

OS FRAMES BIOMÉDICO E BIOPSISSOCIAL EM DISCURSOS SOBRE A DOENÇA DE ALZHEIMER

THE BIOMEDICAL AND BIOPSYCHOSOCIAL FRAMES IN DISCOURSES ABOUT ALZHEIMER'S DISEASE

Josie Helen Siman¹
Edwiges Maria Morato²

RESUMO: Por entendermos que as concepções sobre a Doença de Alzheimer (DA) afetam a qualidade de vida que as pessoas diagnosticadas e seus familiares podem ter, nosso objetivo nesta pesquisa foi investigar como as pessoas que lidam com a DA cotidianamente a concebem; quais *frames* (biomédico ou biopsicossocial) elas evocam; e, se os discursos dessas pessoas demonstram mudanças de perspectiva em progresso. No contexto desta pesquisa qualitativa que se fundamenta no quadro teórico de uma perspectiva sociocognitiva, dois médicos, dois especialistas não médicos e dois leigos (cuidadores familiares) foram entrevistados. Para identificarmos os termos que evocam *frames*, observamos as escolhas linguísticas utilizadas para referenciar, categorizar e predicar sobre a doença, além de havermos analisado metáforas. Observamos que os entrevistados não aderem a um modelo ou outro de concepção da DA: os participantes parecem refletir sobre diferentes questões com base ora em um modelo, ora em outro, ora em suas próprias experiências (e.g. para explicar a DA, recorrem ao modelo biomédico; para entender o doente e as implicações da doença, pautam-se no modelo biopsicossocial). Com relação à possibilidade de mudança de percepção da DA, concluímos que tanto o metadiscorso científico da literatura dedicada ao tema quanto os *frames* associados aos discursos e às experiências dos nossos entrevistados indicam que o *frame* epistêmico da DA é ainda o das Ciências Naturais, por mais que seja possível notar tendências de superação de um biologismo reducionista de tipo organicista ou fisicalista.

PALAVRAS-CHAVE: Frames. Doença de Alzheimer. Discurso.

ABSTRACT: We understand that the conceptions about Alzheimer's disease (AD) affects the quality of life that people diagnosed and their family may have. Our objective in this research was to understand how people who deal with AD in a daily basis conceptualize it; what frames (biomedical or biopsychosocial) they evoke; and, whether those people's discourses have evidence of a possible chance of perspective in progress. In the context of this qualitative research, two doctors, two non-medical specialists, and two lay people (family caregivers) were interviewed. To identify the expressions that evoke frames in their discourse, we have looked for language choices used by them to make reference to, categorize and predicate about the disease, as well as for metaphors. We have observed that the participants do not adhere to one or the other model: they seem to make use of the two models, as well as their own experiences, to reflect on different issues (e.g. to explain the disease, they use the biomedical model; to understand the patient and the implications of the disease in their lives, they use the biopsychosocial model). Regarding the possibility of the perspectives of AD be changing, we conclude that both the scientific metadiscourse in the literature on the topic, and the frames associated with the discourses and the experiences of our interviewees indicate that the AD epistemic frame is still that of the Natural Sciences, even though we can notice trends to overcome the reductive biologism of organicist or physicalist type.

KEYWORDS: Frames. Alzheimer's disease. Discourse.

1 Introdução

As concepções sobre a Doença de Alzheimer (doravante, DA) sofrem constantes mudanças desde a descoberta da doença, em 1906, por Alois Alzheimer. Essa doença sem cura e cujas causas são parcialmente conhecidas divide a opinião de cientistas em muitos aspectos; enquanto isso, os leigos, em busca de informações, lutam para entender as controvérsias e inconsistências dos discursos que chegam a eles.

¹ Mestra em Linguística pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). E-mail: josiesiman@gmail.com

² Professora do Departamento de Linguística do Instituto de Estudos da Linguagem da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). E-mail: edwiges@iel.unicamp.br

Neste contexto, pode-se dizer que há dois modelos gerais (científicos) de concepção da DA: o modelo biomédico (originado quando da descoberta da doença e pautado pelas pesquisas das ciências biomédicas) e o modelo biopsicossocial (que entra em cena nos anos 1980 e é pautado, principalmente, pelas pesquisas das ciências humanas).

No modelo biomédico, a DA é explicada como uma doença neurodegenerativa que compromete progressivamente as habilidades cognitivas do indivíduo (e.g. memória, linguagem, raciocínio lógico, etc.), à medida que seu cérebro passa por alterações histopatológicas (MORRISON; LYKETSOS, 2002; JACK JR. *et al.*, 2010, 2013). Já no modelo biopsicossocial, a DA é entendida como uma doença socioneurodegenerativa (CRUZ, 2008), resultante de um processo dialético entre danos neurológicos (ou doenças do cérebro) e fatores psicossociais – saúde, psicologia individual, ambiente, contexto social (DOWNS *et al.*, 2006). A história de vida é vista como mediadora da expressão da síndrome demencial, assim como o são as condições de organização da vida social (MORATO, 2005, 2008; LEIBING, 2006; DOWNS *et al.* 2006; LOCK, 2006; LYMAN, 1989). Sendo assim, este modelo não deixa de compreender a DA como uma doença, mas não a reduz a explicações e sintomatologias neuropatológicas e nem subtrai questões de ordem psicossocial a ela atinentes, lançando críticas a visões estritamente biomédicas (e.g. por reduzir a pessoa com DA à sua doença, e a doença ao que é meramente orgânico).

Tendo esse contexto em vista, realizamos entrevistas com o objetivo de entender como as pessoas que lidam com a DA cotidianamente a compreendem. Quais são as perspectivas dos nossos entrevistados sobre a DA (e sobre as pessoas com DA)? Estariam essas perspectivas mudando (por exemplo, de conceptualizações estritamente biomédicas para biopsicossociais)?

A importância de se realizarem estudos como este se deve ao fato de que, como aponta Leibing (2006), as maneiras como as pessoas entendem uma doença influenciam a forma como elas fazem perguntas, influenciam – mas não determinam de forma isolada – suas percepções da doença e dos doentes, bem como dos tratamentos possíveis ou pertinentes. Além disso, reconhece-se que

As percepções carregam formas individuais de pensamento, que modelam comportamentos individuais e coletivos e, nas questões que dizem respeito à doença de Alzheimer, acredita-se que com um número maior de pesquisas e de informações, essas possam influenciar de modo positivo na vida diária e nas ações das pessoas que irão trabalhar com portadores de tal patologia e com seus familiares (DÁTILLO; PACHECO, 2013, p. 152).

