

O QUE TRAZ O SENHOR AQUI?: UMA ANÁLISE SEMIOLINGUÍSTICA DO DISCURSO SOBRE A DOENÇA DE ALZHEIMER¹

¿QUÉ LE TRAE AQUÍ?: UN ANÁLISIS SEMIOLINGÜÍSTICO DEL DISCURSO SOBRE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

WHAT BRINGS YOU HERE?: A SEMIOLINGUISTIC ANALYSIS OF THE DISCOURSE ON ALZHEIMER'S DISEASE

Caio Mira*

Katiuscia de Almeida Custodio**

Universidade do Vale do Rio dos Sinos

RESUMO: A Doença de Alzheimer é uma síndrome demencial que afeta não somente a vida de quem é diagnosticado com essa demência, mas também toda a rotina de familiares que convivem com quem é acometido por essa patologia. Nesse quadro, os Grupos de Apoio constituem espaços importantes de socialização onde familiares e cuidadores podem compartilhar experiências de cuidado na busca de um melhor convívio. O presente artigo propõe uma análise de uma interação face a face em um Grupo de Apoio de familiares cuidadores de pessoas com Doença de Alzheimer. Com base na Teoria Semiolingüística, desenvolvida por Patrick Charaudeau, analisamos um *corpus* proveniente de gravações de vídeo de reuniões mediadas por um médico. Nesse domínio empírico, o presente trabalho aborda a complexidade própria do ato de comunicação a partir das estratégias utilizadas pelos sujeitos. Os resultados de nossas análises demonstram que os participantes desempenham papéis específicos de acordo com a situação de comunicação, revelando comportamentos enunciativos que se articulam convergindo para o fim discursivo compartilhado.

PALAVRAS-CHAVE: Grupo de Apoio. Semiolingüística. Comportamentos enunciativos.

RESUMEN: La enfermedad de Alzheimer es un síndrome demencial que afecta no sólo a la vida de la persona diagnosticada, como a los que conviven con ella. En ese marco, los Grupos de Apoyo constituyen espacios importantes de socialización donde familiares y cuidadores pueden compartir experiencias de cuidado en la búsqueda de una mejor convivencia. Así, el presente artículo propone un análisis de una interacción cara a cara en un Grupo de Apoyo de familiares cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer. Con base en la Teoría Semiolingüística, desarrollada por Patrick Charaudeau, analizamos un corpus proveniente de grabaciones de vídeo de reuniones mediadas por un médico. En este ámbito empírico, este trabajo aborda la complejidad propia del acto de comunicación a partir de las estrategias utilizadas por los sujetos. Los resultados de nuestros análisis demuestran que los

¹ Agradecemos ao CNPq pelo auxílio à pesquisa obtido através do edital MCTI/CNPq Nº 01/2016 (Processo nº 400594/2016-1) e à Profa. Dra. Maria Eduarda Giering pela leitura e sugestões.

* Professor do Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. E-mail: cmira@unisin.br.

** Graduada em Letras pelas Faculdades Porto-Alegrenses (FAPA), mestranda em Linguística Aplicada pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). E-mail: katiusciacustodio@gmail.com.

participantes desempeñan papeles específicos de acuerdo con la situación de comunicación, revelando comportamientos enunciativos que se articulan convergiendo hacia el fin discursivo compartido.

PALABRAS CLAVE: Grupo de Apoyo. Semiología. Comportamientos enunciativos.

ABSTRACT: Alzheimer's disease is a brain disorder that affects not only the life of the diagnosed person, but also those who live with him/her. In this context, Support Groups constitute important information and socialization spaces where family caregivers can share their experiences of caring in search for a better conviviality. Therefore, this article proposes an analysis of a face-to-face interaction in a Support Group for family members of people with Alzheimer's disease based on the theoretical apparatus of Semiology, developed by Patrick Charaudeau. The analyzed *corpus* is derived from video recordings of meetings coordinated by a neurologist. In this empirical domain, this paper addresses the complexity of the communication act based on the strategies used by the subjects. Results of data analysis demonstrate that participants play specific roles according to the communicative situation, revealing enunciative behaviors that are articulated converging towards the shared discursive purpose.

KEYWORDS: Support Group. Semiology. Enunciative practices.

1 INTRODUÇÃO

A comunicação envolve muito mais do que mera transmissão de conhecimento. Um ato de comunicação é resultante de diversas condições que o envolvem. A partir dessa concepção, Charaudeau (2010) declara que existem condições que regem a produção e a interpretação dos atos de linguagem. Essa proposição do autor leva em consideração as identidades dos sujeitos que participam do evento comunicativo, as suas experiências de mundo e os seus conhecimentos socioculturais, a intencionalidade e o tópico que motiva a interação.

De acordo com Charaudeau, uma dada situação de comunicação envolve um *sujeito do discurso*, alguém que possui uma identidade social e também discursiva, além de uma *situação de comunicação* que se configura a partir do espaço de produção. Apesar de muitas teorias linguísticas abordarem os mecanismos que os sujeitos utilizam a fim de estabelecer a comunicação, este trabalho opta por analisar uma situação de interação face a face sob a perspectiva da Teoria Semiológica de Patrick Charaudeau, por entender que ela oferece um aparato metodológico que define e caracteriza com excelência a complexidade inerente ao ato de comunicação em análise. A Teoria Semiológica, nas palavras de Charaudeau (2005, p. 13), é definida da seguinte forma:

Semio-, de “semiosis”, evocando o fato de que a construção do sentido e sua configuração se fazem através de uma relação forma-sentido (em diferentes sistemas semiológicos), sob a responsabilidade de um sujeito intencional, com um projeto de influência social, num determinado quadro de ação; *linguística* para destacar que a matéria principal da forma em questão - a das línguas naturais².

Conforme a definição do autor, a Semiologia parte do pressuposto de que o ato de linguagem se realiza a partir de um contexto psicossocial e de interlocutores que, vistos como *sujeitos sociais*, carregam experiências e papéis sociais diferentes e, por isso, podem fazer interpretações e atribuir sentidos inesperados ao *fenômeno linguístico*.

Dessa forma, a construção do sentido ou a *semiotização*, conforme proposto por Charaudeau (2005), envolve dois processos: o *processo de transformação* (no qual o sujeito falante constitui o mundo a significar em mundo significado) e o *processo de transação* (em que o mundo a significar se torna objeto de troca entre os sujeitos).

Para que esse processo de transação se efetive, os sujeitos devem reconhecer suas identidades sociais, assegurar o direito à troca no ato linguístico, além de compartilhar o mínimo de saberes, garantindo ao ato comunicativo a característica contratual, conforme proposto pelo autor.

² Grifos do autor.

Em consonância com a Semiolinguística, consideramos a conversação no interior de quadros sociais mais explícitos que, ao mesmo tempo, dão forma e conteúdo às ações comunicativas (MARCUSCHI, 1998). O objetivo do presente trabalho é analisar os elementos constitutivos do contrato de comunicação em interações conversacionais de grupo. A relevância para esse tipo de *corpus* se justifica em função da especificidade de um Grupo de Apoio (doravante GA) aos familiares e cuidadores de pessoas acometidas pela Doença de Alzheimer (doravante DA). A contribuição que análises dessa natureza podem proporcionar não é somente a compreensão dos fatores comunicacionais e discursivos, mas também a socialização, a partir das práticas interativas desse grupo, do convívio com uma condição de saúde complexa e ainda pouco compreendida em nossa sociedade.

