

Rupturas, continuidades e produção de sentidos na Doença de Alzheimer: discursos de pessoas idosas e seus familiares

Ruptures, continuities, and the production of meaning in Alzheimer's disease: discourses of older adults and their families

Rupturas, continuidades y producción de sentidos en la enfermedad de Alzheimer: discursos de personas mayores y sus familiares

Lucas Manca Dal'Ava¹ 

Resumo

Introdução: A Doença de Alzheimer (DA) é uma condição neurodegenerativa progressiva que ultrapassa o comprometimento cognitivo, afetando práticas sociais, relações familiares e modos de interação. Este estudo analisa narrativas de pessoas idosas com DA, compreendendo o discurso como prática social construída na interação e ancorada no contexto sociocognitivo, a fim de investigar como constroem sentidos sobre a experiência da doença a partir de temas emergentes. **Metodologia:** Estudo qualitativo, de natureza interpretativa, com análise temática de dados discursivos produzidos em entrevistas semidiretivas. Foram analisadas quatro entrevistas gravadas em áudio e vídeo, realizadas em 2018, com pessoas idosas diagnosticadas com DA e seus familiares. **Resultados:** Emergiram seis temas centrais: (i) experiência subjetiva da perda de memória e da desorientação; (ii) dependência progressiva e reorganização da autonomia; (iii) centralidade das relações familiares e do cuidado; (iv) narrativas do passado como eixo de estabilidade identitária; (v) rupturas discursivas e negociação interacional; e (vi) processo de descoberta do diagnóstico e significação da doença. **Discussão:** A experiência da DA mostrou-se discursivamente construída de forma relacional e situada. As rupturas são negociadas por estratégias

¹ Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Financiamento: O presente trabalho foi realizado com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Processo 133771/2017-2

Contribuição do autor:

LMD: concepção do artigo; redação e revisão final.

Email para correspondência: lucasmdalava@gmail.com

Recebido: 31/12/2025

Aprovado: 24/02/2026

colaborativas, evidenciando a participação ativa das pessoas idosas com DA na construção de sentidos, com implicações para intervenções fonoaudiológicas voltadas à promoção da agência comunicativa. **Conclusão:** No corpus analisado, o estudo indica que pessoas idosas com DA significam a experiência da doença de forma relacional e mobilizam estratégias interacionais para participar da construção de sentidos, oferecendo subsídios para práticas fonoaudiológicas sensíveis ao contexto comunicativo.

Palavras-chave: Doença de Alzheimer; Discurso; Fonoaudiologia.

Abstract

Introduction: Alzheimer's disease (AD) is a progressive neurodegenerative condition that extends beyond cognitive impairment, affecting social practices, family relationships, and modes of interaction. This study analyses narratives produced by older adults with AD, conceptualizing discourse as a social practice constructed through interaction and anchored in the sociocognitive context, in order to investigate how they construct meanings about the experience of the disease based on themes emerging from interaction. **Methods:** This qualitative, interpretative study employed thematic analysis of discursive data generated in semi-structured interviews. Four audio and video-recorded interviews conducted in 2018 were analysed, involving older adults diagnosed with AD and their family members. **Results:** Six central themes emerged: (i) the subjective experience of memory loss and disorientation; (ii) progressive dependence and the reorganization of autonomy; (iii) the centrality of family relationships and caregiving; (iv) narratives of the past as a source of identity stability; (v) discursive disruptions and interactional negotiation; and (vi) process of diagnosis disclosure and construction of meaning about the disease. **Discussion:** The experience of AD was shown to be discursively constructed in relational and situated ways. Disruptions are negotiated through collaborative strategies, highlighting the active participation of older adults with AD in meaning-making processes, with implications for speech-language therapy interventions aimed at promoting communicative agency. **Conclusion:** Within the analysed corpus, older adults with AD construct the experience of the disease relationally and mobilize interactional strategies to participate in meaning-making, offering support for speech-language therapy practices that are sensitive to communicative context.

Keywords: Alzheimer Disease; Discourse; Speech-Language and Hearing Sciences.

Resumen

Introducción: La enfermedad de Alzheimer (EA) es una condición neurodegenerativa progresiva que trasciende el deterioro cognitivo, afectando prácticas sociales, relaciones familiares y modos de interacción. Este estudio analiza narrativas de personas mayores con EA, comprendiendo el discurso como práctica social construida en la interacción y anclada en el contexto sociocognitivo, para investigar cómo construyen sentidos sobre la experiencia de la enfermedad a partir de temas emergentes. **Metodología:** Estudio cualitativo, de naturaleza interpretativa, con análisis temático de datos discursivos producidos en entrevistas semiestructuradas. Se analizaron cuatro entrevistas grabadas en audio y video, realizadas en 2018, con personas mayores diagnosticadas con EA y familiares. **Resultados:** Emergieron seis temas centrales: (i) experiencia subjetiva de la pérdida de memoria y desorientación; (ii) dependencia progresiva y reorganización de la autonomía; (iii) centralidad de las relaciones familiares y del cuidado; (iv) narrativas del pasado como eje de estabilidad identitaria; (v) rupturas discursivas y negociación interaccional; y (vi) Proceso de descubrimiento del diagnóstico y significación de la enfermedad. **Discusión:** La experiencia de la EA se mostró discursivamente construida de forma relacional y situada. Las rupturas se negocian mediante estrategias colaborativas, evidenciando la participación activa de las personas mayores con EA en la construcción de sentidos, con implicaciones para intervenciones fonoaudiológicas orientadas a la promoción de la agencia comunicativa. **Conclusión:** En el corpus analizado, las personas mayores con EA significan la experiencia de la enfermedad de forma relacional y movilizan estrategias interaccionales para participar en la construcción de sentidos, ofreciendo fundamentos para prácticas fonoaudiológicas sensibles al contexto comunicativo.

Palabras clave: Enfermedad de Alzheimer; Discurso; Patología del Habla y Lenguaje.

Introdução

As transformações demográficas observadas nas últimas décadas têm redefinido o perfil etário das sociedades contemporâneas, com crescimento expressivo da população de pessoas idosas e consequentes desafios para os sistemas de saúde, as políticas públicas e as práticas de cuidado.¹ No Brasil, esse processo ocorre de forma acelerada, resultando em maior prevalência de condições associadas ao declínio cognitivo e funcional, especialmente aquelas que afetam a autonomia e a participação social ao longo do envelhecimento.²⁻³ Nesse contexto, as síndromes demenciais assumem centralidade, destacando-se a Doença de Alzheimer (DA) como a principal causa de demência entre pessoas idosas⁴, embora outras condições crônicas e comorbidades frequentemente presentes nessa faixa etária também exerçam impacto relevante sobre a autonomia, a participação social e os processos de interação cotidiana.

