

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA LINGUAGEM

ENTOÇÃO E PRODUÇÃO DE SENTIDOS NO DISCURSO
DO SUJEITO PARKINSONIANO

SÔNIA DE SOUSA DANTAS

RECIFE
2006

SÔNIA DE SOUSA DANTAS

**ENTOÇÃO E PRODUÇÃO DE SENTIDOS NO DISCURSO
DO SUJEITO PARKINSONIANO**

Dissertação apresentada, como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Mestrado em Ciências da Linguagem, área de concentração: Aquisição e Desenvolvimento da Linguagem, da Universidade Católica de Pernambuco, sob a orientação da Profa. Dra. Marígia Ana de Moura Aguiar e co-orientação do Prof. Dr. Francisco Madeiro Bernardino Junior.

RECIFE
2006

D192e Dantas, Sônia de Sousa
Entoação e produção de sentidos no discurso
do sujeito parkinsoniano / Sônia de Sousa Dantas ;
orientador Marígia Ana de Moura Aguiar, 2006.
105 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de
Pernambuco. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação,
2006.

1. Análise do discurso. 2. Parkinson, Doença de.
3. Aquisição de linguagem. I. Título.

CDU 612.78

SÔNIA DE SOUSA DANTAS

**ENTOAÇÃO E PRODUÇÃO DE SENTIDOS NO DISCURSO
DO SUJEITO PARKINSONIANO**

Dissertação apresentada, como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Mestrado em Ciências da Linguagem, área de concentração: Aquisição e Desenvolvimento da Linguagem, da Universidade Católica de Pernambuco, sob a orientação da Profa. Dra. Marígia Ana de Moura Aguiar e co-orientação do Prof. Dr. Francisco Madeiro Bernardino Junior.

Defesa Pública: 03 de Abril de 2006.

BANCA EXAMINADORA:

Orientadora: Professora Dra. Marígia Ana de Moura Aguiar

Examinador titular externo: Professora. Dra. Marianne Carvalho Bezerra Cavalcante

Examinador titular interno: Professor. Dr. Junot Cornélio Matos

RECIFE

2006

**“...por isso eu pergunto, a vocês no mundo
se é mais inteligente o livro ou a sabedoria?**

**O mundo é uma escola,
a vida é o circo,
amor palavra que liberta,
já dizia o profeta” !**

Marisa Monte.

DEDICATÓRIA

A DEUS, ser supremo, criador de tudo, origem de todo o conhecimento humano, ser bondoso, que não nos abandona jamais, que me iluminou para realizar mais esta missão, dando-me, a cada dia, provas incontestes de sua divindade.

**Obrigado, Senhor, porque és meu amigo,
porque sempre comigo, Tu estás a falar.
No perfume das flores,
na harmonia das cores,
e no mar que murmura,
o Teu nome a rezar!
Escondido Tu estás,
no verde da floresta,
nas aves em festa,
no sol a brilhar...
na sombra que abriga,
na brisa amiga,
na fonte que corre,
ligeira a cantar.
Te agradeço ainda,
porque na alegria,
e na dor todo dia,
posso Te encontrar...
quando a dor me consome,
murmuro Teu nome
e, mesmo sofrendo, eu posso cantar,
OBRIGADA, SENHOR! OBRIGADA, SENHOR!**

AGRADECIMENTOS

Às minhas filhas, **Lara e Jéssica**, pelo amor, solidariedade e vibração, fiéis escudeiras de toda uma vida.

À minha **MÃE, Sônia**, presença amiga de todas as horas, pela sua crença em minha capacidade e disponibilidade incondicional de me escutar.

Às minhas irmãs, **Rose e Fatinha**, que, mesmo estando a milhas de distância, torcem, entusiasticamente, pelo meu sucesso.

À minha Tia **Jupyra**, sinônimo de garra e alto astral, pelas suas palavras de encorajamento e bom humor.

À minha madrinha **Dadô**, pessoa santificada, que, orando diariamente por mim, desde o dia do meu nascimento, se tornou minha mensageira nos assuntos com Deus.

Aos **Pacientes**, sujeitos desta pesquisa, que tão gentilmente colaboraram, e sem os quais não teria sido possível a realização da mesma.

À minha querida Mestra e Amiga, **Marígia Aguiar**, que tornou cada encontro de orientação um espaço incessante de questionamentos, saudáveis e alegres, dando-me energias novas para seguir em frente, mesmo quando o caminho parecia nebuloso. Sentirei saudades das nossas conversas semanais.

Ao Professor e co-orientador **Francisco Madeiro Bernardino Junior**, pelo interesse e presteza nas orientações finais deste trabalho.

À Professora **Maria Lúcia Gurgel**, alegre presença deste mestrado, pelo seu incentivo na escolha do tema da presente pesquisa.

Ao Professor **Junot Cornélio Matos**, incentivador do pensar reflexivo, e exemplo de simplicidade e firmeza de caráter.

Às leais amigas, **Ângela e Irenilda**, que compartilharam, nesses dois anos, de todos os momentos na construção desse trabalho, bem como do decorrer de minha vida.

À **Andressa e Isabela**, que, como amigas de fé, têm batalhado junto a mim por novas conquistas profissionais.

À **Nicéias e Sérgio**, pela disponibilidade e presteza na resolução dos assuntos administrativos.

RESUMO

O estudo da prosódia, especificamente da entoação, vem adquirindo espaço cada vez mais significativo, no campo de pesquisa da aquisição e desenvolvimento da linguagem. As marcas entoacionais, dentro da abordagem interacional, entrelaçam-se com estudos no campo do discurso, descortinando um amplo campo de pesquisa. O presente estudo objetivou trabalhar nesta abordagem, analisando a relação da entoação com a produção de sentidos no discurso do sujeito portador da Doença de Parkinson. Os dados utilizados na presente pesquisa foram coletados com sujeitos que integram a associação do parkinsoniano, e se dispuseram a participar da pesquisa, a partir de entrevista individual, na qual responderam a algumas perguntas, discorrendo sobre suas dificuldades e projetos de vida. Sabendo-se que os estudos interacionais consideram a entoação como uma das estratégias de que dispõe o falante, para orientar o ouvinte a apreender o significado comunicativo do que é dito, observou-se, através da análise dos dados coletados e transcritos, que o sujeito parkinsoniano, diante de uma sintomatologia clássica, evolutiva e limitante, apresenta alterações, no uso dos padrões entoacionais, utilizando, com maior frequência, o padrão de neutralidade entoacional e o padrão descendente de entoação. As divisões das cadeias e unidades tonais também se apresentaram com excesso de segmentação, gerando um diálogo monótono e sem “colorido vocal”, comprometendo, assim, sua intenção comunicativa e, conseqüentemente, a produção de sentidos em seu discurso, afetando o contexto interacional com seu interlocutor. O presente estudo buscou delinear o perfil entoacional dos sujeitos aqui descritos, com o propósito de contribuir para novas abordagens terapêuticas, que sigam esta linha de pesquisa, favorecendo os portadores da Doença de Parkinson, à medida que se investe em sua melhor qualidade interativa de vida.

Palavras-chave:

entoação; construção de sentido; discurso; Doença de Parkinson.

ABSTRACT

The study of pronunciation, particularly of intonation, is gaining space in the field of language research on language acquisition and development. Intonation patterns used in interaction studies are in close relation with studies in the field of discourse, offering a wide field for research. The present study aimed to analyse the relation of intonation with the production of senses in the discourse of patients with Parkinson disease. The data used was collected from patients that integrate the Association of Parkinsonians, from individual interviews, answering to questions and talking about their difficulties and life projects. Conscious that interactional studies consider intonation as one of the strategies of which the speaker makes use to guide the listener to apprehend the communicative meaning of what is said, it was observed, throughout the analysis of data that the parkinsonian patient, ahead of a classical, evolutionary and limitative symptomatology, presents alterations in the use of intonational patterns, by using the intonational neutral pattern and the intonational descending one. The tone chains and tone units were also very segmented, generating a monotonous dialogue, and without “colorful phonetic” thus compromising its communicative intention, and as a consequence, the production of senses in speech, affecting the interactional process. The present study outlined the intonation profile of the patients here described, with the intention of contributing for new therapeutical clinical ways, supporting the patients with Parkinson’s disease, by providing a better interactive quality of life.

Keywords:

intonation; sense construction; discourse; Parkinson's disease.

LISTA DE TABELAS

	Página
Tabela – 1 - Parâmetros Vocais e suas Associações Psicodinâmicas	44
Tabela – 2 – Ocorrência dos Padrões Entoacionais do S1	59
Tabela – 3 – Ocorrência dos Padrões Entoacionais do S2	65
Tabela – 4 – Ocorrência dos Padrões Entoacionais do S3	69
Tabela – 5 – Ocorrência dos Padrões Entoacionais do S4	76
Tabela – 6 – Ocorrência dos Padrões Entoacionais do S5	81
Tabela – 7 – Ocorrência dos Padrões Entoacionais do S6	85
Tabela – 8 – Ocorrência dos Padrões Entoacionais do S7	89
Tabela – 9 – Ocorrência dos Padrões Entoacionais do S8	93
Tabela – 10 – Ocorrência Comparativa dos Padrões Entoacionais nos Oito Sujeitos da Pesquisa	94
Tabela – 11 – Utilização Percentual Comparativa dos Padrões Entoacionais nos Oito Sujeitos da Pesquisa	95

NORMAS PARA TRANSCRIÇÃO - DAVID BRAZIL

Padrões entoacionais	ascendente 
	descendente 
	ascendente-descendente 
	descendente-ascendente 
	neutro 
Proeminências	Sílabas proeminentes = maiúsculas Ex: HOmem
	Sílabas não proeminentes = minúsculas Ex: tremor
Cadeias tonais	//...//
Unidades tonais	/.../
Coenunciadores	F: Fonoaudióloga, entrevistadora P : Paciente E: Esposa

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	19
1.1 NOÇÕES DE DISCURSO E PRODUÇÃO DE SENTIDOS.....	19
1.1.1 O Silêncio, o Discurso e a Significação.....	22
1.2 ENTOAÇÃO E SENTIDO.....	23
1.2.1 Trajetória dos Diversos Conceitos Entoacionais	24
1.2.2 A Teoria Interacional do Tom – Modelo David Brazil.....	26
1.3 A DOENÇA DE PARKINSON.....	31
1.3. 1 Histórico.....	32
1.3. 2 Conceito.....	32
1.3. 3 Epidemiologia.....	33
1.3. 4 Anatomopatologia.....	35
1.3. 5 Etiologia.....	36
1.3. 6 Quadro clínico.....	37
Tremor.....	37
Rigidez.....	38
Bradicinesia.....	39
Instabilidade postural.....	39
1.3. 7 Características Clínicas da Fala.....	40
1.3. 8 Diagnóstico.....	45
1.3. 9 Tratamento Medicamentoso, Tratamento Cirúrgico, e Reabilitação Fonoterápica.....	46
CAPÍTULO II – METODOLOGIA.....	50
2.1 MATERIAIS E MÉTODOS.....	50
2.1. 1 Caracterização dos Sujeitos.....	52
2.1. 2 Situacionalidade das Entrevistas.....	54

CAPÍTULO III – ANÁLISES DO <i>CORPUS</i>	55
3.1 ANÁLISE DOS DADOS	55
CONCLUSÃO	97
REFERÊNCIAS	101
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

O interesse por tudo o que está relacionado à humanidade é algo inerente à raça humana. Especialmente no tocante à comunicação, há uma gama substancial de estudos tanto de ordem filogenética como ontogenética. É o caso, por exemplo, dos estudos feitos por Tomasello (2003) abordando a ontogênese da cognição, a partir da sua preconização humana, como uma forma específica de cognição primata. O fato de os humanos serem capazes de combinar recursos cognitivos de maneiras diferentes das outras espécies, lhes permite envolver-se em aprendizagem cultural através do outro, com quem se identificam, reconhecendo-o como um ser intencional que age em função do que pensa, crê, valoriza e defende.

Diversas pesquisas atuais, nos mais avançados centros de estudos do mundo, preocupam-se em reconstruir a comunicação entre os homens primitivos, atribuindo valores de significados à linguagem corporal, gestual, bem como aos sons por eles emitidos, denominados “urros”, que, mesmo não constituindo um código lingüístico reconhecido, trazem consigo a gênese da linguagem humana.

Faz-se necessário situar esse homem, no intrincado processo de incorporação das regras comunicativas, relacionadas a aspectos lingüísticos, não-lingüísticos, sócio-culturais e psicológicos que o permeiam e que concorrem para efetivação de sua comunicação, visando enfocar a sua linguagem numa dimensão entoacional, inserindo-a no processo comunicativo no qual são produzidos sentidos.

Nessa perspectiva, vê-se a linguagem sob três aspectos: cognitivo, lingüístico e interacional.

Segundo Viana (2000) e Lucena (2001), o aspecto cognitivo da linguagem representa o conhecimento acumulado. Esse aspecto está relacionado ao modo como cada

indivíduo interage com os fatos do mundo, interpretando-os de maneira diversa e, partindo deles, forma conceitos e generalizações.

O fator lingüístico, ainda segundo Viana (2000) e Lucena (2001), são os elementos relativos à organização do discurso, ou seja, regras que permitem o compartilhamento e ordenamento do código.

O terceiro aspecto, o interacional, unindo-se aos outros dois anteriormente citados, constitui a própria realização do discurso, tornando possível a construção do sentido. Uma vez que a linguagem se constitui, se realiza, numa relação dialógica, ressalta-se, no presente trabalho, a grandeza da função interacional.

Portanto, para se entender a intenção de alguém, deve-se levar em conta as circunstâncias nas quais a comunicação acontece, além dos sentimentos que, muitas vezes induzem a pessoa a uma contradição do que está dizendo, à medida que expressa interesses comunicativos contrários.

Assim sendo, e procurando contribuir com tantos outros estudos, é que se delimita o perfil desta pesquisa, à medida que procura investigar a importância da entoação na construção de sentidos no discurso do portador da Doença de Parkinson.

A entoação abordada segundo o modelo teórico de David Brazil (1985), que a considera como uma das estratégias do falante para orientar o ouvinte a apreender o significado comunicativo do seu enunciado.

Para Brazil (1985), o padrão entoacional, na fala de qualquer indivíduo, mantém uma relação direta com sua intenção comunicativa no momento da interação, interferindo no valor comunicativo da manifestação oral. Dessa forma, desenvolve a sua teoria numa perspectiva interacionista e pragmática, segundo a qual a entoação é explicada como um fenômeno inegavelmente pragmático de linguagem. Constata, ainda, que a noção de contexto interativo implica reconhecimento de que o comportamento prosódico do falante constrói um

contorno interacional significativo, que é interpretado pelo ouvinte como constitutivo do conteúdo informacional.

Lopes (1975) considera a entoação um meio importante para distinguir sentidos, a partir da variabilidade de altura de voz durante as emissões sonoras, indicando, sobretudo, a modalidade funcional semântica da frase. Para o autor, através da entoação, expressa-se o sentimento do falante, seu estado de ânimo.

Brazil (1985) desenvolveu o conceito de movimento tonal (*Pitch Movement*) como um fenômeno significativamente padronizado que pode ser observado a partir das unidades tonais, caracterizadas pelas subidas ou descidas no tom. A partir de cada uma dessas unidades, o falante vai fornecendo ao ouvinte pistas de sua intenção comunicativa.

Nessa concepção em que o discurso é visto como objeto de estudo, pode-se melhor compreender a natureza, a função e os usos da prosódia na linguagem oral, que, segundo Cagliari (1992), muito mais que enfeites fonéticos, constituem formas de significar, valorizando a expressividade da fala na construção dos sentidos, à medida que fornece pistas explícitas de intencionalidade.

Os elementos prosódicos, repletos de contornos, altos e baixos, cadências marcadas, acelerações ou desacelerações, alongamentos silábicos ou vocálicos, proeminências, variações no eixo melódico, oferecem um meio de perceber a dupla codificação da fala: o sistema lingüístico e as intenções comunicativas, as quais representam uma das formas de que dispõe o falante para estabelecer, junto ao seu interlocutor, como ele deve proceder diante do que ouve (VIANA, 2000).

Neste trabalho, a interação verbal dos sujeitos portadores da Doença de Parkinson será vista em seus aspectos lingüísticos (incluindo os suprasegmentos) e paralingüísticos (gestos, mímicas, olhar, etc.). Dessa forma, a interação será analisada como um processo dinâmico, resultante das relações que se estabelecem entre os participantes de um diálogo, no

conjunto dos atos comunicativos, os quais ganham maior importância no âmbito das relações interpessoais.

A preocupação em desenvolver estratégias comunicativas para esses sujeitos e a tentativa de propiciar uma melhora da interação na vida em sociedade, mais especificamente com sua família, que vem a ser seu primeiro núcleo de contato, levou à necessidade de se estudar, pesquisar, indagar sobre a interface entoação e produção de sentido no discurso dos portadores da Doença de Parkinson.

Por ter, de forma involuntária, sua comunicação tolhida, o indivíduo parkinsoniano não consegue expressar sua riqueza de idéias, de vivências e de peculiaridades pessoais, necessitando, assim, de um ambiente modificado, pronto a ajudá-lo em suas dificuldades.

Com base em dados gravados e transcritos desses sujeitos, procura-se investigar, através de comunicação informal, os traços entoacionais característicos produzidos nesse discurso em fases distintas de progressão da doença. Analisa-se a redução das qualidades entoacionais, que levam à linearização da curva melódica, à perda dos harmônicos vocais e conseqüentemente, à fala monótona, ou seja, os sujeitos que apresentam essas características, acabam inseridos em uma situação comunicacional pobre, em vista do limitado interesse que seu discurso, segmentado e sem brilho, causa no seu interlocutor.

A partir de informações de sua vivência diária, procura-se investigar até que ponto o padrão entoacional nas diferentes fases da doença dificulta a construção de sentidos em seus discursos.

Para tal, busca-se obter uma visão clara e objetiva do que vem a ser a Doença de Parkinson, para melhor entender a importância dos seus sintomas sobre o comportamento entoacional na organização e produção de sentidos dos seus discursos.

A Doença de Parkinson, inicialmente descrita por James Parkinson em 1871, é uma afecção do Sistema Nervoso Central que acomete, principalmente, o sistema motor

(extrapiramidal), resultado de uma perda de neurônios pigmentados da substância negra do mesencéfalo (MURDOCH, 1997).

A dopamina, neurotransmissor encontrado nessa substância, é produzida de forma insuficiente, devido à degeneração dos neurônios dessa região, ocasionando um desequilíbrio, que se manifesta no sujeito através da dificuldade para iniciar os movimentos, acinesia (BITTENCOURT, TROIANO E COLARES, vol. 30, 2001, p. 36).

Podem-se enumerar, como sintomas dessa doença, lentidão nos movimentos automáticos, dificuldade na realização de seqüências motoras complexas, tremor, rigidez, bradicinesia, depressão, distúrbio do sono, distúrbio cognitivo, alteração na fala, sialorréia, dificuldades respiratórias e urinárias, tonturas e dores lombares.

Segundo Murdoch (1997, p. 209), a característica clínica da fala predominante nos portadores da Doença de Parkinson é a disartria extrapiramidal hipocinética, que se dá pela rigidez, incoordenação e lentificação dos movimentos, estando diretamente relacionada com o quadro clínico geral de rigidez, tremor e bradicinesia da Doença de Parkinson.

O objetivo geral do presente estudo é compreender a relação entoação / produção de sentido no discurso de indivíduos com Doença de Parkinson, buscando-se delinear os padrões entoacionais de oito sujeitos portadores da doença, que se encontram em fases distintas de progressão, investigando até que ponto as alterações levam ao prejuízo na elaboração e compreensão dos sentidos em seus discursos, dificultando-lhes, por conseguinte, a interação comunicativa no cotidiano.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, cuja abordagem metodológica visa a coletar os aspectos suprasegmentais de fala, em oito indivíduos portadores da Doença de Parkinson, nas diferentes fases de progressão, através da realização do levantamento lingüístico e paralingüístico, estabelecendo, qualitativamente, os desvios prosódicos destes indivíduos, no que concerne aos padrões entoacionais.

A coleta de dados foi realizada através de gravações em fita K7, com a duração total de cento e oitenta minutos, em conversa informal e espontânea, e perguntas em formato de entrevista, devidamente transcritas e analisadas.

Para a análise dos resultados deste estudo, foi utilizado o modelo Interativo Entoacional de David Brazil (1985), na intenção de classificar a estrutura prosódica dos portadores de mal de Parkinson, através da marcação das unidades tonais e suas proeminências.

Assim, os capítulos são distribuídos de forma a contemplar os trabalhos desenvolvidos na área (Capítulo I – Fundamentação Teórica), os procedimentos metodológicos utilizados na pesquisa (Capítulo II – Metodologia), a análise dos dados coletados (Capítulo III – Análises do *Corpus*) e as conclusões a que se chegou com o trabalho.

CAPÍTULO I

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este trabalho apóia-se, essencialmente, em três correntes teóricas: Noções de Discurso, sua inserção na linguagem enquanto atividade de interação, a interdiscursividade, a construção de sentido, o silêncio relacionado ao não dito; a segunda corrente, representada pelo trabalho sobre Entoação de David Brazil (1985), numa perspectiva interacionista, em que a prosódia é vista enquanto estratégia comunicativa usada na interação, analisando e delineando as principais curvas entoacionais utilizadas pelos sujeitos da presente pesquisa; e por último a Doença de Parkinson, realizando uma varredura, que segue desde o histórico da doença até os procedimentos de reabilitação fonoterápica a ela pertinentes.

1.1 NOÇÕES DE DISCURSO E PRODUÇÃO DE SENTIDO

O discurso refere-se à atividade verbal geral, ou a cada evento de fala.

Para Maingueneau (1998), a noção de “discurso” é muito utilizada por se tratar de um sinal, uma modificação na maneira de conceber a linguagem, resultado da influência de diversas correntes das ciências humanas.

Os discursos, enquanto unidades transfrásticas, estão submetidos a regras de organização vigentes em um grupo social determinado. Ele, o discurso, se constrói em função de uma finalidade, devendo, supostamente, dirigir-se para algum lugar, embora possa sofrer desvios em sua trajetória (digressões), retornando ou não à sua direção inicial.

A linearidade do discurso manifesta-se, freqüentemente, por um jogo de antecipações, ou retomadas, constituindo um verdadeiro “monitoramento” da fala pelo locutor. Esse desenvolvimento linear se processa em condições diferentes, caso o enunciado seja proferido por um só enunciador, que o controla do início ao fim, ou se inscreva em uma interação na qual possa ser interrompido ou desviado pelo interlocutor. Nas situações de interação oral, acontece, constantemente, das palavras “escaparem”, de ser necessário recuperá-las ou torná-las mais precisas em função das reações do outro (MAINGUENEAU, 2004).

Pode-se ver o discurso como forma de ação, uma vez que o falar age sobre o outro, não sendo, apenas, uma representação do mundo. Essa atividade verbal está relacionada a atividades não verbais sendo, portanto, uma “inter-atividade” entre enunciadores, marcada pela troca verbal. O traço mais evidente dessa interação oral é a conversação, na qual dois locutores coordenam seus enunciados em função da atividade do outro, percebendo de imediato o efeito de suas palavras sobre ele.

Importante, pois, não confundir a “interatividade” fundamental ao discurso, com a interação oral, pois toda enunciação, mesmo quando produzida sem a presença de um destinatário, é de fato marcada por uma interatividade constitutiva, é uma troca explícita ou implícita com outros enunciados reais ou virtuais, supondo a presença de uma outra instância de enunciação à qual se dirige o enunciador, e com a qual constrói seu próprio discurso. Ainda assim, alguns preferem pensar que: “para o discurso constituir-se essencialmente interativo deve-se considerar que a troca oral constitui o emprego autêntico da linguagem, e que as outras formas de enunciação são usos, de certo modo, degradados da fala” (MAINGUENEAU, 2004).

Na intenção de entender a enunciação como um caminho de duas vias, no qual não há um destinatário passivo, mas sim, simultaneamente a troca de enunciados, será adotado o termo coenunciadores, designando os dois sujeitos do discurso.