Do ponto de vista neuropsicológico, a Doença de Alzheimer é uma síndrome demencial que corresponde a dois terços das demências diagnosticadas em idosos (IZQUERDO, 2002). Trata-se de uma doença progressiva que afeta processos cognitivos, mnêmicos, linguísticos, práticos e gnósticos. Caracteriza-se pela hipersecreção de uma proteína chamada Beta-Amiloide por neurônios afetados. Essa proteína é produzida normalmente pelas células nervosas, porém, na patologia, isso ocorre de forma exagerada, causando vacúolos de tamanho crescente fora das células neuronais que, ao se juntarem, determinam a morte dos neurônios que as rodeiam.

A DA não altera apenas estruturas neurológicas e funções mentais variadas, mas, sobretudo, as relações entre linguagem e interação, relacionadas intrinsecamente ao mundo social e ao mundo mental do indivíduo. Isso faz com que não apenas funções mentais sejam alteradas isoladamente, mas toda a organização simbólica das práticas sociais cotidianas nas quais os indivíduos se envolvem. Dentre essas práticas sociais afetadas pela DA, talvez a conversa cotidiana seja o primeiro sinal de declínio das funções neurológicas e cognitivas. Não é preciso estender o quadro sintomático da DA para constatar que as relações sociais do indivíduo acometido pela patologia e, também, das pessoas próximas a ele são afetadas diretamente. Desinformação, falta de preparo e apoio são alguns fatores que complicam ainda mais esse quadro. Diante desse panorama, os impactos da DA desencadeiam:

[...] novos discursos e novas práticas sociais surgem em uma sociedade na qual a perda da memória e da cognição humana têm implicações de diversas ordens. Constroem-se outros discursos científicos, além do biomédico, e cotidianos sobre a demência e sobre o envelhecimento, sobre normal e patológico; novas formas de organização da sociedade são criadas para integrar a categoria “portador de Alzheimer”, como novas instituições para idosos com neurodegenerescência, associações para cuidadores e familiares e novas categorias como “cuidador”, “tutor”, “Alzheimer jovem”, “familiar de um Alzheimer”, “familiar Alzheimer”. (CRUZ, 2008, p. 45)

São justamente as novas formas de organização da sociedade para lidar com a realidade da DA que abordaremos nesse artigo. Frente ao quadro ocasionado pela doença, a pessoa que vive com DA perde grande parte de sua autonomia e necessita do apoio constante de familiares e/ou cuidadores que a acompanhem diariamente auxiliando em atividades simples, diárias, tais como alimentação, locomoção e higiene além de administrar situações atípicas que vão surgindo no dia-a-dia. Dessa forma, o cuidador toma para si muita responsabilidade e esforço para compreender a nova situação, o que pode tornar-se extremamente estressante.

Nesse contexto, os Grupos de Apoio surgem como um lugar de orientação e acolhimento, onde os familiares e/ou cuidadores podem aprender mais sobre as características da doença, compreender determinados comportamentos típicos das pessoas com DA e melhores formas de lidar com eles e receber a atenção e suporte necessários a fim de manter uma melhor qualidade de vida, resultando em um melhor convívio com a pessoa acometida pela patologia. O objetivo do GA é oferecer a oportunidade de socialização de informações e ser um espaço em que familiares e cuidadores possam compartilhar as experiências de cuidado e convívio com pessoas acometidas pela DA. A troca de experiências dos familiares tem o intuito maior de esclarecer dúvidas a respeito da patologia para superar dificuldades e descobrir novas formas de lidar com o novo cotidiano desencadeado pelos sintomas, diagnósticos e cuidados requeridos pela DA.

A ABRAz³, Associação Brasileira de Alzheimer, é um dos GA mais conhecidos no Brasil, que trabalha há mais de 20 anos prestando assistência a familiares cuidadores e realizando reuniões em diversas cidades brasileiras, promovendo campanhas e realizando

³ Segundo o site da associação, a ABRAz foi fundada em 1991, e é uma entidade privada de natureza civil, sem fins lucrativos, que tem como missão ser o núcleo central, em todo o país, das pessoas envolvidas com a Doença de Alzheimer e outras demências. A ABRAz mantém, atualmente, cerca de 100 Grupos de Apoio em

atividades para pessoas com a doença como estimulação cognitiva. Segundo o site da entidade, os benefícios desse tipo de organização para o cuidador são:

Acesso a informações atualizadas sobre a doença e os tratamentos, aumentando a segurança de cuidado e a tomada de decisões; favorecimento da aceitação da nova situação, que envolve mudanças significativas na vida e na qualidade de vida dos envolvidos; investimento na qualidade de vida de todos os que participam do cuidado com o idoso com Doença de Alzheimer; desenvolvimento de um enfrentamento mais positivo e saudável da situação de adoecimento e perdas associadas; favorecimento da interação com o idoso a partir de melhor compreensão das necessidades da pessoa com demência, seus sintomas e estratégias de manejo.

O GA no qual baseamos nossa pesquisa é proveniente de uma das regionais da ABRAZ. A fim de analisarmos o contrato de comunicação nas interações do GA, mobilizaremos o referencial teórico da Teoria Semiológica de Charaudeau (2012) para abordarmos a situação de comunicação na qual a interação de nosso *corpus* ocorre, identificando os parceiros da comunicação e elementos do contrato que permeiam o processo de construção conjunta de sentidos no discurso. Em seguida, abordaremos as identidades dos sujeitos (social e discursiva) que desencadeiam diferentes posicionamentos durante a interação e que colabora para a encenação discursiva. Finalizando, visamos demonstrar, no escopo do presente trabalho, alguns movimentos enunciativos que os sujeitos realizam na interação, estabelecendo as relações de influência uns com os outros e trazendo diferentes vozes à situação comunicativa.

2 A SITUAÇÃO DE COMUNICAÇÃO

O discurso é o resultado de atos de linguagem permeados pela influência de fenômenos psicológicos e sociais, sendo que o próprio sujeito construtor do sentido se constitui como um sujeito “psico-sócio-lingueiro” (CHARAUDEAU, 2005), ou seja, um ser que comunica e ao mesmo tempo interpreta o que é dito, criando sentidos a partir da situação de comunicação na qual está inserido e, ao mesmo tempo, refletindo o mundo que deseja semiotizar. Portanto, ao engajar-se em uma proposta comunicativa, há uma série de elementos que determinam o mundo pelo qual se sucederá a ação lingüística. Entre estes elementos estão a intencionalidade, os pontos de vista e os saberes dos sujeitos que nela atuam, agindo diretamente na situação de comunicação.

Em sua teoria, Charaudeau (2012) afirma existirem quatro tipos de sujeitos envolvidos nesse jogo de linguagem, exercendo diferentes papéis e ocupando diferentes espaços na situação de comunicação: o espaço interno e o espaço externo. Explanaremos primeiramente sobre o EU. O *sujeito enunciativo* (EUE) consiste naquele que fala, que causa efeito de discurso no sujeito interpretante. O *sujeito comunicante* (EUC) é suscetível às possibilidades interpretativas do TU e do conhecimento dele. De acordo com autor, o “[...] EUE é apenas uma máscara de discurso usada por EUC.” (CHARAUDEAU, 2012, p. 49).