A DA é classificada como uma condição neurodegenerativa progressiva, caracterizada por comprometimentos cognitivos graduais que interferem, de maneira crescente, na realização de atividades da vida cotidiana. No cenário brasileiro, estima-se a existência de aproximadamente 1,2 milhão de pessoas vivendo com DA.⁵ Projeções indicam que, com o aumento da expectativa de vida, o número de pessoas acometidas poderá dobrar nas próximas décadas, configurando a DA como um problema de saúde pública de alcance global, com impactos individuais, familiares e sociais.^{4,6}

Embora sua etiologia não esteja completamente elucidada, a DA envolve processos neuropatológicos complexos, incluindo perda neuronal progressiva e alterações estruturais no sistema nervoso central. Entre os principais marcadores patológicos, destacam-se o acúmulo extracelular de proteína beta-amiloide, associado à formação de placas senis, e os emaranhados neurofibrilares formados pela proteína TAU hiperfosforilada, ambos relacionados à progressão da neurodegeneração celular.⁷⁻⁸ Essas alterações estão relacionadas a manifestações clínicas diversas, como déficits de memória, alterações linguísticas, flutuações de humor, distúrbios do sono, sintomas depressivos e ansiosos, além de prejuízos progressivos em diferentes domínios cognitivos, incluindo atenção e funções executivas.^{5,9}

Para além da descrição biomédica, a DA produz efeitos que ultrapassam o funcionamento cognitivo individual, incidindo diretamente sobre práticas sociais, relações familiares e formas de interação cotidiana, afetando modos de participação discursiva e reorganizando dinâmicas interacionais, o que exige adaptações contínuas de pessoas acometidas e de seus interlocutores.¹⁰⁻¹¹

Neste estudo, compreende-se o discurso não apenas como produção linguística individual, mas como prática social interacional, construída na relação entre interlocutores e situada em contextos históricos e institucionais específicos.¹² A dimensão situada refere-se ao fato de que os enunciados são produzidos em contextos concretos de interação,¹³ enquanto a dimensão relacional indica que os sentidos são coconstruídos entre participantes, envolvendo negociações de posições, papéis e agência comunicativa.¹⁴

No campo da linguagem, os efeitos da DA manifestam-se de maneira heterogênea e progressiva. Estudos descrevem dificuldades no acesso lexical, no processamento semântico e sintático, bem como alterações na organização discursiva e na negociação de sentidos em interações face-a-face.^{10,11,13,14} Nos estágios iniciais, aspectos motores da fala podem permanecer relativamente preservados. Contudo, tornam-se frequentes, pausas, hesitações, reformulações e digressões, com repercussões diretas sobre a fluidez comunicativa e a coerência temática do discurso.¹¹ À medida que a doença avança, intensificam-se os prejuízos na compreensão e produção linguística, podendo ocorrer comprometimentos mais severos da competência comunicativa.¹⁰⁻¹¹

Do ponto de vista interacional, entretanto, evidências empíricas indicam que as limitações linguístico-cognitivas associadas à DA não implicam, necessariamente, exclusão das práticas comunicativas. Pesquisas de Hydén e Örvulv¹⁵ e Hydén¹⁶ demonstram que pessoas com DA permanecem engajadas em interações narrativas, mobilizando recursos discursivos e estratégias colaborativas para construir sentidos e identidades em conjunto com seus interlocutores. Considerando que o uso da linguagem pressupõe ações coordenadas entre participantes, o apoio conversacional⁽¹⁾ emerge

¹ Apoio conversacional é entendido, neste estudo, como o conjunto de práticas interacionais pelas quais interlocutores contribuem para a sustentação da atividade discursiva, incluindo mecanismos como tomada de turno coordenada, reformulações,

como elemento central para a manutenção da sequencialidade interacional e da comunicabilidade em contextos de vulnerabilidade cognitiva.¹⁰

Nesse quadro, torna-se relevante reconhecer que a DA compromete não apenas estruturas neurológicas ou funções mentais isoladas, mas processos sociocognitivos intrínsecos à linguagem e à interação. Ao reconfigurar as formas de participação discursiva, a doença desafia leituras homogeneizantes que reduzem a pessoa ao diagnóstico, invisibilizando trajetórias biográficas, capacidades remanescentes e agência comunicativa⁽²⁾.¹⁸⁻¹⁹

Estudos empíricos têm demonstrado que intervenções no input conversacional⁽³⁾ podem influenciar significativamente a organização do discurso de pessoas com DA. Bourgeois²¹ evidenciou que o uso de auxílios mnemônicos externos favorece a manutenção de um tema durante o discurso e amplia a produção de ideias em interações conversacionais. Posteriormente, Bourgeois et al.²² mostraram que estratégias baseadas em hierarquia de pistas podem ser eficazes, ainda que sua generalização dependa de treinamento sistemático. Em análises de conversações naturalísticas, Mentis, Briggs-Whitaker e Gramigna²³ observaram que interlocutores tendem a assumir maior responsabilidade pela organização discursiva, realizando ajustes no discurso diante das dificuldades de manutenção do foco temático. Garcia e Joannette²⁴ demonstraram que pessoas com DA realizam transições entre temas de formas mais abruptas e menos previsíveis. O estudo de Brandão²⁵ acrescenta que o uso de pistas visuais durante o discurso pode contribuir para o aumento da coerência narrativa e da atenção visual em participantes com DA.

Apesar dessas contribuições, permanecem limitadas as investigações que tomam os padrões

temáticos do discurso como eixo analítico central, considerando a fala da pessoa com DA em sua dimensão situada, relacional e subjetiva. Nesse contexto, a análise temática apresenta-se como uma abordagem que auxilia identificar regularidades de significado, estratégias discursivas e formas recorrentes de organização do discurso ao longo da interação. Nesse enquadramento, considera-se central a participação ativa da pessoa com DA na dinâmica interacional.

Dessa forma, o presente estudo propõe uma análise temática dos discursos de pessoas idosas com DA, produzidos em entrevistas semidiréticas, com o objetivo de compreender como essas pessoas significam sua experiência com a doença, negociam relações de autonomia e dependência, mobilizam narrativas autobiográficas e participam ativamente das práticas interacionais.

Metodologia

Este estudo analisa quatro entrevistas semidiréticas, realizadas em 2018, com quatro pessoas idosas com DA, selecionadas por conveniência. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas (Parecer nº 2.458.825). Os participantes e seus familiares autorizaram a utilização de dados de prontuários, desde que anonimizados para fins de publicação.