Pensar em discurso é pensar, de imediato, no contexto no qual o mesmo se insere; não existe discurso senão contextualizado. Cada discurso é único, o mesmo enunciado dito em local ou tempo distinto assume outra conotação correspondendo, portanto, a outro discurso.

O discurso só é discurso enquanto remete a um sujeito, um EU, que se coloca como fonte de referências pessoais, temporais, espaciais e, ao mesmo tempo, indica que atitude está tomando em relação àquilo que diz e em relação a seu co-enunciador (fenômeno de “modalização”). Ele indica, em particular, quem é o responsável pelo que está dizendo (MAINGUENEAU, 1998, P.55).

Ainda em relação à noção de discurso, deve-se destacar que todo enunciado, para existir, necessita de uma justificativa para tal, sendo, portanto, um trabalho de legitimação inseparável do exercício da palavra. Da mesma forma, a existência do discurso implica a existência de outros discursos que se relacionam entre si, significando. São as relações interdiscursivas, que contextualizam e constroem sentidos.

O interdiscurso consiste em um processo de reconfiguração incessante, no qual uma formação discursiva¹ é levada (...) a incorporar elementos pré-construídos, produzidos fora dela, com eles provocando sua redefinição e redirecionamento, suscitando, igualmente, o chamamento de seus próprios elementos para organizar sua repetição, mas também provocando, eventualmente, o apagamento, o esquecimento ou mesmo a negação de determinados elementos (MAINGUENEAU, 1989, p. 113).

Em um dado momento, uma formação discursiva é associável a certos trajetos interdiscursivos e não a outros, fazendo parte integrante de sua especificidade.

¹ A noção de formação discursiva foi introduzida por Foucault e reformulada por Pêcheux. Em função dessa dupla origem conservou grande instabilidade. No presente trabalho será adotada a formação discursiva na visão de Foucault, que a define, como sendo conjuntos de enunciados que podem ser associados a um mesmo sistema de regras historicamente determinadas. “Chamaremos discurso um conjunto de enunciados na medida em que se revelam a mesma Formação Discursiva” (1969 b: 153), está caracterizada, ao mesmo tempo, em termos de dispersão, de raridade, de unidade dividida... e em termos de sistemas de regras, deixando em aberto a textualização final (1969 b: 99). (CHARAUDEAU E MAINGUENEAU, 2004 pp. 240 – 241).

O interdiscurso está permeado e caracterizado pela memória discursiva, a qual, muitas vezes, retoma não apenas o já dito, mas o contexto em que foi dito e, como um jargão, aparece através da memória pelas filiações dos sentidos constitutivos em outros dizeres, historicizando-se, marcando-se através da ideologia, do poder, interferindo no dizer do sujeito independente de sua vontade.

Assim, o dizer faz sentido a partir das suas relações de produção, estabelecendo sua memória e formação discursiva. Os sentidos estão aquém e além das palavras.

1. 1. 1 O Silêncio, o Discurso e a Significação

A importância do silêncio no discurso está não em visualizar-se o mesmo como um vazio, sem significação, mas, ao contrário, um silêncio que brota repleto de significação, como um componente tão vital quanto as palavras, dando sentido a estas à medida que elucida, através de si, o teor de muitas delas, seguindo-as ou precedendo-as.

Não se pode ter uma perspectiva negativista do silêncio, mas vê-lo como algo significativamente importante para a linguagem, uma vez que traz consigo elucidação dos significados, já que as ações não verbais constituem fator essencial nas descrições das ações verbais e explicitam a formação das sentenças. O silêncio, como um dos elementos constituintes dos traços paralingüísticos, é um tipo de codificação unificada, particular à cultura do falante e passível de imitação e aprendizagem.

O silêncio é o não-dito (interdiscurso), visto interiormente através da linguagem. Ele pode ser sentido na relação entre os processos discursivos e a língua, por meio do imaginário.

Muitas vezes, é através do não-dito que se compreendem as colocações de um sujeito. Outras vezes, se as margens do dito são cortadas, a compreensão se torna quase que

impossível, posto que o dizer não seja só verbal, mas está permeado e atravessado por vários traços paralingüísticos, como a entoação, que dá todo um colorido à voz, à fala, ou seja, a todo enunciado comunicativo.

1.2 ENTOAÇÃO E SENTIDO

Antes de tratar, especificamente sobre a entoação, faz-se necessário inserí-la no contexto da linguagem e esclarecer alguns conceitos, mesmo que de maneira sucinta, para elucidar, com maior clareza, o que se quer expor.

Para Koch (2003), a linguagem humana tem sido concebida, no curso da história, de modos bastante diversos, que podem ser sintetizados em três:

1. A linguagem como representação (“espelho”) do mundo e do pensamento é a concepção mais antiga, segundo a qual a função da língua é refletir o pensamento e o conhecimento de mundo;
2. A linguagem como instrumento (“ferramenta”) de comunicação, ou seja, a linguagem é um código através do qual um emissor comunica ao receptor determinadas mensagens, sendo sua principal função a transmissão de informações;
3. A linguagem como forma (“lugar”) de interação, direcionando a atenção para as relações entre a língua e seus usuários e, por conseguinte, para a ação que se realiza na e pela linguagem; aqui, a lingüística pragmática cria condições para o surgimento de uma lingüística do discurso, que vai

enfocar as manifestações produzidas por indivíduos em situações concretas, sob determinadas condições de produção.

Ao adotar a noção de construção de sentido como processo eminentemente interativo/social, a perspectiva da análise aqui contemplada vê a linguagem como lugar de interação, construída pelos interlocutores em situações concretas de uso, observando-se as condições de produção.

1. 2. 1 Trajetória dos Diversos Conceitos Entoacionais

A entoação é considerada por Quilis (1988) como um conjunto de variações de intensidade² e ou frequência³ que se produzem no ato da fala, e distingue três dimensões diferentes com suas respectivas funções: dimensão lingüística, dimensão expressiva e dimensão sociolingüística.

A dimensão lingüística distingue três funções que se complementam:

- função distintiva, que consiste nos movimentos ascendentes e descendentes da frequência fundamental⁴ no final de um enunciado, sendo os ascendentes para proposições interrogativas e as descendentes para as afirmativas;
- função integradora, que entrelaça as estruturas lexicais;
- função delimitadora, que vem a ser a que fragmenta os enunciados e segmenta o *continuum* do discurso por razões fisiológicas e razões de compreensão da mensagem.

² Intensidade: *sf* 1 grau de energia de um agente natural ou mecânico. (ROCHA, RUTH. Dicionário, 1997, Editora Scipione, p.347). Audiologicamente relaciona-se ao volume, nesse caso, a altura da voz (RUSSO, I. 1986,p.39).

³ Frequência: *sf* 4 Número de oscilações de um movimento vibratório por segundo. (ROCHA, RUTH. Dicionário, 1997, Editora Scipione, p. 294). Audiologicamente relaciona-se com a qualidade do som grave ou agudo (RUSSO, I. ; SANTOS, T. 1986, p. 39).

⁴ Frequência Fundamental: (Fo), É um parâmetro ligado à frequência da vibração das pregas vocais. É a frequência habitualmente utilizada na fala. Varia de pessoa a pessoa, tendo um valor relativo para o sexo feminino, masculino, ou ainda para crianças (BEHLAU, M. , PONTES. p. 1995, p.98).

A dimensão expressiva tem como função primordial transmitir os conteúdos afetivos ou emocionais na comunicação.

A dimensão sociolingüística veicula dois tipos de informações: a primeira, relacionada intrinsecamente com o indivíduo de acordo com as características pessoais, como sexo, idade, temperamento, etc.; a segunda, relacionada aos aspectos sócio-lingüísticos, como origem geográfica, meio social, grau de cultura, etc.

Lopes (1975) considera a entoação um meio importante para distinguir sentidos a partir da variabilidade de altura de voz durante as emissões sonoras, indicando, sobretudo, a modalidade funcional semântica da frase. Para o autor, através da entoação, expressam-se os sentimentos do falante, seus estados de ânimo. Esta afirmação está em consonância com a noção de “função emotiva” postulada por Jakobson (1969 *apud* LOPES, 1975), que engloba toda essa informação suplementar, atribuindo à entoação a expressão do sentimento íntimo do falante.

Ainda para Lopes, a entoação desempenha o papel de informante, distinguindo-se, através dela, as diferentes modalidades da frase declarativa ou afirmativa, das frases interrogativas, exclamativas, dubitativas etc.

Cagliari (1992), nas suas reflexões a respeito do papel da prosódia na linguagem oral, destaca a função de ponderar os valores semânticos dos enunciados como uma das formas para o falante dizer ao seu interlocutor como ele deve proceder diante do que ouve.

Pressupõe-se, assim, um conhecimento partilhado por parte dos usuários da língua a respeito dos valores desses elementos prosódicos. Como destaca Cagliari (1992), os elementos prosódicos não são simples enfeites fonéticos de linguagem, mas uma das maneiras que a linguagem tem de carrear significados.

Estudos recentes (VIANA, 1992; LUCIANO, 1993, 2000; NOGUEIRA, 2003) têm demonstrado que a função e os usos da prosódia na linguagem oral são peças

fundamentais, estando intimamente ligados à estrutura do discurso. Esses estudos envolvem a análise da interação lingüística, realçando o papel da entoação na fala como importante na construção de sentido.

1. 2. 2 A Teoria Interacional do Tom – BRAZIL (1985)

A teoria de David Brazil (1985), lingüista que trabalha a prosódia na análise do discurso, serve de aparato teórico de análise do *corpus* desta pesquisa, por permitir a descrição da entoação como evento intencional e sócio-interativo.

Sabe-se que os padrões entoacionais no desenvolvimento da linguagem são de fundamental importância, particularmente no que se refere à construção dos sentidos do discurso.

O modelo Interativo Entoacional de David Brazil (1985) considera que cada aspecto entoacional é um incremento informacional específico e diverso na intenção comunicativa, entre sujeitos que interagem. Esse esquema entoacional é identificado pelo indivíduo e, precocemente, destaca uma variação determinada, dependendo do conhecimento prévio e do novo, que se estruturam em estratégias do falante para orientar o ouvinte a construir sentidos, em determinado contexto comunicacional. A escolha desses padrões é realizada a cada momento de fala, dependendo das condições de produção e associadas à complexidade do assunto e do conhecimento de mundo dos interactantes.

Brazil (1985) desenvolve, assim, sua teoria, numa perspectiva interacional e pragmática da linguagem, abandonando as noções gramaticais que definem sentenças em declarativas e interrogativas, passando a focar o “contexto interativo”, que vem a ser o reconhecimento do comportamento prosódico do falante em um contorno interacional

significativo, que é interpretado pelo ouvinte como sendo constitutivo do conteúdo informacional comunicativo.

Para ele, na interação por meio da fala, existe uma segmentação das estruturas não apenas devido a respiração ou coerções sintáticas. A segmentação dos enunciados em pequenas unidades (unidades tonais) dá-se com o objetivo de facilitar a compreensão do interlocutor, sendo assim pré-planejadas.

Brazil desenvolveu o conceito de movimento tonal (*pitch movement*) como um fenômeno significativamente padronizado, que pode ser observado a partir das unidades tonais, caracterizadas pelas subidas ou descidas no tom.

São elas, as unidades tonais, que selecionam elementos lexicais com ênfase numa determinada sílaba, as proeminências, que levam ao ouvinte o papel importante e seletivo de que é aquela determinada unidade que dá à palavra um destaque como sendo constitutiva de significado, dentro de um contexto interativo.

Ao analisar-se uma estrutura conversacional, depara-se com a dificuldade de delimitar as unidades tonais (onde começa e termina o segmento tonal), pois trata-se do elemento no qual todas as decisões significantes do falante são tomadas. A forma de separar as unidades tonais relaciona-se exatamente com a proposta de significação que é dada pelo falante, significando e ressaltando o que expressa oralmente. A pausa pode levar à delimitação dessas unidades tonais, separando os assuntos, atribuindo significado às escolhas do falante. O significado da pausa pode ser apreciado, observando-se as variações que são possíveis quando um falante, deliberadamente, faz pausas perceptivas entre segmentos tônicos.

Cada unidade tonal tem entre uma e duas proeminências que o ouvinte pode reconhecer como mais enfáticas que as outras, a partir da intenção que o falante pretende imprimir em sua fala, partindo de um conhecimento partilhado. Por proeminência, entende-se a escolha, pelo falante, de palavras com ênfase em determinada sílaba. Essa escolha

lingüística tem por objetivo selecionar informações que o falante deseja ressaltar, com base no conhecimento partilhado. Em geral, essas sílabas coincidem com o acento tônico das palavras, mas não necessariamente. (BRAZIL, 1985; VIANA, 1992).

As proeminências (*proeminences*) são como a força articulatória atribuída a uma sílaba que se destaca na unidade do tom. Essa sílaba proeminente pode ou não coincidir com a sílaba tônica da palavra. A proeminência tem sido considerada como uma característica que determina o início e o fim do segmento tônico. O nível de frequência (*pitch*) serve para determinar esse início e fim.

É a incidência da proeminência que fixa o domínio das três variáveis, proeminência inicial (*key*), proeminência final (*termination*) e nível (*tone*), sem proeminência. A proeminência do tipo HK (*high key*) gera no falante o sentido de contradição, surpresa e relaciona-se com a abertura de uma classe de itens, enfatizando a oposição de um item com todos os outros itens desta classe. Já a proeminência do tipo LK (*low key*) refere-se à equivalência existencial que pode ser interpretada como indicativa de uma relação causa e efeito.

A escolha das proeminências, segundo Viana (1992), é intencional e, portanto, carregada de sentido, embora, muitas vezes, a escolha da sílaba destacada coincida com a sílaba tônica.

Na transcrição de um fragmento vocal, a marcação da proeminência será sublinhada e o símbolo será colocado no início da unidade tonal. Quando a tônica é a última sílaba proeminente, é desnecessário marcar. Todas as sílabas não proeminentes são representadas por letras minúsculas (mesmo quando nomes próprios) e localizadas arbitrariamente na mesma linha da sílaba proeminente precedente.

Brazil (1985) distingue cinco tons, aos quais é atribuído um valor comunicativo:

- Dois (2) tons ascendentes (ascendente, **r**, ascendente-descendente, **r+**), ou tons alusivos (*referring tones*), associados à informação compartilhada; atualidade e franqueza costumam acontecer caracteristicamente com tons alusivos, servindo principalmente para insinuar uma medida de generalizada intimidade ou solidariedade na relação entre falante e ouvinte; outras vezes, sugere confidencialidade ou conspiração.
- Dois (2) tons descendentes (descendente, **p** descendente-ascendente, **p+**), ou tons informativos (*proclaiming tones*), associados à informação que se supõe o ouvinte não conhecer. Os tons informativos criam a expectativa de uma área de maior convergência, na qual o falante oferece ao ouvinte a possibilidade de avançar em sua visão de mundo.
- Um (1) tom neutro (*level tone*) centrado na língua, o falante, como mero sonorizador de palavras, e não no ouvinte.

O tom ascendente **r** é considerado um tom dominante, distinguindo-se do **r+**, pois há uma descendência anterior à subida no tom ().

O **r+** é apenas brevemente ascendente ().

No tom descendente dominante **p+**, há uma breve ascendência antes da queda tonal ().

O **p** é brevemente descendente ().

Esses tons são relacionados à intenção do falante. Os tons descendentes indicam uma nova informação, enquanto os ascendentes fazem alusões a conteúdos partilhados pelos interactantes, pelas funções interacionais, informando ao ouvinte quanto à natureza do que é dito, em que ponto o ouvinte pode cooperar, como a cooperação pode ser dada; avaliando a contribuição do ouvinte, e tantos outros aspectos definidos situativamente, numa relação do tratamento entoacional com o contexto de interação.

Brazil (1985) introduz o conceito de orientação oblíqua do discurso e o discurso centrado no ouvinte. Este se dá na comunicação efetiva entre os coenunciadores, sem distorção na produção de sentido. Já na orientação oblíqua, o falante assume o papel de mero sonorizador das palavras. O discurso oblíquo centra-se na língua, em sua estrutura superficial, reduzindo o valor comunicativo das unidades tonais ali contidas, sem dar relevo às estratégias interacionais e sem conseguir atribuir a força ilocutória⁵ adequada, resultando em um distanciamento do ouvinte, pela ausência e naturalidade na fala.

Esse discurso não se direciona a um destinatário, centrando-se na língua e não no ouvinte, reflete a intenção do falante em apenas organizar melhor, sintaticamente, o seu enunciado. Nesse tipo de discurso, há apenas dois tons: um descendente, para os pontos de completude sintática, e um neutro, para todas as outras situações.

Viana (1992) comenta a teoria de Brazil, destacando que o papel desempenhado pelo falante pode ser dominante ou não dominante. Assim, os diferentes graus de envolvimento do falante com seu interlocutor podem estar relacionados com intenções distintas do falante, diferentes graus de familiaridade e com o tema em discussão.

A cada tipo de tom está associado um nível (alto, médio ou baixo), que, por sua vez, pode estar relacionado a diferentes tipos de estrutura (interrogativa, afirmativa e negativa), os quais podem descrever uma série de padrões, associados às diferentes intenções comunicativas do falante.

Os padrões entoacionais, segundo Brazil, atuam em uma tríade funcional, ocorrendo em qualquer interação: a.) a função organizacional explica como os tons são usados pelo falante para organizar o discurso; b.) a função social pressupõe que os indivíduos conheçam seu papel através das pistas entoacionais fornecidas pelos falantes dentro da

⁵ A estrutura ilocutória diz respeito à função dos suprasegmentos dentro de um discurso, relacionando-se à intencionalidade, e pode ser realizada de forma explícita ou implícita. O ato ilocucionário atribui à proposição uma determinada força (por exemplo, de pergunta, de ordem ou de promessa). Koch (1997, p. 20).

estrutura organizacional da interação. Para ele, o foco da atenção não está na sentença, mas no modo como o enunciado é proferido numa interação verbal, havendo uma dinâmica social do que é dito administrado, gerenciado e organizado pela prosódia; c.) a função informativa surge da utilização de certos recursos tonais para dar indicações do conteúdo informacional da fala (LUCIANO, 1993, p. 24).

Como já foi dito, os elementos entoacionais não são simples enfeites fonéticos da linguagem oral, mas servem para ponderar os valores semânticos dos enunciados, sendo uma das diversas maneiras que tem o falante para dizer ao seu interlocutor de que forma ele deve proceder diante do que ouve. Uma das funções básicas da entoação, como foi visto, é a de realçar ou reduzir certas partes do discurso, permitindo a construção de determinados sentidos durante a interlocução.

Diante deste aparato teórico, visa-se traçar um perfil da interação comunicacional nos indivíduos portadores da Doença de Parkinson, analisando seus padrões entoacionais, com o objetivo de verificar a relação do padrão entoacional com a produção de sentidos, uma vez que os sujeitos parkinsonianos apresentam muitas limitações, como será visto no próximo tema, que se segue.

1.3 A DOENÇA DE PARKINSON

No intuito de conhecer um pouco mais sobre o sujeito da pesquisa, foi elaborada uma rápida apresentação de dados sobre a Doença de Parkinson, incluindo: histórico, conceito, epidemiologia, anatomofisiopatologia, assim como suas características clínicas, a fim de contribuir para um melhor conhecimento da patologia, para que possam ser contempladas as considerações das alterações da fala nesses pacientes.

1.3.1 Histórico

A Doença de Parkinson (DP) foi descrita, originalmente, por James Parkinson, em 1817, em seu trabalho clássico “*An essay on the shaking palsy*”.

Dr. Parkinson estudou num colégio real de cirurgiões, sendo possuidor de um bom padrão científico-cultural. Era idealista foi influenciado pela revolução francesa. Entretanto cometeu dois pequenos deslizes na sua descrição original. O primeiro deles foi o de identificar, na medula espinhal cervical, a origem dos transtornos motores (o conhecimento contemporâneo aponta em direção ao mesencéfalo e núcleos basais), e o segundo erro foi o de enumerar, dentre os sintomas, fraqueza muscular (BITTENCOURT, TROIANO E COLLARES, *apud* SOUZA, 2003).

Souza refere que Jean-Martin Charcot, igualmente, desempenhou um papel decisivo na descrição da doença e na instituição de um princípio terapêutico até hoje hostilizado. Definiu o tremor como um dos sinais cardinais e observou sua assimetria inicial. Descreveu a rigidez, a micrografia e a disartria. Bittencourt, Troiano e Collares (2001; VOL. 30, p. 36 - 37), impressionados com a brilhante descrição da patologia, deu-lhe o nome de *la maladie de Parkinson* (mal de Parkinson), no presente trabalho denominada Doença de Parkinson (DP).

1.3.2 Conceito

A Doença de Parkinson é uma patologia neurológica que aparece como resultado de uma perda de neurônios pigmentados, localizados na substância negra do mesencéfalo. Esses neurônios têm como função a produção de dopamina, um neurotransmissor, que exerce função inibidora importante no controle central dos movimentos (BRUNNER, 2000, p. 1512).

É considerada uma síndrome extrapiramidal, na qual ocorre uma degeneração da substância negra, com envelhecimento de sua estrutura, sendo um processo lento, progressivo e irreversível.

Segundo Machado (2000, p. 310) sistema extrapiramidal é responsável pelos movimentos automáticos, assim como pela regulação do tônus e da postura. Uma lesão neste sistema não provoca paralisia (ausência total dos movimentos), mas a presença de movimentos involuntários, espontâneos e alterações no tônus.

Os distúrbios clínicos encontrados nos portadores de doença de Parkinson são: tremor, rigidez, bradicinesia e instabilidade postural.

Charcot discordou de Parkinson quanto à presença de paresia / paralisia, como o nome primordial sugeria, e também quanto à ausência de acometimento cortical superior. Todavia, equivocadamente, classificou a doença como neurose (doença funcional, sem alterações anatomopatológicas), pois refutou a identificação da medula cervical como sede dos transtornos (cf. BITTENCOURT, TROIANO E COLLARES, 2001; VOL. 30, p. 36 - 37).

1. 3. 3 Epidemiologia

O parkinsonismo ocorre, com maior frequência, a partir dos 50 ou 60 anos de idade. Tem um início insidioso e é lentamente progressivo em todos os pacientes, embora o grau e o índice do desenvolvimento da doença variem de caso para caso (MURDOCH, 1997, p. 206).

A Doença de Parkinson afeta qualquer indivíduo independente de sua composição étnica e econômica, cultural ou social. Aceita-se uma prevalência de 85 – 187 / 100.000 habitantes, manifestando-se entre 50 – 60 anos de idade (cf. BITTENCOURT, TROIANO E COLLARES, 2001, VOL. 30, p. 38). Além disso, é um fato notável que 5 a 10 % dos pacientes

com Doença de Parkinson possuam um caráter familiar hereditário, de transmissão autossômica dominante.

O Parkinsonismo se coloca atrás das doenças cerebrovasculares e da artrite como a terceira doença crônica mais comum da faixa etária adulta avançada. A incidência e a prevalência aumentam com a idade, sendo mais comum entre a sexta e a oitava década de vida. A expectativa de vida hoje é próxima da normal, mas há um risco duas vezes maior de morte estreitamente relacionado com as quedas devidas a distúrbios de marcha (JAIN E FRANCISCO, 2002, p. 1090).

A incidência da patologia em questão, segundo dados oficiais circulantes é mensurada em 1/400 para o conjunto da população e em 1/200 depois dos 40 anos. A Doença de Parkinson é observada na segunda metade da vida, com predominância no sexo masculino (1,25 homens para 1,0 mulheres).

Na Doença de Parkinson, o diagnóstico geralmente é fornecido aos pacientes acima dos 60 anos, embora este diagnóstico possa ser realizado a partir dos 50 anos, embora se constitua raridade o início antes dos 25 anos. Quando ocorre entre as idades de 25 e 39, é denominada de parkinsonismo juvenil.