Assim como Dáttilo e Pacheco (2013), acreditamos que pesquisas relativas às conceptualizações da DA podem contribuir para demonstrar a necessidade de implementação de políticas públicas, principalmente no que concerne à formação profissional das pessoas que lidam com DA, bem como à educação de cuidadores familiares das pessoas com DA. Consideramos que estes, ao entenderem melhor (e mais humanamente) a doença, são capazes de lidar melhor com seus desafios cotidianos.

Nesta pesquisa que se fundamenta no quadro teórico de uma perspectiva sociocognitiva (TOMASELLO, 1999; MARCUSCHI, 2002, 2006; MIRANDA; BERNARDO, 2013; MORATO, 2010; MORATO; BENTES, 2013; VEREZA, 2013), usamos o conceito de *frames* (CROFT; CRUSE, 2004; FILLMORE, 1976, 1982) para analisarmos os dados referentes às perspectivas dos entrevistados sobre a DA.

Na seção 2 deste artigo, apresentamos brevemente o referencial teórico sobre *frames*. A seção 3 traz a metodologia da pesquisa. Na seção 4, discutimos e analisamos os principais achados da pesquisa em questão, e, na seção 5, tecemos nossas considerações finais.

2 Referencial teórico

Tendo em vista nossa proposta de investigar as conceptualizações da DA à luz da Linguística Sociocognitiva e de suas teorizações sobre *frames*, as análises dos dados foram feitas levando em consideração o contexto em que palavras, construções e metáforas foram usadas, por isso, nossa abordagem da noção de *frame* se aproxima da noção de “*frames* dinâmicos” (CROFT; CRUSE, 2004). Ou seja, entendemos que as expressões linguísticas têm um potencial semântico, mas seus significados só existem em contexto (o que pode levar em conta a situação interativa, as expectativas e os conhecimentos prévios dos interactantes, o reconhecimento da situação psicológica em que estes se encontram, ou quaisquer variáveis que possam ser relevantes para a compreensão contextualizada de um enunciado).

Neste sentido, Croft e Cruse (2004, p.96) propõem que nem significados nem relações estruturais estão especificados no lexicon, mas são construídos online. Sendo assim:

[...] as palavras não têm significados intrínsecos, nem as orações: os significados são construídos por nós, usando as propriedades dos elementos linguísticos como pistas parciais, junto com o conhecimento não linguístico, as informações disponíveis no contexto, os conhecimentos e as conjecturas referentes aos estados psicológicos dos ouvintes, etc.³

Tendo em vista o exposto, há dois pontos relacionados à natureza da construção de sentidos que devem ser frisados. O primeiro diz respeito ao significado das palavras não corresponder aos sentidos listados em um dicionário, já que este descreve apenas os sentidos mais comuns das palavras (por uma simples questão de limites, além de que novos significados podem ser construídos nas interações quase infinitamente); tampouco o lexicon arquiva todos os sentidos das palavras na memória humana. O segundo ponto a se ter em vista é que o significado é enciclopédico (CROFT, 2009, p.404), no sentido de que a representação das palavras ou suas construções é a totalidade de conhecimentos e experiências relativas às situações em que aquela palavra ou construção foi utilizada pelo falante, e essas situações se ampliam todas as vezes que a pessoa usa/ouve tal palavra. Neste contexto, os *frames*, como organizadores de sentidos e informações, não são estruturas cognitivas prontas, mas construções dependentes da interação (com seus muitos contextos que contribuem para construção e construção do sentido).

Neste espírito, ponderam Morato e Bentes (2013, p.135), quando, após análise da construção conjunta dos *frames* de PARAÍSO (terreal e fiscal) por sujeitos em interação, concluem: “A noção de *frame* parece ter a ver, pois, assim como a noção de contexto, com um estado de coisas que em parte está organizado *a priori*, e em parte está associado a uma significação que emerge de sua própria organização” (cf. HANKS, 2008; MORATO, 2010).

É interessante contrastar essa definição de *frame* com uma que enfatiza a organização do conhecimento prévio de forma estruturada (COULSON, 2010), como se dá na abordagem tradicional de Fillmore (1982, p.111), para quem *frame* é:

[...] qualquer sistema de conceitos relacionados de maneira que para entender qualquer um deles deve-se entender toda a estrutura em que ele se encaixa; quando um dos elementos dessa estrutura é introduzido no texto ou na conversação, todos os outros se tornam automaticamente disponíveis⁴.

³ Tradução nossa, do original em inglês: “[...] words do not really have meanings, nor do sentences have meanings: meanings are something that we construe, using properties of linguistics elements as partial clues, alongside non-linguistics knowledge, information available from context, knowledge and conjectures regarding the state of mind of the hearers and so on.”

⁴ Tradução nossa, original em inglês: “[...] any systems of concepts related in such a way that to understand any one of them you have to understand the whole structure in which it fits; when one of the things in such a structure is introduced into the text, or into a conversation, all of the others are automatically made available.”

Um modo de representar as estruturas de conceitos relacionados pode ser encontrado no projeto FrameNet⁵, que tem por objetivo criar um recurso lexical online para a língua inglesa⁶, baseado na semântica de *frames* e em evidências encontradas em um *corpus* (composto por orações extraídas de jornais, revistas, livros, etc.). Para isso, pesquisadores documentam uma variedade de possibilidades combinatórias sintáticas e semânticas – valências – de cada palavra e de cada um de seus sentidos, através de anotações, assistidas pelo computador, de exemplos de orações, e tabulação e exibição automática dos resultados das anotações (RUPPENHOFER *et al*, 2010, p. 5).

É importante observar que os métodos do FrameNet inspiram outros trabalhos em Linguística. Miranda (2012, 2013) vem desenvolvendo uma diferente abordagem do discurso baseada na Semântica de *Frames* e no FrameNet. A autora considera os *frames* como uma “ferramenta analítica” para analisar discursos que refletem as experiências culturais dos indivíduos. Em suas palavras:

(...) 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).