Há ainda dois outros sujeitos envolvidos na situação de comunicação. O TU não é simplesmente um receptor ou destinatário da relação da comunicação. Ele pode ser entendido como o *sujeito destinatário* (TUD) ou *sujeito interpretante* (TUI). O TUD é aquele projetado no imaginário do sujeito que enuncia como alguém adequado ou “ideal” a sua finalidade discursiva. Já o TUI constrói a interpretação daquilo que lhe foi enunciado a partir das relações que estabelece entre seu conhecimento de mundo e suas crenças, ou seja, nas palavras de Charaudeau (2012, p. 47), “[...] é um sujeito que age independentemente do EU, que institui a si próprio como responsável pelo ato de interpretação que produz.”

A situação de comunicação é representada por Charaudeau no esquema intitulado *Ato de linguagem e seus sujeitos* (Figura 1), que trazemos a seguir:

todo o Brasil, nos quais familiares e cuidadores de pessoas com Alzheimer podem compartilhar suas ansiedades e experiências e têm a oportunidade de olhar seus problemas sob novas perspectivas, trocar soluções e encontrar formas mais eficazes de lidar com o cotidiano. Atualmente, os Grupos de Apoio atendem diretamente, em suas reuniões, cerca de 4 mil familiares, que, por sua vez, funcionam como multiplicadores, agregando outros membros da família. Informações disponíveis em: <<http://abraz.org.br/a-abraz/historia>>.

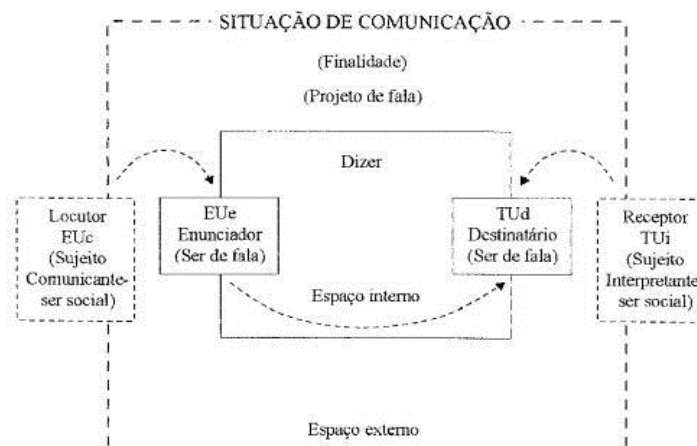


Figura 1: O ato de linguagem e seus sujeitos (reprodução).

Fonte: Charaudeau (2012, p. 77).

Retomando os espaços do circuito da fala citados anteriormente, no espaço interno estão situados o EUe e o TUD, “os seres de fala”. Já no espaço externo, incluem-se o EUC e o TUI, “os seres agentes”, conforme propõe Charaudeau (2012, p. 53). Os múltiplos sujeitos que interagem no ato discursivo trazem consigo suas experiências, conhecimentos e percepções. Tudo isso tem influência direta no que o teórico denomina como os filtros construtores de sentido. São esses filtros que ocasionam um pouco da complexidade do ato interenunciativo, pois determinam as diferentes interpretações dos sujeitos e refletem esse ato como imprevisível. Segundo Charaudeau (2012), o conjunto dos diferentes saberes dos protagonistas da linguagem e os seus pontos de vista determinam as *circunstâncias de discurso*. Diante dos fatores da situação de comunicação, o autor concebe a noção de *contrato de comunicação*, definido como:

[...] o ritual sociolinguístico do qual depende o Implícito Codificado e o definimos dizendo que ele é constituído pelo conjunto das restrições que codificam as práticas sociolinguísticas, lembrando que tais restrições resultam das condições de produção e de interpretação (Circunstâncias de Discurso) do ato de linguagem (CHARAUDEAU, 2012, p. 60).

Com base na presente teoria, que explicita a importância da situação de comunicação e o contrato entre os atores que dela participam, examinaremos o *corpus* proveniente de uma interação face a face, gerados nas reuniões do Grupo de Apoio aos familiares e cuidadores de pessoas com a Doença de Alzheimer. A partir desse *corpus* de análise, identificamos abaixo os componentes da situação e do contrato de comunicação.

- a. *Parceiros da comunicação*: segundo Charaudeau (2012, p. 76), “[...] os parceiros do ato de linguagem são seres sociais e psicológicos, externos ao ato, mas inscritos nele [...]”. Os sujeitos que compõem a interação em análise são o **locutor-emissor** - médico que trata pessoas acometidas pela Doença de Alzheimer e os **interlocutores-receptores** - familiares de pessoas acometidas por tal doença. Os sujeitos encontram-se na presença uns dos outros, em uma sala destinada às reuniões do Grupo de Apoio. A comunicação ocorre oralmente, em situação dialogal.
- b. *Características dos parceiros*: os sujeitos são de idades variadas e de ambos os sexos. Alguns estão frequentando o grupo pela primeira vez e outros há mais tempo, existindo, portanto, diferentes níveis de assiduidade entre os participantes do GA. O médico medeia as reuniões do GA há cerca de 13 anos.
- c. *Características contratuais*: a situação de comunicação aqui estabelecida é composta, como dito anteriormente, por sujeitos sociais e psicológicos. Nesse ato de comunicação, temos a identidade social do médico, especialista e detentor de um saber científico sobre a DA, além do papel de mediador das reuniões e os familiares, sujeitos detentores de um saber empírico, resultante do convívio com familiares acometidos pela DA. O GA se caracteriza por ser um espaço

de trocas de experiências e de informação sobre os cuidados e convívio com a DA. Os tópicos abordados nas interações do GA estão relacionados a esse propósito, ocorrendo, na maior parte das reuniões, por meio de narrativas do cotidiano ou depoimentos sobre o que é descobrir e cuidar de uma pessoa com a DA. Tanto o médico quanto os familiares fazem relatos de seus saberes/experiências a respeito desses temas. Existe uma troca dialogal, embora muitas vezes o depoimento do médico seja longo, havendo momentos de não troca (monologal). A alternância e a extensão dos turnos de fala são negociados pelo reconhecimento do saber específico do médico e do papel que ocupa mediando as reuniões, e do saber empírico dos familiares. As condições estabelecidas nesse contrato é que todos podem fazer perguntas, todos são bem-vindos e todos os depoimentos ou questionamentos são importantes, determinados pelo interesse em saber mais sobre a DA e buscar soluções sobre uma melhor convivência com os familiares acometidos por essa patologia.

d. Fim discursivo: trata-se de informar e orientar para um fazer-saber por meio do conhecimento médico, utilizando os depoimentos das experiências vividas pelos familiares. É uma estratégia também de aproximação de pessoas que passam pelas mesmas dúvidas e angústias e, através de seus relatos, identificam semelhanças e buscam alternativas para manter um melhor convívio com quem recebe um diagnóstico de DA.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O Grupo de Apoio consiste em um espaço de trocas de informações e experiências no qual os familiares e cuidadores de pessoas com DA se encontram. O intuito é proporcionar um espaço em que se possa desmistificar e esclarecer fatos que muitas vezes são desconhecidos, incompreendidos ou até mesmo considerados preocupantes pelas famílias dos pacientes diagnosticados com essa síndrome demencial, que buscam orientações sobre como agir em relação a comportamentos atípicos apresentados pela pessoa com DA.