Infelizmente, não há estatísticas sobre a quantidade de pacientes afetados por Doença de Parkinson (DP) no Brasil, entretanto vários estudos mostram que a frequência dessa doença varia muito pouco em diferentes países, independente da composição étnica. Sendo assim, é razoável admitir que, para uma população de 186 milhões de brasileiros, deve haver, pelo menos, 930 mil portadores da Doença de Parkinson no país.

“Se levar-se em conta que, para cada dois indivíduos com DP há um com outra forma de parkinsonismo, chega-se à conclusão que existe uma multidão de, no mínimo, 270 mil parkinsonianos no Brasil” (TEIVE, 2003, p. 17).

1. 3. 4 Anatomofisiopatologia

O sistema nervoso é o sistema de nosso corpo que sente, pensa e controla todo o organismo. Para o exercício dessas funções, ele coleta informações sensoriais de todo o corpo e transmite essa informação, pelos nervos, para a medula espinhal e o encéfalo. A medula espinhal e o encéfalo podem reagir, de forma imediata, a essa informação sensorial, enviando sinais para os músculos ou para os órgãos internos do nosso corpo, para a produção de alguma resposta, que é chamada de resposta motora.

O mesencéfalo é uma das estruturas que compõem o Sistema Nervoso. Nele, há uma estrutura denominada de substância negra, que se encontra entre o tegmento e a base do pedúnculo cerebral (MACHADO, 2000, p. 180). É chamada assim por conter um pigmento escuro, o qual é produzido juntamente com a dopamina (mediador químico).

A dopamina funciona como neurotransmissor inibitório do corpo estriado e, quando um movimento é iniciado pelo córtex cerebral, os impulsos são transmitidos para o corpo estriado. Quando o movimento é desejado, os núcleos do corpo estriado aumentam a atividade dos neurônios talâmicos e do córtex cerebral, facilitando a execução dos movimentos. No entanto, se o movimento for indesejado, ocorre ativação dos neurônios da substância negra, que inibem as células talâmicas e corticais, inibindo, assim, os movimentos.

A substância negra está interligada, através de sinapses, a um outro conjunto de neurônios que constituem os núcleos da base. É um conjunto de substância cinzenta, localizada abaixo do córtex cerebral, lateralmente ao tálamo. A substância de base constitui o principal centro extrapiramidal, apresentando funções motoras bastante complexas. Entretanto, do ponto de vista funcional, são mais importantes nas conexões com o corpo estriado. Essas se fazem em de dois sentidos, através de fibras nigro-estriatais e estriato-nigrais (MACHADO, 2000, p. 180).

A função dos núcleos da base não é apenas o controle do movimento e da postura. Há evidência de que podem estar envolvidos também em funções perceptivas e cognitivas. (JAIN E FRANCISCO, 2002, p. 1090).

Os principais componentes são o núcleo caudado, o putâmem, o globo pálido, o núcleo subtalâmico e a própria substância negra. O núcleo caudado, o putâmem e o globo pálido podem ser chamados em seu conjunto como corpo estriado, entretanto, os dois últimos núcleos constituem o núcleo lentiforme (MACHADO, 2000, p. 249).

O corpo estriado é considerado um importante centro extrapiramidal, por se relacionar com a motricidade somática, isto é, auxiliar no controle dos movimentos intencionais, grosseiros, normalmente inconscientes (automáticos e involuntários). Uma lesão nesta região ou em qualquer centro a ela relacionado gerará alterações do tônus muscular, hipertonias ou hipotonias, além das hipercinesias, na qual se insere a Doença de Parkinson.

Enfim, o que ocorre na Doença de Parkinson (DP) é uma diminuição das concentrações de dopamina. Por isso, o corpo estriado torna-se excessivamente ativo, dificultando os movimentos da pessoa acometida, razão pela qual há presença de movimentos involuntários, como o tremor (DOMINI, 2003 Artigo *on-line* extraído do site: www.geocities.com/nucleoneurociencia).

1. 3. 5 Etiologia

Existem várias hipóteses que tentam explicar a eclosão da Doença de Parkinson. Muitos estudos apontam a etiologia na genética, toxinas ambientais ou toxinas exógenas devido a reações oxidativas celulares. (cf. JAIN; FRANCISCO, 2002, p. 1092). Na presente pesquisa, o estudo está voltado aos portadores de Doença de Parkinson de etiologia idiopática, caracterizada por um processo de evolução lento, progressivo e irregular.

1.3.6 Quadro Clínico

De acordo com Murdoch (1997), a Doença de Parkinson é essencialmente uma doença crônica de caráter progressivo, sendo que os sintomas costumam ter início insidioso e assimétrico.

Esta patologia possui quatro grupos de sintomas essenciais, descritos como parte do contexto sintomático, o qual inclui: tremor, rigidez, bradicinesia e alterações do equilíbrio postural. O grau em que esses sinais ocorrem varia de caso para caso.

- TREMOR

Segundo Jain e Francisco (2002), este é o sintoma mais comum, estando presente em dois terços dos portadores de Doença de Parkinson. “Surge unilateralmente e pode se limitar a um membro durante meses ou até mesmo anos. Inicia-se na extremidade do membro superior, tem os movimentos de reflexo alterados; extensão dos dedos e adução do polegar”.

Murdoch (1997) afirma que a média de tremores varia de duas a seis oscilações por segundo, sendo mais evidentes nas partes distais (dedos). Este tremor apresenta um movimento característico semelhante ao de “contar dinheiro” ou “rolar pílulas”. Também é observado com frequência o tremor na língua, mandíbula, pálpebras e pés e, mais raramente, na cabeça.

Uma característica clássica do tremor muscular do mal de Parkinson é que se torna mais óbvio em repouso, desaparece durante a movimentação e vai reaparecer quando uma postura é mantida. Também é observada ausência do tremor durante o sono (MURDOCH, 1997, p. 207).

- RIGIDEZ

A rigidez é um aumento no tônus muscular desencadeado durante o movimento passivo dos membros, pescoço ou tronco, através de toda amplitude de movimento (JAIN; FRANCISCO, 2002, p. 1091).

Há relatos de que os primeiros sinais de rigidez nos portadores de Doença de Parkinson se expressam através da falta de sincronia nos movimentos dos braços durante a marcha. Essa rigidez afeta todos os músculos, principalmente os do tronco e da nuca, assim como os flexores proximais, com uma maior intensidade que os distais.

Para cada grupo de músculos, existem outros que possuem atividades opostas, denominadas de músculos antagonistas. Dessa forma, quando um músculo é ativado para realizar determinado movimento, um outro é inibido para facilitá-lo. Na Doença de Parkinson, essa inibição não é realizada de modo eficaz, pois alguns comandos originados do cérebro chegam aos músculos de modo alterado (MURDOCH, 1997, p. 207).

A rigidez presente nos portadores de Doença de Parkinson também pode ser intensificada na presença de um movimento atípico, concentração mental ou tensão emocional. Com todos esses fatores, a postura patológica se encontra em ligeira flexão dos joelhos, semiflexão e adução dos membros superiores, anteflexão do tronco, mais especificamente do pescoço.

Além da postura já citada, apresenta-se também com queixo em direção ao peito, tórax cifótico, ombros protruídos, braços rodados internamente com as mãos à frente e inflexão do cotovelo (JAIN; FRANCISCO, 2002, p. 109).

- BRADICINESIA

Segundo Murdoch (1997), a bradicinesia abrange três sintomas: empobrecimento acentuado dos movimentos espontâneos, perda dos movimentos associados normais e lentidão no início e na execução dos movimentos voluntários.

A bradicinesia se exterioriza por uma pobreza igual da movimentação, em que desaparecem movimentos automáticos ou acessórios, como o balançar dos braços durante a marcha, a mímica facial ou gestual das mãos durante a fala, conferindo ao paciente um aspecto estático com uma fâcies (SIC) fixa em máscara (ANDRADE, 2000, p. 574).

O paciente parkinsoniano possui uma expressão gestual acentuadamente diminuída. Na face observamos uma redução da mímica, ocasionando uma expressão fixa, inexpressível e impassível: face de horror.

No paciente com bradicinesia, a fala é monótona e sem modulação (fala monocórdica) e, ao fim de uma frase, podem aparecer repetições de palavras ou sílabas, confirmando a palilalia (PEREIRA, 2003, artigo *on-line*: www.infomed.hpg.ig.com.br).

Geralmente a bradicinesia é um dos sinais mais incapacitantes, bem como o que menos sofre efeito do tratamento medicamentoso.

- INSTABILIDADE POSTURAL

É, provavelmente, o sintoma menos específico e o mais incapacitante de todos (JAIN; FRANCISCO, 2000, p. 1092).

O paciente, quando fica de pé, assume uma posição encurvada com todos os reflexos posturais diminuídos. Essa postura pode levar à cifose e a quedas para frente ou para

trás. Esses pacientes assumem uma postura muito característica, com a cabeça em ligeira flexão, tronco inclinado para frente, flexão moderada da perna voltada para a coxa, e do antebraço sobre o braço, com exagero da pinça digital nas mãos.

São também evidenciadas, as alterações da marcha, que se torna “em bloco”, com passos curtos e saltitantes (ANDRADE, 1999, p. 574).

A marcha e os problemas posturais são resultados de uma combinação de bradicinesia, rigidez, perda de reflexos proprioceptivos antecipatórios e reações protetoras para a queda, apraxia de marcha axial, disfunção vestibular e hipotensão ortostática (JAIN, FRANCISCO, 2000, p.1092).

1.3.7 Características Clínicas da Fala

Segundo Murdoch (1997, p. 209), a característica clínica da fala predominante nos portadores da Doença de Parkinson é a disartria extrapiramidal hipocinética, que se dá pela rigidez, incoordenação e lentificação dos movimentos, estando diretamente relacionada com o quadro clínico geral de rigidez, tremor e bradicinesia da Doença de Parkinson. Esse tipo de disartria é também associado à paralisia supranuclear progressiva. Por se tratar de uma lesão no sistema extrapiramidal, o portador dessa patologia apresenta, de modo geral, dificuldade articulatória, especialmente para movimentos espontâneos, além de lentidão e redução na amplitude de movimentos como, por exemplo, vibrar a língua. A fala pode, em casos mais avançados, encontrar-se festinante, tal qual a marcha. O somatório de todos esses aspectos gera um quadro de redução da inteligibilidade da fala, o que acarreta muito sofrimento ao paciente, levando-o muitas vezes à depressão.

Longemann e Fesher (*apud* MURDOCH, 1997, p. 210), pesquisando as alterações articulatórias nos pacientes portadores de Doença de Parkinson, concluíram que o acometimento no modo de articulação, pela interceptação parcial ou total da corrente de ar

durante o processo de realização do som, se sobressai ou predomina sobre as alterações no ponto de articulação, e diz respeito à presença de articuladores na produção do som na fala.

Grewel [90],... foi quem mencionou, pacientes revelando repetição, omissão, substituição ou distorção das sílabas, fricativas, sendo substituídas por explosivas, e distorções de vogais. Lehiste [140] mencionou distorções de consoantes manifestadas pela substituição de classes diferentes de fonemas... a consoante inicial era, freqüentemente, prolongada até o comprimento de uma sílaba e pausas eram colocadas em lugares inapropriados, dentro das palavras (METTER, 1991, p. 152).

Vários estudos baseados em medições fisiológicas indicaram que as pessoas portadoras da Doença de Parkinson possuem uma propensão a aumentar, gradualmente, a produção repetitiva de monossílabos. Existe uma rapidez de emissão, na qual uma palavra pode ser unida à outra, podendo ocasionar uma fala incompreensível. Este aceleração ao falar é denominado de festinação da linguagem.

Hirose *et al.* (*apud* MURDOCH, 1997, p. 210), sugeriram que a festinação da fala está para a disfunção inibitória do sistema extrapiramidal assim como a redução dos movimentos articulatorios dos órgãos periféricos da fala está para a deterioração do ajustamento dos músculos antagonistas.

De acordo com Boone (1994, p. 234), as alterações mais freqüentes encontradas na fala são: distúrbio articulatorio, *mono-loudness*, que vem a ser a queda de intensidade no volume vocal, *mono-pitch* (linearização da freqüência de fala), com perda de harmônicos, ocasionando a monotonicidade (fala monocórdica) e conseqüente perda do “colorido vocal”, pausas excessivas, repetições de palavras ou sílabas (palilalia), voz fraca, acompanhada de rouquidão, por fenda fusiforme.

Entretanto, para que os sons sejam articulados pelos órgãos e musculatura do aparelho articulatorio, lábios, língua, dentes, bochechas, palato duro, palato mole (véu), úvula e mandíbula, é preciso que o pulmão expire o ar nele contido. Essa corrente aérea é passiva de

interrupções e constrictões, de acordo com o modo e o tipo de movimentação dos órgãos fonarticulatórios, gerando, a partir dessas modificações, fonemas distintos. O ar que sai dos pulmões pode ser direcionado às fossas nasais, como forma de expiração, ou nasalização de fonemas (/m/, /n/), ou ainda à cavidade oral, onde vai ser articulado. Essas duas cavidades servem como caixas de ressonância, ajudando a amplificar o som produzido na laringe pelas pregas vocais.

As características clínicas encontradas nos indivíduos com Doença de Parkinson assemelham-se ao padrão motor acometido, com lentidão dos movimentos, rigidez muscular, tremor em repouso, perda dos aspectos automáticos do movimento, associados à bradicinesia, incluindo velocidade e força dos movimentos. (MURDOCH, 1997, p. 209).

“Anormalidades na articulação (da fala) foram atribuídas ao decréscimo nos limites da variação, na velocidade, na força do movimento, o que é atribuído à rigidez e à bradicinesia associadas ao distúrbio” (METTER, 1991, p. 152).

Também merecem atenção outras patologias fonoaudiológicas, como a disфония, a disfagia e a disgrafia (micro grafismo).

A disфония orgânica na Doença de Parkinson resulta de alterações vocais, independente de mau uso vocal, porém com consequência direta sobre a voz. A incoordenação pneumo-fono-articulatória, característica do parkinsoniano, concorre para agravar seu quadro vocal, embora a própria incoordenação seja decorrente de alterações neurológicas que geram uma dinâmica respiratória insuficiente, devido à diminuição dos movimentos musculares, que podem ocasionar fenda fusiforme, parcial ou total nas pregas vocais (MURDOCH, 1997).

Segundo Boone (1994; p.232), há presença da hipoadução glótica, isto é, ineficiente fechamento glótico, as pregas vocais tocam-se apenas na região posterior, formando as fendas fusiformes. As fendas, em geral, possibilitam uma eclosão, com pressão

subglótica insuficiente para gerar uma intensidade vocal que permita a comunicação efetiva. Dessa forma, há redução da intensidade vocal, que frequentemente está associada a uma qualidade vocal soprosa e, por vezes, diplofônica⁶.

O *output* vocal (*loudness e pitch*) alterado não depende primariamente de fatores comportamentais ou funcionais, mas da própria desordem neurológica. As principais características perceptuais da voz na doença de Parkinson são: voz com intensidade reduzida (redução da *loudness*), monoaltura, redução do acento, silêncios inadequados, velocidade de fala variável, jatos de fala, tremor vocal e voz rouca, soprosa, ou ainda áspera, de acordo com a evolução do quadro (LONGEMANN, *et al*, 1978).

As alterações na voz podem levar o indivíduo ao isolamento social (CARRARA-ANGELIS *et al*, 1997).

Para Behlau e Pontes (1999), a psicodinâmica vocal é o processo de leitura de vozes, em que o indivíduo é auxiliado a reconhecer os elementos de sua qualidade vocal que foram condicionados durante sua vida. Além do seu papel como transmissora de palavras, a voz é um meio de expressão da emoção e age como um espelho do eu interior das pessoas.

A própria voz pode muitas vezes criar expectativas no que se refere aos traços pessoais de um sujeito com quem se estabelece uma interação dialógica, mas na qual não se tem a oportunidade de estabelecer o contato visual, como é o caso das vozes de pessoas desconhecidas ao telefone. Ou seja, a voz delinea, imaginariamente, a pessoa com a qual se trava o diálogo, inferindo qualidades físicas, apenas a partir da associação auditiva e da psicodinâmica vocal.

⁶ A Voz Diplofônica representa uma irregularidade na qualidade vocal, resultado de um comprometimento da fonte sonora, caracterizada por dois tipos diferentes de sons emitidos simultaneamente, sem desnivelamento das pregas vocais (BEHLAU, M.; PONTES, P, 1995, p.76).

TABELA 01 – Parâmetros vocais e suas associações psicodinâmicas. (BEHLAU; PONTES, 1995)

Voz do falante	Interpretação do ouvinte
Voz rouca	Cansaço, estresse e esgotamento.
Voz grave	Indivíduo energético e autoritário.
Voz aguda	Indivíduo submisso, dependente, frágil.
Conversa em tons agudos	Clima alegre.
Conversa em tons graves	Clima triste e melancólico.
Pouca variação de tons na fala	Rigidez de caráter e controle das emoções.
Varição rica de tons na fala	Alegria, satisfação, e riqueza de sentimentos.
Intensidade elevada	Franqueza, energia ou falta de educação.
Intensidade reduzida	Pouca experiência nas relações pessoais, timidez ou medo.

Behlau e Pontes (1995) dão exemplos de parâmetros vocais normais e suas associações psicodinâmicas, apresentadas na Tabela 01, a partir da qual se faz a análise dos dados, buscando estabelecer relações associativas do tipo da voz com o estado de ânimo, dos sujeitos pesquisados, como pôde ser visto no desenvolver desta pesquisa, em determinados sujeitos, revelando-se bastante apropriado o seu uso.

Outra alteração, a disfagia, conceituada como dificuldade na deglutição, pode acometer qualquer parte do trato digestivo, desde a boca até o estômago (fases: oral, faríngea e esofágica). Aparece como sintoma de doenças diversas, podendo levar à desnutrição e desidratação, pela dificuldade de deglutição de alimentos. Em casos mais graves, pode ocasionar aspiração traqueal, levando à infecção pulmonar e até ao óbito.

A disfagia do parkinsoniano é de ordem neurogênica⁷, apresentando uma deficiência no controle e coordenação da deglutição, podendo ainda estar associada à diminuição da pressão da orofaringe, redução do limiar de excitabilidade de deglutição, diminuição dos reflexos protetivos e aumento da incidência do refluxo gastresofágico. A disfagia aqui encontrada pode ser leve, moderada ou severa, de acordo com o grau de evolução da doença.

A disgrafia apresenta-se como uma dificuldade para escrever ou “desenhar” as letras, os sinais ou conjuntos gráficos, num espaço determinado. Com o evoluir da doença, a grafia tende a diminuir progressivamente, tornando-se trêmula e ilegível (micrografia). É de ordem orgânico-funcional, pois a disgrafia desenvolve-se devido à rigidez da musculatura, característica clínica bastante acentuada nessa patologia.

1. 3. 8 Diagnóstico

O diagnóstico da Doença de Parkinson baseia-se, essencialmente, em dados clínicos. Até o momento, não existe um marcador biológico para o diagnóstico da mesma. “Os exames paraclínicos, sejam laboratoriais, sejam de neuro-imagens, são utilizados no sentido de buscar uma etiologia alternativa para o diagnóstico” (SOUZA; COLS. 2000 p. 575).

Na atualidade há um critério relevante para diagnosticar a Doença de Parkinson idiopática, os pacientes respondem positivamente ao medicamento chamado Levodopa. Esta peculiaridade é tão relevante, que a ausência de resposta à levodopa, quando bem indicada, é significativa para o diagnóstico de parkinsonismo *plus* ou secundário (BITTENCOURT, TROIANO E COLLARES, 2001, vol. 30, n 1-2, p. 38).

⁷ Neurogênica é a desordem neurológica de origem genética (MURDOCH, 1997).

1. 3. 9 Tratamento Medicamentoso, Tratamento Cirúrgico e Reabilitação Fonoterápica

Atualmente, ainda não existe cura para a doença, porém ela pode e deve ser tratada, não apenas combatendo os sintomas, como também retardando seu progresso. A grande barreira ocorre no cérebro, pois, ao contrário do restante do organismo, as células existentes no cérebro não possuem a capacidade de se renovarem, embora pesquisas recentes contestem essa afirmação. Mas até hoje nada há a fazer diante da morte das células produtoras de dopamina na substância negra do mesencéfalo, a não ser a utilização de medicamentos que visem ao equilíbrio entre a dopamina e a acetilcolina.

É de grande importância que o paciente seja informado da natureza de sua doença, sua causa e a relação com o tratamento a ser instituído. A decisão sobre a informação da história natural da D. P é critério pessoal e depende da relação: médico-paciente e médico-família. (BITTENCOURT; TROIANO; COLLARES, 2001, vol. 30, p. 43).

O tratamento pode ser dividido em medidas farmacológicas, cirúrgicas e terapêuticas, envolvendo uma equipe multidisciplinar de profissionais das áreas de medicina, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia e outras que possam estar relacionadas, de alguma maneira, à reabilitação do parkinsoniano.

O tratamento medicamentoso visa, fundamentalmente, diminuir o déficit de dopamina em relação à acetilcolina dentro do cérebro (ZERATI, 2000, artigo *on-line*: www.neurologiaonline.com.br/zerati/neuro/parkinson.htm).

Na fase inicial da doença, indica-se o uso de duas classes de drogas: as que têm como objetivo interferir na evolução da doença (terapia protetora) e as de efeito sintomático. (BARBOSA, 2003).

A escolha das drogas varia de acordo com as características do paciente, como idade, suporte financeiro e interações com outras patologias, cabendo ao neurologista a escolha

e o seqüenciamento delas, uma vez que, com o tempo, a patologia tem uma chance considerável de se tornar resistente a cada uma das drogas utilizadas.

A decisão sobre o uso de medicamento no tratamento e a opção por uma droga específica são influenciadas pelo estágio de evolução da doença, que pode ser comparado com os dados da escala de Hoehn e Yahr (Rosso, 2003, artigo *on-line*: www.doencadeparkinson.com.br).

Escala de Hoehn e Yahr:

- Estágio 1 - Comprometimento unilateral.
- Estágio 2 - Comprometimento bilateral sem anormalidades posturais.
- Estágio 3 - Comprometimento bilateral com discreto desequilíbrio postural; o paciente leva uma vida relativamente independente.
- Estágio 4 - Comprometimento bilateral com instabilidade postural; o paciente necessita de um grau expressivo de ajuda.
- Estágio 5 - Doença grave, plenamente desenvolvida; o paciente fica restrito ao leito ou à cadeira de rodas.

O tratamento à base de levodopa é atualmente o mais adotado, sendo a medida farmacológica ímpar no tratamento da Doença de Parkinson de origem idiopática. “Inicialmente... 70% dos pacientes respondem à levodopa (L-Dopa), com uma melhora visível na rigidez, na bradicinesia e no tremor” (METTER, 1991, p. 148).

Vale ressaltar que essa melhora funcional é observada num estágio inicial da doença, pois os efeitos da levodopa em paciente já com a doença avançada são menores, devido à diminuição da sensibilidade dos receptores da dopamina nos neurônios estriados (MALTA E ALBUQUERQUE 1992, p. 16).

Na atualidade, algumas técnicas cirúrgicas são adotadas, com o propósito de reduzir os efeitos da Doença de Parkinson, nos pacientes por essa acometidos. Para tal, são levados em consideração alguns critérios como, por exemplo, um estágio mais avançado da doença, no qual a medicação não esteja surtindo o efeito esperado.

Lang, Sá e Sá (2003) afirmam que a cirurgia para a Doença de Parkinson possui um potencial para melhorar de maneira significativa a função motora, tornando-a mais estável, contudo pouco interfere na função fonatória.

Apenas a palidotomia posteroventral resulta em discreta melhora no uso funcional da comunicação dos pacientes com Doença de Parkinson (MOURÃO *et. Al*, 2005).

As opções disponíveis, atualmente, são o tratamento cirúrgico, e a estimulação cerebral profunda, assim como os procedimentos mais experimentais, como os implantes, que foram sugeridos como sendo benéficos à Doença de Parkinson. Porém, não existe ainda, uma clara indicação do melhor momento para considerar a cirurgia para um paciente com Doença de Parkinson nem qual procedimento exato a oferecer.