Nesta pesquisa, também recorreremos à tradicional Semântica de *Frames* (FILLMORE, 1982; PETRUCK, 1996) para fazermos um exercício de organização das informações provenientes dos modelos de concepção de Doença de Alzheimer (DA) em uma estrutura que serviu como referência (mas não como limite) para as análises e discussões produzidas nesta pesquisa. Sendo assim, essa estrutura inspirada na Semântica de *Frames* não surge da observação estatística dos dados dos entrevistados, já que seriam insuficientes (não diversificados o bastante), mas é descrita de acordo com o “evento” em questão (a DA) e seus “participantes” (com base nos modelos de concepção da DA).

Considerando-se os métodos da FrameNet (FILLMORE; BAKER, 2009; RUPPENHOFER, 2010), a Doença de Alzheimer seria uma Unidade Lexical dentro do *frame* Condição_médica. Sua descrição como um *frame per se* é um desafio, já que se trata de um substantivo e sua descrição não leva em conta, de fato, papéis temáticos (no sentido gramatical do termo): é uma descrição de um conceito complexo, com valores restritivos para seus Elementos de *Frame*.

3 Metodologia

Nesta pesquisa qualitativa, entrevistas foram realizadas com participantes que responderam a questões sobre suas experiências com a DA e suas opiniões/conhecimentos sobre a doença, tendo em vista, principalmente, assuntos de interesse científico sobre a DA.

A análise de dados teve como objetivo a verificação de quais informações e conhecimentos sobre DA os entrevistados mobilizam para responder às questões, e quais *frames* são evocados e construídos. Em seguida, relacionamos essas informações aos modelos de concepção (e *frames*) biomédico e biopsicossocial, para entendermos como as pessoas enquadram a DA.

⁵ Disponível em: <https://framenet.icsi.berkeley.edu/>

⁶ O FrameNet também vem sendo desenvolvido para outras línguas. No Brasil, o projeto é desenvolvido por pesquisadores da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), e está disponível no site: <http://www.ufjf.br/framenetbr/>.

Foram entrevistados profissionais integrados com a vida acadêmica (como professores, pesquisadores), que estão engajados de alguma forma com as discussões sobre DA. Assim, esperamos que os resultados reflitam a melhor situação possível em relação aos modelos existentes. Ao selecionarmos uma população qualificada, composta por “portavozes” das discussões atuais sobre DA, excluímos os profissionais que podem estar há muito tempo afastados das discussões sobre o tema. Além disso, os familiares escolhidos foram os que frequentam as reuniões da Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ/ Campinas), portanto, pessoas que costumam buscar e trocar informações sobre a doença.

Para esta pesquisa, seis participantes foram selecionados e contatados principalmente através da ABRAZ-Campinas. A população estudada é composta por dois médicos (um neurologista e um psiquiatra), duas especialistas não médicas (uma fonoaudióloga e uma antropóloga), e dois cuidadores familiares de pessoas com DA (filho e marido). Os seis participantes entrevistados são brasileiros, brancos, de classe média, escolarizados e têm entre 31 e 81 anos de idade. Dois participantes são do sexo feminino e quatro participantes, do sexo masculino. Os seis lidam com a DA cotidianamente num espaço de tempo entre cinco e 35 anos.

A ideia de criar um protocolo que orientasse as entrevistas sobre DA surgiu tendo em vista o trabalho de Lima (2009). Em sua dissertação de mestrado, Lima (2009) usou um protocolo para entrevistar alunos de diferentes escolas em Juiz de Fora (MG) para obter seus relatos de experiência sobre o tema “aula”, com o objetivo de analisar os *frames* de AULA desses alunos e traçar o mapa da possível “crise educacional”.

Nosso protocolo (*cf.* SIMAN, 2015) é composto de 11 perguntas sobre temas de interesse científico e sobre as experiências dos participantes com a DA. As entrevistas duraram aproximadamente 40 minutos e foram concedidas no ambiente de trabalho dos profissionais, nos intervalos de tempo de que dispunham. Quanto aos familiares, as entrevistas foram realizadas em seus lares ou no espaço de reuniões da ABRAZ-Campinas, nas brechas de suas atividades cotidianas.

As entrevistas foram gravadas em áudio e foram transcritas utilizando-se, tanto quanto fosse necessário para os fins analíticos desta pesquisa, o modelo de transcrição do AphasiAcervus⁷, que foi adaptado dos trabalhos de Marcuschi (1991), Jefferson (1984) e Mondada (2000).

A análise de dados foi feita com o suporte das teorias de *frames*, entendidos em sentido amplo como:

conjuntos ou “blocos” de conhecimentos inter-relacionáveis que, incorporados por meio de práticas sociais nas quais emergem e por meio das quais se reconstróem, atuam na organização de nossas experiências e são reciprocamente por elas organizados (MORATO, 2010, p. 98).

Da tradição fillmoriana, estende-se esse conceito para abarcar os processos discursivos sociointeracionais, sendo assim, os *frames* podem ser entendidos: “como sistemas linguístico-conceptuais baseados em conhecimentos de diversas ordens, apreendidos pela via da interiorização das experiências sociais, compartilhados ou não pelos indivíduos em interação” (MORATO; BENTES, 2013, p. 126).

Nesta pesquisa, foram analisadas construções definicionais (mais comumente: X é um Y, X **tem** Y), em que a posição do sujeito (X) é ocupada por uma construção do referente da DA ou da pessoa com DA, e a posição de (Y) é ocupada por um predicativo do sujeito. Sendo assim, extraímos dos discursos dos especialistas e dos leigos todas as construções definicionais sobre a DA e sobre as pessoas com DA, separadamente; classificamo-nas de

⁷ <http://cogites.iel.unicamp.br/p/aphasiacervus.html>

acordo com legendas que podem ser encontradas no trabalho de Siman (2015). Essas legendas foram criadas para categorizar as informações mais recorrentes nos dados (bem como os *frames* mais recorrentes).

Os sujeitos entrevistados predicam sobre a DA de forma a categorizá-la, defini-la, avaliá-la, etc. Neste contexto, podemos dizer que nas orações produzidas pelos entrevistados, o predicativo do sujeito associa a DA ou as pessoas com DA a *frames* que acabam por construir essas duas entidades, e tais construções refletem os modelos de concepção da DA que subjazem aos discursos dos entrevistados. Além disso, em alguns casos, essas construções podem criar/ evidenciar estereótipos. No presente artigo, apresentaremos e discutiremos os principais resultados das análises dessas construções (mais dados e análises podem ser encontrados na dissertação de Siman, 2015).

