MEMÓRIA E CLÍNICA: ASPECTOS CORPORIFICADOS EM RELATOS DE SUJEITOS COM ALZHEIMER EM CONSULTAS CLÍNICAS

SIMONE ALENCAR FRONZA

RESUMO

O presente artigo analisa duas interações que acontecem em uma situação de consulta clínica neuropsicológica das quais estão presentes um médico, um paciente diagnosticado com Alzheimer e uma acompanhante. Com a análise de dois excertos retirados do corpus DALI - Doença de Alzheimer, Linguagem e Interação (Cruz, 2008), procuramos analisar o papel do corpo nestas interações a partir de uma perspectiva multimodal que vem crescendo desde a virada corporificada (embodied turn - Nevile, 2015; Mondada, 2016) e com estudos que abordam aspectos corporificados em interações envolvendo sujeitos com Alzheimer (Hydén, 2013). Obtivemos como resultado de análise, a evidência de como relatos que a priori parecem confusos, fragmentados e/ou sem sentido são relatos que expressam uma atividade narrativa de engajamento dos sujeitos com Alzheimer na interação e que quando analisados considerando-se os aspectos corporificados constituem momentos de produção de elementos narrativos. Nesses relatos que emergem em momentos específicos com fim de justificar o que é considerado um equívoco, demonstraram que o direcionamento de olhar pode selecionar o interlocutor a quem será dirigido a justificativa, ou quando voltado para baixo e acompanhado de pausa indica um lapso de memória; e um gesto cobrindo o rosto com as mãos pode demonstrar embaraço pelo erro no teste e sua manutenção indica o teor pessoal e subjetivo do relato. Além disso, este trabalho contribui para o estudo do corpo, conjuntamente com a fala, como parte central das interações em que participa um sujeito diagnosticado com Doença de Alzheimer.

PALAVRAS-CHAVE: Alzheimer; Multimodalidade; Interação corporificada.

INTRODUÇÃO

O Alzheimer é uma patologia cerebral progressiva que afeta a cognição, a memória, a linguagem, as relações sociais e a organização de suas práticas. Nas palavras de Cruz (2008):

> A Doença de Alzheimer (doravante, DA) é clinicamente definida como uma patologia cerebral degenerativa, cuja causa é ainda desconhecida. Ela afeta os níveis superiores de funcionamento cognitivo e é caracterizada por múltiplos déficits que comprometem o funcionamento mental e social do indivíduo. A DA não altera apenas as estruturas neurológicas, mas os processos cognitivos, a linguagem, a interação e a organização das práticas sociais cotidianas. (CRUZ, 2008, p. 9)

Os lapsos de memória e desorientação podem emergir em momentos quaisquer das atividades sociais e rotineiras das pessoas que lidam com a Doença de Alzheimer. Alguns exemplos clássicos são: guardar um livro na geladeira, esquecer o caminho de casa, não se lembrar o nome dos filhos, para citar alguns. O relato dessas dificuldades pode aparecer em uma situação que pode ser definida como não-confortável, que são as consultas clínicas.

As consultas clínicas são situações sociais que levam os sujeitos na posição de paciente a contarem suas dificuldades e problemas de saúde a um profissional da área médica que se dispõe a escutar e avaliar as condições às quais esses pacientes se encontram. Nesse tipo de situação interacional, o médico faz perguntas que levam os pacientes a relatarem sobre si mesmos, como, por exemplo, questões sobre a rotina, sobre alguma condição de saúde que afeta alguma atividade social etc.

Nesse sentido, as interações clínicas em que participam sujeitos com Alzheimer são tomadas por perguntas que levam o paciente a contar os impedimentos da rotina diária de se vestir, escovar os dentes e se alimentar, por exemplo, já que essas são as dificuldades mais comuns tratando-se de uma doença que afeta a memória dentre outros processos cognitivos. Em meio a esses relatos sobre rotina, podem ocorrer lapsos de

memória, embaraços e confusões mentais, e as consequências disso podem ser um relato pessoal fragmentado no ponto de vista da fala, ou até mesmo confuso. Por vezes, um relato ou um esboço de relato também pode levar o acompanhante do paciente a relatar algo pelo ou sobre o paciente impedindo ou interrompendo o paciente de relatar por si mesmo. Diversas são as razões para tal, para nomear duas: a) em consultas clínicas, o acompanhante pode se tornar um avaliador de verdades e mentiras contadas pelo paciente, isto é, o acompanhante ocupa uma posição na qual, supõe-se que, ele está hábil a relatar o que de fato acontece no cotidiano do paciente, enquanto este último não possui as faculdades mentais seguras para relatar algo verídico. b) em meio às perguntas feitas pelo médico, o paciente pode não se lembrar a resposta ou não saber responder à pergunta e, assim, nesses momentos, o acompanhante pode responder no lugar do paciente.