Lang, Sá e Sá (2003) concluem que a literatura disponível e a experiência sugerem que os procedimentos cirúrgicos constituem uma alternativa válida para os pacientes que, de outra forma, não obtêm melhora dos sintomas apenas com a medicação. O momento da decisão é delicado e deve ser individualmente analisado.

O método de reabilitação fonoterápica *Lee Silverman Voice Treatment (LSVT)*, criado em 1986, pela fonoaudióloga Loraine Ramig e sua equipe, tem como objetivo o aumento da intensidade, com foco específico na fonação, redução da soproside, melhora da inflexão e qualidade vocal. (GABBAI; ANDRADE; BEHLAU, 2000; SOARES, 2003). Behlau *et al* (2005) esclarecem que os pacientes são treinados a aumentar o esforço fonatório por meio de fala em forte intensidade. O método tem como lema “pense forte / fale forte”.

Há, porém, controvérsias quanto à sua utilização, na Doença de Parkinson, uma vez que pacientes em graus avançados da doença não conseguem estabelecer, satisfatoriamente um quadro respiratório, para a realização dos exercícios.

É de extrema importância que haja uma sólida relação entre o profissional, que demonstre estar efetivamente preocupado com o paciente, e com aqueles que o cercam, bem como, com o próprio paciente, animando-o, esclarecendo-o e reconfortando-o durante as consultas, pois esta atitude tem uma eficácia tão poderosa quanto o tratamento farmacológico ou terapêutico, que, por sua vez, envolve uma equipe multidisciplinar atuando conjuntamente na busca de melhora na qualidade de vida dos pacientes portadores da Doença de Parkinson.

As características suprasegmentais da comunicação do indivíduo parkinsoniano, como as hesitações, a imprecisão articulatória, a voz fraca e sem força, a falta de melodia na fala, que interferem diretamente na construção de sentido no seu discurso, podem estar amenizadas pela resposta do seu interlocutor, que deve assumir uma postura facilitadora, de interação e compreensão, levando-o a se comunicar de forma mais efetiva.

CAPÍTULO II

METODOLOGIA

Esta pesquisa segue uma metodologia qualitativa, investigando os aspectos supra-segmentais de fala de oito indivíduos portadores da Doença de Parkinson, em fases distintas de evolução da doença, através da realização do levantamento lingüístico e paralingüístico estabelecendo, os desvios prosódicos destes indivíduos, no que concerne aos padrões entoacionais. A metodologia qualitativa visa verificar a partir dos dados de entrevista e conversa espontânea o padrão entoacional mais freqüentemente utilizado pelos sujeitos da pesquisa, analisando a interferência e correlação desses padrões sobre a produção de sentido no discurso do Portador da Doença de Parkinson.

Os dados foram coletados mediante gravação em K7, e, posteriormente passada para CD, a fim de melhorar a qualidade sonora, em forma de conversa espontânea e entrevista.

2.1 MATERIAIS E MÉTODOS

Para obtenção dos dados, foram aleatoriamente selecionados para a pesquisa oito portadores da Doença de Parkinson, inseridos no Programa de Grupos de Convivências para Portadores de Patologia Neurológica UNICAP – PE, na faixa etária entre trinta e seis a sessenta e seis anos, tanto do sexo masculino quanto do sexo feminino, que se dispuseram a colaborar com a pesquisa. Esse grupo de convivências esteve sempre interligado à associação de parkinsonianos que convidou seus integrantes a participar do mesmo, em encontros

semanais, (terças-feiras à tarde), que tinha como proposta inicial a interação dos sujeitos através do canto e posteriormente da dança. O interesse foi tal, que culminou com a presente pesquisa, visando situar o sujeito no âmbito dialógico da linguagem, analisando seu discurso, e sua interação social. No presente trabalho os dados coletados foram transcritos a partir da escuta exaustiva dos acontecimentos vocais, de forma a determinar que padrão entoacional foi mais frequentemente utilizado por esses sujeitos e, qual a relevância qualitativa desses padrões na construção de sentido nos discursos dos sujeitos com DP.

Os dados coletados foram obtidos através de gravações em momentos de fala espontânea, e de respostas às perguntas feitas em forma de entrevista, pelo co-enunciador (fonoaudióloga), aos portadores da Doença de Parkinson, sendo, em alguns casos, mediada por um acompanhante. O conteúdo da entrevista abordou os dados dos sujeitos, suas relações sociais e familiares e sua compreensão acerca dos efeitos limitadores da doença de Parkinson em sua vida diária. As gravações foram feitas em gravador, com fita cassete de 180 minutos, e posteriormente gravadas em CD, com melhoramento da técnica de processamento de sinais, para uma melhor percepção de áudio.

As entrevistas foram realizadas em 07 sessões que variaram, em tempo, de sujeito para sujeito, de acordo com o grau de comprometimento da doença e o estado emocional dos mesmos, não ultrapassando em nenhum caso trinta minutos. Posteriormente, as entrevistas foram transcritas (vide anexos), adotando em parte o modelo proposto por Marcuschi (1986) e a proposta de análise entoacional de Brazil (1985).

Em seguida, foram feitas as análises individuais, seguindo os procedimentos, a saber:

- análise dos dados;
- tabulação dos dados;
- apresentação qualitativa dos resultados.

2. 1.1 Caracterização dos Sujeitos

O **Sujeito 1 (S1)** é do sexo masculino, com sessenta e cinco (65) anos, casado, pai de uma filha, aposentado, trabalhava como comerciante, residente em Olinda. Diagnosticou-se o parkinsonismo devido a tremores freqüentes observados pelos familiares. S1 relata que sua maior dificuldade atualmente é vestir-se (não consegue se vestir sozinho), apresentando a voz trêmula, o que também o incomoda. Observa, ainda, com relação à sua fala que, às vezes, no decorrer do discurso, sente que sua voz falha. A entrevista do S1 foi de vinte e um minutos e cinquenta e três segundos (21m 53s).

O **Sujeito 2 (S2)** é do sexo feminino, tem quarenta e dois (42) anos, é solteira, desempregada, mora sozinha, realizando todas as tarefas de casa, residente em Recife. Apresenta doença de Parkinson há três anos e afirma que a maior dificuldade advinda da doença é a lentidão, pela rigidez, e a voz “embolada”, apesar de também ter tremores. A paciente, ao falar, mostra uma articulação bastante imprecisa, que, segundo ela, se iniciou após o diagnóstico do parkinsonismo. O tempo da entrevista de S2 foi de sete minutos e dois segundos (7m02s).

O **Sujeito 3 (S3)** é do sexo masculino, tem cinquenta e seis (56) anos, é casado, médico aposentado, residente em Recife. Apresenta a doença de Parkinson há dois anos, relata que o maior incômodo que a doença lhe trouxe foi a lentidão e a diminuição significativa de sua letra (micrografia). Apresenta voz extremamente trêmula e, por vezes, ininteligível. O paciente relatou estar mais trêmulo devido à ansiedade em responder às perguntas da entrevista. A entrevista de S3 foi de doze minutos e quarenta e dois segundos (12m42s).

O **Sujeito 4 (S4)** é do sexo masculino, tem quarenta e quatro (44) anos, é casado, pai de dois filhos, aposentado, trabalhava como motorista, residente em Recife. Apresenta

sinais da doença de Parkinson há seis anos, tendo tido o diagnóstico correto da doença há apenas uma semana. Relata que sua maior dificuldade é a falta de equilíbrio. Queixa-se, ainda, da dificuldade na articulação das palavras. O tempo de entrevista com S4 foi de vinte e seis minutos e trinta e sete segundos (26m37s).

O **Sujeito 5 (S5)** é do sexo feminino, tem quarenta e oito (48) anos, é solteira, professora aposentada, residente em Recife. Os sintomas da doença de Parkinson foram sentidos há três (03) anos, mas só foi diagnosticado há um (01) ano. A paciente relata: “minha mão direita não funciona da mesma forma que a esquerda” (SIC). Refere tremor e lentidão. A entrevista com S5 foi de nove minutos e dezenove segundos (09m12s).

O **Sujeito 6 (S6)** é do sexo feminino, tem cinquenta e seis (56) anos, é casada, dona de casa, residente em Recife. Apresenta a doença de Parkinson há apenas cinco meses. Seu pai também tem a doença. A paciente relata que sua maior queixa é a rigidez e que não apresenta tremor. A entrevista com S6 foi de quatro minutos e quarenta e seis segundos (04m46s)

O **Sujeito 7 (S7)** é do sexo feminino, tem sessenta e seis (66) anos, e é casada. Os sintomas da Doença de Parkinson surgiram há, mais ou menos, dez anos, tendo iniciado o tratamento três anos depois, do diagnóstico. Faz acompanhamento fisioterápico, mas não está em atendimento fonoaudiológico, embora necessite. Não aceitava a doença, o que acentuou seus sintomas, uma vez que não seguia o tratamento. Sua maior queixa é a instabilidade postural e rigidez. A entrevista com S7 foi de dois minutos e cinco segundos (02m05s), tendo chegado ao grupo no último dia de reunião e da coleta de dados.

O **Sujeito 8 (S8)** é do sexo masculino, tem trinta e sete (37) anos, é casado, mas está residindo com sua mãe há um ano e cinco meses. Apresenta os sintomas da Doença de Parkinson desde os vinte e três anos, ou seja, há catorze anos, tendo sido diagnosticado bem depois do início dos sintomas, devido à sua jovem idade. Os médicos que o atenderam não

cogitavam, nem aceitavam a suposição de Doença de Parkinson. Os sintomas mais evidentes e que mais lhe incomodam são tremor e rigidez. A entrevista com S8 teve duração de quatro minutos e vinte sete segundos, (04m27s).

2. 1.2 Situacionalidade das Entrevistas

Durante as entrevistas, que aconteceram na Clínica-Escola de Fonoaudiologia da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), Clínica Manuel de Freitas Limeira, os sujeitos da pesquisa mantiveram-se atentos às perguntas feitas pelas pesquisadoras, procurando sempre responder, da melhor forma possível, ao que lhes foi proposto, apesar das limitações, estando muitos deles sob efeito de medicamentos.

É importante salientar que todos os entrevistados fazem parte da Associação do Parkinsoniano, órgão de extrema importância na vida desses indivíduos, que lhes fornece informações sobre a doença e no qual compartilham suas angústias com outras pessoas que se encontram nas mesmas condições que eles, através de grupos de ajuda.

O capítulo que segue fará uma mesclagem dos achados descritos na caracterização dos sujeitos, relacionando-os às análises dos dados, na intenção de observar a interação comunicacional dos sujeitos do presente estudo, a partir das curvas entoacionais mais frequentemente utilizadas, associando-as aos estados de ânimo dos mesmos, e os papéis que representam para produção de sentido em seus discursos.

A legenda utilizada para designação dos participantes da entrevista é a seguinte:

F - Fonoaudióloga, entrevistadora;

P – Paciente;

E – Esposa

CAPÍTULO III

ANÁLISES DO *CORPUS*

3.1. ANÁLISES DOS DADOS

SUJEITO 01

Os dados analisados no discurso do **S1** apresentaram-se predominantemente marcados por descendências, 78 ocorrências, que acontecem quase constantemente, pela falta de força articulatória e expiratória, conseqüências comuns na conversação de pacientes em estágio avançado da Doença de Parkinson.

De acordo com Brazil (1985), o uso do padrão proeminente do tipo descendente sugere um conteúdo comunicacional desconhecido do co-enunciador, causando certo distanciamento entre o paciente (P) e a fonoaudióloga (F), Como se pode observar no fragmento de transcrição da entrevista do S1, (linhas 0150 a 0154. Anexo 1).

Nº de linhas	Coenunciadores/Discurso
0150	F- Não assim... sentado, porque uns médicos que dizem... sentado que é mais fácil.
0152	P - // sentando... /eu... / PRA vesTIR /
0154	CALça e berMUda / senTAdo é MELhó //

David Brazil (1985) considera em sua teoria que, quando há um maior grau de conhecimento compartilhado, bem como de franqueza, ocorre maior uso dos tons ascendentes (↗) e ascendentes descendentes (↘), resultado do grau de envolvimento entre as falas dos co-enunciadores. O segundo padrão em frequência encontrado na entrevista com S1 foi o ascendente com 56 ocorrências, como mostra o fragmento da transcrição da entrevista do S1, (linhas 0064 a 0076. Anexo 1).

No De Linhas	Coenunciadores/Discurso
0064	F – Ai eu queria que o senhor me dissesse, como foi que o senhor começou a perceber, assim os primeiros sintomas da patologia de Parkinson, como é que o senhor começou a perceber que tinha alguma coisa diferente?
0070	P - // no iNÍcÍu ↗ /QUAse que não DEU ↗ / PREU ↗ / PRA MIM / noTAR ↘ / entenDEU ↘ // ... tinha... → / um temorzinho ... / asSIM ↗ / que eu... → /penSEI que Era ↗ / norMAL ↘ / num pensava... → / treMOres ↗ / peQUEnu PORte ↘ //
0076	

A fala extremamente segmentada, levando à monotonia e à perda de conteúdo na produção dos sentidos, também é bastante destacada na análise vocal de S1. Nesse ponto da entrevista, a fonoaudióloga parece cansada e as perguntas se tornam menores, dando a impressão de que há perda de sentido e distanciamento no discurso de ambos, a exemplo do fragmento a seguir.

Transcrição da entrevista do S1 (linhas 0290 a 0293. Anexo 1).

Nº de linhas	Coenunciadores/Discurso
0290	F – Tenta parar?
	P - // começa a tremer... / ai eu... / NUM
	sei / se é u... / cérebru... /
0293	qualQUER COIsa... / PAra //

A segmentação exacerbada remete igualmente à instabilidade respiratória e imprecisão articulatória, evidentes nesses quadros patológicos. Esta imprecisão se faz bastante presente nesse sujeito, observando-se a distorção e, até, a omissão do fonema /r/ em encontros consonantais, como na transcrição da entrevista do S1 (linhas 0182 a 0185. Anexo 1).

Nº de linhas	Coenunciadores/Discurso
0182	F – É bom? Sua filha é ... é...já grandinha assim já é mocinha ou...
	P - // É / é... / já é vin... vin... /
0185	TINta / Anus //

Com relação às muitas proeminências encontradas na primeira sílaba das palavras, não parece ser um dado que possa estar associado ao autoritarismo freqüente nas ascendências, mas um meio de conseguir, através do golpe de glote, tornar a voz mais audível, e, assim, tentar manter um nível de interação razoável com seu interlocutor, que é alertado a

cada ascendência, possivelmente como a intenção de não deixar cair o nível de interesse no diálogo que ali se estabelece:

Transcrição da entrevista do S1 (linhas 0034 a 0037. Anexo 1).

Nº de linhas	Coenunciadores/Discurso
0034	F – Certo...atividades... assim que quê o senhor faz durante o dia,... quais são suas atividades?
0037	P – // FAço fisioterapia / moTOra //

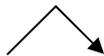
Sabe-se que, quando as palavras são ditas de forma fraca, sem o “colorido vocal”, perde-se muito do valor comunicativo, a exemplo das hesitações tão frequentes neste paciente (59 ocorrências), marcadas pela neutralidade de tom (→), levando possivelmente, a uma projeção do ouvir sobre seu interlocutor, que tende a produzir sentidos, qualificando o que escuta, como inexpressivo, ou ainda, que há imprecisão na convicção do que é dito. Em outras palavras, essa neutralidade de tom tão característica deste paciente nos remete igualmente à insegurança e angústia, levando a um distanciamento por parte do seu coenunciador.

Transcrição da entrevista do S1, (linhas 0194 a 0197. Anexo 1).

Nº de linhas	Coenunciadores/Discurso
0194	F – Mas me explique esse cuidado... que quê o senhor achou que ele
0197	P - // questão... / de me... / de me... / de locomoÇÃO //

Segundo Brazil (1985), o falante, ao assumir um papel de simples emissor de palavras, não fazendo uso das estratégias de interação, torna o discurso oblíquo, ou seja, centrado na estrutura superficial da língua, deixando cair por terra todo um processo de interação. O recorte previamente apresentado é caracterizado por neutralidade entoacional, típica de discursos oblíquos. No entanto, o sujeito S1 apresenta, na entrevista, intenção de interagir. A neutralidade entoacional, portanto, neste caso, apenas causa a sensação de discurso oblíquo. O sujeito S1 tem uma preocupação em formular bem o que vai dizer, imprimindo hesitações no discurso, fato característico na Doença de Parkinson.

Tabela – 02 Ocorrências dos Padrões Entoacionais Encontrados na Entrevista do Sujeito 1.

No. da Linha	Tipo de Padrão	Fragmentos	Nºde Ocorrência
0135		// dePENdu / dePENdu //	78
0203		/ FICam preocuPADas /	02
0290		/ começa a tremer... /	59
0100		/ tô toMANdu reMÉdiu /	56
0071		/ entenDEU /	01

A tabela 02 mostra, nitidamente, o quadro encontrado nos dados do S1. Há predominância do padrão entoacional descendente, caracterizado pelo não compartilhar de idéias, acarretando desta forma um distanciamento entre os coenunciadores. Não há prejuízo significativo na produção de sentido, no discurso do Sujeito 1.

SUJEITO 2

Na análise de dados do S2 observa-se a incidência elevada de neutralidade entoacional (207 ocorrências) em toda a sua fala, comprometendo, assim, a produção de sentido em seu discurso. Esse dado pode, erroneamente, levar a pensar-se em déficit cognitivo, especialmente quando as hesitações se fazem presentes antes das unidades tonais:

Transcrição da entrevista do S2, (linhas 0039 e 0044 do Anexo 2).

Nº de linhas	Coenunciadores/Discurso
0039	F – Nova, nova a senhora! P - // $\overrightarrow{\text{é...}}$ / $\overrightarrow{\text{...inclusive ele...}}$ / $\overrightarrow{\text{disse que...}}$ / $\overrightarrow{\text{é e raro...}}$ / $\overrightarrow{\text{ter...}}$ / $\overrightarrow{\text{...gente cum...}}$ / ESsa iDAde $\overrightarrow{\text{ / essa doença...}}$ / porque... $\overrightarrow{\text{ / ...ela...}}$ / $\overrightarrow{\text{iniCIA}}$ / $\overrightarrow{\text{a}}$ 0044 PARTir $\overrightarrow{\text{ / dos cinqüenta anos...}}$ //

Conforme relata o sujeito em questão, o desequilíbrio levou-o a uma postura de embriaguês na deambulação (marcha), que se estende ao comportamento vocal, com voz pastosa, imprecisa, “engrolada”, “entorpecida”, assemelhando-se à disfunção cerebelar, que vem estar diretamente relacionada ao equilíbrio, levando à monotonia vocal, empobrecimento de harmônicos e a um distanciamento entre os co-enunciadores, pela segmentação exagerada e perda de sentido no que é dito, a exemplo do próximo fragmento:

Transcrição da entrevista do S2, (linhas 0001 a 0030. Anexo 2).

Nº de linhas	Coenunciadores/Discurso
0001	F – Aí eu queria que a senhora me contasse dona S., um pouquinho da história da sua doença assim... como começou.
0025	P - //e OUtra coisa tamBÉM → /foi a./ o desequilíbriu... / caminhandu... → / HK
0030	MUItO desequilibAda ↘ / sem... / como se tivesse... / ... imbriaGada... → / VAI num CANtu ↘ / e noutru da... → / da calÇAda ↘ //

Junto às hesitações, ocorrem alguns desvios articulatórios, como é o caso do prolongamento do sibilante / s / ao final das palavras, concorrendo igualmente para pensar-se em *deficit* cognitivo, como pode ser observado na transcrição da entrevista do S2, (linhas 0083 e 0087 Anexo 2).

Nº de Linhas	Coenunciadores/Discurso
0083	F – Certo, e a senhora... nota que mudou o seu relacionamento com seus familiares? Com seus vizinhos, amigos?
0087	P - // eles ficaram maisss... → / eu achu que maisss... / se apoximaRAM MAIS ↘ / eu achu... → / tem mais poximidade... → / são mais... / aMIgus ↘ / eu achei... //

A grande incidência de proeminências entoacionais descendentes no discurso do S1, (77 ocorrências), direciona a atenção da análise para a forte relação existente entre a incoordenação pneumo-fono-articulatória, que atua diretamente na aceleração do ritmo de fala, na falta de força e imprecisões articulatórias, presentes em seu discurso. Nesse caso, pode-se levar a crer, num primeiro ouvir, tratar-se de autoritarismo excessivo, característico do padrão entoacional descendente, contudo, o mais plausível é associar as descendências entoacionais do S2 à produção de fala, a partir do uso de ar expiratório de reserva.

Transcrição da entrevista de S2, (linhas 0109 a 0112. Anexo 2).

Nº de linhas	Coenunciadores/Discurso
0109	F – Aí depois, quando tem tempo... P - // porque... / eu SÓ viVIA / de CAsa pu taBALhu / só... / 0112 trabaLHANdo diREtu //

A fala da S2 apresenta sinais evidentes de desvio articulatório, com exacerbada imprecisão, na qual se encontram suprimidos muitos pontos articulatórios consonantais, a exemplo do fonema / r / que necessita da coordenação fina da musculatura de língua, característica esta deficitária nesse estágio evolutivo da Doença de Parkinson. Ocorre ainda uma sobre-nasalidade das vogais, levando ao comprometimento do que é dito, e conseqüente prejuízo na produção de sentido em seu discurso, a exemplo do fragmento a seguir:

Transcrição da entrevista do S2, (linhas 0160 a 0170. Anexo 2).

Nº de Linhas	Coenunciadores/Discurso
0160	F – E agora eu queria que a senhora me dissesse assim... se a senhora usa alguma estratégia pra controlar um pouquinho os tremores, as dificuldades que a patologia causa?
0165	P - // eu TEnhu pouco treMOR / por que... / o meu é mais... / o de... / o rigiDEIZ / tem o RÍgidu / tem... / tem o que DÁ treMOR / e tem o rigidez... / o meu / é MAIS rigiDEZ //
0170	

O contato com S2 desfaz qualquer impressão que possa sugerir autoritarismo, pois se trata de uma pessoa empática, alegre e esperançosa, mediante a possível cura de sua doença, como mostra o segmento de sua entrevista, no qual é encontrado o maior número de ascendências entoacionais (56 ocorrências), denotando essa expectativa de vida renovada, pelas pesquisas científicas. Esse estado de ânimo é marcado pela alegria que se reflete em sua fala, que se modifica de um timbre mais grave para um mais agudo, coincidindo com a perspectiva da associação psicodinâmica vocal, preceituada por Behlau (1995). Nesse ponto da entrevista, fica evidente não apenas o compartilhar de idéias, defendido por Brazil (1985), mas também o compartilhamento das emoções, a exemplo do fragmento que se segue:

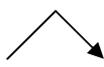
Transcrição da entrevista do S2, (linhas 0122 a 0132. Anexo 2).

Nº de linhas	Coenunciadores/Discurso
0122	F – É o que Deus quer da gente né?
0123	P - // ...e... → / a FÉ ↗ / remove montanhas né... / já vi... / nu... / GLObo rePÓRter ai ↗ / que ELA ↗ / remove montanha né... / então... / vamo vê... / se realmente... / arrente... / conSEgue remoVER ↗ / as monTAnhas ↘ / se DEUS quiSER ↘ / TENhu FÉ ↗ / e... / a a... → / CUra ↗ / POde TÁ ↘ / 0132 PRÓxima tambÉM ↗ //

Observa-se, ainda, que a aceleração do ritmo de fala leva à elisão de alguns segmentos vocais, bem como a supressão de pausas, o que prejudica a produção de sentidos, em seu discurso, na transcrição da entrevista de S2, (linhas0099 a 0102. Anexo 2).