Participantes

Os participantes (cf. Quadro 1) foram recrutados no Ambulatório de Neurologia do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, onde recebiam acompanhamento clínico regular. O estadiamento da DA adotado foi a Escala de Classificação Clínica de Demência⁽⁴⁾ (*Clinical*

expansões, complementamentos colaborativos e reparos, conforme descrito na literatura da análise da conversação.¹⁴ Tais práticas favorecem a manutenção da sequencialidade e da inteligibilidade da interação.

² A noção de agência comunicativa refere-se à capacidade do sujeito de agir, posicionar-se e produzir efeitos na interação por meio da linguagem, mesmo em contextos de assimetria ou vulnerabilidade, conforme abordagens socioconstrucionistas da linguagem que concebem a agência como ação mediada socialmente e como posicionamento interacional em dinâmicas de participação.¹⁷

³ O termo input conversacional refere-se às contribuições linguísticas e interacionais oferecidas pelo interlocutor durante a interação, incluindo modificações do enunciado, pistas, reformulações e estratégias de sustentação temática, as quais podem influenciar a organização discursiva do participante.²⁰

⁴ A Escala de Classificação Clínica de Demência (CDR) é um instrumento padronizado utilizado para avaliar e estadiar a demência, com pontuação que varia de 0 (ausência de demência) a 3 (demência grave), baseada na análise de seis domínios: memória, orientação, julgamento e resolução de problemas, atividades comunitárias, vida doméstica e passatempos, e cuidados pessoais, sendo a memória o domínio de maior peso na definição do escore global; a escala é amplamente empregada como referência para o diagnóstico diferencial entre cognição normal, Transtorno Cognitivo Leve (TCL) e os diferentes estágios da demência, sendo as pontuações interpretadas da seguinte forma: CDR 0 = funcionamento cognitivo normal; CDR 0,5 = demência questionável, frequentemente associada

Quadro 1. Descrição dos participantes

	Participantes			
	AF	JO	NH	TH
Idade (anos)	90	66	66	67
Sexo	Feminino	Masculino	Feminino	Feminino
Cor/Raça/Etnia	Branco	Negro	Branca	Branca
Escolaridade (anos)	12	12	12	4
Local de Residência	Campinas/SP	Campinas/SP	Campinas/SP	Cosmópolis/SP
Diagnóstico (anos)	5	3	2	2
Estágio da DA (CDR)	Leve	Moderado	Moderado	Moderado
MEEM (0-30)	23	21	9	16
Entrevista (minutos)	32	43	45	40
Relato dos familiares sobre a rotina	Redução do interesse por interações sociais; episódios de confusão mental e ilusões; declínio da autonomia em atividades rotineiras; ocorrência de queda associada à confusão; dificuldade de orientação em ambiente conhecido.	Episódios de confusão mental; dificuldades de orientação temporal e espacial; redução recente da autonomia em tarefas rotineiras; e episódios de perambulação com alterações de humor relatados por familiares.	Dificuldades de reconhecimento de familiares; desorientação temporal e espacial; dependência para atividades básicas de vida diária; e episódios de esquecimento funcional (higiene e alimentação).	Episódios recorrentes de confusão mental e ilusões; dificuldades de reconhecimento de familiares; desorientação temporal e espacial; e redução da autonomia em atividades domésticas e de autocuidado.

Dementia Rating - CDR),²⁶ conforme registrado nos relatórios médicos e prontuários hospitalares e foram coletados os escores do Mini Exame do Estado Mental⁽⁵⁾ (MEEM),²⁷ realizado em consulta de acompanhamento médico há menos de um ano:

Entrevistas semidiretivas

As entrevistas foram conduzidas em contexto informal, na presença do participante e, quando possível, de membros da família, seguindo o modelo semidiretivo descrito por Minayo.²⁸ Neste estudo, o termo ‘participante’ refere-se à pessoa com DA, enquanto ‘interlocutor’ inclui tanto os familiares presentes quanto o pesquisador. Nesse tipo de entrevista, o pesquisador dispõe de um roteiro flexível de tópicos ou questões-guia, permitindo

que o participante conduza sua narrativa de forma espontânea e detalhada, revelando experiências e percepções pessoais de maneira que minimize interferências externas.

Os temas funcionaram como disparadores de narrativas, sem ordem rígida de apresentação. O pesquisador introduzia os tópicos de forma flexível, conforme o fluxo da interação, podendo retomar ou reformular questões de acordo com a dinâmica discursiva estabelecida. Não havia obrigatoriedade de que todos os participantes abordassem todos os temas, nem de que seguissem sequência previamente definida, sendo priorizada a espontaneidade da narrativa e o encadeamento natural dos relatos. Os temas propostos foram:

- I. Momentos festivos em família;
- II. Relacionamentos afetivos;
- III. Rotina diária;
- IV. História de vida;
- V. Episódios de doenças ou acidentes;
- VI. Vida profissional.

Transcrição dos dados

As entrevistas foram gravadas em aparelho celular com recurso de gravação digital de áudio

ao TCL; CDR 1 = demência leve; CDR 2 = demência moderada; e CDR 3 = demência grave.

⁵ O MEEM apresenta escore total de 0 a 30 pontos, sendo a interpretação dos resultados realizada a partir de pontos de corte que variam conforme a escolaridade do avaliado. De modo geral, escores mais elevados indicam funcionamento cognitivo preservado, enquanto escores progressivamente mais baixos sugerem comprometimento cognitivo leve, moderado ou grave, devendo a classificação ser contextualizada por fatores educacionais, socioculturais e clínicos.

e vídeo. Os registros foram posteriormente transcritos com base no sistema de notação do Projeto NURC (Norma Urbana Culta) de Marcuschi²⁹ e adaptado por Mira e Custódio,¹⁸ amplamente utilizado para transcrição de fala espontânea no português brasileiro (Anexo I).