Neste artigo buscamos compreender essas formas de narrar em meio aos fragmentos da fala, nas pausas, nas confusões, interrupções e embaraços, nos voltando para os aspectos corporificados das interações, que nos ajudam a pensar nas lacunas deixadas pela fala, portanto, com um olhar voltado para as múltiplas modalidades da interação. Para este artigo faremos uso da noção de multimodalidade descrita por Mondada (2016) que diz que: "o termo é usado para se referir a vários recursos que são mobilizados pelos participantes para organizar suas ações – como gesto, olhar, expressões faciais, postura corporal, movimentos do corpo, e também prosódia, léxico e gramática." (MONDADA, 2016, p.338).

Nessa perspectiva, a fala é uma dentre as várias modalidades que os participantes mobilizam para construir uma interação intersubjetivamente; qualquer recurso, seja ele corporal ou material, pode ser utilizado pelos participantes para estabelecer sentido e realizar ações através da interação com o outro; e, a depender do tipo de atividade ou ecologia, um tipo de recurso pode ser mais utilizado do que outro, por exemplo, a fala mais do que gestos ou vice-versa (MONDADA, op. cit.).

Ao trazermos essa perspectiva de análise corporificada para o campo das demências, como é o caso do Alzheimer, nos deparamos com os estudos de Hydén (2013) que está interessado em como as múltiplas ações organizam e coordenam a interação levando-se em conta o fator da perda cognitiva ocasionado pela Doença de Alzheimer. Considerando aqui, as consultas clínicas nas quais participam esses sujeitos e o que a análise dos aspectos corporificados podem deixar ver nos momentos em que não há fala ou nos momentos em que os gestos coocorrem com a fala.

A seguir traremos uma discussão acerca dos aspectos corporificados em interações em que participem sujeitos com Alzheimer, do conceito de narrativa e a adaptação dele dentro desta pesquisa, os procedimentos metodológicos e analíticos de trabalho com os dados realizados para este artigo e a apresentação e discussão dos dados.

O movimento "Virada Corporificada" e sua repercussão nos estudos interacionais sobre Alzheimer

Recentemente tem-se identificado um movimento chamado de virada corporificada (embodied turn - NEVILE, 2015, MONDADA, 2016). Segundo Mondada (2016), esse movimento propõe a inclusão da corporificação nos estudos interacionais, isto é, como as pessoas se comunicam e se reúnem, a ecologia das atividades que se engajam e o ambiente material e espacial. Estes estudos constituem uma tentativa de integrar estudos prévios sobre linguagem e novos estudos sobre o corpo e promover abordagens multimodais da interação. Além disso, como acrescenta Cruz (no prelo) a partir do conceito de virada corporificada descrita por Mondada (op. cit.):

Uma perspectiva multimodal oferece assim a possibilidade de fazermos uma descrição desses vários tipos de recursos multimodais mobilizados na interação dentro de um enquadre analítico (o sociointeracional) que reconhece a diversidade e a especifi-
i
dade sistêmica desses recursos semióticos usados pelos participantes na interação, ao mesmo tempo em que se preocupa em compreender e descrever como tais recursos in-

teragem uns com os outros para construirmos localmente nossas ações, dentre elas, a fala-em-interação. Esses recursos seriam de naturezas semióticas distintas: linguísticos (aspectos gramaticais, prosódicos, sintáticos, entonacionais e léxicais, por exemplo); corporais (posturas corporais, gestos, direcionamentos do olhar, mímica facial, movimentos da testa, postura do corpo, etc) e materiais (relações múltiplas que temos de manuseio, referência, percepção de objetos, sensorialidade com elementos do espaço físico). (CRUZ, no prelo)

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

Na linha de estudos sobre corporificação e Alzheimer, Hydén (2013) afirma que o foco na análise de narrativas produzidas por sujeitos diagnosticados com Alzheimer diz muito sobre a descrição de suas habilidades em contar uma história, isto é, sendo a narrativa uma atividade complexa que envolve produção linguística entre outras atividades cognitivas em que um sujeito com Alzheimer apresenta dificuldades, ao observar esta produção apenas pelo ponto de vista textual e/ou discursivo, observando, por exemplo, a coerência dessa produção, fica claro que os resultados dessa observação se concluirão de forma negativa, com a afirmação de que estes indivíduos são menos competentes quando se trata de produzir uma narrativa.