Nº de linhas	Coenunciadores/Discurso
0099	F – E agora...
0102	P - // e aGOra ↗ / eu Achu QUE ↗ / QUANdo arrenteTEM ↗ / uma doença... → / é quiarrente... / PASsa a PENsar ↗ / numa... → / no DEUS NÉ ↗ //

Tabela – 03 Ocorrências dos Padrões Entoacionais Encontrados na Entrevista do Sujeito 2

No. da Linha	Tipo de Padrão	Fragmentos	No. de Ocorrência
0109		// eu SÓ viVIA ↘ / de CAsa pu taBAIhu ↘ //	77
0225 0226		// a pesQUIsa ↗ / com CÉlulas TRONcu ↗ //	42
0019		// eu... → / tava... → / assim... → / igual.. → //	207
0098		// e aGOra ↗ / eu Achu QUE ↗ //	56
0132		//porQUE JÁ ↘ / tá... → /se faZENdu pesQUIsa ↘ //	02

Os padrões entoacionais utilizados pelo S2 apresentam como expostos na tabela acima elevada frequência de ocorrência com relação ao padrão de neutralidade entoacional. Observa-se como preconiza Brazil (1985) uma predominância do padrão de neutralidade entoacional, como sinalizador de um discurso oblíquo, caracterizando o discurso de S2, que através de estratégias extra-lingüísticas, mostra-se uma pessoa alegre, mascarando o seu distanciamento discursivo.

SUJEITO 3

O quadro vocal do S3 é bastante compatível com a Doença de Parkinson, apresentando disartrografia hipocinética, que vem a caracterizar-se pela imprecisão articulatória, especialmente no que se refere ao fonema /r / vibrante, bem como por uma hipernasalidade das vogais, levando a uma voz pobre em harmônicos. Coincide, assim, com o padrão entoacional que está predominantemente marcado pela neutralidade entoacional, (184 ocorrências), associada ao excesso de segmentação do discurso, acarretando afastamento entre os coenunciadores, que aqui são em número de três (paciente, esposa e fonoaudióloga). Esse afastamento é tão visível que em alguns trechos da entrevista, a fonoaudióloga recua em seu diálogo, deixando o paciente e a esposa dissertar sobre o assunto, como no fragmento da entrevista de S3, (linhas 0089 a 0093. Anexo 3).

Nº de linhas	Coenunciadores/Discurso
0089	E – E não era... era Parkinson P - // era parkinson... → / são doenças... → / que era... → / muito... → / MUItu ↘ / confunDida cum outras doENças ↘ / e precisa de ser... → /ter um diagnósticu... //
0093	E – Mais rápido.

O segundo padrão entoacional mais freqüente é o ascendente-descendente, com 82 ocorrências, e, aqui novamente, observa-se o distanciamento da entrevistadora, que parece excluir-sedo diálogo, deixando paciente e esposa discorrer cumplicemente sobre o assunto:

Transcrição da entrevista do S3, (linhas 0213 a 0218. Anexo 3).

Nº de linhas	Coenunciadores/Discurso
0213	E – Tem um na nossa associação, um rapazinho, que começou com dezoito anos, ele agora ta com vinte e um.
00218	P - // EU MERmu / comeCEI cum / cinQÜENta / e QUAtu Anus / cinQÜENta e QUAtu /Anus //

Observa-se que, quando o S3 tenta alongar os enunciados, aumenta consideravelmente o número de descendências, (73 ocorrências), acarretando estrangulamento vocal, na intenção de conseguir sonorizar os últimos fonemas das palavras. O padrão descendente coincide com informações novas, como preceitua Brazil (1985), e com um discreto ar de detentor do saber.

Transcrição da entrevista do S3, (linhas 0034 e 0039. Anexo 3).

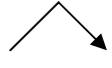
Nº de linhas	Coenunciadores/Discurso
0034	F – Uma cartilha?
	P - / NÃO /
	E – Da prefeitura...
0039	P - // prefeiTURa / foi atraVÉS da pefeiTURa UMA carTilha / que... / ela FOI elaboRAda //

A qualidade vocal do S3 é áspero-estrangulada, evidenciando esforço e cansaço ao falar, embora o mesmo não se deixe abater por isso. Aliás, o S3 tem um suporte familiar, que lhe oferece muita segurança, para discorrer sobre os mais variados assuntos, com bastante desenvoltura. Sua esposa fala sobre a doença, como se ela própria fosse portadora da Doença de Parkinson. Um fragmento da relação familiar é apresentado na transcrição da entrevista de S3, (linhas 0271 a 0277. Anexo 3).

Nº de linhas	Coenunciadores/Discurso
0271	F – E assim, em relação a... a relação familiar? Se mudou...
0273	P - // olhe... / numa relaÇÃO familiAR / no NOSsu CASu / foi muito... / foi demais aceitu.../ por demais aceitu né.../
0277	O pessoAL / num questioNOU MUItu / da minha... /doENça não //

Observa-se, em todo o diálogo entre os coenunciadores, (S3 e Esposa), um bom grau de compartilhamento. Neste caso em particular, não houve formato de entrevista e sim, uma explanação bastante apropriada sobre a Doença de Parkinson, realizada pelo Paciente e Esposa, que detiveram o controle do discurso. Fica a impressão que a fonoaudióloga quis excluir-se um pouco do diálogo, deixando-os discorrer à vontade sobre os meandros da doença e das relações familiares.

Tabela – 04 Ocorrência dos Padrões Entoacionais Encontradas na Entrevista do Sujeito 3

No. da Linha	Tipo de Padrão	Fragmentos	No. de Ocorrência
0161		// a lentiDÃO ↓ / MUIto FORte ↓ //	73
0240		// situaÇÕES ↗ / que o parkinsoniAnú ↘ //	82
0149		// porque não tinha... → / agi... → / agilidade... → //	184
0223		// PÁ cheGAR ↗ / a treMER ↗ //	44
0046		// foi FEIta ↘ / uma carTIlha ↗ //	13

De acordo com a tabela 4, e com as observações feitas no decorrer da análise, verifica-se, mais uma vez, a concordância dos padrões entoacionais, descritos por Brazil (1985), que refere à neutralidade entoacional muitas das características perceptuais vocais existentes na conversação do S3, como o distanciamento entre os coenunciadores (F e P). O prejuízo na construção de sentido no discurso de S3 não se deu, porque como já foi dito, não houve propriamente uma entrevista, mas uma conversa informal, na qual paciente e esposa dominaram o assunto, sem maiores interferências da fonoaudióloga entrevistadora. Não ocorreu envolvimento entre os coenunciadores, apenas uma permissão tácita por parte da fonoaudióloga que permitiu como que uma conferência sobre a Doença de Parkinson.

SUJEITO 4

O S4 poderia ser estudado, a partir do presente trabalho, como um caso clássico da literatura, que aborda a teoria entoacional de Brazil (1985), nos portadores da Doença de Parkinson, no que se refere ao padrão de neutralidade entoacional. Não há discrepâncias, entre seus achados vocais, a sintomatologia vocal da Doença de Parkinson e o que define o padrão entoacional neutro, embora Brazil não tenha realizado seus estudos com ou para linguagens patológicas.

A depressão psíquica, que em muitos casos agrava a sintomatologia da Doença de Parkinson é aqui vista de maneira a deixar bastante evidente a hesitação com o existir e posicionar-se na vida, traduzida a partir do maior número de ocorrências do padrão de neutralidade ou nivelamento entoacional encontrados no decorrer de toda a presente pesquisa, totalizando 495 ocorrências. No S4, para cada cadeia entoacional transcrita, há, pelo menos, uma unidade com neutralidade entoacional, ao longo de todo seu discurso. Observa-se, então, que há um olhar para si próprio, na produção do discurso do S4, como quem não percebe o seu interlocutor, vendo-se como único enunciatador.

O S4 apresenta qualidade vocal monótona ao extremo (voz monocórdica), com poucas modulações, acarretando, como foi dito, grande distanciamento entre os coenunciadores.

A transcrição desse fragmento da entrevista do S4, (linhas 0327 a 0337. Anexo 4), exemplifica o que foi afirmado.

Nº de linhas	Coenunciadores/Discurso
0327	F – Certo, então é... as principais dificuldades encontradas: equilíbrio...
0329	P - / equilíbrio... /
	F – Só equilíbrio?
0331	P - // equilibriu... / e e... / as VEzes euTENhu / umas dores na... / nas costas... / e que fica a a espinha... / fica... / parece que TÁ treMENdu / feito um... / terreMOtu / ela fica... / balançandu... / eu num sei... / como é
0337	isso... / o que tá acontecendu... //

O segundo padrão entoacional mais utilizado é o descendente, 160 ocorrências. Observa-se, aqui, um dado relevante de concordância com o que Brazil descreve sobre o autoritarismo e poder, tão característico desse padrão, que na entrevista com S4 está bem visível, através do seu modo de agir e falar, ao referir-se a outras pessoas. Há uma intransigência, que traspassa sua voz, como sendo o “dono da verdade”. Talvez, um agravante para essa postura seja o fato do inconformismo do S4 diante da doença, tornando-o também vulnerável, irritado e emotivo, como está exemplificado no fragmento que se segue:

Transcrição da entrevista do S4, (linhas 0363 a 0372. Anexo 4).

Nº de linhas	Coenunciadores/Discurso
0363	F – Mas a relação é boa? P - // boa... → / num É Ótima ↘ / porque SEMpre atraPALha ↘ //
0367	F – Certo... → P - // se eu tiver incomodado... / por pesSOas
0372	paRAdas ↘ / DENTro de CAsa ↘ / → / é.../ EU não GOSTo ↘ / de ficar muito... / paRAdo ↘ / as vezes GOSTo de saIR ↘ / as vezes... → / (ininteligível) as VEzes ↘ / → / eu procuro.../ faZER alguma COIsa //

As ascendências-descendentes, terceiro padrão mais freqüente, com 147 ocorrências, surgem em situações nas quais o S4 relata sobre sua vida produtiva, demonstrando interação com o co-enunciador e, ao mesmo tempo, orgulho e inconformismo, do que viveu e do que está vivenciando desde o aparecimento da Doença de Parkinson, denotando bastante franqueza, característica associada a esse padrão entoacional.

No que se refere à construção de sentido, observa-se um envolvimento maior com o seu interlocutor, característica marcante dos padrões ascendentes e ascendente-descendentes, o compartilhamento de idéias, que flui significando a produção de seu discurso, como no fragmento a seguir:

Transcrição da entrevista do S4, (linhas 0126 a 0140. Anexo 4).

Nº de linhas	Coenunciadores/Discurso
0126	F – A duração da sua queixa senhor J. R., desde quando o senhor percebe?
0128	P - // perceBI / atraVÉS de um Dedu quer dizer... / comeÇOU / PELu Dedu / trabaLHANdu / ne... / EU TAva / trabalhandu e... / disSERam pra MIM / ó teu dedu tá... / balanÇANdu / tua mão tá... / balançandu... / ai a partir DESse
0135	moMENtu / eu fiQUEI / procuRANdu / um... / um MÉdicu / né... / trabaLHANdu / AÍ dePOIS / com o tempu... / pasSOU um MÊS / EU TAva / na RUA //
0140	

O padrão entoacional descendente-ascendente é o quarto padrão em número de ocorrências (96), na entrevista com o S4, e está quase sempre associado a relatos que discorrem sobre êxitos na sua vida atual, os quais ele faz questão de informar, sem grande interação, mas com grande prazer, por mostrar-se independente, como no exemplo que se segue.

Transcrição da entrevista do S4, (linhas 0053 a 0057. Anexo 4).

Nº de linhas	Coenunciadores/Discurso
0053	F – Tudo o que o senhor costuma fazer...
	P - // bom... / que seja... / PEla
	maNHÃ / levantAR / DAR uma /
	camiNHAda / PEla maNHÃ /
0057	quanduacorda né... //

O padrão entoacional menos freqüente, com 40 ocorrências, é o ascendente, presentes nos relatos de fé em Deus. O envolvimento é com Deus. Nessa altura da entrevista, o S4 se emociona, chora e canta pedindo a Deus por sua cura. Há uma produção de sentido no que é dito bastante significativa. A entrevistadora se abstém de comentar e interrompe a entrevista, para que o S4 possa recompor-se.

Neste dado, não há envolvimento ou participação da entrevistadora, o S4 discorre livremente sobre o assunto que lhe é pertinente. A pergunta anterior abordou sobre sua demissão, a que ele respondeu, entrando, em seguida, em outro assunto, como na transcrição da entrevista do S4, (linhas 0677 e 0683. Anexo 4).

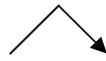
Nº de linhas	Coenunciadores/Discurso
0677	P -// hojiEU tô senTINdo / que devia ter
	ido mais... / oLHAR /um pouco pra.../
	DEUS / porque a gente tem tempo.../
	/ todo tempo do mundo né... / arrente
	num pode guardar uma horazinha... / pra
	dizer DEUS / eu EStou AQUI /olha.../
0683	/ BOM DIA //

A principal característica clínica do S4 é a instabilidade corporal, interferindo bastante em seu equilíbrio geral, bem como na articulação dos fonemas, os quais, muitas vezes, se encontram tão distorcidos que, junto ao baixo nível da medicação, produzem alguns segmentos ininteligíveis e com quebra de sentido do seu discurso, acarretando total distanciamento por parte do seu co-enunciador. É o caso do fragmento na transcrição da entrevista do S4, (linhas 0218 a 0228. Anexo 4).

Nº de linhas	Coenunciadores/Discurso
0218	F – Pior é...
0219	P - // PASsou reMÉdiu / PASsou arTame / num me dei bem... / cum arTame /ai... / (ininteligível) / já nesSE senTIdu / né... / PASsei / PElu MÉdicu / diretu... / (ininteligível)procuRAR deFEsa /
0225	porque... / boTAR na justiÇA / vai SER piOR / nu futuro né... /
0228	porque eu... / minha palavra mais... / é... / É em DEUS //

O S4 teve sua entrevista interrompida três vezes, devido às instabilidades emocionais e à falta de medicação, ocasionando alterações significativas, em sua voz, fala e linguagem, nos últimos minutos de sua entrevista.

Tabela – 05 Ocorrências dos Padrões Entoacionais Encontrados na Entrevista do Sujeito 4.

No. da Linha	Tipo de Padrão	Fragmentos	No. de Ocorrência
0142		// FOI ↘ / porQUE foi ↘ / o funcioNÁriu ↘ //	160
0137		// trabaLHANdu ↗ / AÍ dePOIS ↗ //	147
0066		→ // dá ... /em equilíbriu... / é... / jogo... //	495
0684		// DEUS ↗ / EU estou aQUI ↗ //	40
0055		// levanTAR ↘ / DAR uma camiNHAda ↘ //	96

Mais uma vez a concordância dos achados entoacionais com a teoria de Brazil (1985) demonstra a efetividade desse estudo. Na análise do S4, por exemplo, a incidência desproporcional do padrão de neutralidade entoacional condiz com o quadro de distanciamento de um discurso oblíquo. Há por parte do S4, uma grande preocupação em negar os sintomas da doença e em aceitar suas limitações. Assim o uso de uma fala reticente não causa o efeito provavelmente desejado por ele, mas, ao contrário, gera distanciamento e estranheza.

SUJEITO 5

O S5 apresenta comportamento vocal basicamente normal, apenas com queixa leve de lentidão e mudança na qualidade de voz para grave, tornando-a mais rouca. No que diz respeito aos padrões entoacionais o S5 apresenta uma produção de normalidade, como se verá na tabela de ocorrências ao final das análises.

O padrão entoacional ascendente é o mais freqüente, com 219 ocorrências, o que está em total acordo com a teoria entoacional de Brazil (1985). Seu diálogo mostra-se extremamente compartilhado e envolvente, embora, talvez pelo seu temperamento, S5 tome a palavra e discursse com fluência sobre o que deseja expor:

Transcrição da entrevista do S5, (linhas 0001 a 0033. Anexo 5).

Nº de linhas	Coenunciadores/Discurso
0001	F – Dona E. eu queria que a senhora me falasse um pouquinho assim... começou a surgir os sintomas, se foi a senhora que percebeu...
0029	// é que FOI CHAto ↗ / que FOI daNAdo ↗ / eu VOU diZER ↗ / mas eu vou diZER o NOME ↘ / vou diZER TUdo ↘ / eu FUI pru meu neuroloGISTa ↗ //
0033	

É importante ressaltar que a entrevista foi conduzida integralmente por S5, justificando-se, assim, a minúscula participação da fonoaudióloga (entrevistadora) na linha 0001, para posteriormente aparecer na linha 0097, com a concordância pelo monossílabo É.

A frequência de neutralidade entoacional, 119 ocorrências, é muito alta, embora não pareça estar, na maioria das vezes, associada às hesitações ou dúvidas, mas sim, ao somatório de fatos, que S5 faz questão de narrar, detalhadamente, confundindo-se, algumas vezes, na trajetória de tantos assuntos abordados ao mesmo tempo. Sem perder a orientação seu discurso sofre desvios, retornando sempre ao seu eixo original, como defendido por Maingueneau (2004). O S5 introduz neutralidade entoacional, em segmentos vocais, nos quais está representando, impostando a voz do outro, que é o interlocutor de sua narrativa. Para representar esta análise, observe-se o próximo fragmento, onde esse fato é bem evidenciado.

Transcrição da entrevista do S5, (linhas 0113 a 0129. Anexo 5).

Nº de linhas	Coenunciadores/Discurso
0114	P- // ai olhou pra mim disse... / uma FRAsE / que eu graVEI até HOje / esQUEça / ESTa MÃO / TRÊS
0117	paLAvras //
0118	F - Só
0125	P - // ai eu FUI pra caSA / NÃO adMITu / esQUEça essa MÃO / porque eu Tô senTINdo / não tô doiDA / ai ficou e... / foi pasSANdu um tempInhu / ai quando... / nós faZEmos / medicina preventIva / eu faço... / GRAças a DEUS / EU e meu maRIdo / aGOra MESmu / fiz TODas as TAXas / tudu normal normal
0129	normal... / TUdu meu é norMAI //

Mais uma vez, não houve o questionamento por parte da fonoaudióloga que tem, apenas, um breve momento de fala, pouco mais adiante, como se vê, na linha 0117, com uma exclamação monossilábica (Só!).

O segundo padrão entoacional, o descendente-ascendente, com 82 ocorrências, leva o co-enunciador a uma postura de passividade perante a exposição oral do S5, inteirando-o a respeito de assuntos, absolutamente fora do contexto da entrevista. O ânimo e a empolgação por tudo o que faz não cede espaço a tristezas, ou sofrimentos.

Mais uma vez, o questionamento é sobre determinado assunto, o qual ao ser respondido cede lugar a outro assunto determinado pela própria paciente sem, contudo, deixar de construir sentidos ao longo de seu relato, como pode ser observado na transcrição da entrevista do S5, (linhas 0238 a 0249. Anexo 5).

Nº de linhas	Coenunciadores/Discurso	Observ.
0238	F – E a senhora acha assim... que mudou, a sua relação com a família...	
0240	P - // NÃO → / com ninGUÉM → / NINguém, ninguém, ninGUÉM ↘ //	
0242	F – Normal...	
0243	P - // TUdu norMAL → / que eu FAÇu TUdu ↘ / EU PINto ↘ //	
0245	F – É ?	
0246	P - // é... → / eu GOSTo muito de pinTAR ↘ / PINtu, deSEnhu ↘ / e moDÉStia à PARte → / minha LEtra é	
0249	LINda → //	

Outro fragmento no qual se percebe o mesmo posicionamento do S5 está na transcrição de sua entrevista, (linhas 0300 a 0318. Anexo 5).

Nº de linhas	Coenunciadores/Discurso
0300	<p>F – A senhora acha que ficou com com alguma dificuldade de de motora apareceu... assim dificuldade pra se vestir alimentar...?</p> <p>P - / NÃO ↘ ↗ /</p> <p>F – Não</p> <p>P - // não eufaç... → / TUdu que eu FAço ↘ ↗ / façu MAIS devaGAR ↘ ↗ / porque toda vida fui... → / MEIo avexaDInha ↘ ↗ / mas euf... → / FAço tuDU ↘ ↗ //</p> <p>F – Certo...</p> <p>P - // num tem problema nenhum... → / contiNUO TUdu ↘ ↗ / TUdu norMAL ↘ ↗ / ... → agora / é porque também tem uma coisa... → / eu eu... → / eu me doMIIno MUItu ↘ ↗ / eu aRENGo com a MÃO ↗ / SAbe como É ↗ / quandu Ela tá erRAda ↗ / eu digu volta pru teu lugar... → / volta a mente... → //</p>

O S5 apresenta sintomas da Doença de Parkinson há três anos, mas, apenas, há um ano, vem sendo medicada. Sua única queixa é a lentidão, que a levou a diminuir seu ritmo de vida.

S5 apresentou ainda 42 ocorrências ascendente-descendentes, que não se evidenciam em um ponto específico da entrevista, aparecendo isoladas, convocando seu co-enunciador a participar, dando vida melódica à sua voz, que, mesmo disfônica (rouca), é bem alegre, assim como ela própria.

Tabela – 06 Ocorrências dos padrões Entoacionais Encontrados na Entrevista do Sujeito 5

No. da Linha	Tipo de Padrão	Fragmentos	No. de Ocorrência
0001		// NESse DEdu ↘ //	03
0088		// TAMbém ↗ não acuSOU NAda ↘ //	42
0085		//ai eu cheguei... → /disse de novu... → /ele disse... //	119
0125		// GRAças a DEUS ↗ / EU e meu maRIdu ↗ //	219
0011		//QUIEU noTEI ↘ /que minha MÃO diREIta ↘ //	82

A amostragem da tabela 6 refere um quadro entoacional normal do S5, com as particularidades discursivas explicitadas ao longo da sua análise. Mesmo as 119 ocorrências do padrão de neutralidade entoacional ficam justificadas pelo contexto no qual são usadas. Não há, portanto, nenhuma alteração na produção de sentidos em seu discurso.

SUJEITO 6

Apesar de descoberta há pouco tempo, quatro meses, a Doença de Parkinson já ocasionou, na vida do S6 algumas alterações, principalmente no campo psíquico. Acompanhando, há alguns anos, a mesma doença em seu pai e estando, portanto, a par da evolução e degeneração que a DP acarreta, foi como ela própria mencionou “um impacto”, descobrir-se portadora dessa doença, apresentando sinais de instabilidade emocional bastante significativo.

Transcrição da entrevista do S6, (linhas 0065 e 0068. Anexo 6).

Nº de linhas	Coenunciadores/Discurso
0065	F – Teve alguma mudança, com a descoberta da patologia?
0067	P - // NÃO / SÓ em MIM né /
0068	que eu... / SENti um imPACtu //

O S6 parece querer camuflar algumas alterações vocais, produzindo uma fala telegráfica, durante quase toda entrevista. Ao economizar palavras, diminuindo a extensão dos segmentos conversacionais, perdem-se alguns conectores lingüísticos (preposições e conjunções), além de alguns adjuntivos (artigos), levando a um caráter de impessoalidade comunicacional sem, contudo, perder-se a noção do sentido, embora causando grande distanciamento entre os coenunciadores.

Transcrição da entrevista do S6, (linhas 0003 a 0018. Anexo 6).

Nº de linhas	Coenunciadores/Discurso
0003	F – E como foi dona M. G. que começou assim... os sintomas, a história assim, se
0006	foi a senhora que percebeu... P - // NÃO / foi... / que o seguinte... / eu TAVA
0010	faZENdu / fisioteRApia / pcausa da coluna... / CERtu então a fisioterapeUta noTOU
	um tremOR /n... / nu deDu / e mandou eu... / neuroloGISTa / cerTu / e tamBÉM uma DOR / nu
0015	BRAçu / rigiDEZ / ai então ele fa... / ele di... / constatou que
0018	ti... / que Era PARKinson //

No exemplo anterior, observa-se a grande incidência (62 ocorrências) do padrão entoacional descendente-ascendente, com distanciamento do co-enunciador, e, ainda, por interferência da fala impessoal, segmentada e monótona, anteriormente citada, acarretando prejuízo na construção de sentido em seu discurso. O S6 não dá a devida relevância às estratégias interacionais, não conseguindo atribuir força ilocutória adequada ao seu discurso.

É importante salientar que S6 estava muito pouco a vontade no início da entrevista.