Os membros do GA são familiares próximos de pessoas com a Doença de Alzheimer e que, geralmente, desempenham o papel de cuidadores. Em cada reunião, encontram-se presentes cerca de 18 participantes. Além dos familiares, o grupo é liderado por um médico neurologista que orienta as reuniões, introduzindo tópicos, instigando o compartilhamento de experiências e esclarecendo formas de intervenção terapêuticas.

Os encontros são mensais e têm duração de aproximadamente 3 horas. Cabe destacar que GA é organizado de forma voluntária pelo médico neurologista que conduz as atividades há cerca de 13 anos em uma cidade litorânea no sul do Brasil. Trata-se de uma iniciativa sem vínculos institucionais que funciona em lugares emprestados para abrigar as reuniões mensais.

A estrutura interativa dos encontros é dividida em dois momentos. O primeiro deles consiste em pequena palestra informal na qual o médico aborda o funcionamento do cérebro (plasticidade cerebral, a perda de neurônios, a proteína Beta-Amiloide, etc.), os quadros demenciais, os sintomas de algumas demências e do Alzheimer e os avanços da medicina para o tratamento dessas patologias. O segundo momento é marcado pelo relato dos familiares a respeito das dificuldades enfrentadas no convívio com a DA. O médico neurologista solicita que os integrantes tomem a palavra e narrem as situações vividas com seus familiares. Os tópicos dessas narrativas, na maior parte das vezes, são relacionados à mudança comportamental da pessoa com DA, ao novo cotidiano da família após o diagnóstico e às estratégias de cuidado.

Os dados analisados neste trabalho são oriundos de um *corpus* de 24 horas de gravações, relativos a oito encontros do GA. Durante a geração dos dados, houve a presença dos pesquisadores para a observação *in loco* das dinâmicas interativas e a elaboração de notas que serviram como um instrumento auxiliar na etapa de seleção e análise dos dados. Após a etapa de geração dos dados, procedemos à observação das gravações para a constituição do *corpus* e a identificação da configuração interativa dos encontros.

Os critérios de escolha dos dados foram a recorrência de tópicos que abarcam os comportamentos da pessoa com DA, em sua fase inicial ou logo após o diagnóstico neurológico e a presença de depoimentos desencadeados por esses tópicos. O sistema de notação

utilizado na transcrição dos dados tem como base as notações já utilizadas nos estudos do projeto NURC⁴ e marcações proposta no trabalho de Marcuschi (1998) e adaptado por Mira (2012, 2016).

4 O CONTRATO DE COMUNICAÇÃO

A teoria Semiolinguística baseia-se na concepção de linguagem como discurso social, no qual participam sujeitos-interpretantes que desempenham seu papel discursivo de acordo com o *contrato* pré-estabelecido entre ambos, em dada *situação de comunicação*. De acordo com Charaudeau (2012, p.56):

[...] a noção de contrato pressupõe que os indivíduos pertencentes a um mesmo corpo de práticas sociais estejam suscetíveis de chegar a um acordo sobre as representações linguageiras dessas práticas sociais. Em decorrência disso, o sujeito comunicante sempre pode supor que o outro possui uma competência linguageira de reconhecimento análoga à sua. Nesta perspectiva, o ato de linguagem torna-se uma proposição que o EU faz ao TU e da qual ele espera uma contrapartida de convivência.

Transpondo a noção preconizada pelo autor para o nosso *corpus*, podemos verificar que o contrato de comunicação se realiza em torno de um querer-saber dos familiares e de um fazer-saber do médico. A situação frente à DA é o interesse comum que os motiva a cumprirem esse contrato. Os sujeitos interpretantes utilizam diferentes estratégias para que possam se engajar nas atividades de construção do discurso por meio de estratégias em que:

[...] o sujeito comunicante (Euc) concebe, organiza e encena suas intenções de forma a produzir determinados efeitos – de persuasão ou de sedução – sobre o sujeito interpretante (TUi), para levá-lo a se identificar – de modo consciente ou não – com o sujeito destinatário ideal (TUD) construído por Euc (CHARAUDEAU, 2012, p. 56-7).

Em nosso *corpus*, é possível observar que os sujeitos utilizam estratégias de reconhecimento ao darem seus depoimentos sobre os esquecimentos e atitudes dos familiares ou a partir dos turnos de fala do médico, que dispõe desses depoimentos para explicar determinados comportamentos problemáticos causados pela doença ou para orientar as ações mais adequadas, conforme demonstramos a seguir.

Excerto 1 - linhas 397 a 447.⁵

Médico:	397 bom... vamos voltar lá pro caso do seu pai
	398 e hoje... ann: qual é a condição dele? O que
	399 que ele está dando digamos assim de maior
	400 problema pra vocês lá? Tem que fazer muitas

⁴ O Projeto de Estudo da Norma Linguística Urbana Culta no Brasil (Projeto NURC) teve início em 1969 e foi desenvolvido a partir de corpus de linguagem oral de em cinco capitais brasileiras: Recife, Salvador, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre. O NURC teve como objetivo descrever os padrões reais de uso na comunicação oral adotados pelo estrato social constituído de falantes com escolaridade de nível superior. Os informantes são dos dois gêneros, distribuídos por três faixas etárias — I-25 a 35, II-36 a 55 e III-de 56 em diante —, e nascidos na cidade objeto de estudo, na qual devem ter permanecido pelo menos três quartas partes de sua vida. O corpus constituído em cada cidade compreende três diferentes categorias de texto: elocuições formais (EF), diálogos entre informante e documentador (DID) e diálogos entre dois informantes (D2). O corpus nacional constitui-se de um total de 1.870 inquéritos gravados, perfazendo, aproximadamente, 1.570 horas de gravação.

⁵ Na transcrição, os nomes dos participantes do GA são fictícios. Somente o médico neurologista que conduz as reuniões é referido como Médico para haver maior clareza na leitura dos dados. A preservação da identidade e a garantia do anonimato dos participantes foram asseguradas pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

401 coisas por ele que ele já não é mais capaz
 402 de fazer?
 Paulo: 403 ah tem que fazer assim alguma coisa assim
 404 não é tanto... mas é aquela teimosia né...
 Médico: 405 ah a teimosia faz parte pra teimosia a gente
 406 não tem um remédio porque será que eles
 407 ficam teimosos? digamos assim como é que
 408 eles se comportam? pra ficarem assim
 409 teimosos têm muitos que dizem assim eu não
 410 acho que meu pai está ficando esquecido ele
 411 está ficando é teimoso
 Paulo: 412 ah: eu acho que ele fica impaciente com a
 413 própria situação dele porque ele não está
 414 totalmente demente ele tem tem os dois lados
 415 né... aí ele quer reagir e isso atrapalha
 416 ele
 Médico: 417 exatamente porque a maioria não se dá conta