Desta forma, Hydén (2013) propõe uma mudança do foco em aspectos textuais das narrativas para aspectos da performance de contar uma narrativa (embodied aspects). Esta visão também implica na mudança do foco do indivíduo descontextualizado que conta a história para a interação desse indivíduo com os participantes que interagem com ele. "Enfatizar os aspectos colaborativos da narração de histórias, assim como os aspectos incorporados, transfere ainda mais o foco da corporificação como um fenômeno expressivo individual para as maneiras pelas quais ela serve como um recurso interativo (Young, 1997)." (HYDÉN, 2013, p. 360).

Para Hydén (2013), olhar para o corpo significa assumir que

> indivíduos que participam em conversas face-a-face estão fisicamente presentes. Isso significa que eles podem utilizar seus corpos como recursos comunicativos, já que seus corpos são "objetos" visíveis aos quais é possível atribuir significado (Goodwin, 2000a; Kendon, 1990). Conversas face-a-face são, nesse sentido, corporificadas. (HYDÉN, 2013, p. 360)

Com base neste estudo, podemos notar que a pesquisa que propõe uma perspectiva corporificada de interações pode apontar para aspectos ignorados apenas com o estudo da fala, e avança também nas pesquisas sobre Alzheimer, na medida em que os gestos são parte integrante do mesmo processo da fala (MCNEILL, 1992) e o corpo um recurso comunicativo na interação face-a-face.

A seguir vejamos uma breve discussão em torno do conceito de narrativa e a adaptação realizada no escopo deste estudo.

UMA BREVE DEFINIÇÃO DE NARRATIVA, SEUS DESDOBRAMENTOS E COMO OCORREM EM INTERAÇÕES CLÍNICAS COM SUJEITOS DIAGNOSTICADOS COM ALZHEIMER

Bastos e Biar (2015, p. 99-100) definem: "narrativa, pré-teoricamente, como o discurso construído na ação de se contar histórias em contextos cotidianos ou institucionais, em situações ditas espontâneas ou em situação de entrevista para pesquisa social.".

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

A narrativa de sujeitos diagnosticados com Alzheimer, nesse sentido, são a forma pela qual esses sujeitos contam sua experiência com a doença, mobilizam memória e discurso.

A narrativa passa a ser, então, mais que uma

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

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

Na interação há uma conexão entre os participantes, o narrador que conta a história está compartilhando parte de sua vida ou de alguém conhecido, sendo assim, o ouvinte daquela história tem, necessariamente, que estar envolvido emocionalmente com aquele que narra. Entretanto, o nível de envolvimento durante a interação depende do nível de envolvimento que os participantes possuem (amigos, vizinhos, parentes, conhecidos etc.). Ademais, o desenvolvimento da interação com a inserção de mais narrativas ou não, também depende do grau de envolvimento e isso é sinalizado de alguma forma na interação (BASTOS E BIAR, op. cit.)

Narrativas que emergem em contexto institucional, por exemplo, têm um grau de envolvimento muito menor entre os participantes, já que, em sua maioria, são pessoas desconhecidas que interagem entre si; porém, isso não impede a narração de uma história.

Alguns estudos prévios como os de Clark e Mishler (2001), identificaram que os contextos de consultas clínicas são férteis na produção de práticas narrativas. Durante uma consulta clínica somos convidados a falar de alguma doença ou do que está havendo com a nossa saúde e somos assim, no limite, convidados a falar de nós mesmos. Esses mesmos estudos também identificaram que, nesse contexto, as narrativas muitas vezes são interrompidas e o que o paciente tem a contar sobre sua doença ou sobre si mesmo pode não ser ouvido.