4 Resultados e discussões

Nesta pesquisa, postulamos a existência de pelo menos dois *frames* de DA, um biomédico e um biopsicossocial, que foram identificados nos dados extraídos dos discursos dos entrevistados. Mas o que são esses *frames*?

Como um ponto de partida, criaremos uma definição para os *frames* biomédico (DA_1) e biopsicossocial (DA_2) com um estilo **similar** ao do FrameNet. No entanto, nossas análises não ficarão restritas às informações apresentadas nesses *frames*.

Os esboços dos *frames* se baseiam principalmente nas informações que os modelos explicativos de DA fornecem. É interessante notar nesse exercício que os EFs de DA_1 e DA_2 conterão valores restritivos. Observemos também que os *frames* não contemplam a complexidade da DA, com suas várias hipóteses teóricas e várias nuances (assim como dicionários e *thesauruses* também não captam todas as nuances do conhecimento cultural compartilhado sobre palavras, expressões e eventos).

Quadro 1: Frame biomédico de Doença de Alzheimer (DA_1)

Frame DA_1: Um **Paciente** tem **Alterações** (**Alteração_1**, **Alteração_2**, etc.) no cérebro que causam **Sintomas** cognitivos, funcionais e psicológicos, que se agravam progressivamente. Essas alterações não podem ser revertidas, e não têm **Cura**, mas têm **Tratamentos medicamentosos**.

Elementos de *Frame*:

Paciente: pessoa adulta (geralmente idosa) que tem **Alterações** no cérebro.

Alteração_1: surgimento de placas senis.

Alteração_2: surgimento de emaranhados neurofibrilares.

Sintomas: manifestação comportamental ou física atribuída à doença.

Cura: extinção da doença no **Paciente**.

Causa: **Evento** orgânico a que se atribui o surgimento da doença no **Paciente**.

Tratamentos medicamentosos: Remédios (Donezepila, Galantamina, etc.) usados para retardar a progressão da doença ou amenizar os **Sintomas**.

*Este *frame* é associado frequentemente aos *frames* de **Tragédia**, **Sufrimento**, **Perda**, etc.

Fonte: SIMAN (2015, p.89)

Quadro 2: Frame Biopsicossocial de Doença de Alzheimer (DA_2)

Frame DA_2: Um **Paciente** tem **Alterações** (**Alteração_1**, **Alteração_2**, etc.) no cérebro, que interagem com **Fatores psicossociais** (**Fator_1**, **Fator_2**, etc.), causando **Sintomas** cognitivos, funcionais e psicológicos, que se agravam progressivamente. Essas alterações não podem ser revertidas, e não têm **Cura**, mas têm **Tratamentos e Terapêuticas**.

Elementos de *Frame*:

Pessoa_com_DA/ Paciente: pessoa adulta (geralmente idosa) que tem **Alterações** no cérebro.

Alteração_1: surgimento de placas senis.

Alteração_2: surgimento de emaranhados neurofibrilares.

Fator_1: qualidade das interações sociais do **Paciente** (por exemplo, a falta delas pode agravar a doença).

Fator_2: qualidade da vida mental do **Paciente** (por exemplo, abusos psicológicos, sofrimento, etc. podem agravar a doença).

Sintomas: manifestação comportamental ou física atribuída à doença.

Cura: extinção da doença no **Paciente**.

Causa: Evento orgânico e psicossocial a que se atribui o surgimento da doença no **Paciente**.

Tratamentos medicamentosos: remédios (Donezepila, Galantamina, etc.) usados para retardar a progressão da doença ou amenizar os **Sintomas**.

Terapêuticas: terapias (psicoterapia, terapia ocupacional, etc.) usadas para retardar a progressão da doença ou amenizar os **Sintomas**.

*Este *frame* é associado frequentemente aos *frames* de **Preservação, Humanização, etc.**

Fonte: SIMAN (2015, p.89)

Outra questão que precisa ser levada em consideração é quais são os *frames* de **Pessoas com DA** ligados aos *frames* DA_1 e DA_2, ou quais são os *frames* biomédico e biopsicossocial de pessoas com DA. Esses *frames* seriam, basicamente, estereótipos, ou um conjunto de características que fazem parte da nossa estrutura de expectativas quando concebemos as pessoas com DA. Ao colocarmos uma lupa nos EFs **Paciente** e **Pessoa_com_DA/ Paciente** dos *frames* DA_1 2 DA_2, teríamos, então algo que apresentamos no quadro 3 descritos como um conjuntos de traços.

É importante reconhecer que, além das perspectivas biomédica e biopsicossocial que orientam os *frames* de “pessoas com DA”, o fato de que essas pessoas passam por estágios diferentes durante a progressão da doença (*e.g.* inicial, intermediário e final) faz com que existam, ainda, *frames* (ou estereótipos) de pessoas com DA atinentes a tais fases (*e.g.* ligado à fase final da DA, há o estereótipo da pessoa acamada, com poucas habilidades cognitivas preservadas, por exemplo). Sendo assim, não se pode conceber as pessoas com DA na fase inicial da mesma forma que na fase final.

Quadro 3: Alguns traços que distinguem as pessoas com DA nos *frames* DA_1 e DA_2.

Traços Proeminentes	DA_1 – Pessoa com DA	DA_2 – Pessoa com DA
Qualidade de vida	-	+
Comunicação	-	+
Interação	-	+
Hospitalização	+	-
Self	-	+
Afetividade	-	+

Traços: - (ausente); + (presente). Fonte: SIMAN (2015, p. 90)

Nos dados analisados (construções definicionais), além dos *frames* DA_1 e DA_2 para a doença e para a pessoa com DA, observamos também que algumas temáticas se repetiam nos discursos. Anotamos esses dados com classificações⁸ que criamos tendo em vista os principais conceitos que constam das construções. Ao contabilizarmos as ocorrências desses

⁸ Os rótulos usados para a classificação dos dados (e contabilização da frequência de ocorrência/evocação de determinados conceitos quando o entrevistado define a DA) aparecerão neste capítulo de maneira que possam ser compreendidos. As definições dos rótulos, porém, encontram-se na dissertação de Siman (2015, p.100).

conceitos, pudemos notar tendências de conceptualizações nos discursos dos entrevistados. Vejamos a seguir como especialistas e leigos conceptualizam a DA.

