se recorda?

L2 A casa dos meus avós tinha uma árvore frutífera, tinha galinheiro, um lugar muito gostoso para brincar, tanto que quando cheguei em São Paulo em 1956 eu falei voltar para Bauru e voltei e fiquei até 1961, porque adorava Bauru. Estou sempre lá tenho tios que moram lá estou sempre lá e em Agudos, Marília, Araçatuba. O interior todinho gosto demais.

L1 Tem alguma fotografia do álbum de família que o senhor gosta?

L2 Tenho. Vou te mostrar. Gosto dessa fotografia eu pequenininho meu pai Armando, esse casal no centro são meus avós, e do lado do meu avô minha mãe e meu pai e toda a minha família meus tios e tias, primos e eu estou no colo da minha mãe.

L1 Que tipo de lembrança e sentimento essa fotografia trás?

L2 Muito boa. Eu não conheci meu pai. Eu tinha dois anos quando ele morreu. Então eu não lembro quase nada do meu pai. Só por fotografia. Agora minha mãe, quando meu pai morreu ela voltou a dar aula e ela foi tudo para mim, meus avôs paternos e maternos, minha mãe e minhas tias são pessoas que me criaram.

L2 Tenho uma outra fotografia das minhas filhas e tenho da família. Como te falei estou sem óculos, então dificulta mais, mas dá para enxergar. Aqui está a minha família eu, lá no fundo, minhas filhas, minha namorada e esse daqui meu neto, meu genro, meu outro genro. Essa fotografia foi tirada na casa da minha filha.

L1 Tem mais alguma fotografia que o senhor gosta?

L2 Tenho foto com minha namorada, na semana passada fizemos um Cruzeiro e fomos até Búzios. Aqui eu tenho umas fotos dela junto comigo. Aqui ó. Essa foto eu tirei em Búzio e nos pegamos esse Navio MSC e estamos indo com um barco enorme, porque o navio ele não chega, porque é enorme. Então nos temos que pegar esse Barco grande também. Parece um prédio tem 18 decks, ficamos no 13 deck. Aqui e outra fotografia eu com minha namorada essa é parte de trás do Navio na Popa. Essa outra foto já é a Proa a parte da frente e aqui estamos em um ofurô. Tem piscinas também. Tenho boas lembranças e boas recordações de momentos alegres e felizes, momentos de lazeres.

L1 O que o senhor gosta de fazer nos tempos livres?

L2 Gosto de ler, assistir filmes, fazer academia, jogar tênis, dançar, cantar, namorar e viajar. eu estou programando uma viagem para Holanda, estava falando com meu neto que tem uma viagem para Alemanha e seus pais foram ontem e ele tinha uma entrevista em um colégio e volta só em janeiro e minha filha foi ontem e volta dia 28. Gosto de viajar pelo Sesc também conheço o Sesc Pantanal, Guarapari, Caldas Novas, Caiobá, Copacabana e o Bertioga. O Bertioga já fui umas sete vezes. gosto de viajar.

L1 O que o senhor entende pela Doença de Alzheimer?

L2 acho algo muito triste, os idosos deveriam fazer bastante exercícios e leituras para não deixar o “alemãozinho” tomar conta da mente da pessoa. A mãe da minha namorada está com Alzheimer, ela geralmente esquece as coisas, ela só lembra de coisas antigas, das atuais ela não lembra quase nada. E quando lembra de coisas antigas, porque de vez em quando ela viaja e vai embora. Ela fica em outro mundo. Acho terrível. Ela tem também artrite e reumatoide, além do AVC. Ela é cega, muda e só fica deitada. Ou seja, quase um estado vegetativo. O Alzheimer é muito triste e a gente precisa se prevenir eu vou fazer 72 anos, mas ninguém me dá essa idade porque sou bastante ativo, estou sempre procurando fazer algo e não ficar sem atividade.

L1 Tem algum diagnóstico de doença?

L2 Eu me trato com homeopatia, não gosto de alopatia. Eu não tomo remédio algum. Alguns anos há trás eu fui diagnosticado com Hepatite C então eu fazia os exames e minha carga viral era pequena e não precisava fazer tratamento e surgiu uma vacina pela Anvisa e sumiu o vírus e deu não detectado e eu faço exame de próstata. Não tomo remédio algum. Já tive hepatite C. Faço como prevenção um tratamento do Dr. Luis Moura, auto-hemoterapia. Tratamento simples, preço baixo, ativa seu sistema imunológico. Tira sangue e com seu próprio sangue aumenta os anticorpos. Elimina tudo que é vírus e bactérias.