E é a partir disso que é necessário ressaltar que o que chamamos aqui de narrativa, não é uma narrativa completa como descrita por Bastos e Biar (2015). Como é possível prever a partir da descrição da Doença de Alzheimer, o sujeito que lida com essa doença, como já dito anteriormente, enfrenta perda de memória e dificuldades cognitivas que fazem com que suas capacidades de narrar possam estar afetadas, sendo assim, as narrativas que aqui serão estudadas não são narrativas inteiras, com começo, meio e fim, que contam uma história completa, mas relatos. Também é preciso levar em consideração que são narrativas produzidas em ambiente clínico, com a presença de um profissional que está avaliando qualquer relato feito pelo paciente e pelo acompanhante, em que este último está se referindo ao paciente. Portanto, essas produções são relatos que podem ser iniciados e logo em seguida abandonados, podem expressar uma tentativa de narrar (a qual podemos identifi-
i
car verbalmente ou corporalmente) ou pode apresentar uma interrupção por outro participante da interação. Em resumo, são elementos narrativos que buscamos nessas interações clínicas. Elementos que expressam, mesmo que minimamente, uma história (ou esboço dela), um traço subjetivo, um relato de rotina ou algum outro elemento autobiográfico.

A seguir vejamos os procedimentos metodológicos e analíticos realizados para este artigo.

O CORPUS DALI: COMPOSIÇÃO E EXPLORAÇÃO MULTIMODAL

O corpus DALI - Doença de Alzheimer, Linguagem e Interação (CRUZ, 2008) é constituído de interações em ambientes institucionais (hospitais e casas de repouso) e nãoinstitucionais (reuniões em família e conversas entre amigos) com diversos interlocutores, como pacientes com Alzheimer e seus familiares, amigos, conhecidos, médicos etc. As interações foram gravadas com equipamento audiovisual. Para fins deste artigo, foram selecionados dois registros em vídeo de interações em ambiente institucio-

nal, uma consulta clínica livre e uma consulta com aplicação de teste avaliativo do estado neurocognitivo, que foi transcrita com base na notação de transcrição multimodal proposta por Mondada (2016), respeitando os aspectos de temporalidade e sequencialidade dos recursos verbais e corporais mobilizados pelos participantes da interação e que colaboram com o que esta pesquisa pretende mostrar.

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

Figura 1 - Funções do ELAN



Fonte: Captura de tela do ELAN.

No ELAN, as trilhas de marcações escolhidas foram: a) elemento narrativo fora do teste; b) fala do paciente; c) fala do médico; d) fala da acompanhante; e) gestos do paciente; f) gestos da acompanhante; g) pausas entre turnos de fala; h) olhar do paciente.

Na sequência, fizemos as anotações correspondentes a cada uma das trilhas referente ao trecho do vídeo selecionado e, por último, extraímos o arquivo de anotação do ELAN em formato de transcrição tradicional em formato .txt.

No próximo item, traremos dois trechos dessas transcrições (separados em excerto 1 e excerto 2) e suas respectivas análises. Para preservação da identidade dos participantes, todos receberam um pseudônimo que serão descritos abaixo.

DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Excerto 1

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

Vejamos essa interação abaixo (a notação da transcrição se encontra anexa a este artigo):

Corpus: DALI (Cruz, 2008)
Dado: DALI_consulta_livre_arlindo
Duração do segmento: de 00:01:58.866 a 00:02:56.066 (57s)
Tipo: consulta clínica livre
Versão de transcrição: 11/12/2018 Anotador: Simone Fronza
Participantes: Arlindo (ARL+), Maria (MAR*), Ronaldo (RON)
Olhar: símbolo duplo