Especialistas

Ao codificarmos os dados dos especialistas segundo as legendas que criamos para esta pesquisa, observamos atributos como “doença” (D), “sofrimento” (Oc: outra categoria), e valores como “trágica” (Qa: qualidade avaliativa) e “da mente” (L: lugar/parte do corpo afetado pela doença). Vejamos os exemplos abaixo:

Frame Atributos

A DA é...

- 1 ... [uma doença_D] bem [abrangente_{Qo}] [da mente_L] [...] (CE)
- 2 ... [uma doença_D] [não só da pessoa doente_{P, Ex}] [...] (CE)
- 3 ... [uma doença_D] que tem que ser [tratada, abordada, multidisciplinar(mente)_T] [...] (CE)
- 27 ... [a doença_D] mais [terrível_{Qa}] e [trágica_{Qa}] [...] (CE)
- 28 ... [um sofrimento_{Qa, Oc}](.) [das pessoas(.) que rodeiam_{Ex}], não do indivíduo [...] (CE)
- 43 ... [mantém essa percepção [do sofrimento_{Qa}]_{Pr}], só que isso é muito confuso pra ele [...] (GT)
- 44 ... fica (com) uma [reação emocional igual de um bebezinho de 6 meses_{Pe}] [...] (CE)

Observando-se as classificações dos predicados atribuídos à DA pelos especialistas podemos constatar que a DA é categorizada como doença/condição 82,93% das vezes, contra 17,07% de outras categorizações (e.g. tema, tragédia, sofrimento, algo, quadro).

Quanto às especificações atribuídas à DA, notamos que: 23,64% são Qualidades_características da doença; 12,12% são Entidades_externas afetadas pela doença; 11,52% são referências ao Paciente; 8,48% são Sintomas da doença; 8,48% são Qualidades_avaliativas atribuídas à doença; 6,67% são Causas da doença; 6,66% referem-se a Áreas de estudo da doença; 5,45% são Lugares (no paciente) afetados pela doença; 4,85% referem-se a Perdas; 3,64% são menções à Cura da doença; 3,03% são menções ao Tratamento da doença; 2,45% são outras qualidades atribuídas à DA (ex.: abrangente); 1,21% remetem a Preservações; 1,21% são menções às Entidades que afetam a doença; 0,61% são menções ao Diagnóstico; e 0,61% são referentes à qualificação da DA como uma Doença (“...é uma doença que é uma doença.”).

Os dados (cf. SIMAN, 2015) também foram classificados como DA_1 (biomédico) e DA_2 (biopsicossocial). Entre os exemplos acima, 43 é classificado como DA_2, por enfatizar/reconhecer a persistência da consciência (ainda que alterada ou afetada pela doença), o que é compatível com o discurso biopsicossocial. Enquanto que 44 é classificado como DA_1, por enfatizar a perda/regressão da consciência, o que é compatível com o discurso estritamente biomédico.

Ao analisar os dados, nota-se que, comparados aos demais entrevistados, os médicos foram os participantes que mais usaram construções definicionais para falar sobre a DA. Entre as 88 construções definicionais dos especialistas, 21 podem ser associadas ao *frame* DA_1. Entre estas, 15 construções foram extraídas do discurso do neurologista, cinco da fonoaudióloga, e uma da antropóloga. É interessante notar que, nestes dados, não encontramos formulações marcadamente biomédicas associadas ao psiquiatra (mas podemos encontrar, ao analisarmos seu discurso integralmente).

Quanto ao *frame* biopsicossocial de DA (DA_2), nota-se que apenas nove construções podem ser associadas a tal *frame*. Seis dessas construções pertencem ao discurso da antropóloga, uma pertence ao discurso do neurologista e uma ao do psiquiatra. Isto não quer dizer, entretanto, que o *frame* DA_2 não seja identificado mais vezes nos discursos desses participantes ou no discurso da fonoaudióloga (quando o consideramos em sua totalidade).

Entre os vários dados analisados, há construções, por exemplo, que mencionam a necessidade de uma abordagem e um tratamento multidisciplinar da DA. Ao preencher o *slot* **Tratamento** com essa informação diferente do modelo estritamente biomédico, identificamos o *frame* DA_2 no discurso do neurologista e da antropóloga.

Frames de DA (especialistas)

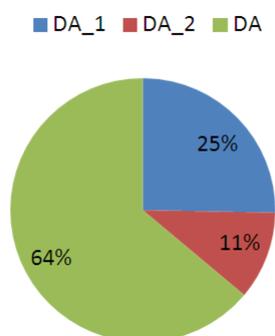


Figura 1 – Gráfico referente às evocações dos *frames* DA_1 e DA_2 pelos especialistas nas definições da DA. Fonte: SIMAN (2015, p. 103)

O gráfico 1 demonstra que os especialistas utilizaram mais vezes o *frame* DA_1 para definirem a DA (25%), em comparação com o uso do *frame* DA_2 (11%).

No que diz respeito às classificações dos predicados atribuídos às pessoas com DA pelos especialistas podemos constatar que elas são categorizadas, ou associadas a conceitos como Sintomas (32,56%), Preserções (27,91%), Perdas (15,50%), Qualidades características da doença (10,08%), Qualidades avaliativas (principalmente “sofrimento”) (5,42%), Diagnóstico (2,33%), Entidade externa (familiar) (2,33%), categorias Doença (1,55%) e Outras (e.g. quadro) (1,55%) e Paciente (0,77%).

É interessante notar que os dados sobre as pessoas com DA demonstram mais menções a preserções do que a perdas (de consciência, memória, personalidade, etc.). Se essa proporção fosse notada nos discursos de todos os entrevistados, poderíamos inferir que o discurso do modelo biopsicossocial era predominante nas falas. Porém, o que se nota é que os dados sobre preserções se concentram nas falas da antropóloga (48,6%) e do psiquiatra (45,9%).

O gráfico 2 demonstra que os especialistas evocaram o *frame* DA_1 6% das vezes para falar sobre as pessoas com DA, havendo evocado DA_2 45% vezes.