Forma de análise de dados

O tratamento dos dados foi realizado pela análise temática, uma modalidade de análise de conteúdo.^{28,30} A análise foi realizada pelo autor e posteriormente submetida à discussão crítica com pesquisadora experiente na área, visando ao refinamento e à validação das categorias interpretativas. A partir desse processo, foram definidas categorias de análise, apresentadas na seção de resultados. O processo seguiu as seguintes etapas:

- I. Familiarização com os dados: leitura reiterada e imersão nas transcrições das entrevistas, com o objetivo de apreender globalmente os relatos dos participantes e suas regularidades discursivas;
- II. Geração de códigos iniciais: identificação de trechos discursivos relevantes, relacionados, por exemplo, “dificuldades comunicativas” e “referências à experiência da doença”;
- III. Busca por temas: organização dos códigos iniciais em temas e subtemas mais amplos, tais como “percepção das alterações cognitivas” e “impacto das relações sociais na experiência discursiva da DA”;
- IV. Revisão dos temas: refinamento, reorganização e ajuste dos temas identificados, assegurando sua coerência interna e sua representatividade em relação ao conjunto do corpus analisado;
- V. Definição e nomeação dos temas: delimitação conceitual e nomeação dos temas finais, de modo a refletirem com precisão os padrões de significado emergentes nas entrevistas;
- VI. Produção do relatório: elaboração do texto analítico final, com a apresentação e discussão dos temas à luz do referencial teórico adotado, ilustrados por excertos representativos das falas dos participantes. Ao final do processo analítico, os seguintes temas emergiram:

- Experiência subjetiva da perda de memória e da desorientação;
- Dependência progressiva e reorganização da autonomia;
- Centralidade das relações familiares e do cuidado;
- Narrativas do passado como eixo de estabilidade identitária;
- Rupturas discursivas e negociação interacional;
- Processo de descoberta do diagnóstico e significação da doença.

O processo analítico encontra-se sintetizado na Figura 1.

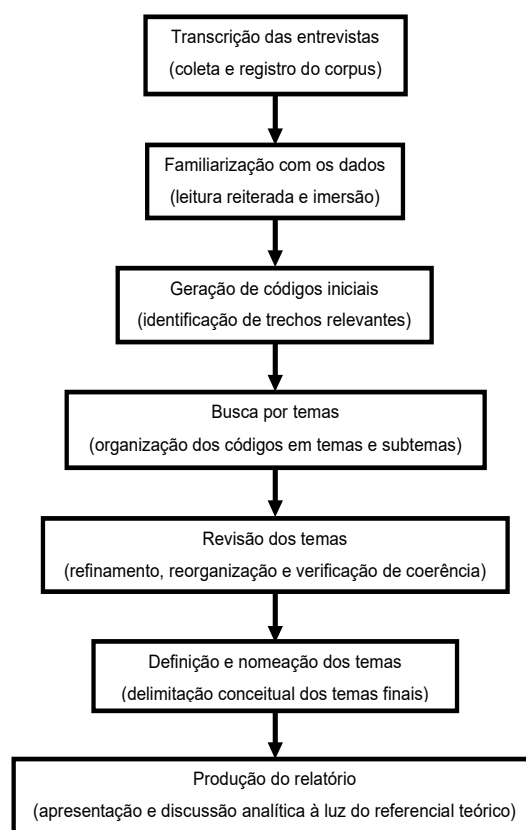


Figura 1. Fluxograma das etapas da análise temática

Resultados

A seguir, são apresentados os resultados da análise temática dos discursos de pessoas idosas

com DA, organizados a partir dos temas emergentes identificados no corpus analisado. Os temas são ilustrados por excertos representativos das entrevistas, apresentados nos Quadros 2 a 7.

Experiência subjetiva da perda de memória e da desorientação

Quadro 2. Excertos representativos

Siglas dos Participantes	Transcrições
AF - Pessoa com DA PQ - Pesquisador CF - Filha de AF	22 PQ: quantos anos a senhora está? 23 AF: eu estou com noventa e três 24 CF: NOVENTA 25 AF: não [[lembro ((risos)) 26 CF: lembra sim]] ((risos)) 27 AF: para mais para menos tanto faz (...)
JO - Pessoa com DA PQ - Pesquisador MO - Filha de JO	30 PQ: quantos anos o senhor tem? 31 JO: tenho acima dos setenta (.) quaren:ta e nove né? (...) 32 MO: sessenta e nove(.) né? 33 JO: i:sso
NH - Pessoa com DA PQ - Pesquisador	5 NH: a minha cabeça que é que é u-u difícil sabe? 6 PQ: a sua cabeça? 7 NH: eu venho uma coisa dai de repente não lembro mai nem sei sabe?
TH - Pessoa com DA PQ - Pesquisador PH - Filha de TH	121 PQ: a senhora como que a senhora foi descobrindo o Alzheimer 122 TH: nem lembrava nem sabia disso foi pouco tempo né? 123 PH: teve uns apagão na rua né? 124 TH: É eu dei um apagão na rua e eu fiquei mal então (.) onde 125 que-que-que eu tinha ido primeiro

Dependência progressiva e reorganização da autonomia

Quadro 3. Excertos representativos

Siglas dos Participantes	Transcrições
AF - Pessoa com DA PQ - Pesquisador	26 PQ: e o que a senhora fazia antes de se aposentar? 27 AF: eu nunca me aposentei ((risos))
JO - Pessoa com DA PQ - Pesquisador	96 JO: a: até dirigi (.) eu até dirijo não tenho sem problema mas é que a 97 turma acha que é perigoso 98 ELAS acham que então assim (.) isso acho que não e TÔ parando (.) 99 NÃO POR INCAPACIDADE
NH - Pessoa com DA VH - Filha de NH	35 VH: tenta lembrar perguntou para a senhora... perguntou se a senhora 36 trabalhava antes (.) a senhora trabalhava? 37 NH: lembro que tinha geladeira(.) num sei viu? (.) mas: ne? mas eu 38 gosto muito deles viu? tudo bom (.) pra mim (.) tudo bom
TH - Pessoa com DA PH - Filha de TH	165 TH: a: que eu-eu não consigo fazer quase nada por que eu não trabalho 166 PH: mas quem lava sua roupa limpa sua casa e se a senhora que faz 167 TH: esse sou eu que faço lava louça e com verdura eu que lavo minha 168 roupa (.) tudo (...) mas a PH me ajuda

Centralidade das relações familiares e do cuidado

Quadro 4. Excertos representativos

Siglas dos Participantes	Transcrições
AF - Pessoa com DA PQ - Pesquisador CF - Filha de AF	12 PQ: a senhora tem filhos quantos? 13 AF: tenho duas filhas 14 PQ: quantos anos ela tem? 15 CF: <VIXE> 16 AF: a EF tem quantos? 17 CF: EF fez sessenta e nove
JO - Pessoa com DA PQ - Pesquisador FO - Filha de JO	56 PQ: os netos trabalham, seu JO? 57 JO: <hum> (.) deve ter DOIS um casal (...) né? 58 FO: na-não, são três (...) agora não é três?
NH - Pessoa com DA PQ - Pesquisador	16 NH: os filhos meus são bom memo que eu tenho 17 PQ: como que eles são? 18 NH: eles todos trabalham (.) então (.) foram embora pra SÃO PAULO
PH - Filha de TH	178 PH: ELA tá falando de um período que ela morava sozinha que ela 179 precisava de muita ajuda 180 PH: acabou tendo que VÁ:RIOS episódios ir para o hospital (.) 181 aí (.) depois que a gente foi morar junto e acabou (...)