418 da condição mental que está eles chegam a
 419 dizer é *eu ando meio esquecido* é muito mais
 420 característico da demência e dos
 421 esquecimentos da própria depressão...aliás
 422 acabou de chegar ao país um antidepressivo
 423 que melhora a memória...melhora a memória
 424 independentemente estudo essa molécula há
 425 dois anos dá melhora da tristeza da angústia
 426 do pessimismo do desânimo ele não ele
 427 não é:: medicamento assim é como vou
 428 dizer ((SI)) tem lá seu ((SI)) mas ele foi
 429 desenvolvido e::: é uma coisa interessante
 430 porque ele melhora a memória porque
 431 as pessoas depois que saem da depressão
 432 daquela tristeza angústia desânimo ainda
 433 estão com as substâncias químicas baixas no
 434 cérebro a memória ainda está afetada e estão
 435 se queixando de esquecimento...depois de
 436 melhorar daqueles outros sintomas que a
 437 gente diria afetivos...certo? mas o senhor
 438 tem razão ele ele não se dá conta dos seus
 439 próprios esquecimentos e bate de frente com
 440 a gente...e se a gente retruca? Né...
 Paulo: 441 bah...
 Yasmim: 442 aí é pior né...
 Médico: 443 pois é...então assim como um primeiro
 444 aprendizado que se ((SI)) é que a gente não
 445 bate boca com quem está esquecido...além
 446 de ser inútil é desgastante e estressante
 447 pra ele e pra nós...se ele não reconhece

O médico solicita o depoimento de um familiar sobre o que é difícil na convivência com o pai, afetado pela DA. A partir do relato do participante, ele inicia o turno que aborda a questão a respeito dos medicamentos utilizados para a memória retomando a fala de Paulo. Isso estabelece o alinhamento de reconhecimentos, (linhas 437 e 438), isto é, que não se deve discutir com a pessoa que apresenta o esquecimento desencadeado pela doença. Assim, ele orienta a ação dos familiares em prol de um melhor convívio. Essas estratégias utilizadas pelos interlocutores, aliadas à finalidade da situação de comunicação, constituem o que Charaudeau (2005) denomina como *mise-en-scène*, a encenação. De acordo com autor, os parceiros estão envolvidos em um processo recíproco de

reconhecimento entre si, sendo esta a base para aspecto contratual de todo ato de comunicação e mais especificamente, para a interação do GA em análise, pois os familiares reconhecem as situações vividas e aprendem uns com os outros.

A linguagem possibilita ao homem a comunicação. Comunicação enquanto interação entre sujeitos com intencionalidade, reflexões, identidades, crenças, posicionamentos pessoais e *status* sociais e não meramente entendida como transmissão de códigos linguísticos. Na enunciação, todos esses aspectos situam-se no discurso como “pistas” que o interlocutor se dispõe a interpretar. E essa interpretação é totalmente subjetiva, pois também é resultante dos saberes desse sujeito, produto de experiências diferentes dos outros, únicas.

Nesse sentido, a teoria charaudeaudiana ressalta que, para se estudar o discurso, é necessário considerar que a identidade do sujeito é constituída por uma *identidade discursiva*, definida a partir de uma *identidade social* (CHARAUDEAU, 2009). A identidade implica autoconhecimento (físico, de concepções, crenças, opiniões, ações no mundo) e também conhecimento do outro, proveniente de relações com ele estabelecidas. A partir da interação com o outro, percebemo-nos como iguais ou diferentes e, assim, moldamos nossa forma de agir (ou comunicar), de acordo com os limites do contrato.

Charaudeau (2009) denomina como o *Princípio de Alteridade* esse processo de reconhecer-se no outro, estabelecendo relações de igualdade ou de diferença. No *corpus* aqui analisado, podemos verificar que os interlocutores, compactuam desse princípio na medida em que médico e familiares dividem um interesse comum, a Doença de Alzheimer, que é entendida como a motivação que os une. Ao mesmo tempo, afastam-se por exercerem papéis diferentes frente à doença e terem experiências específicas. O médico detém o saber científico e os familiares o saber resultante do convívio com pessoas acometidas pela DA. Isso nos leva diretamente à reflexão sobre a identidade social dos sujeitos aqui envolvidos que legitimam sua palavra, de acordo com as funções que ocupam: o médico pelo saber-fazer, pelo conhecimento acadêmico que lhe autoriza o aconselhamento e lhe garante a palavra, e os familiares por estarem vivendo tal experiência.

A fim de estabelecer essa estratégia de reconhecer-se no outro, algumas vezes, a identidade social pode ser reconstruída, mascarada ou deslocada de acordo com a intencionalidade do sujeito (CHARAUDEAU, 2009). É possível observar o processo discursivo de construção de identidade no excerto abaixo.

Excerto 2 – linhas: 10 a 30

Médico:	10 eu sou só o... boa tarde seja bem-vindo
	11 ((todos os participantes falam ao mesmo
	12 tempo)) bom a finalidade desse...
	13 dessa reunião é dar suporte dar apoio
	14 pra vocês os familiares e cuidadores
	15 independente ((SI)) de terem sidos convidados
	16 por mim por participantes meus pacientes
	17 todas as pessoas aqui são bem-vindas né é
	18 gratificante pra mim assim que a gente ocupa
	19 o... a totalidade do nosso espaço
	20 ((SI)) se fosse de fato esperada a presença
	21 dos familiares dos portadores dessa cidade
	22 sim aquele espaço seria
	23 necessário...né...a gente calcula que no
	24 Brasil tenha mais ou menos um milhão e meio
	25 de pessoas nessa condição...era um milhão
	26 e duzentos mil nos anos dois mil mais
	27 dezesseis anos certamente que tem mais de vinte
	28 por cento do que isso já diagnosticados
	29 e uma outra metade pelo menos não
	30 diagnosticada

Nas linhas 12 a 19, o médico se propõe a falar sobre a finalidade das reuniões de prestar apoio aos familiares e coloca-se na posição de anfitrião e mediador das reuniões, acentuando a importância da participação de todos naquele espaço. Em seguida, continua enfatizando o alto índice de pessoas acometidas pela DA. Esse momento exemplifica a organização dos encontros, no qual em um primeiro momento o especialista faz uma palestra informal, dando informações aos participantes.

No excerto seguinte, o médico retoma o papel de mediador das reuniões e nas linhas 48 e 49 acentua a importância da presença de cada um e o papel fundamental que exercem no referido contexto, utilizando uma estratégia de aproximação com o sujeito interpretante, na qual ele próprio assume um papel secundário, apenas coordenando o debate.