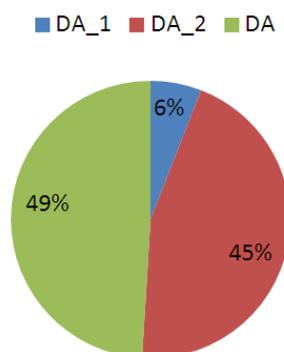
Frames de Pessoas com DA (especialistas)

Figura 2– Gráfico referente às evocações dos *frames* DA_1 e DA_2 pelos especialistas para definir as pessoas com DA. Fonte: SIMAN (2015, p. 113)

Na análise dos dados dos especialistas sobre a DA vimos, então, que havia mais exemplos de predicções que evocavam o *frame* de DA_1 do que de DA_2. No caso dos dados sobre as pessoas com DA, encontramos praticamente o oposto.

Entre esses dados referentes às pessoas com DA, apenas três podem ser apontados claramente como DA_1. Por exemplo, um dos dados diz que a pessoa com DA fica com uma reação emocional igual à de um bebê de seis meses. Essa é uma temática relacionada à “perda do self” ou da consciência, entendida dentro do modelo biomédico (cf. DAMÁSIO, 2009), e questionada pelo biopsicossocial (cf. RADDEN; FORDYCE, 2006; KONTOS, 2005, entre outros).

No que diz respeito ao *frame* DA_2 nos dados dos especialistas sobre as pessoas com DA, notamos que estes remetem a possíveis preservações cognitivas, emocionais e, principalmente, identitárias. Os entrevistados falam sobre como as pessoas com DA têm uma impressão importante de seu estado mental, um entendimento afetivo da perda, ou como eles mostram sua personalidade, seus desejos, ou adquirem novos gostos.

Os dados analisados evocam o *frame* DA_2 porque conceptualizam a pessoa com DA de maneira humana, enfatizando o que ela tem preservado e entendendo-a como uma pessoa capaz, digna, com sentimentos que devem ser levados em conta. Por exemplo, quando os entrevistados afirmam que a pessoa com DA tem o “direito” de saber de seu diagnóstico, ela está sendo concebida e validada como um ser humano ainda autônomo (a DA não é só a fase final da doença); quando afirmam que a pessoa com DA é a maior fonte de informação sobre sua condição, está presente a sua conceptualização como uma pessoa capaz de contribuir para seu diagnóstico: ela deve ser ouvida.

Leigos

Observando-se as classificações dos predicados (em 11 construções definicionais) atribuídos à DA pelos leigos podemos constatar que a DA é categorizada como doença/condição 40% das vezes contra 60% de outras categorizações de cunho generalizador (e.g. coisa, negócio, problema). Quanto às especificações, nota-se que: 33,33% são Qualidades características da doença; 29,16% são Sintomas; 12,5% referem-se a perdas; 8,33% são Lugares (no paciente) afetados pela doença; 4,17% são referentes à Cura; 4,17% são referentes ao Diagnóstico; 4,17% são referentes ao Tratamento; e 4,17% são Qualidades avaliativas (e.g. mistério). As categorias “outras Qualificações”, “Estudo”, “Causa”,

“Entidade externa”, “Entidade” e “Paciente” não aparecem nas orações definicionais de DA dos leigos. Também não aparecem orações negativas, personificações e outros verbos.

Considerando-se os dados com predicacões sobre DA formuladas pelos leigos (cuidadores familiares), não podemos classificá-los como DA_1 e DA_2 (neste sentido, os dados dos leigos apresentam 100% do *frame* “DA”, com definições comuns a DA_1 e DA_2). De maneira geral, é possível notar nos dados um discurso biomédico sobre a DA, pelo foco dos leigos no conhecimento médico, que pode ser visto, por exemplo, em dados sobre “o problema no cérebro, que vai desmanchando...” e sobre “ser uma doença mental”. Mas, como sabemos, no modelo biopsicossocial, uma parte do conteúdo “bio” está presente. No entanto, observa-se nos dados em questão a ausência de informações psicossociais sobre a DA, o que aponta para o fato de que esse discurso não chega à população de maneira mais ampla (possivelmente não é veiculado da mesma forma que o conteúdo biomédico).

Quando consideramos as 13 construções definicionais apresentadas nos dados dos leigos sobre pessoas com DA, observamos que entre os conceitos classificados, 26,32% são referentes a Perdas, 21,05% a Tratamentos, 21,05% a Qualidades_características, 15,79% a Sintomas e 15,79% a Qualidades_avaliativas (e.g. “é uma criança”).

Considerando-se as predicacões sobre as pessoas com DA formuladas pelos leigos (cuidadores familiares), não podemos classificá-las como DA_1 e DA_2. Como os familiares fizeram poucas generalizações sobre as pessoas com DA (e contaram mais experiências suas com relação aos entes com DA), entre esses dados não podemos fazer distinções referentes aos *frames* em questão.

5 Considerações finais

Com a análise de dados (que podem ser conferidos em sua totalidade no trabalho de Siman, 2015), foi possível perceber que há uma diferença entre os dados dos especialistas, que categorizaram a DA como “doença” 82,93% das vezes, contra 17,07% de outras categorizações (e.g. tema, tragédia, sofrimento, algo, quadro), e os dados dos leigos, que categorizaram a DA como “doença” 40% das vezes contra 60% de outras categorizações (e.g. coisa, negócio, problema lá dentro do cérebro). É interessante notar que as “outras categorizações” dos leigos apontam para uma informalidade no discurso, enquanto as “outras categorizações” dos especialistas incluem elementos avaliativos.

Entre os dados dos especialistas sobre as pessoas com DA há mais menções a preservações (27,91%) do que a perdas (15,50%), ainda que esses dados se concentrem nos discursos de EG (48,6%) e GT (45,9%). Por outro lado, nos dados dos leigos não há menções a preservações, apenas a perdas (26,32%) (vale ressaltar que estamos nos referindo aqui apenas aos dados definicionais, não aos discursos completos dos entrevistados). Uma possível explicação para isso seria o fato de que o discurso biomédico chega, ainda hoje, de forma quase hegemônica ao conhecimento dos leigos, enquanto que o discurso biopsicossocial (bem como as iniciativas e práticas sociais, clínicas e terapêuticas a ele associadas), que enfatiza preservações, qualidade de vida, engajamento do entorno familiar, etc., apesar de crescente, ainda é tímido e nem sempre conhecido por parte do grande público.