Figura 2 – Posição inicial das participantes e ambiente interacional



01 RON mas conta ++ o senhor seu arlindo\ conta mais
02 arl —olha p/ Ronaldo—>
03 (1.2)
04 RON o senhor não faz nada//
05 ARL não
06 (0.6)
07 RON o senhor arruma um caso um pouquinho ela (.)
ajuda um pouquinho em casa//
08 ARL é exatamente é
09 (.)
10 RON que que o senhor faz//
11 (0,5)++
12 arl —>—
13 MAR ++você ajuda ô//
14 arl —olha p/ maria—>
15 ARL hein// (1.1) eu eu eu .h ((risos))
16 MAR que que você faz em casa// (0.8)
ele só fica deitado ++ quase o tempo todo\
17 arl ——————————>++ olha p/ ronaldo—>
18 ARL não mas + eu não não não eu não faço nada não é//
19 arl ——>+ olha p/ maria—>
20 (1.1)
21 MAR *Nada *
22 mar *movimenta a cabeça negativamente*
23 (0.5)
24 ARL ++então + escuta doutor eu menti agora + para ela (.)+
25 arl —olha p/ ronaldo—>
26 arl +suspende a mão direita no ar +aponta para a
acompanhante————————————————>+
opa + para o senhor
27 arl aponta p/ ronaldo
28 RON ((risos)) está |enganando aí a senhora/
29 MAR |hehe
30 ARL não não + eu |eu eu eu\
31 arl +suspende a mão direita e movimenta os dedos—>
32 RON |tudo bem .h ((risos))
33 ARL eu (.) espera aí só só para eu me explicar\+
34 arl ——————————————————————>
35 RON tá
36 (0.3)
37 ARL eu ++(1.9) eu tenho (1.7) ++ (1.6) eu não tomo
38 arl —> + olha p/ baixo——> + + olha p/ ronaldo—>
eu tomo banho (1.5) —+
39 arl ——————————>—+ olha p/ baixo—>
(0.4) ++ (1.8) sozinho
40 arl ——>— olha p/ ronaldo—>>
41 (0.7)
42 RON tá

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

Ao início do turno de fala de Maria, Arlindo se volta para ela e inicia uma fala com repetições procurando justificar sua resposta anterior, indicado pela repetição do pronome "eu", que ele acaba por não concluir.

Maria retoma sua indagação para dai relatar o que de fato acontece na rotina de Arlindo. Durante a fala de Maria, Arlindo se volta rapidamente para Ronaldo para tomar nota de que o médico escuta o relato de sua esposa e ao final da fala de Maria, voltado a ela, Arlindo questiona sua própria rotina. Após a confirmação de Maria na falta de atividades domésticas realizadas por Arlindo, o paciente se volta para o médico para justificar sua resposta, que com o relato da esposa, se faz incorreta.

Os direcionamentos de olhar de Arlindo, voltando-se ora para sua esposa e ora para o médico, indicam, além do interlocutor ao qual ele se volta porque detém o turno de fala, o interlocutor selecionado por ele para se justificar. Em uma consulta em que seu estado cognitivo está sendo avaliado, a fala de um acompanhante pode afirmar ou negar um relato do paciente, quando a negativa ocorre, mesmo em casos em que o Alzheimer não esteja presente, o esperado é que a pessoa que disse "a mentira" se justifique perante os demais participantes da interação. Contudo, neste caso, se trata de uma pessoa com uma doença que afeta suas funções cognitivas e desorganiza suas práticas sociais e que nesta interação específica se coloca em uma situação vulnerável e desconfortável, em que alguém conta sua vida por ela. Sua posição corporal na interação (a quem se volta o olhar), define seu interlocutor-alvo e a quem ele se dispõe a esclarecer, o que foi considerado, uma mentira contada.

Sua justificativa voltada para Ronaldo na linha 24, causa o riso nos demais participantes por justamente conter uma quebra de expectativa por parte do paciente. Não era esperado que o paciente reconhecesse o que disse como uma mentira.

Na sequência, Arlindo pede o turno de fala para que ele relate sua rotina. Na linha 37, Arlindo inicia seu relato voltado para Ronaldo, porém, logo no primeiro lapso de memó-

ria, volta seu olhar para baixo e faz uma pausa; retoma seu relato, ainda voltado para baixo, e logo faz outra pausa mais longa, voltando-se depois para Ronaldo e continuando. Na ocorrência de outra dificuldade em encontrar palavras, Arlindo volta seu olhar novamente para baixo e conclui seu relato olhando para o médico.

Neste segundo momento, o direcionamento de olhar de Arlindo indica suas dificuldades em encontrar palavras para manter seu relato. Nos obstáculos de sua fala, seu olhar se volta para baixo e na possibilidade da continuação do relato seu olhar se volta para seu interlocutor-alvo que é o médico, como é comum em interações face-a-face, isto é, o olhar se volta para o interlocutor ao qual estamos nos dirigindo.