Excerto 3 – linhas 42 a 79:

Médico:	42 (SI) bom... então nós nos reunimos aqui
	43 invariavelmente quer dizer invariavelmente
	44 não nada na vida é assim tão calculado
	45 geralmente no segundo sábado do mês
	46 das quinze até as dezessete... dezessete
	47 e trinta... dezoito...
	48 vocês é que...ann...mandam na agenda aqui
	49 eu só coordeno as ideias então do debate...
	50 e a gente... como eu ia dizendo a gente
	51 aprende uns com os outros eu estou com trinta
	52 e três anos de formado na época que eu
	53 me formei em oitenta e dois o que eu sabia
	54 sobre esse assunto era histórico vamos
	55 dizer assim né... muito pouco sabia na
	56 história como era a DA e sabia como era na
	57 demência mas quando eu via uma DA naquele
	58 tempo eu me sentia...completamente ignorante
	59 e impotente... então quase...
	60 vocês também...ann...nesses trinta anos
	61 a gente pode oferecer bem mais de
	62 conhecimento de experiência de cuidados de
	63 qualidade de vida pra esses nossos
	64 familiares...ainda que a doença seja
	65 inexoravelmente progressiva que a doença
	66 cruel indigna e progressiva e...é por isso
	67 que a gente luta...né a minha missão
	68 não é só curar as pessoas...aliás eu não
	69 curo ninguém ((SI))
	70 muito acima disso tratar de doenças por área
	71 vamos dizer assim uma pneumonia uma infecção
	72 urinária uma dor de garganta isso aí é fácil
	73 pro médico...até mesmo uma apendicite...
	74 um médico habilitado te salva em uma hora
	75 de cirurgia...mas eu fui médico de UTI
	76 durante cinco anos e eu sei muito bem o que
	77 é uma doença que exige...que a gente seja
	78 rápido e preciso... aqui no nosso caso não
	79 se trata de uma urgência...

Nas linhas 50 e 51, o médico também estabelece uma estratégia de igualdade perante o fazer-saber, utilizando a expressão “a gente aprende uns com os outros”, reforça a importância dos depoimentos, tanto para a aprendizagem dos cuidadores e familiares sobre as experiências uns dos outros, quanto para si mesmo, pois também aprende ao conhecer a doença sob a ótica dos familiares.

Dessa forma, fica clara a intenção de motivar a participação, por meio dos depoimentos. Assim, o fim discursivo é proporcionar a troca de saberes em busca de um melhor convívio com as pessoas com a Doença de Alzheimer e também a busca de compreensão de situações difíceis desencadeadas por essa patologia.

Já a identidade discursiva determina como o sujeito se projeta no intuito de concretizar o fim discursivo. Nas linhas 64 a 66, o médico traz ao seu discurso um índice de modalização avaliativa na tentativa de influenciar os interlocutores, através das expressões “inexoravelmente progressiva”, “cruel, indigna e progressiva”. O locutor reconhece que a doença é realmente severa, que há dificuldade em lidar com determinadas situações cotidianamente, mas que é preciso enfrentar e proporcionar a melhor qualidade de vida possível. Assim, o médico reforça a credibilidade, engajando o interlocutor ao seu discurso.

Nesse momento da interação, podemos observar que os três espaços de estudo dos atos de linguagem propostos por Charaudeau (2009) foram contemplados pelo sujeito comunicante, conforme descrevemos a seguir.

1º) *Espaço de locução*: O médico garante a palavra, legitimando sua fala ora pela função que exerce enquanto mediador das reuniões, ora pelo seu conhecimento profissional e experiência no tratamento da doença, conforme mencionado anteriormente.

2º) *Espaço de relação*: O médico estabelece a aliança com seus interlocutores, utilizando-se da estratégia de aprender com eles.

3º) *Espaço de tematização-problematização*: o médico estabelece sua posição, sua “proposição sobre o mundo”, segundo Charaudeau (2009), utilizando diferentes formas de problematizar a enunciação. Conforme podemos observar no excerto 3, o médico, por meio da modalização avaliativa, manifesta sua concepção sobre a doença e ainda sobre o papel que desempenha “[...] aliás, eu não curo ninguém”.

O sujeito pode desempenhar diferentes papéis no discurso, assumindo formas específicas de enunciar para que seu objetivo comunicativo seja alcançado, pois, segundo propõe o autor comunicar é encenar, pois:

[...] o locutor, mais ou menos consciente das restrições e da margem de manobra proposta pela situação de comunicação, utiliza categorias de língua ordenadas nos Modos de organização do discurso para produzir sentido, através da configuração de um Texto. [...] Melhor dizendo, fala-se (ou escreve-se) organizando o discurso em função de sua própria identidade, da imagem que se tem de seu interlocutor e do que já foi dito (CHARAUDEAU, 2012, p. 75-6).

A encenação garante que o médico utilize diferentes posicionamentos com o propósito de aproximar-se dos sujeitos interpretantes, estabelecer vínculos, confiança e credibilidade a sua fala. De acordo com a intencionalidade do fim discursivo, a encenação possibilita ao sujeito assumir diferentes comportamentos enunciativos.

5 OS COMPORTAMENTOS ENUNCIATIVOS

Com o propósito de construir o fim discursivo, Charaudeau identifica quatro modos de organização do discurso: o Modo Enunciativo, o Modo Descritivo, o Modo Narrativo e o Modo Argumentativo. O autor salienta que

[...] com efeito, cada um desses modos propõe, ao mesmo tempo: uma organização do “mundo referencial”, o que resulta em lógicas de construção desses mundos (descritiva, narrativa, argumentativa); e uma organização de sua “encenação” (descritiva, narrativa, argumentativa) (CHARAUDEAU, 2012, p. 74).

No presente trabalho, propomo-nos a analisar o Modo Enunciativo, justificado pelo propósito de refletir sobre a posição assumida pelos interlocutores e acreditar que este modo contempla os demais modos que perpassam os atos discursivos. Os parceiros da comunicação assumem papéis linguageiros no ato discursivo de acordo com a finalidade contratual que desempenham e materializam essa encenação através do texto, em diferentes gêneros discursivos.

Nosso *corpus* de análise caracteriza-se pelo gênero de depoimento, no qual o Modo Enunciativo predomina. No entanto, esse não é o único modo contemplado. Percebemos, em certos momentos, a ênfase nos Modos Narrativo e Descritivo no decorrer dos discursos.

Para Charaudeau, “[...] o Modo Enunciativo é uma *categoria de discurso* que aponta para a maneira pela qual o falante age na *encenação* do ato de comunicação [...]”⁶. (2012, p. 81), comportando três relações de influência que passaremos a analisar no *corpus*.

O primeiro deles é o Comportamento Alocutivo, através do qual o locutor implica uma relação de influência sobre o interlocutor, interpelando-o a dar seu depoimento. Vejamos no excerto abaixo como esse comportamento se manifesta.