L1O senhor tem observado alguma diferença?

L2 Muita diferença. Auto-hemoterapia. Tira 5ml de sangue e depois injeta e ativa os hematógrafos vai para 22% e quadruplica seu sistema imunológico e já tem vários relatos de cura e se tivesse divulgação disso teria acesso para pessoas de classes baixas.

L1 Agradeço a entrevista.

L2 Eu que agradeço e estou ao seu dispor.

Transcrição 12 - Sujeito morador do bairro Jardim São Paulo, Zona Norte de São Paulo sem Alzheimer que vivem com a família

L1- Pesquisadora, L2- Sujeito da pesquisa

L1 - Gostaria de saber sobre a sua história de vida?

L2- Sou brasileiro, nascido na cidade de São Paulo, família de origem lusitana. Antes de falar sobre minha ida para Portugal. Sofri um atropelamento, fiquei seis dias em coma. Recuperei sem sequelas. Fui para Portugal e lá vivi até os doze anos, foi a fase que considero mais incrível e a sorte de ter uma família muito bem estruturada com recursos financeiros, então eu vivi muito bem e feliz. Voltamos ao Brasil tinha 12 anos e meio, a vinda não foi tão maravilhosa, mesmo assim tive uma vida confortável, passei minha adolescência tranquilo, depois fiz faculdade de Administração de sistemas, trabalhei como funcionário público e lá conheci minha ex-mulher tive um filho em 1990, não é biológico. Mas é meu filho. Mas acabamos nos separando. Conheci minha atual esposa que estamos juntos há três anos. Estou aposentado, descobri alguns problemas de saúde, mas me sinto muito bem. E teria detalhes interessantes durante essa jornada toda, mas eu quis fazer um comentário muito rápido para falar de 64 anos de vida, mas se for para fazer um histórico rápido é isso daqui.

L1 Sobre a sua escolaridade, o senhor cursou uma faculdade pode comentar um pouco mais?

L2 Eu fiz um curso técnico de mecânica. Estudei na PUC de Campinas fiz Análise de Sistemas terminei e depois eu fiz na USP Administração de empresas, essa minha formação de nível superior. Não fiz doutorado ou mestrado, nem pós-graduação de nada.

L1- Esses lugares que marcaram sua vida, comentou brevemente, pode falar mais um pouco?

L2- Tenho cenas que marcaram, não sei se foi por influência dos meus pais que narram o meu acidente que sofri, fui atropelado por um taxista e precisei ir ao Hospital das Clínicas e fiquei internado devido a gravidade do problema, fiquei em coma por seis dias e todos me questionavam “sabe quem eu sou?” e eu tenho uma imagem curiosa do meu tio fazendo essa pergunta, com sonda no nariz e levando espetada por todo lado, soro e todos preocupados porque o médico falava que teria várias sequelas, mas não tive nada o fato é esse. Eu respondia ao meu tio que sabia quem era ele. E me marcou também a viagem para Portugal e fiquei durante 6 anos. E meu pai tinha padaria e eu não poderia ficar com ele em Portugal, mas em uma das viagens ele levou um avião caro como presente para meu primo e eu não ganhei. E criança sabe como é. Eu já comprei para meu sobrinho um brinquedo sabendo disso. Outros momentos que marcaram foram meu casamento, adoção do menino tive que trabalhar isso, depois que a criança veio para casa e mãe biológica veio pedir dinheiro. Sofri, chorei, mas fiquei bem. Minha separação que já era algo decidido e quando meu filho tinha 16 anos eu resolvi separar, tinha um grande potencial quando criança e hoje ele tem um suposto quadro de esquizofrenia e pode ter Asper autismo. E no segundo casamento sou mais feliz tenho uma união bem marcante, pois em quatro meses tinha certeza.

L1 Tem alguma fotografia do álbum de família que o senhor gosta?