Narrativas do passado como eixo de estabilidade identitária

Quadro 5. Excertos representativos

Siglas dos Participantes	Transcrições
AF - Pessoa com DA	65 AF: eu me tenho por gente eu conheço (.) ele desde os três anos 66 desde os três ou quatro anos ele era DOZE anos mais velho que eu 67 TO-DO final de ano nós fazemos bolos (.)
JO - Pessoa com DA	123 JO: desde pequeno já assim (.) na indústria desde os treze 124 trabalhei na indústria por incrível que pareça 125 na vidraria campineira lá no São Luis
NH - Pessoa com DA PQ - Pesquisador	59 NH: a: as pessoas falavam NH compra essa compra essa trabalhava assim 60 é daí depois mais aí compra aí compra aí num enche o saco num 61 ((risos)) 61 PQ: então a senhora comprava casas? 62 NH: é a gente comprava um coisinho lisinho assim um pe-pe-pé e depois 63 a gente vende o oto e fica num comprado do que comprou bonitinho 64 sabe?
TH - Pessoa com DA	5 TH: <AH> eu gostava muito de brincar de escrever escreve-escrevia não 6 escrevia direito mas era criança ainda também ne? até que dava um 7 jeitinho a gente brincava tudo as criancinhas brincando na porta das 8 casas da mãe e do pai ne? e das avós tudo tudo-tudo a gente morava 9 lá em (.) como é que chama lá gente? é: Nova Resende mas tinha um 10 sitio afastado

Rupturas discursivas, digressões e negociação interacional

Quadro 6. Excertos representativos

Siglas dos Participantes	Transcrições
AF - Pessoa com DA PQ - Pesquisador	46 AF: todo final de ano nós fazemos bolos pessoal tomava café lá em casa 47 PQ: o natal como era? 48 AF: tinha baile, né? (...) ((olhando para a filha))
JO - Pessoa com DA PQ - Pesquisador	66 JO: ai: (.) eu-eu (...) 67 PQ: se não lembrar, tudo bem 68 JO: pronto (.) assim (.) num lembro
NH - Pessoa com DA PQ - Pesquisador	52 PQ: quanto tempo que a senhora é viúva? 53 NH: o quê? 54 PQ: quanto tempo a senhora é viúva? 55 NH: e agora? (...)
TH - Pessoa com DA PQ - Pesquisador	33 TH: a em Guaxupé eu trabalhava também 34 PQ: em sitio também 35 TH: não aí já trabalhava o sitio já ficava para as outras meninas por que 36 minhas sobrinhas agora elas eram mais pequenininha e eu era já 37 maiorzinha eu comecei a ir a meus irmãos e a gente trabalhava junto

Processo de descoberta do diagnóstico e significação da doença

Quadro 7. Excertos representativos do tema

Siglas dos Participantes	Transcrições
AF - Pessoa com DA CF - Filha de AF PQ - Pesquisador	106 PQ: E como a senhora descobriu que tinha esse problema de memória? 107 AF: Minha filha que viu. 108 CF: A mãe começou a repetir muito as coisas, perguntar a mesma hora 109 toda hora. 110 AF: É... a cabeça fica... assim... uma coisa hoje, amanhã não sei mais (.) 111 CF: Foi quando deu Alzheimer no exame. 112 AF: Isso-isso, de vez em quando dá um branco (...)
JO - Pessoa com DA	40 JO: eu num sei explicar (...) eu faço alguma coisa daí eu lembro daqui a 41 pouco daí eu lembro e esqueço (...) EU VOU esquecer (.)
NH - Pessoa com DA PQ - Pesquisador VH - Filha de NH	92 PQ: A senhora sabe por que vai ao médico? 93 NH: Oi? 94 VH: É por causa da cabeça, mãe. Lembra? 95 NH: A minha cabeça (.) é difícil, né? Difícil (...) 96 VH: O médico passou remédio pra ajudar (.) 97 NH: Remédio (.) toma (.) mas é difícil (.) sei não (.) quem era mesmo?
TH - Pessoa com DA	138 TH: cheguei lá não sabia mais ficava olhando (.) cadê (.) será? (.) cadê a 139 Dirce? (...) aí eles ficaram tudo horrorizado porque eu já não sabia de 140 nada

Discussão

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados, como o número restrito de participantes, o recorte transversal dos dados e a análise baseada em entrevistas realizadas em um único momento da trajetória da doença. Além disso, a heterogeneidade do grupo quanto à idade, escolaridade e estágio clínico da DA pode ter influenciado a organização discursiva observada, uma vez que tais variáveis são reconhecidamente associadas a diferenças no desempenho cognitivo e linguístico. Embora o objetivo deste estudo não tenha sido estabelecer comparações entre perfis clínicos ou sociodemográficos, tais diferenças podem ter interferido na extensão, na fluidez ou na complexidade das narrativas produzidas. Esses aspectos limitam a generalização dos achados e a observação de transformações discursivas ao longo do tempo, indicando a pertinência de investigações futuras com delineamento longitudinal, amostras mais homogêneas ou estratificadas e maior controle das variáveis clínicas e educacionais.

Após a explicitação das limitações do estudo, esta seção dedica-se à interpretação dos achados à luz da literatura da área. São discutidos os diferentes níveis de consciência da doença observados nos discursos, bem como os temas emergentes nas entrevistas, com vistas a compreender como tais eixos se articulam na construção interacional da experiência da DA. Ao final, são discutidas as implicações teóricas e clínicas decorrentes dos resultados.

De modo geral, os temas emergentes revelam que a experiência da DA é discursivamente elaborada a partir da percepção das alterações cognitivas, da reorganização da autonomia, da centralidade das relações familiares, da mobilização de narrativas autobiográficas e da negociação interacional diante de rupturas discursivas.^{10,11,18} Esses eixos não se apresentam de forma isolada, mas articulam-se continuamente ao longo das interações, configurando um quadro complexo de significação da doença. Na sequência, cada tema é discutido à luz dos excertos analisados e da literatura.