Excerto 4 – linhas 180 a 208:

Médico:	180	então vamos lá... eu vou começar...esse ano
	181	eu sempre começo pela frente pra trás eu vou
	182	começar lá na ponta hoje... lá naquela
	183	família lá atrás por favor dê seu nome e
	184	quem é o seu familiar que traz o senhor até
	185	aqui e que idade ele tem como é que é a
	186	situação...
Paulo:	187	meu nome é Paulo eu moro numa cidade pequena
	188	((SI)) meu pai que está fazendo tratamento
	189	né ele está com setenta e quatro anos e...no
	190	começo a gente não dava muita atenção
	191	né não...mas agora o negócio está ficando
	192	bem crítico né... num dia assim acaba
	193	esquecendo no mesmo dia uma coisa de manhã
	194	chega de tarde ele já não lembra mais né
Médico:	195	de manhã o senhor falava alguma coisa
	196	contava alguma coisa pra ele e de tarde
	197	ele já se esquece...
Paulo:	198	já pergunta... ele não lembra disse que
	199	não foi...não falou e daí ((SI))
Médico:	200	[faz quanto tempo que o senhor acha que
	201	ele está com setenta e quatro anos a idade
	202	onde...
Paulo:	203	[isso...na verdade começou a agravar assim
	204	faz uns três anos pra cá
Médico:	205	três anos...
Paulo:	206	é que a mãe dele já teve história com
	207	a família... a mãe dele também...
Médico:	208	a mãe dele passou por isso também? quando

É possível observar que no segmento 182-186 o médico faz uma interpelação, solicitando ao interlocutor o seu depoimento. Colocando-se como coordenador e explicitando sua relação de influência ao enunciar, ele organiza o formato dos relatos, modificando na presente reunião. Dessa forma, o interlocutor se vê como alvo da solicitação realizada, tendo a opção de aceitar ou rejeitar. No entanto, fica estipulado pelo *contrato* dessa interação que o melhor seja aceitar, garantindo assim a estratégia de troca utilizada nas interações do GA.

Em relação ao segundo comportamento, o excerto 2, já analisado anteriormente, ilustra o Comportamento Elocutivo, que está relacionado ao ponto de vista e à proposição sobre o mundo do locutor. Nas linhas de 17 a 19, o locutor (o médico) modaliza o

⁶ Grifos do autor.

discurso, avaliando positivamente seu enunciado ao mesmo tempo em que faz uma apreciação sobre o prazer que sente em receber os familiares nas reuniões. Essa apreciação é reforçada posteriormente, como pode ser observado no excerto 5, nas linhas 160 e 161.

Excerto 5 – linhas 158 a 179:

Médico:	158 que bom então estamos chegando perto de
	159 cento e cinquenta sábados então... bom...
	160 isso não me cansa nada... pelo contrário
	161 é gratificante pra mim... então todos são
	162 bem-vindos não existe pergunta burra não
	163 existe pergunta errada nem colocação errada
	164 é verdade isso talvez seja...e...o
	165 bom da gente ficar...mais velho vamos
	166 dizer assim é que a gente vai ficando mais
	167 sábio e pra ficar mais sábio tem que ficar
	168 mais humilde né então quando eu era
	169 recém-formado eu não me lembro de ter sido
	170 assim muito arrogante... nunca me lembro
	171 assim de ter sido assim... mas a gente assim
	172 o jovem médico quando se forma ele acha
	173 que sabe tudo que está ali no livro
	174 nos livros que ele estudou pro concurso
	175 pro concurso da residência médica e o que
	176 não está ali não existe e depois de trinta
	177 anos eu sei que a gente continua aprendendo
	178 todos os dias e aprendendo também
	179 com as histórias de vocês...

A partir da linha 165, o locutor deixa transparecer um outro ponto de vista, sobre o quanto ser sábio implica também ser humilde. Através da avaliação sobre o comportamento de alguns jovens médicos, ele afirma que mesmo após trinta anos de experiência continua aprendendo com as pessoas nas reuniões do GA.

Através desse depoimento, o locutor assume no jogo da encenação uma posição de humildade, demonstrando aos interlocutores que os médicos quando se formam não sabem tudo e, ao mesmo tempo, garantindo que os relatos são importantes para que todos aprendam juntos. Fica firmada uma aliança de troca de saberes, o empírico e o científico, o formal e o informal, a teoria e a prática.

Já no excerto 4, analisando o comportamento do participante, após a pergunta do médico, podemos verificar que Paulo realiza uma avaliação sobre o comportamento do pai como “bem crítico”, frente à constatação de que o pai apresenta esquecimento de situações vividas em um mesmo dia.

O terceiro e último comportamento estabelecido por Charaudeau (2012) é o Comportamento Delocutivo que envolve um terceiro sujeito, apagando seu ponto de vista e não envolvendo o interlocutor. O discurso proferido por outros se sobrepõe ao seu na tentativa de tornar o ato enunciativo objetivo. Em nosso *corpus*, há a predominância do comportamento Elocutivo, a influência do EU sobre o interlocutor. No entanto, no excerto abaixo, o médico utiliza o Comportamento Delocutivo para relatar e atuar na encenação.

Excerto 6 – linhas 443 a 469:

Médico: 443 pois é...então assim como um primeiro
 444 aprendizado que se ((SI)) é que a gente não
 445 bate boca com quem está esquecido...além
 446 de ser inútil é desgastante e estressante
 447 pra ele e pra nós...se ele não reconhece
 448 que está esquecido que a gente combinou uma
 449 coisa *mas pai eu te disse que eu vinha te*
 450 *buscar* e ele disse *tu não me disse não*
 451 *eu não me lembro eu não estou caduco eu não*
 452 *estou...esclerosado...*a outra coisa que
 453 acontece é que eles vão desenvolvendo um
 454 sintoma eles já são paranoico...quer
 455 dizer...você vai ficando desconfiado de que
 456 as pessoas estão...é::: falando nas tuas
 457 costas e às vezes eles tem razão a gente
 458 fala pelas costas às vezes está mesmo
 459 cochichando às costas dele quando ele vê
 460 a gente cochichando...falando as palavras...
 461 e quando ele chega... cara isso só alimenta
 462 a situação da paranoia *estão conspirando*
 463 *contra mim* mesmo quando a gente é aberto
 464 franco e carinhoso eles chegam a dizer
 465 *vocês vão me colocar num asilo né vocês vão*
 466 *me abandonar querem todo meu dinheiro tão*
 467 *mexendo na minha conta...é:::...mas nós*
 468 estamos falando de... de assim ((SI))
 469 às vezes eles têm razão...às vezes é verdade

No excerto acima (sequência do excerto 1), o médico faz uma explanação sobre os comportamentos que as pessoas com DA manifestam e como as atitudes das pessoas que convivem com elas podem influenciar. Assim, ele utiliza vários discursos citados, reportando-se a diálogos cotidianos (“mas pai, eu te disse que eu vinha te buscar”, “tu não me disse, não”) e também a falas que as pessoas acometidas pela DA costumam trazer como “eu não me lembro, eu não estou caduco, eu não estou esclerosado, vocês vão me colocar num asilo, né?, vocês vão me abandonar, querem todo meu dinheiro, tão mexendo na minha conta”.

O médico apresenta como ele testemunha os discursos a partir da sua experiência. Cabe aqui ressaltar que o discurso relatado faz parte do jogo de apagar-se do discurso trazendo diferentes vozes, mas na verdade age intensificando o propósito discursivo do médico que é orientar que esse tipo de comportamento é característico da demência e que discutir apenas agrava a situação de convívio.

Ao reportar ao discurso de um terceiro sujeito não presente, o médico insere na situação de comunicação um reconhecimento entre os participantes, de engajamento por vivenciarem as mesmas situações e se identificarem com elas. Isso faz parte da estratégia de encenação de aproximar os interlocutores e tornar o discurso do médico mais próximo dos participantes do grupo ao realizar o reporte de falas.

6 CONCLUSÃO

A partir das análises empreendidas, embora de forma sucinta, devido à brevidade deste trabalho, demonstramos como o ato comunicativo é complexo e influenciado por intenções, subjetividades, saberes, crenças e experiências dos sujeitos nele envolvidos.