Por se encontrar na fase inicial da doença, não se observa *deficit* da coordenação pneumo-fono-articulatória, porém existe a queixa de dor e rigidez, esta comprometendo, de certa forma, a articulação dos fonemas, pelo travamento da articulação mandibular.

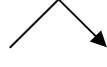
Transcrição da entrevista do S6, (linhas 0039 a 0052. Anexo 6).

Nº de linhas	Coenunciadores/Discurso
0039	F – É assim... começou com que idade?
0040	P - // aGOra ↘ / HÁ uns TRÊS ↘ / a... → / uns CINcu MEses ↘ / aTRÁS ↘ //
	F – Foi mesmo? Recente né!
	P - // É ↘ / o diagNÓSticu NÉ ↘ //
0045	F – É o diagnóstico é // o diagNÓSticu ↘ / porque a DOR no BRAçu ↘ / tava há... → / MAIS ou MENus ↘ / um Anu ↘ / comeÇOU com a DOR ↘ / na 0050 MÃO ↘ / da MÃO ↘ / cerTU ↘ / ai foi doENdo MEIu ↘ / OS DEdus ↘ / 0052 ai depois foi doENdo o BRAçu ↘ //

As 26 ocorrências do padrão entoacional ascendente-descendente, na qual S6 se sente mais à vontade, conduzem a um momento de maior interação entre os coenunciadores.

Embora não haja queixa vocal, observa-se que a conversação do S6 se dá em tom muito grave, que, de acordo com os parâmetros vocais descritos por Behlau e Pontes (1995), está psicodinamicamente associada pelo ouvinte a um clima triste, melancólico, condizente com o estado de ânimo da paciente.

Tabela – 07 Ocorrências dos Padrões Entoacionais Encontrados na Entrevista do Sujeito 6

No. Da Linha	Tipo De Padrão	Fragmentos	No. De Ocorrência
0021		// fui a QUAtRu MÉdicus 	10
0024		// disSeram que eu TInha 	26
0057		// ela mandou ir a um... 	18
0114		// eLa  / MANdou faZER 	07
0118		// cum A boLInha  / masSInha 	62

Mais uma vez fica nítida a relação de impessoalidade tão marcada nessa entrevista, através da análise do padrão entoacional predominante na mesma, como mostra a tabela 7, do S6, aqui exposta.

SUJEITO 7

Como foi dito na caracterização dos sujeitos, o S7 chegou ao final da última sessão de entrevista, tendo, por isso, seu tempo de conversação bastante reduzido, dificultando a relação de ocorrências dos padrões entoacionais com os demais sujeitos da pesquisa.

A ocorrência dos padrões entoacionais ascendente-descendente e do padrão de neutralidade entoacional se equivalem em ocorrências, 20 e 19, respectivamente. As limitações por parte de S7, no que concerne à sua linguagem, se refletem sobre a formação de sentido em seu discurso, bastante prejudicada.

A capacidade respiratória e a articulação encontram-se consideravelmente reduzidas em suas amplitudes, acarretando, por conseguinte, a disartria.

Transcrição da entrevista do S7, (linhas 0003 a 0006. Anexo 7).

Nº de linhas	Coenunciadores/Discurso
0003	<p>F – Sua idade, como foi que começou</p> <p>P - // tenhu sesSENTa e SEIs anos / senti os efeitos... / os... / sinTomas MESmu / desde... / noVENta e CINcu / tá... / de... / nove a DEZ Anus / mas comeCEI a me traTAR / mais de TRÊS anos dePOIS / quieu NUM aceiTava / melhorou muito... / agora... /que conheCI a associaÇÃO //</p>

Em alguns momentos da entrevista com o S7, a intensidade vocal apresentou-se extremamente baixa. Esse tipo de conversação relacionado à psicodinâmica vocal sugere timidez, medo ou pouca experiência nas relações pessoais (BEHLAU e PONTES, 1995).

A articulação das palavras apresenta-se travada, tornando ininteligível o que é dito, comprometendo, significativamente, a produção de sentido em seu discurso, como se pode ver no decorrer da entrevista:

Transcrição da entrevista do S7, (linhas 0036 a 0042. Anexo 7).

Nº de linhas	Coenunciadores/Discurso
0036	F – Que bom, que pena que a senhora não achou logo não foi?
0038	P - // AH FOI / mas pesquiSANdu / só sossegava... / dePOIS que enconTRASse / (ininteligível) procuRANdu / por
0042	aqui... //

Em outros momentos de fala, mesmo em situações que demonstram bem estar, a dificuldade articulatória transforma todo um segmento de intencionalidade comunicacional em algo incompreensível, para o co-enunciador, perdendo-se quase que totalmente a produção de sentido em seu discurso e causando grande desinteresse em quem escuta, como se pode observar no fragmento da entrevista a seguir.

Transcrição da entrevista do S7,(linhas 0043 a 0046. Anexo 7).

Nº de linhas	Coenunciadores/Discurso
0043	F – Tá bem entusiasmada pra, para o trabalho né ?
0046	P - // tô tô... → / TÔ adoRANdu ↘ / fo ua... → / coi... → / NOva HOje ↘ //

Observa-se ainda, que muitas descendências em finais de palavras ocorrem pela falta de ar expiratório, que concorre igualmente para a incidência de segmentações, levando a unidades tonais extremamente curtas, gerando grande monotonicidade vocal e distanciamento entre os coenunciadores.

A incoordenação pneumo-fônica ocasiona a elisão de palavras, com supressão de uma das vogais, como se vê no fragmento da transcrição da entrevista do S7, (linhas 0028 a 0031. Anexo 7).

Nº de linhas	Coenunciadores/Discurso
0028	F – E a senhora já participou de algum grupo assim... de dança?
0031	P - // NÃO ↘ / esSÉ o priMEIru ↘ / realiZEI um Sonhu ↘ / danÇAR ↘ //

Tabela – 08 Ocorrências dos Padrões Entoacionais Encontrados na Entrevista do Sujeito 7

No. da Linha	Tipo de Padrão	Fragmentos	No. de Ocorrência
0014		// para MIM ↘ / numa ativiDAde de DANça ↘ //	13
0024		//ah FIZ ↗ / fiz uma VEZ SÓ ↗ //	20
0009		// melhorou muito... → / agora... //	19
----		-----	-0-
0039		// pesquiSANdu ↘ //	01

A análise dos dados realizada pode, a partir da tabela 08, ter a justificativa do mínimo grau de compartilhamento estabelecido entre os coenunciadores, por observar-se que os padrões entoacionais ascendentes e ascendente-descendentes encontram-se, praticamente, ausentes.

O sintoma clínico de rigidez ocasiona travamento mandibular com conseqüente diminuição na abertura da boca, bem como incoordenação dos órgãos fono-articulatórios, acarretando prejuízo significativo na produção de sentido no discurso do S7, ficando o mesmo impossibilitado de produzir muitos sons em seu diálogo, tornando-o ininteligível, por diversas vezes, como foi mostrado no decorrer da análise dos dados de sua entrevista.

SUJEITO 8

Como foi dito na caracterização dos sujeitos, S8 iniciou os sintomas da Doença de Parkinson com tremores na mão há catorze anos.

Ao analisarem os padrões entoacionais de S8 na tabela de ocorrências, pensa-se, à primeira vista, não haver alterações entoacionais, contudo, através do áudio, em uma percepção apurada dos seus registros vocais, observa-se o fenômeno da festinação na fala, que vem a ser a aceleração do ritmo, com fragmentos saltitantes de fala surgindo como curvas entoacionais ascendentes (60 ocorrências).

Transcrição da entrevista do S8, (linhas 0132 a 0136. Anexo 8).

Nº de linhas	Coenunciadores/Discurso
0132	P - // puque ai EU saBENdu ↘ / o QUE é que a doenÇA ↗ / cauSA ↗ / EU posSU / me previNIR ↗ / com relaÇÃO ↗ / a ESSas coiSAS ↗ //
0136	F – É... isso mesmo!

Não há participação da fonoaudióloga na colocação que é feita pelo S8, deixando-o discorrer sobre a sua doença livremente, apenas concordando ao final.

O padrão entoacional descendente-ascendente, com 54 ocorrências, aparece na intenção do S8 informar ao co-enunciador os detalhes de sua doença, não havendo uma relação de compartilhamento das idéias, mas apenas a exposição dessas.

S8 apresenta uma tendência em elevar a intensidade vocal ao final das palavras, talvez no intuito de se fazer compreender melhor.

Transcrição da entrevista do S8, (linhas 0039 a 0045. Anexo 8).

Nº de linhas	Coenunciadores/Discurso
0039	P- // eu TAva em trataMENtu / com ELA / toMANDu algumas medicaÇÕES / quando EU FUI / pra uma MÉdica SÉria mesmu / aqui nu... / PAN CENtru /
0044	RUA da PALma / foi que Ela me encamiNHOU / pru hospiTAL das CLÍnicas / ai lá eu FUI avaliAdu /
0047	por SEIS MÉdicus //

No fragmento da entrevista anteriormente apresentado, nota-se a ausência da entrevistadora, que parece não querer envolver-se.

O padrão de neutralidade entoacional, com 46 ocorrências, surge em forma de hesitações, para uma melhor estruturação de fala, ou diante da dúvida sobre o que vai enunciar. Ambos, bastante diluídos por todo o discurso de S8, não acarretam prejuízo à produção de sentidos, embora a fonoaudióloga permaneça afastada da interação com seu co-enunciador, como pode ser analisado a partir do fragmento da entrevista que se segue:

Transcrição da entrevista do S8, (linhas 0051 a 0056. Anexo 8).

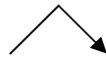
Nº de linhas	Informantes/Discurso
0051	P - // magNÉtica ↘ / ai conf... → / confirMARAM que era realmente o PARkinson ↗ / e que... → / pela
0055	FAIXa de iDAde ↗ / eu num... → / num esTAVA SENdu ↘ / uviDU ↗ //

Os padrões ascendente-descendentes aparecem com 25 ocorrências, quase sempre como que convocando o co-enunciador a partilhar das idéias ali expressas. O S8 causa a impressão de sentir-se “solto” na entrevista, pois a entrevistadora limita-se a escutá-lo sem orientar sua entrevista, não obstante esse fato, ele, o S8 não perde a orientação do seu discurso.

Transcrição da entrevista do S8, (linhas 0106 a 0110. Anexo 8).

Nº de linhas	Coenunciadores/Discurso
0106	P - // o pesSOal da RUA ↗ / fiCAva pertuBANdu ↗ / me chaMANdu de roboCOpi ↘ / EU tava andanDU ↗ /
0110	TRÊmulu e todo DUru ↘ / assim... → / TOdu TENsu ↘ //

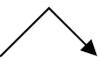
Tabela – 09 Ocorrências dos Padrões Entoacionais Encontrados na Entrevista do Sujeito 8

No. da Linha	Tipo de Padrão	Fragmentos	No. de Ocorrência
0139		/ PRONtu ↘ /	01
0035		/ a rigiDEIX ↗ /	25
0090		// mas se ... → / se for o caso né ... → //	46
0046		//ai FOI QUANdu ↗ /FOI diagnostiCAdu ↗ //	60
0017		/ só umtreMOR na MÃO ↘ /	54

Faz-se importante registrar, mais uma vez, que os achados vocais em áudio são imprescindíveis na análise do *corpus* desse sujeito, uma vez que a exposição dos padrões entoacionais, *per si*, como mostra a tabela 09, não dará a explicitude necessária para a interpretação e a compreensão dos mesmos.

O S8 não apresenta alterações nos padrões entoacionais, apenas a festinação na fala, evidencia-se no padrão ascendente, sem, contudo, causar alterações dialógicas.

Tabela – 10 Comparativo de Ocorrências dos Padrões Entoacionais nos Sujeitos da Pesquisa

Tipo de Padrão	S.1	S.2	S.3	S.4	S.5	S.6	S.7	S.8
	78	77	73	160	03	10	13	01
	02	42	82	147	42	26	20	25
	59	207	184	495	119	18	19	46
	56	56	44	40	219	07	-0-	60
	03	02	12	96	82	62	01	54

Esta tabela serve apenas para ilustrar o nível de ocorrência de cada padrão entoacional em cada um dos oito sujeitos do presente estudo, embora esses números sejam relativos, pois os tempos de entrevista variaram bastante de sujeito para sujeito. Ainda assim, dá para se ter uma noção do quadro entoacional característico do portador da Doença de Parkinson, que vem a ser o padrão de neutralidade entoacional, com suas características de distanciamento entre os coenunciadores e discurso centrado na língua. O padrão entoacional descendente caracteriza, também, o discurso do parkinsoniano, sendo mais informativo, traz consigo marcas que denotam em alguns pacientes, o autoritarismo, que é expresso como um meio de externar quem detém o poder.

No que diz respeito aos Sujeitos 5 e 8, verifica-se uma diferença na análise dos dados dos mesmos, se comparados aos demais sujeitos. O S5 não apresenta alterações entoacionais, estando no início da doença, o S8, apesar de apresentar sintomas motores há alguns anos, não mostra em sua fala de problemas de entoação que venham a interferir em seus padrões entoacionais e, conseqüentemente, na produção de sentidos em seu discurso.

Tabela – 11 Comparativo Percentual dos Padrões Entoacionais Utilizados pelos Sujeitos da Pesquisa

Tipos De Padrão	S.1	S.2	S.3	S.4	S.5	S.6	S.7	S.8
	39,39 %	20,05 %	18,48 %	17,05 %	0,64 %	8,13 %	24,52 %	0,53 %
	1,01 %	10,93 %	20,75 %	15,88 %	9,03 %	21,13 %	37,73 %	13,44 %
	29,79 %	53,90 %	46,58 %	52,77 %	25,59 %	14,63 %	35,84 %	24,73 %
	28,28 %	14,58 %	11,13 %	4,26 %	47,09 %	5,69 %	-0%-	32,25 %
	1,51 %	0,52 %	3,03 %	10,23 %	17,63 %	50,40 %	1,88 %	29,03 %

A variação significativa no tempo de cada entrevista compromete a comparação dos padrões entoacionais em nível de ocorrências, que determina o seu valor relativo. Optou-se com o objetivo de evidenciar melhor as incidências em relação a cada padrão, por realizar além da análise de ocorrência, a análise a partir da tabela de incidência percentual de ocorrência, que dará um valor exato do uso qualitativo de cada padrão entoacional utilizado por cada um dos sujeitos.

Verifica-se, assim, com bastante clareza, que S4 é o mais comprometido no que se refere ao compartilhamento de idéias com seu co-enunciador.

Outros sujeitos, porém, como S1 e S7 apresentam maior prejuízo na produção de sentidos em seus discursos, possivelmente por se encontrarem em fase mais avançada da doença, tendo por isso outros agravantes,

Observa-se desse modo, que o padrão entoacional mais freqüentemente utilizado pelos sujeitos da presente pesquisa, portadores da Doença de Parkinson, foi o padrão de neutralidade entoacional, que refere como foi já visto, a uma situacionalidade comunicacional de pouco envolvimento entre os coenunciadores, como também a falta de compartilhamento das idéias, e ainda a um discurso que quase sempre está centrado na língua e não no sujeito, tal qual o discurso oblíquo, embora não se possa afirmar que todos os sujeitos apresentem esse tipo de discurso.

CONCLUSÃO

O presente trabalho analisou a produção de linguagem de oito sujeitos, portadores da Doença de Parkinson, mediante material coletado em entrevista, norteador sua observação para os tipos de padrões entoacionais utilizados pelos mesmos, a partir da análise detalhada de suas cadeias e unidades tonais, investigando as modificações ocasionadas pela doença em si, e a relação entre as alterações dos padrões entoacionais e a produção de sentidos em seus discursos.

Como foi visto, na fundamentação desse trabalho, a função interacional da linguagem, na qual se insere a entoação e também o discurso, se dá a partir da “escolha” dos padrões entoacionais no momento de fala, e da resposta do ouvinte, com quem se fala, e que participa, segundo Silva (1995), da construção do diálogo, à medida que orienta o falante, a partir de sinais verbais e não verbais, mostrando se está entendendo, ou simplesmente demonstrando sua participação.

Portanto, o diálogo, no presente trabalho, foi encarado, como indo além de um simples somatório de trocas verbais, sendo visto, sobretudo, como uma combinação de seqüências discursivas, no qual os efeitos de continuidade estão associados ao conteúdo ou ainda às atitudes dos coenunciadores, que, aqui, foi a fonoaudióloga entrevistadora.

Embora a teoria de David Brazil (1985) tenha sido formulada, com base em parâmetros normais de fala, sua aplicabilidade pode e deve ser realizada, na conceituação dos padrões entoacionais, de indivíduos portadores de patologia vocal ou de outra, que venha a acarretar transtornos na sua qualidade vocal, como se observa na Doença de Parkinson.

Os padrões entoacionais ascendente e ascendente-descendente estariam, no caso da doença de Parkinson, associados tanto ao compartilhamento de idéias e conhecimentos,

quanto a situações de ânimo e otimismo, pertinente ao diálogo, expressos através da intenção comunicativa.

Os padrões entoacionais descendente e descendente-ascendente, não se limitariam, apenas, a segmentos vocais que denotam informações novas, e autoritarismo, poder, mas, em se tratando da Doença de Parkinson, estariam intrinsecamente ligados a situações de defesa em relação ao seu interlocutor, (situações de baixo nível de intimidade), ou ainda ao estrangulamento vocal, que nada teria a ver com a intenção comunicativa, mas sim, com a incoordenação pneumo-fono-articulatória, que tende à utilização do ar inspiratório de reserva, fato que, sendo parte de um distúrbio de coordenação, concorre para a instalação de uma desordem vocal propriamente dita.

O padrão de neutralidade entoacional estaria, assim, associado ao desânimo, ou à falta de força vocal, características sintomatológicas clássicas da Doença de Parkinson.

Brazil (1985) considera que a orientação oblíqua do discurso ocorre quando o falante assume o papel de mero sonorizador das palavras, sem dar relevo às estratégias interacionais, não atribuindo assim à força ilocutória adequada. O discurso oblíquo está centrado na língua, em sua estrutura superficial, reduzindo dessa forma, o valor comunicativo das unidades tonais nele contidas, ao mesmo tempo em que acarreta um distanciamento do ouvinte, pela falta de naturalidade na fala. O discurso oblíquo reflete a intenção do falante em organizar melhor, sintaticamente, o seu enunciado, que está, portanto, centrado na língua. Nesse tipo de discurso, há apenas dois tons: um descendente, para os pontos de completude sintática, e um neutro.

Pinheiro (1994) diz que as hesitações são momentos nos quais o falante parece estar refletindo sobre a organização de seu discurso, estando, portanto, associadas ao padrão de neutralidade entoacional tão caracterizado no discurso oblíquo, e que, nesse caso, assumem íntima relação com a depressão, falta de ânimo, ou, ainda, a rejeição da doença, ocasionando,

dessa forma, monotonia vocal, que, por sua vez, está intrinsecamente vinculada à bradicinesia, e rigidez, sintomatologias clássicas da Doença de Parkinson.

A hipótese, inicialmente formulada no projeto da presente pesquisa, se confirma, a partir dos dados transcritos e analisados dos oito sujeitos que nela estão inseridos. Observa-se, de maneira clara e objetiva, uma ocorrência bastante elevada do padrão de neutralidade entoacional, caracterizada pela redução de melodia vocal, denotando, como já dito, incertezas e hesitações. O padrão entoacional descendente, também bastante frequente nos sujeitos do presente trabalho, leva a características de um discurso não compartilhado, assim como se observa em alguns casos, o discurso do portador da Doença de Parkinson, comprometendo, conseqüentemente, a produção de sentidos no mesmo.

Nota-se, também, que, quanto mais avançado é o estado da doença, maior é o prejuízo na produção de sentidos em seus discursos, pois a qualidade vocal vai-se deteriorando, com o avançar da doença. A fala extremamente segmentada, associando-se à voz sem modulação (monocórdica), realiza-se de forma monótona, levando o interlocutor ao desinteresse e afastamento na interação dialógica.

O que se pretende, para um futuro próximo, é quebrar esse ciclo negativo de comunicação, construindo um plano terapêutico, baseado na teoria que fundamenta o presente trabalho, que venha a modificar esses padrões entoacionais, facilitando a interação social-dialógica dos indivíduos portadores da Doença de Parkinson.

Como considerações finais aconselham-se:

- O desenvolvimento de mais estudos sobre os aspectos da prosódia, no âmbito patológico da linguagem, como meio de dar continuidade à pesquisa aqui iniciada, no intuito de auxiliar o diagnóstico precoce das enfermidades orgânicas e ou afetivo-emocionais, bem como desenvolver estratégias terapêuticas com base nos achados aqui delineados.

- Seguindo o modelo de Brazil, sugere-se a realização de uma pesquisa linear, do tipo estudo de caso, na qual seria feito o acompanhamento de uma paciente com Doença de Parkinson, desde o diagnóstico da doença, realizando encontros avaliativos da curva entoacional, e outros aspectos prosódicos, a cada mês, com o objetivo de acompanhar, minuciosamente as alterações, elaborando estratégias de um melhor conviver com a doença.

A presente pesquisa teve como proposta fundamental, contribuir para uma ampliação do conhecimento sobre a produção de sentido no discurso do portador da Doença de Parkinson, delineando as curvas entoacionais mais utilizadas por esse sujeito, em situações dialógicas, investigando o real papel da entoação na elaboração de sentido em seu discurso e, conseqüentemente, para um futuro próximo, buscar estratégias de modificação desses padrões, como meio de contribuir para uma melhora na sua comunicação, inserindo-o de maneira mais efetiva possível em seu meio social.

REFERÊNCIAS

- AZEVEDO, L. L.; CARDOSO, F.; REIS, C. Análise acústica da prosódia em mulheres com doença de Parkinson: comparação com controles normais. **Arquivo de Neuropsiquiatria**. 61(4): 999-1003, 2003b.
- BARBOSA, E. R. Tratamento da fase inicial da doença de Parkinson. *In*: MENESES, M. S., TEIVE, H. A. G. **Doença de Parkinson**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- BEHLAU, M. S.; HARADA, K. S. **Atendimento fonoaudiológico ao paciente com doença de Parkinson**. *In*: FERREIRA, L. P. *Trabalhando a Voz – Vários Enfoques em Fonoaudiologia*. São Paulo: Summus, 1988.
- BEHLAU, M.; MADAZIO, G.; AZEVEDO, R.; BRASIL, O.; VILANOVA, L. C. Disfonias neurológicas. *In*: BEHLAU, M. **Voz: O livro do especialista**. Rio de Janeiro: Revinter, 2005. v. 2.
- BEHLAU, M.; PONTES, P. **Avaliação e tratamento das disfonias**. São Paulo: Lovise, 1995.
- BOONE, R. D. **A Voz e a terapia vocal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994, p. 234-235.
- BOONE, D. ; PLANTE, E. **Comunicação humana e seus distúrbios**. Porto Alegre: Artes médicas, 1994.
- BITTENCOURT, TROIANO; COLLARES. vol: 30, 2001, p.86. *In*. SOUZA, R.S.M. **Uma Análise do comprometimento da fala em portadores da Doença de Parkinson**. Pesquisa Pibic. Recife, 2003, p.28,29.
- BRAZIL, D. ; The communicative value of intonation in English. Birmingham: **English Language Reaserch** (Discourse Monographs Series, 8); 1985
- _____ ; COUTHARD, M.; JOHNS, C. **Discourse intonation and language teaching**. Singapore: Longman, 1980.
- BRUNER, J. **Atos de Significação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- CAGLIARI, L. C. Da importância da prosódia na descrição de fatos gramaticais. *In*: ILARI, R. (Org.) **Gramática do Português Falado**. Campinas, SP: Unicamp, 1992. pp. 41 – 64.
- CAMBIER, J.; MASSON, M.; DEHEN, H. **Manual de Neurologia**. 9ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.
- CARDOSO, S. R. X.; PEREIRA, J. S. Análise da função respiratória na doença de Parkinson. **Arquivo Neuropsiquiatria**, 60 (1): 91-95, 2002.
- CARRARA-ANGELIS, E.; MOURÃO, L. F.; FERRAZ, H. B.; BEHLAU, M. S.; PONTES, P. A.; ANDRADE, L. A. Effect of voice rehabilitation on oral communication of Parkinson's disease patients. **Acta Neurol. Scand**, 96: 199-205, 1997.
- CASPER, J. K.; COLTON, R. H. **Compreendendo os Problemas da Voz**. Porto Alegre: Artes médicas; 1996.