L2 Não tem nada específico. Gosto de uma foto minha terminando o curso técnico na Federal e uma foto minha pequeno quando tinha 1 ano. Essa fotografia sou eu e meu irmão gosto bastante, tenho 1 ano de vida. Outra fotografia com 6 anos de idade em Portugal e deixei um pai no Brasil e isso me incomodou bastante, passaram alguns anos e tínhamos o hábito de ir para a praia e gostava de andar de patinete, essa fotografia é o fundo da minha casa, meu irmão metido a Lord inglês, eu e meu cachorro. Fotografias minha de bicicleta. Tenho 17 anos nessa fotografia Escola Técnica da Federal de São Paulo. Só tinha uma mulher na minha turma, não tinha fotografia colorida naquela época. Agora vou mostrar algumas fotografias coloridas com 26 anos em 1982. Nessa fotografia estou com

meu irmão, uma prima que veio de Portugal para conhecer o Brasil. Vou mostrar uma outra foto, que sou eu, minha primeira esposa no batizado do meu filho, essa outra fotografia é bem bacana. Tem essa com a família reunida, meus sogros, sobrinhas, esposa e eu. Gosto dessa foto minha com meu filho e minha ex-esposa. A Renatinha é uma menina que apadrinhei. Eu tenho essa foto com o cabelo longo um pouco mais velho, no sindicato. Eu tenho uma curiosidade que meu filho nasceu em 1990 e meu enteado também é de 1990. Meu filho achei que não pudesse ter qualquer tipo de doença até porque sua irmã Renatinha tem autismo e meu filho tem deficiência mental grave. Não come, não bebe, depende de uma pessoa para usar o banheiro. Tenho fotografia da minha esposa e o enteado que somente se alimenta com sonda, pesa 40 quilos com 1,80m. Faz tratamento.

L1 O que senhor gosta de fazer no tempo livre?

L2 Gosto de pedalar, correr, nadar, pilates, yoga, conversar, passeios gastronômicos. Comer é uma paixão. A herança da família diabetes e cardíaco. Mas a culpa é minha, pois não tive hábitos saudáveis. Gosto mesmo de um bom bate-papo e um xadrez.

L1 O que o senhor entende pela Doença de Alzheimer?

L2 Pesquisei sobre a Doença de Alzheimer, pois meu pai teve a doença e conversei muito com o neurologista, e está relacionada a idade. Hoje a gente observa muitas pessoas com a doença, segundo o neurologista é estimado que 60% dos idosos terão Alzheimer, já herdei a diabetes e a hipertensão espero que seja somente. Foi muito dolorido saber que ele foi perdendo a memória, aos poucos esqueceu que tinha de seus amigos e as pessoas de Portugal. Isso acaba atrapalhando. Tenho algumas esperanças inclusive, sobre células tronco que não teria tanto trabalho. E saber que seu pai está fazendo xixi na sala e achava que estava no banheiro, tirava a roupa e falava pai você está sem roupa ele falava você está louco. Eu me lembrava da Angelina minha mãe que sofria muito, e ela não era a esposa dele. Eram vizinhos e amigos desde a infância, se envolveram na fase adulta e resolveram se casar.

L1 O senhor tem algum diagnóstico de problemas de saúde?

L2 Descobri a diabetes com 44 anos e eu percebi que todo o lugar que ia precisava beber água e urinar. E há dois anos tive um quadro cardíaco e tive a isquemia do miocárdio fiz angioplastia, coloquei dois stents devido as obstruções.

L1- Faz algum acompanhamento médico?

L2 Faço acompanhamento médico. Mas sou relaxado. Estou usando insulina, mas as vezes abuso. Tenho passado com o clínico e fui proibido de algumas atividades físicas.

L1- O que o senhor tem feito para contribuir com sua saúde já que foram restritas algumas atividades?

L2 Eu posso contribuir negativamente, comendo tudo errado. (risos) Faço meus exames, tenho acompanhado com a endocrinologista e com a medicação. Nada grave, espero que melhore. Eu preciso melhorar minha alimentação. Faço Yoga que ajuda muito a dormir, técnicas de relaxamento e meditação. Ajuda até a glicemia e a pressão também melhora.

L1 Agradeço a entrevistada

L2 Eu que agradeço. Fico a disposição.

Transcrição sujeito 13 - Casa de Repouso Residencial Ágape com diagnóstico de Doença de Alzheimer

L1- pesquisadora L2 – Sujeito da pesquisa (feminino)

L1- Gostaria de saber sobre a sua história de vida? A senhora sempre morou em São Paulo?