Cada ato do discurso revela-se intencional com um propósito discursivo de reconhecer-se no outro ou diferenciar-se, de estabelecer relações, de buscar compreensão ou de influenciá-lo.

Embora saibamos que há vários quadros teóricos do campo dos estudos do discurso que possam ser aplicados a fim de se explicar os posicionamentos dos sujeitos neste *corpus* trabalhado, escolhemos a Teoria Semiolingüística de Patrick Charaudeau. Tal escolha ocorreu em função da premissa de considerar que o discurso é, acima de tudo, uma atividade social, permeada por conhecimentos e intenções de um sujeito psico-sócio-lingueiro que age com determinada intencionalidade, conforme Charaudeau (2012) define.

Observamos que, na situação de comunicação de nosso *corpus*, o locutor-emissor, o médico, e os interlocutores-receptores, os familiares de pessoas com DA, estabelecem um contrato comunicativo de acordo com a natureza socioinstitucional na qual estão inseridos, o Grupo de Apoio. Os sujeitos dessa situação comunicativa coconstroem o discurso, permitindo que os interlocutores percebam que sentido é pretendido dar ao enunciado (de dever, de poder, de querer, etc.) no processo de construção de uma identidade discursiva que conduz à *encenação*.

Além da *encenação*, Charaudeau (2012) também destaca o papel das máscaras languageiras que os interlocutores utilizam e que podemos identificar neste *corpus*. O sujeito enunciativo utiliza a máscara que melhor se adequa à situação em que se dá a interação e, de acordo também, com a sua intenção. É possível observar em nossas análises que dependendo do fim discursivo, ora o médico assume um papel de mediador, incentivando uma abertura ao diálogo em um ambiente de acolhimento e de igualdade no saber, ora se manifesta como autoridade da área médica, detentor do saber científico. Essas máscaras languageiras têm o poder de aproximar o interlocutor, de trazê-lo à responsabilidade, de proporcionar compreensão, de trazer outras vozes a fim de garantir a legitimidade de sua proposição. A encenação garante que o contrato comunicativo seja efetivado satisfatoriamente.

Em muitos momentos, a postura dialogal própria da situação de comunicação e do contrato acordado entre os parceiros da comunicação como troca de experiências, passa a ser monologal, dada a autoridade médica reconhecida pelos interlocutores que garante ao especialista, turnos de fala maiores. Os atos enunciativos dos parceiros da comunicação se consolidam na composição de um fim discursivo: o fazer-saber do médico para um saber-fazer dos familiares, ou seja, orientar os familiares sobre a DA e sobre as atitudes mais indicadas a serem tomadas com as pessoas acometidas por ela.

Privilegiamos, em nossa análise, o Modo Enunciativo, pois de acordo com Charaudeau, “[...] no Enunciativo o foco está voltado para os *protagonistas, seres de fala, internos à linguagem*” (p. 81, 2012), ou seja, o centro de nosso trabalho e destacamos os comportamentos que o integram (Alocutivo, Elocutivo e Delocutivo), relacionando-os aos posicionamentos que os sujeitos languageiros tomam na situação discursiva. Procuramos evidenciar no presente estudo que o Comportamento Elocutivo predomina no discurso do médico, pois mesmo quando estabelece relações de igualdade com os interlocutores, o EU é posto em evidência, estabelecendo influência sobre o TU, orientando ações e reportando práticas.

Talvez seja essa uma possibilidade que se abre para uma próxima análise: como os discursos dos familiares se organizam do ponto de vista enunciativo ou que posicionamentos assumem visando ao mesmo fim discursivo? Não temos a pretensão de trazer, no âmbito do presente trabalho, uma certeza absoluta sobre a interpretação dos sujeitos ou sobre os posicionamentos que assumem em razão da subjetividade que a eles é intrínseca. Assumimos, portanto, uma posição de *sujeito analisante*, que “[...] está em uma posição de *coletor* de pontos de vista interpretativos e, por meio da comparação, deve extrair constantes e variáveis do processo analisado [...]” (CHARAUDEAU, 2012, p. 63).

REFERÊNCIAS

- Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ). São Paulo, 2018. Disponível em: <<http://abraz.org.br/assistencia-abraz/grupos-de-apoio-ao-familiar-cuidador>>. Acesso em: 02 jan. 2018.
- CARVALHO, J. A. M; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19. n. 3, p. 725-733, 2003.
- CHARAUDEAU, P. Uma Análise Semiolingüística do Texto e do Discurso. In: PAULIUKONIS, M. A. L.; GAVAZZI, S. (Org.) *Da Língua ao Discurso: reflexões para o ensino*. Rio de Janeiro: Lucerna, 2005. p. 11-27.
- _____. Identidade social e identidade discursiva, o fundamento da competência comunicacional. In: PIETROLUONGO, M. (Org.). *O trabalho da tradução*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2009. p. 309-326.
- _____. Um modelo sócio-comunicacional do discurso: entre situação de comunicação e estratégias de individualização. In: STAFUZZA, G.; DE PAULA, L. (Org.) *Da análise do discurso no Brasil à análise do discurso do Brasil*. Uberlândia: Edufu, 2010. Disponível em: <<http://www.patrick-charauveau.com/Um-modelo-socio-comunicacional-do.html>>. Acesso em: 15 nov. 2017.
- _____. *Linguagem e Discurso: modos de organização*. São Paulo: Contexto, 2012.
- CRUZ, F. M. *Linguagem, interação e cognição na doença de Alzheimer*. 2008. 182f. Tese (Doutorado em Linguística) – Instituto de Estudos da Linguagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.
- IZQUIERDO, I. *Memória*. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- MARCUSCHI, L. A. *Análise da conversação*. São Paulo: Ática, 1998.
- MIRA, C.C.C.R. A construção de objetos de discurso nas práticas conversacionais de um grupo de convivência de afásicos. *Fórum Linguístico*, Florianópolis, v. 13, n. 2, p. 1131-1146, abr. / jun. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/forum/article/view/1984-8412.2016v13n2p1131>>. Acesso em: 2 set. 2018.
- _____. *Afasia e interação: uma análise da dinâmica de turnos e da gestão do tópico nas práticas conversacionais de sujeitos afásicos e não-afásicos*. 2012. 186 f. Tese (Doutorado em Linguística) – Instituto de Estudos da Linguagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.

ANEXO A

OCORRÊNCIAS	SINAIS
Incompreensão de palavras ou segmentos	SI
Hipótese do que se ouviu	(hipótese)
Truncamento ou interrupção brusca	/
Entonação enfática	Maiúscula
Prolongamento de vogal e consoante	: (podendo aumentar de acordo com a duração)
Silabação	-
Interrogação	?
Qualquer pausa	...
Pausas prolongadas (medidas em segundos)	(3s)
Comentários do transcritor e designações gestuais	((minúscula))
Comentários que quebram a sequência temática da exposição	— —
Sobreposição	[apontando o local onde ocorre a sobreposição
Simultaneidade de vozes	[[apontando o local onde ocorre a simultaneidade
Indicação de que a fala foi retomada	... no início
Citações literais ou leituras de textos	“ ”

Recebido em 19/11/2017. Aceito em 03/01/2018.