Abaixo vejamos mais um excerto:

Excerto 2

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

Vejamos essa interação abaixo:

Excerto: consulta_ambulatorio6_CONSULTA TESTE 09

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

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

Transcritor: Simone Fronza

Data registro: 20/6/2006

Data transcrição: 27/11/2018

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

Olhar: & isa; # tai

Figura 3 – Posição inicial das participantes e ambiente interacional




```
01  TAI  &é// (.) então tá bom\
02  isa  &olha p/ tais—>
03            (1.2)
04  TAI  é!!! onde que a senhora está//&
05  isa  ——————————>&
06            (.)
07  ISA  &eu estou num hospital\  &
08  isa  &olha p/ um ponto à esquerda&
09            (.)
10  TAI  &i:sso\ hospital (.) esse hospital fica onde//&
11  isa  &olha p/ tais——————————————>&
12            &(0.6)
13  isa  & olha p/ prontuário—>
14  ISA  são paulo&
15            ———>&
16            &(0.7)
17  isa  &olha p/ tais—>
18  TAI  isso\ (1.0) e ele fica em que estado//&
19  isa  ——————————————————>&
20            &(0.4)              &
21  isa  &olha p/ um ponto à esquerda&
22  ISA  &pernambuco  &
23  isa  &olha p/ tais&
24            (.)
25  TAI  %ah/                  %
26  tai  %sobre as palmas das mãos%
27  ISA  *é não (.) é não é não é não ((rindo)) &
28  isa  *leva as duas mãos ao rosto—>
                                  &olha p/ acompanhante->
29  TAI  desde& quando são paulo fica no estado de pernambuco//
30  isa  —>& olha p/ tais—>
31  ISA  ((rindo)) ah xx xx xx  eu gosto muito de pernambuco
32  TAI  hm/ mas que estado que fica são paulo//* &
         ——————————————————>*
         ——————————————————>&
33            &(0.4)
34  isa  &olha p/ um ponto à esquerda—>
35  ISA  pernambuco& (.) não é//
36  isa  ————>& olha p/ tais—>
37  TAI  que estado que a senhora mora no brasil//
38  (.)
39  ISA  eu& moro em pernambuco&
40  isa  ->& olha p/ baixo—>&
            &(.)
41  isa  &olha p/ tais—>
42  TAI  %não/ a senhora não mora em pernambuco?% (.) a senhora
43  tai  %acena negativamente c/ a cabeça—>%
            não mora mais lá/ a senhora nasceu lá/
44            (0.4)
45  ISA  nasci e moro (.) e estou aqui só a passeio
46            (.)
47  TAI  %((rindo)) ah é//                %
48  tai  %acena positivamente c/ a cabeça%
            então #a senhora está a passeio# aonde//
49  tai        #olha p/ acompanhante—>#
50  ISA  hahaha& são paulo
51  isa  ——>& olha p/ baixo—>>
```

Este excerto se inicia com a médica continuando a série de perguntas do teste e fazendo uma pergunta de localização espacial para a paciente. Isabel começa respondendo as perguntas da forma esperada, como pode ser notado pelos marcadores nos turnos de Taís (i:sso).

A inadequação ao teste pode ser notado no turno de Taís, na linha 25, quando a mesma diz "óh/" e produz um gesto com as palmas das mãos abertas em resposta ao que foi dito por Isabel na linha 22: "pernambuco". Após a reação de Taís a sua resposta, Isabel leva as mãos ao rosto e produz repetidamente as palavras "é não" seguidas por riso. Neste momento, Isabel parece perceber seu equívoco e suas mãos no rosto representam seu embaraço, pois naquele instante seus gestos procuram esconder sua face.

Na sequência, Taís produz verbalmente a continuidade do gesto de seu turno anterior: "desde quando são paulo fica no estado de pernambuco//". Essa pergunta provoca a contação de um relato por Isabel, relato este que justifica sua resposta considerada inadequada. Um trecho do relato se fez ininteligível, em parte porque as mãos levadas ao rosto, preservando sua face, permanecem no mesmo lugar durante todo o relato. As mãos no rosto também indicam o teor subjetivo do relato feito por Isabel, pois as mãos só são retiradas quando ela encerra sua fala e Taís retoma a pergunta inicial.