Outro ponto que merece destaque é a evocação de *frames* de DA_1 e DA_2 nos discursos dos entrevistados. Na figura 3 há um gráfico com as evocações de DA_1 e DA_2 nas definições da DA e das pessoas com DA nos discursos dos entrevistados. Em uma análise dos resultados que o gráfico da figura 3 demonstra, podemos refletir sobre o fato de que há um predomínio de informações sobre a DA que são comumente aceitas pelos modelos biomédico e biopsicossocial (65%), seguido de uma relevante evocação do *frame* DA_2 (20%), e, por fim, uma pequena parcela de conteúdo estritamente biomédico, *frame* DA_1 (15%). A predominância do *frame* DA_2 está associada ao discurso sobre as pessoas com

DA, não sobre a DA, e está associada aos discursos do psiquiatra e da antropóloga entrevistados.

Frames DA_1 e DA_2 (especialistas e leigos)

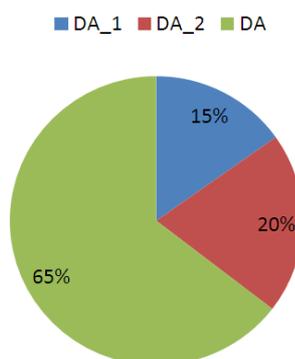


Figura 3 – Frames DA_1 e DA_2 evocados pelos entrevistados em suas definições sobre a DA e as pessoas com DA. Em verde, definições comuns a ambos os frames; em azul, os frames biomédicos e, em vermelho, os frames biopsicossociais (em maior número principalmente por causa das definições relativas às práticas cotidianas e às conceptualizações das pessoas com DA). Fonte: SIMAN (2015, p. 134)

Entre os dados analisados, como vimos, há 100% de evocação do frame de “DA” nos discursos dos leigos (sem discriminação entre DA_1 e DA_2), seja nas definições sobre a DA ou sobre as pessoas com DA. No discurso dos entrevistados, há uma maior quantidade de evocação do frame de DA_2 nas definições sobre as pessoas com DA (31%) do que nas definições da doença (11%). O oposto também válido, isto é, há mais evocações de DA_1 (25%) nas definições da DA do que nas definições das pessoas com DA (4%).

Com nossa análise de dados, notamos que os entrevistados evocam frames diferentes para pensar e agir em relação a diferentes aspectos da DA, essa doença complexa e ainda incompreendida em grande parte. Sendo assim, os entrevistados não aderem simplesmente a um ou outro modelo de forma constante para falar sobre a DA; eles constroem seus frames individuais de DA, com influências dos dois modelos em questão, bem como de suas experiências pessoais e profissionais com a doença.

Notamos que o frame DA_1 é mais frequente nas definições da DA, mas as respostas dos entrevistados tendem a variar à medida que as perguntas tocam em assuntos polêmicos ou que dizem respeito à humanidade do doente. Por exemplo, no que se refere à consciência da pessoa com DA na progressão da doença, os dados demonstram que a maioria dos entrevistados, baseando-se em experiências e conhecimentos sobre a DA, afirmou que há algum tipo de preservação (ou seja, o indivíduo com DA é capaz de sentir, reconhecer entes queridos ou expressar desejos de maneiras “novas”). Com relação ao tratamento da DA, o modelo biopsicossocial se fez nitidamente presente: com maior ou menor ênfase, todos os entrevistados mencionaram a necessidade de uma equipe multidisciplinar. Além disso, a necessidade de um tratamento singular, não hospitalocêntrico, para o doente, foi abordada por alguns especialistas, bem como a importância das boas relações sociais para o prolongamento da vida da pessoa com DA.

Desta forma, concluímos que, tanto em relação ao metadiscurso científico da literatura dedicada ao tema, quanto em relação aos frames associados aos discursos e experiências dos nossos entrevistados, o frame epistêmico da DA é ainda o das Ciências Naturais, mesmo que haja tendências de superação de um biologismo reducionista de tipo organicista ou fisicalista.

Neste sentido, esperamos um alargamento do *frame* biomédico, que é o que vimos nos discursos dos entrevistados.

Ao estudarmos as conceptualizações da DA fazendo uso das noções de *frames* dinâmicos e *frames* semânticos, pudemos sistematizar as análises dos dados, levando em consideração a interpretação contextualizada dos mesmos, ao mesmo tempo em que observávamos os elementos constantes dos significados da DA. Acreditamos que esse tipo de análise demonstre um possível caminho metodológico para os estudos da relação entre linguagem e cognição em uso, para além de tratamentos descontextualizados ou apenas quantitativos.

REFERÊNCIAS

- COULSON, S. **Semantic leaps: frame-shifting and conceptual blending in meaning construction**. USA: Cambridge University Press, 2001.
- CROFT, W. **Explaining language change: an evolutionary approach**. London: Longman, 2000.
- _____; CRUSE, D. A. **Cognitive Linguistics**. Cambridge: Cambridge University Press, 2004.
- _____. Toward a Social Cognitive Linguistics. In: (eds.) EVANS, V.; POUCEL, S. **New Directions in Cognitive Linguistics**. Amsterdam: John Benjamins, 2009. P. 395-420.
- CRUZ, F. M. **Linguagem, Interação e Cognição na Doença de Alzheimer**. Tese (Doutorado em Linguística) – Instituto de Estudos da Linguagem, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, e École Normale Supérieure, (ENS-LSH), França, 2008.
- DAMÁSIO, A. R. **E o cérebro criou o homem**. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.
- DÁTILLO, G. M. P. A.; PACHECO, D. C. A percepção da Doença de Alzheimer por estudantes da F.F.C. “Júlio de Mesquita Filho” da Unesp – Marília. *RBCEH*, Passo Fundo, v. 10, n. 2, p. 150-160, maio/ago. 2013.
- DIAS, T. M. **Categorização social e concepção de Doença de Alzheimer: implicações e perspectivas dos modelos biomédico e social**. Campinas, IEL-Unicamp, 2012. (Relatório de Iniciação Científica).
- DOWNS, M; CLARE, L; MACKENZIE, J. Understandings of dementia: explanatory models and their implication for the person with dementia and therapeutic effort. In: (eds) HUGHES, J. C.; LOUW, S. J.; SABAT, S. R. **Dementia mind, meaning and the person**. USA: Oxford University Press, 2006, p. 235-258.
- FILLMORE, C. J. Frame semantics and the nature of language. *Annals New York Academy of Sciences*. 1976. P. 20-32.
- _____. Frame semantics. **Linguistics in the morning calm: selected papers from SICOL-1981**, The linguistic society of Korea (ed.), Seoul: Hanshin Publishing Company, 1982.
- _____; BAKER, C. A frames approach to semantic analysis, 2009. P.313-339.
- FOX, P. From senility to Alzheimer’s Disease: the rise of the Alzheimer’s Disease movement. *The Milbank Quarterly*. Vol 67, No. 1, 1989, p. 58-102.
- HANKS, W. **Língua como prática social: das relações entre língua, cultura e sociedade a partir de Bourdieu e Bakhtin**. Organizado por: BENTES, A. C.; REZENDE, R.; MACHADO, M. A.. São Paulo: Cortez Editora, 2008.
- HUGHES, J. C.; LOUW, S. J.; SABAT, S. R. Seeing whole. In: (eds) _____. **Dementia mind, meaning and the person**. USA: Oxford University Press, 2006, p. 1-40.
- JACK JR, C. R. *et al.* Hypothetical model of dynamic biomarkers of the Alzheimer's pathological cascade. *The Lancet Neurology*, Volume 9, Issue 1, 2010, 119 – 128. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(09\)70299-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(09)70299-6). Acesso em: 10 jan. 2015.