Experiência subjetiva da perda de memória e da desorientação

A perda de memória e a desorientação constituem temas recorrentes nos discursos analisados,

frequentemente enunciados por meio de formulações metadiscursivas como “não lembro” ou “a minha cabeça que é difícil” (NH, linhas 5-7). Tais enunciados não se limitam à descrição de uma dificuldade cognitiva, funcionando também como recursos de explicitação da falha no curso da interação. Esses achados dialogam com estudos que indicam que pessoas com DA mantêm certo grau de consciência sobre as alterações cognitivas e são capazes de tematizá-las discursivamente, ainda que de forma fragmentada.¹¹

Observa-se, ainda, que a explicitação do esquecimento ocorre em contextos interacionais marcados por pausas, reformulações e pela intervenção de interlocutores. Em trechos como “não lembro” seguido pela correção da filha com risos (AF, linhas 25-26) ou pela complementação do turno por familiares (JO, linhas 31-33), evidencia-se a dimensão relacional da memória em situação de interação. Nesse sentido, a memória não se apresenta como um processo exclusivamente individual, mas como um recurso distribuído entre os participantes, sustentado por estratégias colaborativas mobilizadas no decorrer do diálogo.¹⁵

Dependência progressiva e reorganização da autonomia

O tema da autonomia emerge nos discursos de forma tensionada, articulando a afirmação de capacidades preservadas e o reconhecimento de restrições progressivas associadas ao avanço da DA e à mediação familiar. Essa tensão manifesta-se na coexistência de enunciados que reafirmam a continuidade de determinadas habilidades e de relatos que indicam a interrupção ou reorganização dessas práticas no cotidiano.

A reafirmação da autonomia pode ser observada em enunciados como “eu nunca me aposentei” (AF, linha 27) e na ênfase de JO ao afirmar que a interrupção do trabalho ocorreu “não por incapacidade” (JO, linha 99), mesmo diante da interferência do entorno familiar. Esses excertos sinalizam a manutenção de posições identitárias associadas à atividade e à competência, ainda que determinadas práticas sejam progressivamente limitadas.

Paralelamente, os dados evidenciam a reorganização da autonomia por meio da mediação familiar na interação. Em excertos como “esse sou eu que faço” (TH, linha 167), seguido do reconhecimento de apoio “mas a PH me ajuda” (TH, linha 168) observa-se a negociação entre independência

e dependência. De modo semelhante, a condução do diálogo por familiares, como no caso de NH, indica a redistribuição das responsabilidades comunicativas no contexto da interação.

Essa negociação entre independência e apoio também se articula ao modo como cada participante percebe e interpreta suas próprias limitações. Em alguns casos, observa-se reconhecimento parcial das dificuldades, enquanto em outros a manutenção de enunciados que reafirmam competência pode indicar mecanismos de preservação identitária ou redução da percepção do declínio. Assim, a reorganização da autonomia não depende exclusivamente das alterações cognitivas objetivas, mas também do nível de consciência e da forma como o adoecimento é simbolicamente elaborado.

Do ponto de vista discursivo, esses achados indicam que a autonomia se configura como relacional e contextual, sendo continuamente negociada na interação. Tal interpretação dialoga com a literatura que descreve a autonomia, em contextos de adoecimento crônico, como um processo situado entre dependência e agência comunicativa, sustentado pelas relações interpessoais.²³

Centralidade das relações familiares e do cuidado

As relações familiares configuram-se como eixo estruturante dos discursos analisados, tanto no plano temático quanto na dinâmica interacional. As menções recorrentes a filhos, netos e cuidadores indicam que a experiência da DA é significada de forma eminentemente relacional, com o cuidado sendo construído como prática compartilhada ao longo da interação.

Nos excertos, observa-se que familiares frequentemente complementam, corrigem ou expandem os enunciados das pessoas com DA, contribuindo para a continuidade do diálogo e para a construção de sentido. Em interações como “deve ter dois”, seguido da correção “não são três” (JO, linhas 57-58), ou na mediação da informação etária de familiares (AF, linhas 14-17), evidencia-se uma produção conjunta do enunciado e do sentido, na qual o familiar participa da formulação discursiva ao apoiar, reformular ou completar a fala da pessoa com DA. Além disso, a referência afetiva aos filhos em “os filhos meus são bom memo” (NH, linhas 16) e a contextualização do cuidado feita por familiares, como no relato sobre a necessidade de ajuda e hospitalizações (PH, linhas 178-181),

reforçam o papel central da família na organização da experiência e do discurso.

Esses dados corroboram concepções de linguagem que enfatizam a natureza interacional da memória e da identidade, bem como a coautoria discursiva em contextos de declínio cognitivo, conforme discutido por Mira e Custodio.¹⁸

Narrativas do passado como eixo de estabilidade identitária

As narrativas autobiográficas relacionadas ao passado remoto emergem como recurso discursivo recorrente, caracterizadas por maior fluidez e detalhamento quando comparadas às referências a eventos recentes. Esse padrão é consistente com achados da literatura que apontam para a preservação relativa de memórias remotas em estágios iniciais e intermediários da DA.¹¹

Nas entrevistas, os participantes mobilizam trajetórias de vida, experiências profissionais e vínculos afetivos, como nas referências a relações construídas ao longo do tempo, como em “desde os três anos” (AF, linhas 65-66) ou à inserção precoce no trabalho “...na indústria desde os treze” (JO, linhas 123-124). Observa-se também a construção de narrativas mais extensas e detalhadas, acompanhadas de avaliações afetivas, como nos relatos sobre atividades comerciais e brincadeiras de infância (NH, linhas 59-64; TH, linhas 5-10).

Do ponto de vista analítico, essas narrativas desempenham papel relevante na manutenção da continuidade identitária, ao possibilitar que a pessoa com DA se posicione como sujeito de experiência no curso da interação. Assim, a evocação do passado funciona como estratégia para a sustentação da identidade apesar das alterações cognitivas associadas à doença.^{10,18}

Rupturas discursivas, digressões e negociação interacional

As rupturas discursivas observadas, como hesitações, digressões e interrupções temáticas, não inviabilizam a interação, mas exigem ajustes contínuos por parte dos interlocutores. Nos dados analisados, essas rupturas manifestam-se em respostas interrompidas ou incompletas, como “ai: (.) eu-eu (...)” seguidas da admissão “num lembro” (JO, linhas 66-68), bem como em dificuldades de compreensão de perguntas diretas, demandando reformulações e repetições por parte do pesquisador (NH, linhas 52-55).

Observa-se, ainda, que mudanças de tema ocorreram acompanhadas de apoio interacional do interlocutor, como no caso em que o participante recorre à família diante de uma pergunta específica (e.g. “tinha baile, né?” - AF, linha 48). Em outros momentos, digressões narrativas são sustentadas pelo interlocutor por meio de confirmações e retomadas, permitindo a continuidade da interação apesar da reorganização da sequencialidade discursiva (TH, linhas 33-37).

Esses achados corroboram propostas analíticas que defendem uma compreensão qualitativa das mudanças de tema em contextos conversacionais de pessoas com DA, em detrimento de avaliações baseadas exclusivamente em critérios normativos de coerência.²⁴ A coerência, nesse contexto, configura-se como um produto interacional, construído de forma colaborativa ao longo da interação, e não como propriedade individual do discurso.