CHARAUDEAU, P.; MAINGUENEAU, D. **Dicionário de Análise do Discurso**. Coordenação da tradução Fabiana Komesu - São Paulo: Contexto, 2004.

CHIAPPETTA, A. L. **Conhecimentos essenciais para atender bem o paciente com Doenças neuromusculares, Parkinson e Alzheimer** / organizadora: Ana Lúcia de Magalhães Leal Chiappetta – São José dos Campos: Pulso;2003.

CORRÊA, L.: MARTINE C. Análise da constituição e reprodução no discurso médico-paciente: uma abordagem sociolinguística interacional. *In*. Tarallo, Fernando (org.) **Fotografias Sociolinguísticas**. Campinas: Ed. da UNICAMP, 1989.

COSTA, C. de S. S. M. da. A entoação como fenômeno sociocultural. Programa de Mestrado em Educação. Teresina: n.2, p. 135 – 154. 1997. *In*: CHAVES. A. L. G. L. **Comunicação mãe X bebê: Padrões entoacionais e trocas comunicativas**. Dissertação de Mestrado em Ciências da Linguagem, Unicap, Recife, 2004.

FAVERO, L. L.; ANDRADE, M. L. C. V. O. ; AQUINO, Z. G. O. **Oralidade e Escrita: perspectiva para o ensino da língua materna**. São Paulo: Cortez, 1999.

FOUCAULT, M. **A Ordem do Discurso**; Aula inaugural do Collège de France, 1970; Leituras Filosóficas; São Paulo. Edições Loyola, 1996. Tradução Sampaio, Laura Fraga de Almeida.

GABBAI, A. A.; ANDRADE, D. F.; BEHLAU, M. Terapia fonoaudiológica em um caso de Parkinson. *In*: BEHLAU, M. (Org.). **O Melhor que Vi e Ouve II**. São Paulo: Revinter, 2000.

GREGOLIN, R. e BARONAS, R. ; (Organizadores), **Análise do Discurso: as materialidades do sentido**. São Paulo: Claraluz, 2001.

GUYTON, A. C. **Neurociência Básica**. Anatomia e Fisiologia. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 3ª Edição, pp. 3-4, 17, 24-25 p. 2001

HAUSER, R; ZESIEWICZ, T. **A Doença de Parkinson**. Rio de Janeiro: Novartis, 3ª Edição, 2001.

JACKOBSON, R. **Linguística e Comunicação**. São Paulo: Cultrix, 1969.

JAIN, S. S.; FRANCISCO G. E. **Tratado de Medicina de Reabilitação**. Tamboré Manole, Vol. 2, 2002, p. 1089-1097.

KOCH, I, V. **A Inter-ação pela Linguagem**; 8ª edição revista e ampliada – São Paulo; Ed. Contexto; 2003.

LANG, A. E.; SÁ, P. N. D.; SÁ, D. S. Indicações clínicas para cirurgia. *In*: MENESES, M. S.; TEIVE, H. A. G. **Doença de Parkinson**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

LOGEMANN, J. A.; FISHER, H. B.; BOSHES, B.; BLONSKY, E. R. Frequency and concurrence of vocal tract dysfunction in the speech of a large sample of Parkinson's patients. **J. Speech Hear Dis.**, 43: 47-57, 1978.

LOPES, E. **Fundamentos da linguística contemporânea**. São Paulo: Cultrix, 1975.

LOPES, O. F. **Tratado de Fonoaudiologia**. Rio de Janeiro: Roca, 1997.

LUCIANO, D. **Prosódia e Envolvimento na Compreensão do Telejornal**. 293f. Tese (Doutorado em Linguística) – Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Recife, 2002.

MACHADO, A. **Neuroanatomia Funcional**. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Atheneu, 2000.

MAINGUENEAU, D. **Novas tendências em análise do discurso**, Linguagem Crítica, tradução Freda Indursky; revisão dos originais da tradução: Solange Maria Ledda Gallo, Maria da Glória de Deus V de Moraes; Campinas, SP; Pontes: Ed. da Universidade Estadual de Campinas, 1989. ISBN 85-7113-022-1; p. 7 a 25.

_____. **Análise de Textos de Comunicação** Tradução de Cecília P. de Souza e Silva, e Décio Rocha. 3ª edição, São Paulo, Cortez, 2004.

MARCUSCHI, L. A. **Análise da Conversação**. São Paulo: Ática. 5ª Edição. 2000.

MENESES, M. S.; TEIVE, H. A. G. **Doença de Parkinson**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

MILLOY, N. R. **Distúrbios da Fala e Distúrbios da Linguagem**. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

MORATO, E. M. ; FREITAS, M de S. **Algumas questões sobre prosódia no contexto neurolingüístico**. Caderno de Estudos Lingüísticos, Campinas, v. 25, p. 161-173, jul/dez. 1993.

MOURÃO, L. F.; AGUIAR, P. M. C.; FERRAZ, F. A. P.; BEHLAU, M. S.; FERRAZ, H. B. Acoustic voice assessment in Parkinson's disease patients submitted to posteroventral Pallidotomy. **Arquivo de Neuropsiquiatria**, 63(1): 20-25, 2005.

MURDOCH, B. E. **Desenvolvimento da fala e distúrbios da linguagem, uma abordagem neuroanatômica e neurofisiológica**. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 1997.

MUSSALIM, F. **Análise do Discurso**; in: Introdução à Lingüística: domínios e fronteiras. São Paulo: Cortez cap. 4; p.103 a 142. 2001

NOGUEIRA, G. L. M. **Contar histórias para crianças: o papel dos padrões entoacionais na narração de contos de fada**. In: II Encontro Nacional de Ciências da Linguagem aplicadas ao ensino, v.01. João Pessoa. II Eclae. Ed. Idéia, 2003.

ORLANDI, E. P. **Análise do Discurso**, princípios e procedimentos; Campinas; SP; Pontes 5ª edição, 2003.

_____. **As Formas do Silêncio**: no movimento dos sentidos; Coleção Repertórios, 2ª edição, Campinas, SP: Ed. da UNICAMP, 1993.

_____. **Discurso e Texto**; formulação e circulação dos sentidos; p. 109 a 126; Campinas, SP: Pontes, 2001.

_____. **Do não Sentido e do sem Sentido** In; Fabrini, Regina; Oliveira, Sérgio Lopes; Interpretação, série linguagem N.3, Ed. Lovise, 1988.

PINHEIRO, A.C.J. **Continuidade e descontinuidade da fala na interação face a face**: o caso da hesitação. Projeto de Iniciação Científica. Recife, 1994, Não paginado.

POSSENTI, S. **Teoria do Discurso**; um caso de múltiplas rupturas; (apostila de aula) 16/03/2004.

_____. **Discurso, Estilo e Subjetividade**. São Paulo, Martins Fontes, 1988.

PRETI, D. **Sociolingüística**: os níveis de fala – Um estudo sociolingüístico do diálogo literário. São Paulo, Editora Nacional, 7ª ed. 1994.

_____. (Organizador) **Análise de Textos Oraís** – São Paulo, Humanitas Publicações FFLHC/USP, 6ª edição, 2003.

RUSSO, I. ; SANTOS, T. M. M. ; **A Prática da Audiologia Clínica**. São Paulo: Cortez, 1986.

QUILIS, A. **Estudio Comparativo entre la Entonación Portuguesa (de Brasil) y la Española**. In: Revista de Filosofia Española, n. 68: 33 – 65. Madrid, 1988.

SANVITO, W. L. Doença de Parkinson e síndromes Parkinsonianas. In: SANVITO, W. L. **Síndromes neurológicas**. São Paulo: Atheneu, 1997.

SILVA, E.B. **O sistema entoacional como estratégia de compreensão**. Caderno de Investigações, Recife, v. 5, p.144-162, 1995.

SOARES, M. F. P. Distúrbios da comunicação em pacientes com doença de Parkinson. Abordagem fonoaudiológica. In: MENESES, M. S.; TEIVE, H. A. G. **Doença de Parkinson**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

SOUZA, L. B. F. **Fonoaudiologia Fundamental**. Rio de Janeiro, Revinter: 5 – 11, 25 – 33, 46 – 49, 2000.

TABITH. J., Alfredo. **Foniatría**. São Paulo. Cortez, 1995, p. 177.

TEIVE, H. A. G.; ARRUDA, W. O. Fisiopatologia dos Sinais da Doença de Parkinson. In: MENESES, M. S.; TEIVE, H. A. G. **Doença de Parkinson**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

TEIXEIRA, M. J. Estimulação cerebral profunda. In: MENESES, M. S.; TEIVE, H. A. G. **Doença de Parkinson**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

TOMASELLO, M. **Origens Culturais da Aquisição do Conhecimento Humano**. São Paulo – Martins Fontes, 2003

VIANA, M. A. **Padrões entoacionais nos processos de continuidade e descontinuidade na fala**. Recife Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, 1992. Mimeografado.

_____. entoação em contextos hesitativos em interações temáticas. **Caderno Investigações**, Recife. v. 7. p. 125-133. 1997.

_____; LUCENA, L. O discurso de psicologia: características e usos – o caso da troca de turnos. **Interlocuções**. **Revista de Psicologia da Unicap**, Ano 1; n. 2; jul./dez. p.36-71; 2001

Artigos *on-line* capturado dos sites:

www.parkinsononline.com no dia 15/10/2004

www.infomed.hpg.ig.com.br/Parkinson.html no dia 15/10 /2004.

www.doencadeparkinson.com.br no dia 05/11/2004

<http://www.geocities.com/katerapiaocupacional/doencaska.html> no dia 25/03/2005.

www.geocities.com/nucleoneurociencia no dia 25/03/2005.

www.infomed.hpg.ig.com.br no dia 08/04/2005.

www.neurologiaonline.com.br/zerati/neuro/parkinson.htm 09/04/2205.

GRIGOLETTO. **A perspectiva discursiva**; www.google.com.br p. português 49 a 52. no dia 15/03/2005.

ANEXOS

ANEXOS

ENTREVISTA: O1 CLINICA DE FONOAUDIOLOGIA

DURAÇÃO: 21'53''

INFORMANTES: ESTAGIÁRIA DE FONOAUDIOLOGIA (F) e PARTICIPANTE(P)

No De Linhas	Informantes/Diálogo	Observ.
0001	F – Qual a profissão? P – / aposenTAdo ↘ /	
0005	F– Certo... mas o senhor já tinha... exercia alguma... P – // comerciÁrio ↘ /comerciÁrio ↘ // F– Comerciarío.. certo... ai se continua exercendo a profissão... ainda trabalha de alguma forma nesse meio ? Não né! P - / NÃO ↘ /	
0010	F– Qual o nível, seu grau de escolaridade? P – / SEgundo GRAU ↘ / F – Estado civil? P – //casado... → / POR siNAL ↗ / HK faZENdo ↗ / TRINta ↗ / e NOve Anos ↗ / HOje ↘ //	
0015	F – Trinta e nove anos!É... hoje! P - / É ↘ / F - Parabéns heim... hoje em dia tá difícil né?	
0020	P – // ninGUÉM chega MAIS ↗ / a ISso ↗ / NÃO ↘ //	
0025	F – Chega nada... o pessoal casa já pensando em separar né? F – E hoje vai ter um.... bolinho, alguma coisa... pra comemorar? P – //VAI ↘ / VAI ↘ //	

	<p>F – Vai... que bom!</p> <p>F – Assim, com quem o senhor mora atualmente... a sua, a sua casa?</p> <p>0030 P – // EU ↗ / MInha esPOsa ↗ / e MInha Filha ↘ //</p> <p>F – Esposa e filha... só uma filha?</p> <p>P – / SÓ ↘ /</p> <p>0035 F – Certo...atividades... assim que quê o senhor faz durante o dia,... quais são suas atividades?</p> <p>P – // FAço fisioterapia ↗ / moTOra ↘ //</p> <p>F– Certo, ai sai de casa pra fazer fisioterapia...</p> <p>P - / É ↘ /</p> <p>0040 F – Faz mais alguma coisa seu A. Tem alguma rotina... assim...</p> <p>P – / não... → /</p> <p>F – Sei lá ... e num... ir pra igreja ir pra algum outro local, ou só sai de casa pra ir pra fisioterapia?</p> <p>0045 P - / fisioterapia ↘ /</p> <p>F - É ?</p> <p>P - //e rio DOce ↘ / na CASA de minha MãE ↘ //</p> <p>0050 F – Aí vai pra casa de sua mãe, quase todos os dias</p> <p>P – / NÃO ↗ / ((risos))</p> <p>P - // qua... → / TOda SEXta ↗ / FEIra ↘ / que é dia de peixe... //</p> <p>0055 F– De vez em quando né , dia de peixe é ah! o almocinho na casa da mãe heim!</p> <p>P – // por siNAL ↗ VIM de LÁ ↗ aGOra ↘ //</p> <p>F – Veio! então sexta feira vai ser um</p>	
--	---	--

0060	<p>almoção né!... na outra sexta, né a sexta do almoço né...</p> <p>P - / é ... → /</p> <p>F - Semana santa...</p>	
0065	<p>F - Ai eu queria que o senhor me dissesse, como foi que o senhor começou a perceber, assim os primeiros sintomas da patologia de Parkinson, como é que o senhor começou a perceber que tinha alguma coisa diferente?</p>	
0070	<p>P - // no início / QUASE que não DEU / PREU / PRA MIM / no TAR / entenDEU // ... tinha... / um temorzinho ... asSIM / que eu... / penSEI que Era / norMAL / num pensava... / treMOres / peQUENO PORte //</p>	
0075	<p>F - É mas ... foi o senhor...</p> <p>P - // procuREI o neuroloGISTa / o neuroloGISTa / pediu um... / eletro... / eLEtroencefaloGRAMa //</p>	
0080	<p>F - Certo... aí o senhor fez ?</p> <p>P - // FIZ o eleTRO / e... / o MÉdico / me... me ... orienTOU / que eu tavaa... / portaDOR de... / mal de PARKinson //</p>	
0085	<p>F- Ah, ele conseguiu identificar logo de imediato seu A. ?</p> <p>P - / FOI //</p>	
0090	<p>F - Foi... demorou assim... no caso assim... o senhor percebeu que tava tremendo mui... assim hoje, ai o senhor foi pro neuro com quanto tempo assim, um mês, dois</p>	

	<p>meses, três meses?</p>	
0095	<p>P - / um MÊs ↘ /</p> <p>F – Foi! Com um mês!? Ai ele já percebeu? logo... Um mês... seu neurologista foi muito bom não foi? Percebeu logo assim pra começar... Ai o senhor começou a tomar a medicação já a partir daí?</p>	
0100	<p>P - // FOI ↘ / FOI ↘ / mediCOU ↗ / → que... / tô toMANDo reMÉdio ↗ / até hoje... → //</p>	
0105	<p>F – Toma remédio até hoje, não é? E o senhor sabe assim... o nome do da medicação que o senhor toma?</p>	
	<p>P - / CARdidopa... → /</p>	
	<p>F – Qual?</p>	
	<p>P - / CARdiDOpa ↘ /</p>	
	<p>F – Cardidopa?</p>	
0110	<p>P - / É ↘ /</p>	
	<p>F - tá, dopa.</p>	
	<p>P - / e... → /</p>	
	<p>F - Tem alguma outra?</p>	
	<p>P - / depriLAN ↘ /</p>	
0115	<p>F – Depilá</p>	
	<p>P - // DEprilan ↘ / LAN ↗ / LAN ↗ //</p>	
	<p>F– Lan, depilan, deve ser assim peraf... depilan né?</p>	
	<p>HK</p>	
0120	<p>P - / dePRIlan ↘ /</p>	
	<p>F – de pri !</p>	
	<p>HK</p>	
	<p>P - / PRIlan ↘ /</p>	
	<p>F – Ah tá eu tinha botado só o pi. Deprilan certo?</p>	

0125	<p>F – É eu queria saber assim... se o senhor realizou alg... se se o senhor sofreu alguma cirurgia em relação a patologia? Assim...fez alguma cirurgia?</p> <p>P - / não não... → /</p>	
0130	<p>F – Não né graças a Deus né! E ia per , a próxima pergunta é a seguinte: se o senhor depende hoje em dia... se o senhor depende de outras pessoas para realizar alguma tarefa, que o senhor realizava antes normal... assim... o senhor depende da ajuda da sua filha ou da sua esposa pra poder...</p>	
0135	<p>P - // dePENdo ↘ / dePENdo ↘ / de... → / de... → / me vesTIR ↘ //</p>	
0140	<p>F – Da esposa né?</p> <p>P - / ISso ↘ /</p> <p>F – A dificuldade é mais pra...</p> <p>P - // esPOsa e FILha ↘ / esPOsa ↘ / BARra FILha ↘ //</p>	
0145	<p>F – É filha vestir! é mais na questão do vestuário né seu A. o que é mais complicado?</p> <p>P - / é... é... é... → /</p>	
0150	<p>F – O senhor usa alguma estratégia pra poder se vestir? Assim...</p> <p>P - // NÃO ↗ / já TÔ ↘ / aCUsTumado ↘ //</p> <p>F – Não assim... sentado, porque uns médicos que dizem... sentado que é mais fácil.</p>	
0155	<p>P - // sentando... eu... → / PRA vesTIR ↘ / CALça e berMUda... → / senTAdo é MElhó ↘ //</p> <p>F – Certo, OK, ai, assim... a principal</p>	

0160	<p>dificuldade que o senhor encontra, qual a pior dificuldade que o senhor acha assim a dificuldade maior que a doença... lhe trouxe? Em qualquer questão assim... pode ser tanto social, como motora, o que o senhor achar que ficou mais prejudicado.</p>	
0165	<p>P - / ... mo... → / moTOra ↘ / F - Motora? P - / é... → / F - O senhor tem alguma queixa assim... de desequilíbrio, de tontura?</p>	
0170	<p>P - / NÃO NÃO ↘ / F - Tem alguma queixa em relação a isso? Equilíbrio assim... tem porque em relação ao tremor né, mas não tem nada específico?</p>	
0175	<p>P - / não... não... não... → / F - Ta Ok! E assim... eu queria saber qual o tipo de relação com as pessoas que o senhor, que o senho convive, como é a relação na sua casa? O convívio com sua filha e com sua esposa, como é o ambiente?</p>	
0180	<p>P - / meLHOR posSÍvel ↘ / F - É bom? Sua filha é ... é...já grandinha assim já é mocinha ou...</p>	
0185	<p>P - // É ↗ / é... → / já é vin... vin... → / TRINta ↗ / Anos ↘ //</p> <p>F - Já é mulher.! melhor possível certo? Aí eu queria a outra, a próxima pergunta é se em relação à família houve alguma mudança após a doença... se o senhor</p>	

0190	<p>notou alguma mudança... em relação assim... a cuidado à atitude?</p> <p>P - / cuidado né... → /</p> <p>F - Cuidado?</p> <p>P - / É ↘ /</p>	
0195	<p>F - Mas me explique esse cuidado... que que o senhor achou que ele</p> <p>P - // queTÃO ↘ / de me... → / de me... → / de locoMÇÃO ↘ //</p> <p>F - Questão de locomoção... ai elas tentam sempre....</p>	
0200	<p>P - // é... → / Ficam asSim / TENsas / NÃO é ↘ //</p> <p>F - Ficam tensas né, por exemplo... o senhor tá saindo sozinho... elas ficam preocupadas.</p>	
0205	<p>P - // é... → / Ficam preocuPADas... → / é... → //</p> <p>F - Ai o senhor acha isso as vezes assim... isso as vezes o senhor tem, isso as vezes lhe incomoda ou não? O senhor entende normalmente?</p>	
0210	<p>P - / eu inTENDo ↘ /</p> <p>F - Certo Seu A. , ai eu queria saber se o tempo agora, a gente vai falar sobre refeição, tá certo? Se o tempo médio, se o</p>	
0215	<p>tempo pra o senhor se alimentar normalmente, no caso o senhor passava... quinze minutos pra se alimentar ... antes da patologia... e agora o senhor acha que aumentou esse tempo? O senhor come com uma certa uma lentidão ou tá tudo</p>	
0220	<p>normal como era?</p> <p>P - / TUdo NORmal ↘ /</p>	

	<p>F – Era o mesmo tempo, é o mesmo tempo</p> <p>P - // É ↗ / o mesmo tempo... → / É ↘ //</p> <p>0225 F – Ai eu agora Seu A. eu queria saber se o senhor tem alguma queixa, em relação assim... a voz, a fala, a audição, a mastigação?</p> <p>P - // eu tenho... → / eu TENho ↗ / voz... → //</p> <p>0230 F – Tem ! Que é que o senhor acha?</p> <p>P - // num SEI ↗ / dizer assim ... → //</p> <p>F – Não mas diga com suas palavras, a gente não quer nada muito... científico não, que é que o senhor percebe assim... se ela fica muito forte, muito fraca.</p> <p>0235 P - / eu... → / (tosse tosse)</p> <p>P - // TRÊmula ↗ / tamBÉM as vezes ↗ / as VEzes Falha ↗ / tamBÉM ↘ / corta tamBÉM //</p> <p>0240 F – Certo, as vezes corta né?</p> <p>P - / é... /</p> <p>F – Certo, e em relação a audição?</p> <p>P - / boa... → /</p> <p>F – Boa?</p> <p>0245 P - / é ... /</p> <p>F – A vó, a fa, a articulação o senhor per, tem alguma dificuldade em articular? Articular assim... como a gente fala: bola, bom dia, o senhor achou que mudou?</p> <p>0250 P - // muDOU ↗ / MUIto ↘ //</p> <p>F – Mudou muito?</p> <p>P - / É ↘ /</p> <p>P - // TEM HOra ↗ / que eu VOu falar ↘ / QUase ↗ / que num... FAla ↘ //</p> <p>0255 F – Tem uma, sente dificuldade né Seu A.</p>	
--	--	--

0260	<p>P - / é... → /</p> <p>F - O senhor costuma usar algum, alguma estratégia pra tentar ativar mais esses músculos?</p>	
	<p>P - / não → /</p> <p>F - Não né!</p> <p>F - A audição tá boa né?</p>	
0265	<p>P - / TotaLMENte ↘ / (inaudível)</p> <p>F - E quanto à mastigação Seu A. como é que tá a mastigação?</p>	
	<p>P - / NORmal ↘ /</p> <p>F - Normal</p>	
0270	<p>P - / È ↘ /</p> <p>F - E a deglutição? Tem alguma queixa de deglutição?</p>	
	<p>P - / NÃO ↘ /</p> <p>F - Nunca se engasgou? Tudo normal? Sente alguma dificuldade assim... quando vai tomar água...</p>	
0275	<p>P - // às VEzes ↗ / eu... → / me... → / entalo ↘ //</p> <p>F - Às vezes?</p>	
0280	<p>P - // às vezes é... → / COM ↘ / os DOIS ↘ / às VEzes ↘ //</p> <p>F - Certo, sólido.</p>	
0285	<p>F - Ai sim, qual a estratégia no caso o que o senhor usa de estratégia para controlar mais suas dificuldades motoras no caso... qual a estratégia que o senhor usa que o senhor faz para controlar um pouquinho..</p>	