L2- Não, ... agora não tem.... só neto. De vida é só eu mesmo. Eu que fico na casa eu que faço tudo. Ficou tudo na minha mão. Eu que compro e faço tudo.

L1- A senhora foi casada?

L2- Não. Faço compra pequena só para mim. Quando não quero minhas meninas vai e faz. Né. Vai faz e traz. Vai fazer para elas e dizem “a senhora não vai fazer, a gente vai fazer para a senhora, a gente se vai unir e faz para senhora não ficar carregando peso. Às vezes eles dão uma ajuda.

L1- O que a senhora gosta de fazer no tempo livre?

L2- Qualquer um, não tem gostoso não. Eu como qualquer coisa. Agora quando os meninos vêm ficam comendo comigo, eu faço mais melhor um pouquinho.

L1- O que a senhora gosta de fazer?

L2- Bater um pouco e é bom pra mim também, porque eu faço melhor e como melhor.

L1- Muito bem. E a senhora lembra como foi na roça?

L2-Não tenho. (vira o rosto) Tinha. Mas um foi pegando, outro foi pegando. (fecha os olhos) Foi acabando. Não tem mais móveis essas coisas.

L1- A senhora saiu da roça e veio trabalhar em São Paulo ?

L2- Tá lá. Eles estavam na casa em que eu estava. Fui saindo eles foram para lá. Mais dos filhos que para mim. Agora estou morando aqui. Antes eu morava lá. Dormia tudo lá.

L1- Onde era lá? A senhora lembra?

L2- Dormi, comer. Tudo.

L1 – Certo. E a senhora tem álbum de fotografia em casa da senhora e da família.

L2- Tenho. Mas é difícil eu pegar. Tá tão velho. Fica jogado lá. Tem quando eu me casei.

(sorri)

L1- E como foi o casamento?

L2- Foi tudo o que se manda num casamento eu quis. Eu exigi. Ninguém casa porque tá com filho. Já é mãe antes de casar-se. Outra já foi engravidada já tem um filho com dois anos, então. Eu já não (sh...?) quis tudo o que achava que merecia. Uma menina que não casa. Não fica com boa fama. Se não compra uma roupinha mais bonitinha para se casar, também não, já.... Eu não quis. Não sei se outras quiseram. Também exigia comprar a roupa de casado, casar eu casei com tudo em cima. Mesmo o sapato foi branco.

L1- Olha que bonito.

L2- Casei com tudo que tinha.

L1- Com quanto anos a senhora se casou?

L2(corte de turno) E eu pensava que minhas filhas ia pegar um. Não. Casaram a outra migrou (juntou), estragou tudo. Estragou o tinha que estragar. Deixa para lá. Que hoje não é exigente que entre primeiro. Antigamente, casava mesmo a mãe exigia e se não achasse o casamento direito, não. O menino ia cair fora da casa dela, ainda com um pedaço de pau. Minha mãe é brava. Ela falava a única filha que era mais boa foi a G. (refere-se a si na terceira pessoa) . A G. fez tudo na hora. Eu tinha 17anos quando casei. Mas com tudo que tinha direito, casei na igreja e no civil.

L1- A senhora teve filhos. Quantos filhos?

L2- (Pausa longa, balança a cabeça sinalizando afirmação e cruza os braços) Era de gente... o casamento delas ...era o casamento igual o meu. Mas não deu certo. Namorou, mas não casou. Foram morar junto. Não chegou a casar. Um morreu. Teve problema na cabeça, “celéfago” (encefalite) que tem na cabeça. Outro já nasceu doente, retardado morava comigo, morreu também. Ele gostava tanto da minha irmã, aquela minha irmã me fez chorar muito. Namorou 12 anos, quando ela morreu, minha mãe foi ... fez a maior (baixa a cabeça e olhar, coloca a mão na cabeça) funeral dela. Até hoje dá vontade de chorar. Então nós vinha doente por causa que já vinha de nascença. Ela nasceu (pausa) com problema. Ela já não falava direito. (mm..) (emociona, os olhos lagrimejando e tom de voz fica mais trêmula) e para lembrar essas coisas, olha se pode (suspira) ora que eu pego ela. Monte de. Tudo velho já. No casamento meu ... tá achando com cara de suja. Quanto tempo. Faz 50 anos que eu casei. Ou quarenta e pouco.

L1-Seu marido ele está vivo?