Processo de descoberta do diagnóstico e significação da doença

O processo de descoberta do diagnóstico emerge nos discursos como uma experiência marcada por compreensão parcial e elaboração simbólica fragmentada. As referências à DA são mediadas por familiares, que assumem o papel de explicitar sinais, relatar mudanças de comportamento e contextualizar a trajetória clínica. Isso se evidencia, por exemplo, quando a participante atribui o reconhecimento do problema à filha (“minha filha que viu” - AF, linha 107), enquanto a familiar detalha a repetição de perguntas e a confirmação diagnóstica por meio de exames (AF/CF, linhas 108-111).

Nos relatos das próprias pessoas com DA, observa-se dificuldade em nomear o diagnóstico ou em explicitar seu significado, com enunciados marcados por incerteza e autorreferências ao esquecimento, como “eu num sei explicar” e “eu vou esquecer” (JO, linhas 40-41). Em outros casos, o diagnóstico é evocado de forma indireta, mediado pela fala do familiar, como na situação em que a filha retoma a razão da consulta médica (“é por causa da cabeça” - NH/VH, linhas 94-97).

Embora não tenha sido realizada avaliação clínica formal do nível de consciência da doença, os dados discursivos permitiram observar diferentes graus de percepção das alterações cognitivas e funcionais. Tal percepção manifestou-se de modo heterogêneo, variando entre a minimização das dificuldades, a atribuição a fatores externos e o reco-

nhecimento parcial das limitações. Esses aspectos sugerem que a experiência da DA envolve distintos níveis de elaboração subjetiva do adoecimento, os quais podem impactar a organização narrativa e a autonomia na interação.

Nesse sentido, o diagnóstico não se configura apenas como um evento clínico pontual, mas como um processo relacional, no qual os sentidos da doença são progressivamente construídos e renegociados na interação. Observa-se, ainda, que o nível de apropriação do diagnóstico pelas próprias pessoas com DA é variável, manifestando-se por meio de enunciados de incerteza, hesitação ou dificuldade de nomeação. Tal variação pode estar relacionada a diferentes graus de consciência das alterações cognitivas, frequentemente descritos na literatura como flutuantes ou parciais nos estágios iniciais e intermediários da doença. A participação ativa dos familiares na nomeação, explicação e sustentação do tema evidencia que a significação da DA é compartilhada e situada, articulando aspectos cognitivos, interacionais e simbólicos. Desse modo, a percepção da doença não se apresenta como dado homogêneo, mas como construção discursiva que influencia a forma como autonomia, identidade e dependência são negociadas no cotidiano.^{10,18}

Implicações teóricas e clínicas

Em conjunto, os seis eixos temáticos evidenciam que a experiência da DA não se configura como narrativa exclusivamente de perda, mas como processo interacional no qual memória, autonomia e identidade são continuamente negociadas.¹⁵⁻¹⁶

Os achados discutidos ao longo deste estudo reforçam abordagens que concebem a linguagem na DA como prática social situada e interacionalmente organizada.^{11,14} A recorrência de estratégias de apoio conversacional e a participação ativa das pessoas idosas com DA na coconstrução dos sentidos indicam que intervenções fonoaudiológicas devem priorizar a sustentação da agência comunicativa, e não apenas a correção de déficits estruturais da linguagem.²⁰⁻²²

Nesse sentido, intervenções fonoaudiológicas podem incluir a orientação sistemática de familiares para o uso de estratégias de apoio conversacional (por exemplo, expansão temática, reformulação colaborativa, oferta de pistas semânticas contextualizadas ou graduadas e manutenção coordenada de turnos conversacionais), além de considerar o familiar como parceiro ativo no processo comunicativo.

A reorganização da autonomia observada nas entrevistas revela que a capacidade de ação e de participação da pessoa com DA é dinâmica e relacional, sendo continuamente negociada no cotidiano. Assim, o planejamento terapêutico pode priorizar a criação de ambientes interacionais que favoreçam a agência comunicativa, apoiem a tomada de decisões e promovam a participação social, reconhecendo a pessoa como agente ativo na própria comunicação.

Conclusão

Ao focalizar temas emergentes do próprio discurso, este estudo analisou como pessoas idosas com DA significam a experiência da doença e participam da interação em contextos menos controlados de interação. A análise temática apontou a recorrência de modos discursivos que, no corpus analisado, articulam dimensões cognitivas, interacionais e subjetivas, evidenciando o papel da linguagem na produção de sentidos na DA.

Os achados deste estudo indicam que os discursos de pessoas idosas com DA, produzidos em entrevistas semidiretivas, mobilizam diferentes modos de significar a experiência da doença, articulando dimensões cognitivas, interacionais e subjetivas. A análise temática permitiu compreender esses modos de significação sem reduzir a produção discursiva à noção de déficit, compreendendo a linguagem como prática social situada e coconstruída, em consonância com abordagens sociocognitivas e discursivo-interacionais da linguagem.

Os resultados indicam que a perda de memória e a desorientação são tematizadas pelas próprias pessoas com DA e frequentemente sustentadas por estratégias interacionais colaborativas, envolvendo familiares e interlocutores. A autonomia mostrou-se como um processo relacional e progressivamente reorganizado, no qual capacidades preservadas e limitações coexistem e são negociadas no cotidiano. As narrativas autobiográficas do passado emergiram como recurso para a manutenção da identidade, enquanto as rupturas discursivas evidenciaram o caráter coconstruído da coerência e da comunicabilidade. O processo de descoberta e significação do diagnóstico apresentou-se de forma fragmentada e mediada nas interações com os familiares, reforçando a compreensão do diagnóstico como um processo discursivo, e não apenas como um evento clínico isolado.

Do ponto de vista da prática fonoaudiológica, os achados dialogam com abordagens que compreendem a linguagem como prática social e interacional, sensível ao contexto e às relações estabelecidas entre os interlocutores. O estudo sugere que práticas fonoaudiológicas voltadas à DA devem priorizar estratégias interacionais que favoreçam a manutenção da agência comunicativa, a sustentação temática e a validação identitária da pessoa idosa, envolvendo familiares como parceiros ativos no processo terapêutico. Assim, o estudo oferece subsídios para práticas fonoaudiológicas voltadas à manutenção da comunicabilidade e da participação social de pessoas com DA, ao mesmo tempo em que aponta para a necessidade de investigações futuras que acompanhem longitudinalmente os processos discursivos, explorem diferentes contextos interacionais e aprofundem a análise das estratégias de apoio comunicativo ao longo do curso da doença.