Essa pergunta feita por Taís e que apresenta agora algumas poucas reformulações, assim como na primeira vez que foi feita, gerou a mesma resposta: "pernambuco". Revendo: "(...) e ele [São Paulo] fica em que estado//" (linha 18) / "mas que estado que fica são paulo//" (linha 32). Essas duas perguntas que possuem poucas diferenças geraram a mesma resposta dada por Isabel e, percebendo isso, Taís reformula a pergunta para: "que estado que a senhora mora no brasil//". Contudo, essa última provocou uma afirmação de Isabel que não era esperada por Taís. A médica nega a resposta dada por Isabel verbalmente e a intensifica com um aceno negativo com a cabeça. A resposta seguinte de Isabel colabora com o entendimento de que ela tem consciência de onde está e, mais ainda, de onde veio e seu propósito na cidade em que se encontra no momento.

Taís se alinha então ao tópico iniciado por Isabel para dar então continuidade ao teste e registrar a resposta necessária para a marcação da pontuação do teste.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como vimos nos excertos 1 e 2, os sujeitos com Alzheimer que participaram destas interações demonstram bastante engajamento na atividade de consulta, mesmo em momentos em que o acompanhante fala pelo próprio sujeito (como visto no excerto 1).

O corpo, nestas interações, teve um papel central em deixar ver o embaraço e desconforto destes pacientes em consultas clínicas que possuem o propósito de avaliar as condições cognitivas e organizacionais. Nestes momentos de desconforto que os pequenos relatos de rotina ou sentimentos emergem como justificativa do inadequado ao teste ou do não saber.

No excerto 1, ficou claro que o olhar vai mais além do que selecionar seu interlocutor em um momento de desconforto, ele se torna um dispositivo de procura para quem deve ser dirigido o esclarecimento. Além de mostrar, quando voltado para baixo e acompanhado de pausa, que ocorreu, no momento de um relato, um lapso de memória.

No excerto 2, o gesto direcionado ao rosto, cobrindo a face, também pode demonstrar um momento de embaraço, o qual é acompanhado do direcionamento de olhar para seus dois interlocutores capazes de emitir um julgamento acerca do que foi dito, a filha e a médica.

Em ambos os excertos, quando emergem os relatos pessoais, mesmo que verbalmente estes pareçam confusos, fragmentados e/ou sem sentido, os movimentos corporais de Arlindo, por exemplo, demonstram que ele está em atividade narrativa, selecionando seu interlocutor com o direcionamento de olhar voltado para ele, e sinalizando com o direcionamento de olhar para baixo e pausas os momentos de dificuldade com lapsos de memória. Já os gestos de Isabel cobrindo a face no momento de seu relato, condiz com o tipo de relato que ela faz, isto é, o que ela conta é algo mais pessoal e subjetivo (seu gosto por Pernambuco).

Esses elementos que emergem conjuntamente com os relatos e que os tornam mais

significativos no ponto de vista do entendimento do que foi contado pelos pacientes, é o que Hydén (2013) chama de aspectos corporificados que permitem que os relatos de sujeitos com Alzheimer não sejam avaliados exclusivamente pelo viés da fala. Esses relatos, mesmo que pequenos, demonstram o engajamento que esses sujeitos têm em contar algo pessoal, em uma consulta clínica, mesmo com os lapsos de memória e desconforto com a situação.

REFERÊNCIAS

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

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

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

CRUZ, F. M. Documentação e investigação multimodal de interações envolvendo crianças com transtorno do espectro do autismo (TEA): corpo, linguagem e mundo material. Revista Calidoscópio/UNISINOS, prelo.

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

GOODWIN, C. Action and embodiment within situated human interaction. Journal of Pragmatics, 32, 2000, p. 1489–1522.

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

KENDON, A. Conducting interaction. Patterns of behavior in focused encounters. New York, NY: Cambridge University Press, 1990.

MCNEILL, D. Gestures of the concrete. In: Hand and mind: what gestures reveal about thought. The University of Chicago Press: Chicago and London. 1992.

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

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

WITTENBURG, P; BRUGMAN, H; RUSSEL, A; KLASSMANN, A; SLOETJES, H. ELAN: a professional framework for multimodality research. In: Proceedings of the 5th International Conference on Language Resources and Evaluation (LREC 2006), 2006, pp. 1556-1559.

YOUNG, K. Presence in the flesh: The body in medicine. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1997.

ANEXO 1 - NOTAÇÃO DE TRANSCRIÇÃO

Quadro de notação de transcrição multimodal: Aspectos linguístico-verbais

(.)		
(0.4)		
-		
:		
↑		
↓		
> <		
° °		
[ ]		

Quadro de notação de transcrição multimodal: Aspectos gestuais-corporificados