L2- Tá. Parece que é quarenta e seis. Coisa assim. Já acabou a vida. Agora é ter uma neta.

L1- E o seu marido está vivo?

L2- Não ele morreu não tinha nem 30 anos. Morreu muito novo. Teve uns problemas na cabeça que atingiu a morte dele. Bebia as coisas. Não fazia um regime. Não pedia para Deus ajudar ele. Foi embora. Eu também achei que era para eu ter morrido. De tanto trabalho que eu tenho. Ele não deixa aquele Deus de jeito nenhum. Noss.. eu saio da porta já “Deus me ajuda pelo amor de Deus para não acontecer nada para mim, nem para ninguém da minha família “ e vou falando e pedindo para Deus ajudar a gente e gosto de ser um pouco religioso, né. Aí eu já saio um pouco e rezo. Para as coisa tudo melhorar para gente.

L1- Dona G. ..

L2 – Olha!

L1 – O que foi?

L2- Essa... Esse negócio, registro ...me lembrou esse do meio aí.(olha para cima e aponta).

L1- Dona G. quando a senhora lembra das imagens das fotografias , ajuda a senhora a lembrar das pessoas? Por exemplo a fotografia do seu casamento, ajuda a senhora a lembrar daquele momento.

L2- Ajuda. Mas só que às vezes estraga. E a gente tá apoiando. E ali tem um assento para gente, então a gente guarda bem guardadinho.

L1- E a senhora ainda tem?

L2- Eu tenho.

L1- A senhora tem a fotografia aqui?

L2- Gesticula os braços(sinalizando não saber)

L1- A senhora tem alguma fotografia que guarda até hoje?

L2- Não ligo mais. Morreu . A gente deixou tudo já. Mas o serviço um dinheirinho para entrar para a gente. É o que eu faço. A hora que eu puder vou no tanque lavar uma roupa, pego o ferro e vou passar. A minha nora “Jess” chega. Passar um pouco de roupa é num instante. Tenho só dois filhos. É coisa fácil. Ainda são casado. Eu passar roupa. Só se for ... não posso porque já tem as mulher deles.

L1- A senhora tem netos?

L2- Tem uma porção.

L1- Um monte?

L2 Só de meninas tenho já umas quatro. Só de meninas. O homens parece que é cinco. Mas agora vivo é só dois. Tenho um que morreu, outro mudou para longe e faz tempo que não vejo ele. E os problemas. Bom vamos lá.

L1- Muito obrigada.

L2- Você me ajuda a descer?

Transcrição sujeito 14 - Casa de Repouso Residencial Ágape sem diagnóstico de Doença de Alzheimer. (tempo 18 minutos)

L1- pesquisadora, L2- sujeito

L1- Gostaria de saber sobre a sua história de vida?

L2- Eu não tenho história de vida . Era uma criança normal. A minha mocidade foi muito boa graças a Deus, meus pais que me ajudaram e auxiliaram. Eu não casei porque eu não quis (aumenta o tom de voz), não casei porque eu não quis. Tanto é que estou quase com cem anos.

L1- E teve algum lugar que marcou a sua vida?

L2- Não lembro. Nada de nada. Só lembro da minha idade e olhe lá. Foi no ano que velejei no 15 de maio de 1922 fiquei falando e nunca esqueci.

L1- A senhora tem algum álbum de fotografia em casa?

L2 – Não, nada.

L1- A senhora gosta de fazer no tempo livre?

L2- Gosto de fazer serviço de casa. Dona de casa.

L1- A senhora sempre foi dona de casa?

L2- Sempre. Sempre ajudei a família. Sempre corri com todos eles.

L1-A senhora gosta de fazer tricô , assistir televisão ou escutar música?

L2- Não, nada. Já enjoei da vida. A gente cansa viu filha. Cansa.

L1- A senhora sabe o que é o Alzheimer ?

L2- Al... o quê?

L1 – Essa doença Alzheimer, já ouviu falar dessa doença?

L2- Já ouvi falar dessa doença, por fotografia no jornal e na revista. Mas não estou bem antenada no assunto.

L1- A senhora tem algum diagnóstico de alguma doença?

L2- Não L1- Mas a senhora sempre faz tratamento?

L2-Sempre segui. Minha consulta era todo ano. Dentista todo ano. Tanto é que eu troquei de dentista e acabei perdendo todos os dentes.

L1- Agradeço a participação da senhora.