Financiamento

O presente trabalho foi realizado com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Processo 133771/2017-2.

Referências

1. McDade E, Bateman R. Stop Alzheimer's before it starts. *Nature*. 2017; 547: 153-5. doi:10.1038/547153a.
2. World Health Organization. World health statistics 2018. Geneva: WHO; 2018.
3. Santos CS, et al. Factors associated with dementia in elderly. *Cien Saude Colet*. 2020; 25(2): 603-11. doi:10.1590/1413-81232020252.02042018.
4. Alzheimer's Association. Alzheimer's disease facts and figures. Chicago: Alzheimer's Association; 2017.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Nacional sobre a Demência no Brasil (ReNaDe): sumário executivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.
6. Frozza RL, Lourenço MV, Felice FG. Challenges for Alzheimer's disease therapy. *Front Neurosci*. 2018; 12: 37. doi:10.3389/fnins.2018.00037.
7. Tackenberg C., Kulic L., Nitsch R.M. Familial Alzheimer's Disease Mutations at Position 22 of the Amyloid β -Peptide Sequence Differentially Affect Synaptic Loss, Tau Phosphorylation and Neuronal Cell Death in an Ex Vivo System. *PLoS ONE*. 2020; 15: e0239584. doi: 10.1371/journal.pone.0239584.
8. Ivanova AV, Kutuzova AD, Kuzmichev IA, Abakumov MA. Alzheimer's disease: from molecular mechanisms to promising therapeutic strategies. *Int J Mol Sci*. 2025; 26(19): 9444. doi:10.3390/ijms26199444.



9. Huihong Z, et al. Olfactory and imaging features in atypical Alzheimer's disease. *Transl Neurosci*. 2018; 9(1):1-6. doi:10.1515/tnsci-2018-0001.
10. Mira C. Como é que a gente diz? *Linguagem em (Dis)curso*. 2019;19(3): 419-33. doi:10.1590/1982-4017-190304-7818.
11. Morato EM. Das relações entre linguagem, cognição e interação. *Linguagem em (Dis)curso*. 2016;16(3): 575-90. doi: 10.1590/1982-4017-160304-0516D.
12. Van Dijk TA, Koch IGV. *Cognição, discurso e interação*. São Paulo: Contexto; 1992.
13. Goffman E. *Forms of talk*. Oxford: Basil Blackwell; 1981.
14. Sacks H, Schegloff EA, Jefferson G. A simplest systematics for the organization of turn taking in conversation. *Language*. 1974; 50(4): 696-735. doi: 10.2307/412243.
15. Hydén L, Örvulv L. Narrative and identity in Alzheimer's disease. *J Aging Stud*. 2009; 23: 205-14. doi: 10.1016/j.jaging.2008.01.001.
16. Hydén LC. How to do things with others: joint activities involving persons with Alzheimer's disease. In: Hydén LC, Lindemann H, Brockmeier J, organizadores. *Beyond loss: dementia, identity, personhood*. Oxford: Oxford University Press; 2014. p. 116-34.
17. Ahearn LM. Language and agency. *Annu Rev Anthropol*. 2001; 30: 109-137. doi: 10.1146/annurev.anthro.30.1.109.
18. Mira C, Custodio K. A narrativa como construção identitária. *Trab Linguist Apl*. 2022; 61(3). doi: 10.1590/010318138670600v61n32022.
19. Subramaniapillai S, et al. Sex and gender differences in cognitive and brain reserve: implications for Alzheimer's disease in women. *Front Neuroendocrinol*. 2020; 60: 100879. doi: 10.1016/j.yfrne.2020.100879.
20. Bourgeois MS. Enhancing conversation skills in Alzheimer's disease using a prosthetic memory aid. *J Appl Behav Anal*. 1990; 23(1): 29-42.
21. Bourgeois MS. Effects of memory aids on the dyadic conversations of individuals with dementia. *J Appl Behav Anal*. 1993; 26(1): 77-87. doi:10.1901/jaba.1993.26-77.
22. Bourgeois MS, et al. Memory aids for people with dementia: effects of training on use and performance. *J Speech Lang Hear Res*. 2003; 46(4): 857-69. doi:10.1044/1092-4388(2003/067).
23. Mentis M, Briggs-Whitaker J, Gramigna GD. Discourse management in Alzheimer's disease. *J Speech Hear Res*. 1995; 38(5): 1054-66. doi:10.1044/jshr.3805.1054.
24. Garcia LJ, Joannette Y. Analysis of conversational topic shifts. *Brain Lang*. 1997; 58(1): 92-114. doi:10.1006/brln.1997.1871.
25. Brandão L. The use of visual stimuli during the production of autobiographical narrative by persons with Alzheimer disease: applications for discourse intervention. In: *International Congress on Human Functionality in Perspective: Devising New Pathways, Expanding Horizons*; 2008; Lisboa, Portugal. Lisboa: Anais; 2008.
26. Morris JC. The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules. *Neurology*, 1993; 43(11), 2412-2414. doi:10.1212/wnl.43.11.2412-a.
27. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". *J Psychiatr Res*. 1975;12(3):189-98. doi:10.1016/0022-3956(75)90026-6.
28. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
29. Marcuschi LA. *Análise da conversação*. São Paulo: Ática; 1998.
30. Braun V, Clarke V. Conceptual and design thinking for thematic analysis. *Qual Psychol*. 2022; 9(1): 3-26. doi:10.1037/qup0000196.



Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional, que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a obra original seja devidamente citada.



Anexo I

Quadro 8. Convenções de transcrição^{18,29}

Elemento Transcrito	Convenção/Símbolo	Exemplo do <i>Corpus</i>
Número sequencial e Identificação do falante	Número sequencial e sigla do participante e	337. NV: na-NÃO...
Silabação	-	en-ten-di
Pausa breve (até 2 segundos)	(.)	eu num tenho doença nenhuma (.) é: uma vez (...)
Pausa longa (3 segundos ou mais)	(...)	pra falar registrado assim (...)
Repetição	-	tudo-tudo
Ação ou elemento não verbal	(())	((levou a mão até o queixo)) ((apontou para longe)) ((risos)) ((tossiu))
Ênfase ou aumento de volume	LETRAS MAIÚSCULAS	(...) eu CAÍ du: telhado (...) que eu NÃO tinha nada(...)
Alongamento de som/vogal	:	é: uma vez du: telhado
Representação da fala coloquial	Ortografia adaptada	num (não) trabaiá (trabalhar) cunheço (conheço)
Fala interposta / sobreposição de falas	[[]]	25 AF: não [[lembro ((risos)) 26 CF: lembra sim]] ((risos))