- JACK JR, C. R. et al. Tracking pathophysiological process in Alzheimer's disease: an update hypothetical model of dynamic biomarkers. *The Lancet Neurology*, Volume 12, No.2, 2013. p.207-216.
- JEFFERSON, G. Transcription Notation, in J. Atkinson and J. Heritage (eds), **Structures of Social Interaction**, New York: Cambridge University Press, 1984.
- KONTOS, P. C. Embodied selfhood in Alzheimer's disease: Rethinking person-centred care. *Dementia*. 2005. DOI: 10.1177/1471301205058311.
- LEIBING, A. Divided Gazes. In: (eds.). LEIBING, A; COHEN, L. **Thinking about dementia: culture, loss, and anthropology of senility**. Rutgers University Press, 2006. p.240-268.
- LIMA, F. R. O. **A perspectiva discente do frame aula**. Dissertação (Mestrado em Linguística), Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), 2009.
- LOCK, M. Seduced by plaques and tangles: Alzheimer's disease and the cerebral subject. In: (eds) Ortega, F.; Vidal, F. **Neurocultures: Glimpses into and Expanding Universe**. Frankfurt am Main: Peter Lang, 2006/2011, p.201-216.
- LYMAN, K. A. Bringing the social back in: a critique of the biomedicalization of dementia. *Gerontologist*, 29(5): 597-605, 1989.
- MARCUSCHI, L. A. **Análise da conversação**. 2 ed. São Paulo: Ática, 1991.
- _____. A. Do código para a cognição: o processo referencial como atividade criativa. *Veredas*, 6(1): 43-62, 2002.
- _____. **Cognição, linguagem e práticas interacionais**. Rio de Janeiro: Lucerna, 2007.
- MIRANDA, N. S.; BERNADO, F. C. Frames, discurso e valores. A noção de *frame*, *Cadernos de Estudos Linguísticos*, N.55(1), Campinas, 2013, p.81-97.
- _____; LIMA, F. R. O. O frame semântico como ferramenta analítica de compreensão de experiências sociais educacionais. *Revista Gatilho*. Ano VIII. N. 16. 2013. P.1-14. Disponível em: <http://www.ufjf.br/revistagatilho/edicoes-anteriores/ano-viii-numero-16-maio-de-2013/>. Acesso em: 25 ago. 2016.
- MONDADA, L. Les effets théoriques des pratiques de transcription, *LINX*, 42, 2000. P. 131-150.
- MORATO, E. M.; CRUZ, F. M. Os embates da memória. *Revista Horizontes*, v. 23, n. 1, p. 29-38, jan./jun. 2005.
- _____. O caráter sociocognitivo da metafóricidade: contribuições do estudo do tratamento de expressões formulaicas por pessoas com afasia e com Doença de Alzheimer. *Revista de Estudos Linguísticos*, Belo Horizonte, v. 16, n. 1, p. 157-177, jan./jun. 2008.
- _____. A noção de frame no contexto neurolinguístico: o que ela é capaz de explicar? In: *Cadernos de Letras da UFF, Dossiê: letras e cognição*, n. 41, p. 93-113, 2010.
- _____; BENTES, A. C. *Frames em jogo na construção discursiva e interativa da referência*. A noção de *frame*, *Cadernos de Estudos Linguísticos*, N.55(1), Campinas, 2013, p.125-137.
- MORRISON, A. S.; LYKETSOS, C. The pathophysiology of Alzheimer's disease and directions in treatment. *Advanced Studies in Nursing*. 3(8). 256-270.2002.
- PETRUCK, M. R. L. Frame Semantics. In: VERSCHUEREN, J.; Å-STMAN, J. BLOMMAERT, J.; BULCAEN, C. (eds.) **Handbook of Pragmatics**. Philadelphia: John Benjamins. 1996.
- RADDEN, J.; FORDYCE, J. M. Into the darkness: losing identity with dementia. In: (eds) HUGHES, J. C.; LOUW, S. J.; SABAT, S. R. **Dementia mind, meaning and the person**. USA: Oxford University Press, 2006, p. 71-88.
- RUPPENHOFER, J. et al. *FrameNet II: extended theory and practice*, versão 14 set. 2010. Disponível em <http://framenet.icsi.berckley.edu/> Acesso em 20, out, 2014.

- SIMAN, J. H. **Os frames de Doença de Alzheimer**. Dissertação (Mestrado em Linguística). Universidade Estadual de Campinas. 2015.
- SONTAG, S. **Illness as metaphor**. New York: Farrar, Straus, Giroux. 1978.
- TOMASELLO, M. **Origens culturais da aquisição do conhecimento humano**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2003 (1999).
- _____. *Origins of Human Communication*. MASS: MIT Press, 2008.
- _____. **A natural history of human thinking**. Cambridge/Londres: Harvard University Press, 2014.
- VEREZA, S. Entrelaçando frames: a construção do sentido metafórico na linguagem em uso. In: Caderno de Estudos Linguísticos. 2013. p. 109- 122.

Submetido em 18/02/16

Aceito em 25/04/16