0290	<p>P - / tenTO paRAR /</p> <p>F - Tenta parar?</p> <p>P - // começa a tremer / ai eu... / NUM seí / se é o... / cérebro... / qualQUER COIsa... / PAra //</p>	
0295	<p>F - Ah o senhor tenta comandar um pouquinho através do cérebro</p> <p>P - // É o Cérebro / eXAtaMENte //</p>	
0300	<p>F - E assim... o senhor também procura segurar alguma coisa... quando tá tremendo no caso botar, segurar a mão, né!</p> <p>P - // É / seguRAR a MÃO //</p>	
0305	<p>F - Se... o senhor já teve algum contato com música assim.. antes SEU A.? Já participou assim... de algum coral, de alguma banda... em igreja, em escola. Não?</p>	
0310	<p>P - / não... / (tosse, tosse)</p> <p>F - Não? Mas assim... o senhor gosta de música?</p> <p>P - / GOSTo /</p>	
0315	<p>F - Então vai ser bom o projeto né?</p> <p>P - / vai... /</p>	
0320	<p>F - Vai par a gente vai ta sempre interagindo com a música... sempre vai ter um ambiente bem... favorável assim... pra relaxamento, pra aquecimento, pra tudo, justamente através da música. Ai assim... eu queria saber o que o senhor espera desse desses encontros? Com a gente o que o senhor espera que vai acontecer, ou que vai mudar em relação a sua... a sua</p>	

<p>0325</p>	<p>vida cotidiana? P - // PRA GENTE / é mais uma... / MAIS uma / atividade né... / FOra da roTIna / né... //</p> <p>F – Uma atividade, vai lhe tirar da rotina né... certo.</p> <p>F – E em relação a acompanhamento fonoaudiológico, o senhor já teve algum tratamento, já fez algum?</p>	
<p>0330</p>	<p>P - / NÃO / NÃO /</p> <p>F – Nunca fez, certo?</p> <p>F – Ai eu vou lhe pedir agora Seu A. pra o senhor cantar uma música pra mim, assim, só um trechinho de uma música tá certo? A música que o senhor escolher a que tenha assim, parabéns pra você... se o senhor não quiser cantar outra, pode cantar essa, é só pra gente ter um arquivo</p>	
<p>0335</p>	<p>da... um registro da sua voz tá certo? Pra gente começar a analisar tá ok?</p>	
<p>0340</p>	<p>P - / tá... /</p> <p>F – O senhor quer cantar qual?</p>	
<p>0345</p>	<p>P - // co como hoje... / to faZENdo / aniverSÁRIO de casaMENTo / paraBÉNS pra voCÊ //</p> <p>F – É... parabéns!</p>	
<p>0350 0351</p>	<p>P - // paraBÉNS / pra / voCÊ / nessa data... / QUERida / muitas... / feliciDAdes / MUItos Anos / DE VIda //</p> <p>F – Ok! Tá ok.</p>	

ENTREVISTA: O2 CLINICA DE FONOAUDIOLOGIA

DURAÇÃO: 07'02''

INFORMANTES: ESTAGIÁRIA DE FONOAUDIOLOGIA (F) e PARTICIPANTE(P)

No De Linhas	Informantes/Discurso	Observ.
0001	F – Aí eu queria que a senhora me contasse dona S., um pouquinho da história da sua doença assim... como começou.	
	P - / como começou... → /	
0005	F – É. P - // eué... → / Comecei → / a sentir... → / assim... → / a part... → / esQUERda → / do meio... → / dormente... → / incluSive → /eu FUI ao → / NEUroloGISTa → / e... → / ele ps... → /	
0010	PENsou → /pensei que fosse... → / avecê... → / QUE FOI → /e PERguntei → pa ELE → / se era avecê... → / se era... → / AveCÊ → / ele DISse → /	
0015	QUE → / NÃO era aveCÊ → / que... → / pela... → / pelo que... → / TAva obserVANDo → / era → / PARKinson → / mesmo... → / porque... → / eu... → / tava... → / assim... → / igual... → /	
0020	que num tava... → /por parte... → / pá se viRAR → / se virava o... → / corpo inteiro... → / diuma VEZ → / num mexia... → / PARTE do CORpo → / mexia... → / um um... → / em BLOco → /	
0025	e OUtra coisa tambÉM → / foi a... → / o desequilíbriO... → / caminhando... → / HK	
	MUIto desequilibRAda → / sem... → / como se tivesse... → / ... imbriaGada... → /	

0030	<p>VAI num CANto / e noutro da... / da calÇAda //</p>
	<p>F – Com quantos anos dona S. ? P - // de... / é... / descoBRI / depois de... / DOIS Anos //</p>
0035	<p>F – Mas a senhora tava com quantos anos? HK P- // eu TAva / cum qua... / cum... / TINta i NOve //</p>
	<p>F – Nova né! P - // eu tôcum... / quaRENta i DOIS //</p>
0040	<p>F – Nova, nova a senhora! P - // é... / inclusive ele... / disse que... / é e raro... / ter... / gente cum... / ESsa iDAde / essa doença... / porque... / ela... / iniCIA / a PARTir / dos cinqüenta anos... //</p>
0045	<p>F – É... P - // ... e geralmente... / que tem... / assim... / numa... / iDAde NOva / é quando tem... / CAso na faMÍlia //</p>
0050	<p>F – A senhora tinha ? P - // na minha família... / NÃO tem ninguém //</p>
0055	<p>F – Ninguém? P - // ninGUÉM / eu SOU a pioNEira / a pimeira a... / a ter... / sou EU / fui premiada... // (risos)</p>
0060	<p>F – Mas a partir daí o pessoal começa a se conscientizar, procurar o médico, fazer... P - // exatamente... / faZER os eXAmes / é... //</p>
	<p>F – A prevenção, pra ver como é que anda</p>

	HK	
0065	<p>P - //Basicamente / isso... / mais... / agora o... / o que... / deixa a gente... / MAIS chateAda / é... / a lentidão... //</p>	
0070	<p>F - É né! P - // você QUER fazer as COIsas / e NUM conSEgue / a lentiDÃO / eu PASso MAIS de / meia HOra / PRA TROcar de / ROUpa //</p>	
0075	<p>F - Tem que ter muita paciência... P - // eu MOro soZInha / eu faÇO TUdo / mas né... / graças a deus... / mas... / tem que ter muita paciência... / paaa... / vestir a ROUpa / porque... / é uma... / é uma... / VIda / pra você... / botar a... / levantar a PERna / pa botar... / levantar a perna pa botar... / na CALça / e... / o proBLEma maiOR / é esse aí... / viu... / é a... / lentidão... / é... / a lentiDÃO / pra... / fazer as coisa... //</p>	
0080		
0085	<p>F - Certo, e a senhora... nota que mudou o seu relacionamento com seus familiares? Com seus vizinhos, amigos?</p>	
0090	<p>P - // eles ficaram maiss... / eu acho que maiss... / se aproximaRAM MAIS / eu achô... / tem mais proximidade... / são mais... / aMIgos / eu achei... / que teve... / aproximaÇÃO melhor / eu num... / freqüenTava / neNHUma religiÃO / ...eu eu sou... / basi... / (ininteligível)</p>	

0095	<p>caTÓlica / minha família / É toda / é caTÓlica / mas eu era... / NÃO pratiCANte //</p>	HK
0100	<p>F - E agora... P - // e aGora / eu Acho QUE / QUANdo arrenteTEM / uma doença... / é que arrente... / PASsa a PENSar / numa... / no DEUS NÉ //</p>	
0105	<p>F - É, porque... eu acho que é assim: a gente vive muito, corre muito, vive estudando, trabalhando e para um pouquinho de pensar em Deus né? P - // é exatamente... / PRONto / exatamente... //</p>	
0110	<p>F - Aí depois, quando tem tempo... P - // porque... / eu SÓ viVIA / de casa pu traBALho / só... / trabaLHANdo diREto / num paRAva pa NAda / e aGora / pronto... /</p>	
0115	<p>num POSSo trabaLHAR / ai Tô / na... / na igrejaora... / reZANdo na igrejaora... //</p> <p>F - Mas... e, é uma coisa muito boa né? P - / é... /</p>	
0120	<p>F - É o tudo que faz a gente viver! P - // exatamente... / é a FÉ //</p> <p>F - É o que Deus quer da gente né? P - // ...e... / a FÉ / remove montanhas né... / já vi... / no... /</p>	
0125	<p>GLObo rePÓRter ai que ELA remove montanha né... / então... / vamo vê... / se realmente... / arrente... /</p>	

0130	<p>conSEgue remoVER / as monTAnhas / se DEUS quiSER / TENho FÉ / e... / a a... / CUra / POde TÁ / PRÓxima tambÉM / por QUE JÁ / ta... / se faZENdo pesQUIsa / cum... //</p>	
0135	<p>F – Muitos estudos P - // é... / MUItos esTUDos / e TEM tambÉM / a... / aquela pesquisa cum... / CÉlulas TRONco / né... /</p>	
0140	<p>que dizem que... / POde resolver / o PROblema / emBOra QUE / foi veTAda / PElo conGRESso / a a pesquisa né... / esPEro que dePOIS / eles PENsen meLHOR / e... / autoRizem a pesquiSAR / isSAI //</p>	
0145	<p>F – E o governo dê valor né... a vida né! P - // é... / tanto o daqui... / como o de... / esTAdos uNIdos / proibiram../ a pesQUIsa / com CÉlulas TRONco //</p>	
0150	<p>F – É que envolve uma questão religiosa também, envolve fé... P - // é mas... / VEja BEM / CÉlulas TRONco / você vai tirar... / sangue de... / DO embriÃO / num vai te... / num vai... //</p>	
0155	<p>F – É é que é uma questão toda a ser discutida... HK P - / É /</p>	

0160	<p>F – E agora eu queria que a senhora me dissesse assim... se a senhora usa alguma estratégia pra controlar um pouquinho os tremores, as dificuldades que a patologia causa?</p>	
0165	<p>P - // eu TENho pouco treMOR / por que... / o meu é mais... / o de... / o rigiDEIZ / tem o RÍgido / tem... / tem o que DÁ treMOR / e tem o rigidez... / o meu / é MAIS</p>	
0170	<p>rigiDEZ / ai... / o meu poBema / é que... / QUANdo passa / o eFEItto do reMÉdio / a rigidez... / é... / pressio... / a musculaTUra das COStas / flexiona... / COM a</p>	
0175	<p>rigiDEZ / e pressiona... / os NERvo da coLUna / e Minha coLUna / DOI basTANte / por isso... / ai O inCÔmodo / é isso ai... / DOR na coLUna / por conta da... / da</p>	
0180	<p>rigidez.. / da musculaTUra das COStas / e... / OUtra COIsa / que Tô / perceBENdo tamBÉM / é que tô... / com problema de... / dicÇÃO / a VOZ tá MUIto /</p>	
0185	<p>enroLAda // F – Certo... P - // num era assim... / tá... / mas... / a fono falou que... / com o tempo... //</p>	
0190	<p>F – A senhora faz tratamento? P - // EU comeCEI / lá nas CLÍnicas / mas... / NUNca MAIS / EU fui NÃO / porque... //</p>	

0195	<p>F – Oh, Dona S.!</p> <p>P - // ela entrou de férias... / e ai depois... / EU fiQUEI / destimulaDA tambÉM / SÓ ia UMA / vez por semana... / ai... / fica longe... / ai desisTI //</p>	
0200	<p>F – É vamo ver isso né?</p> <p>P - // mas... / VOU vê / siEU VOLto / na QUINTa – feiRA / na QUINTa de maNHÃ / vô vê sieu volto... / que tá muito... / enroLada MESmo / minha voz... / tá muito enrolada... //</p>	
0205	<p>F – Vamo vê a terapia é ótimo, terapia de fono é muito bom pra desenvolver...</p> <p>P - // e... / hum rum... / É //</p>	
0210	<p>F – Pra reajustar a função né, da língua dos órgãos da fonação...</p> <p>P - // é... / tá MUITo / enroLada MESmo / minha irmã... / minha IRmã faLOU / que tá... / realmente com... / muita... / dificulDAde de entenDER / o que EU FAlo //</p>	
0215	<p>F – Então vamos cuidar logo né!</p> <p>P - // é... / vê se... / falim... / aleMÃO //</p> <p>F – Assim... o tempo médio pra cada refeição aumentou? A senhora tá...</p>	
0220	<p>P - // NÃO / dimiNUiu //</p> <p>F – Diminuiu?</p> <p>P - / diminuiu... /</p>	
0225	<p>F – Come mais rápido?</p> <p>P - // não... / eu digo... / de... / de UMA refeiÇÃO / PRA OUtra //</p>	

<p>0230</p>	<p>F – Ah de uma refeição pra outra diminuiu → P - / sim... / F – Agora o tempo... P - // EU COmo / MAIS VEzes //</p>	
<p>0235</p>	<p>F – O tempo pra mastigar demora mais ou menos? P - // não... / deMOra um pouco MAIS / mas... / bem pouco... / NÃO alteROU / MUIto NÃO //</p>	
<p>0240</p>	<p>F – Não P - / não... / F – E assim, as atividades que a senhora faz hoje em dia, é... a senhora tava falando agora da igreja... tem alguma outra atividade fora a igreja?</p>	
<p>0245</p>	<p>P - // NÃO / no momento... / SIM / EU TÔ / freqüentando agora... / uma pesquisa... / de emoÇÕES / inclusive... / na TERça – FEIra / à TARde / de três horas... / ai eu... / vô vê se freQÜENto / di... / fico é... / freQÜENte / comecei... / a POUco</p>	
<p>0250</p>	<p>TEMpo / vou ver se... / vai pra FRENte / isso ai... / só a... / pesQUIsa de emoÇÕES //</p>	
<p>0253</p>	<p>F – Eu queria agradecer a senhora tá certo?</p>	

ENTREVISTA: O3 CLINICA DE FONOAUDIOLOGIA

DURAÇÃO: 12'42''

INFORMANTES: ESTAGIÁRIA DE FONOAUDIOLOGIA (F), PARTICIPANTE(P) e ESPOSA (E).

No De Linhas	Informantes/ Discurso	Observ.
0001	F - Entrevista com Senhor J. V. →	
0005	P - // o grande problema é esse... / o grande problema é esse... / é que A pesSOA / vai LÁ / faz a pesQUIsa / e NÃO enTREga / o resulTAdo / eu acho que o... / o imporTANte / é TRAZer um resulTAdo / do que FOI pesquiSAdo / por que nada... / nada MAIS imporTANte / DO QUE / voCÊ TER / uma definiÇÃO / sobre... / sobre SEU CAso //	
0010	F - É	
0015	E - E não só isso, e depois, e também é ter algum resultado pra sociedade que, o que você falou é importante, isso já é... chegou onde a gente queria não é?	
0020	F - É	
0020	E - Por que fica um pesquisa por fazer, uma pesquisa por fazer...	
0020	F- Deixar guardado dentro de livro, monografia..., não adianta!	
0020	E - Não adianta	
0025	F - Por que é uma doença assim que quando ela chega assusta tanto a família... né se a família já tem uma orientação já tem onde procurar, nem que seja uma cartilha simples, uma coisa simples	

0030	<p>E – É é ótimo!</p> <p>F – Não é. Isso é ótimo pra família.</p> <p>P - // ultimaMENTe \ / nós... → / arranJAmos / \ / através do... → / do deputado... / e... → //</p>	
0035	<p>F – Uma cartilha?</p> <p>P - / NÃO \ /</p> <p>E – Da prefeitura...</p> <p>P - // prefeiTURa \ / foi atraVÉS da prefeiTURa / UMA carTilha \ / que... → / ela FOI elaboRAda \ / pelum grupo de... / fonaudiÓlogo \ / e... / e... / fisioterapeUta \ / od... → / od... / ocupaCional \ / //</p>	
0040	<p>F – Foi</p> <p>P - // né... / teraPIA ocupaCional \ / e outros profissionais... → / inclusiviu... → / MÉdico neuroloGista \ / foi FEIta uma carTilha \ / de orientaÇÃO \ / num saiu... → //</p>	
0045	<p>E – Muito útil ...</p> <p>P - // é... / muito útil né... / num SAIU \ / como arRENte \ / QUERIA NÃO \ //</p>	
0050	<p>F – Foi?</p> <p>P - // ... mas deu uma / noção... / muito... / muiTO BOA \ / sobre todo... / aconteciMENTo \ / de de... / sobre PARkinson NÉ \ //</p> <p>E - Até é uma questão de saúde é importante porque muitas pessoas desconhecem essa doença</p>	
0055	<p>F – É (sobreposição de vozes)</p> <p>P - / parkinson... → /</p>	
0060		

0065	<p>E –Pensam que é uma doença, que é só o tremor não sabe as seqüelas que ela deixa →</p> <p>P - / e muita gen... /</p> <p>E - A, a como ela... o grau, porque tem vários graus e como ela vai.... é</p>	
0070	<p>P - / progreDINdo ↘ /</p> <p>E - Progredindo, o diagnóstico também, que retarda muito. Tem pessoas que passa três, quatro anos pra ter um diagnóstico.</p>	
0075	<p>F – É</p> <p>E - Indo de médico em médico sem descobrir</p> <p>F- É, comecei a notar isso nas entrevistas, o pessoal fala assim né!</p> <p>E – Muito, tem pessoas que fazem operação de outra coisa... tem nada a ver... →</p>	
0080	<p>P - // há casos... → / há casos... //</p> <p>E – Que não era Parkinson...</p> <p>P -// JÁ confirMAdos ↘ / em NOSsa associaÇÃO ↗ / pessoas... → / que Foram opeRAdas / de outra coisa... //</p>	
0085	<p>E – No braço → →</p> <p>P - // no braço... / na mão... //</p> <p>E – Por causa da rigidez.</p> <p>P - // na mão... → / na mão... → / nos DEdos na MÃO ↘ //</p> <p>P - // por CAUsa da rigiDEZ ↘ / e... → / NÃO DEU ↘ / em NAdA NÉ ↗ //</p>	
0090	<p>E – E não era... era Parkinson</p> <p>P - // era parkinson... → / são doenças... → / que era... → / muito... / MUIto ↘ / confunDida cum outras doENças ↘ / e precisa de ser. → / ter um diagnóstico... //</p> <p>E – Mais rápido</p>	

0095	<p>P - // MAIS RÁpido ↘ / posSÍvel ↗ //</p> <p>E - Pra ser tratado com mais... rapidez</p>	
0100	<p>P - // pra... → / pra se... → / descobrin... → / descoBRINdo RÁpido ↘ / PAra se TER ↗ / UM trataMENTo ↘ / MAIS efiCAZ //</p>	
0105	<p>F - É bom sentar e conversar isso com todo mundo, com as meninas tudo, pra ver se o grupo todo se reúne, pra cada qual fazer sua parte, e a gente registrar, e a gente sentar. Principalmente vocês que já sabem muito mais do que a gente, do assunto... Tem R. também, que... R. já sabe outra, outra a parte neurológica, ela já tá dominando bem legal né... e ela faz parte de outro...</p>	
0110	<p>E - É Doutor A. F - Outro grupo com a gente também F - Viu!</p>	
0115	<p>F - Aí eu queria que o Sr. me respondesse só assim... algumas perguntinhas é bem básico F - E... como foi que começou... o senhor começou a perceber a doença, ou foi alguém que notou, a história assim...</p>	
0120	<p>P - // não... → / veja bem... → / eu eu... → / o pesSOAL de CAsa ↗ / já TINha noTAdo ↘ / mas... → / NÃO TINha / me DIto NAda / não e... → / eu comecei a escrever... / e... → / TTodo DIA ↗ / que eu escreVIA ↗ / é... → / a LEtra ia diminuINdo ↘ / CAda DIA / a LEtra ↘ / diminuIA MAIS ↗ / e... → / a</p>	
0125		

0130	<p>dificulDAde / ERA muito GRANde / pra escrever né... / é TANto que MIInha / minha... / secreTÁria dizia asSIM / "douTOR / o senhor... / o senhor não tem... / esqueceu de de de... / escrever... / o seNHOR tá CUM / peGUIça de escreVER" /</p>	
0135	<p>...sempre ela dizia... / dizia... / uma coiSInha coMIgo / né... / mas EU VENdo / a MIInha dificulDAde / é... / não sabia o que era... / penSEI que FOSse / canSAço / ou outra... / coisa qualquer né... / mas... / fui... / a difuculDAde / de feCHAR a caMIsa / né... / o... / o boTÃO da caMIsa / a diculDAde de anDAR / né... / porque... / eu é... / eu BATia nas PORTa / grande dificulda... /</p>	
0140	<p>GRANde dificulDAde / de me livrar... / das porta... / QUANdo eu aBRia / as porta... / num ME liVRava / porque não tinha... / agi... / agilidade né... / ai A PORTa / geralmente... / viNHA / em CIma de MIM / novaMENTe / e... / TEM TANTas / outras dificuldades... //</p>	
0145	<p>E – Ele tinha os sintomas, e não contava em casa, e a gente via algumas coisas, e não falava pra ele.</p>	
0150	<p>F – Ah, passava o dia mais fora, trabalhando!</p>	
0155	<p>E – É e a gente sentia que ele tava lento, tremendo, e nem a gente falava pra ele, e nem ele falava pra gente.</p>	
0160		

0165	<p>F – Ah certo... →</p> <p>P - // a lentiDÃO ↘ / MUIto FORte ↘ / né... //</p> <p>F – Aquela coisa do cuidado</p> <p>E – Quando ele tirou férias... Quando ele tirou férias</p> <p>F – A gente não quer perceber né, que...</p> <p>E – É a rejeição né?</p> <p>F – É,</p>	
0170	<p>E- Quando ele tirou férias foi que, foi descobrir, descobriu não foi ao médico.</p>	
0175	<p>P - // o que eu acho.. → / o que EU POTESTo ↘ / cum TOda veeMÊNcia ↘ / é que... / o pessoAL de PARKinson ↘ / né... / pesSOas ↘ / principalMENTe ↘ / pesSOas mais VELhas ↘ / de parkinson... / pessoas que... / num num... / DIZem que a peSOA ↘ / TEM PARKinson ↘ / e tatam como se... → / fosse doENTE de VELho ↘ / doENça de VELho ↘ //</p>	
0180	<p>F – É</p> <p>P - // e num... → / num... → / levam pa um MÉdico ↘ / neuroloGISTa nem NAda ↘ //</p>	
0185	<p>E- E as vezes quando levam, o médico neurologista não conhece...</p> <p>F – Não conhece a doença</p>	
0190	<p>P - // o neuroloGISTa ↘ / ou... → / um OUTro MÉdico ↘ / né... / um um... / médico de velho... //</p> <p>F – Clínico</p> <p>P - // um CLÍnico ↘ / num cuNHEce ↘ //</p> <p>F – E é uma patologia, que deixa você assim tão sensível, porque assim... a gente não</p>	

0195	<p>tem nenhum comprometimento mental, a pessoa continua do mesmo jeito, e tem pessoas... a maioria da sociedade começam a tratar como se a pessoa fosse diferente, não é?</p> <p>P - // é... → / diferente... → //</p>	
0200	<p>F - Como se você fosse diferente não é... →</p> <p>P - / é diferente... /</p> <p>F - E a gente sabe que não tem diferença nenhuma, existem os sintomas... evidentes às vezes.</p>	
0205	<p>E- E isso deve ser bem esclarecido à sociedade, muitas vezes fazem pergunta a mim, não fazem a ele.</p> <p>F - Não fazem a ele né!</p>	
0210	<p>P - // tem ou... / tem OUtra COIsa / imporTANte / né... / é que... / o paciENte anDAnu / é discrimiNado / ATÉ no anDAR / porQUE as VEzes / ele TOMa o reMÉdio / e fica... / fica automatiZAdo / não é... / e o pessoal num compreende... / que o camaRAda / tomou um remédio... //</p>	
0205	<p>E - Pensam que é bebida, é droga!</p> <p>P - // que é beBida / é droga... / e OUtras COIsas / m mais... //</p>	
0210	<p>E - Tem pessoas que, que tem a doença com pouca idade... →</p> <p>P - / não só existe... /</p> <p>E - Tem um na nossa associação, um rapazinho, que começou com dezoito anos, ele agora ta com vinte e um.</p>	
0215	<p>P - // EU MERmo / comeCEI cum /</p>	

<p>0220</p>	<p>cinQÜENta / e QUAtO Anos / cinQÜENta e QUAtro / Anos //</p> <p>E – Começou... Foi diagnosticado</p> <p>P - // é... / comeCEI ANtes //</p> <p>E – Porque, começou muito antes.</p> <p>E- O Parkinsoniano... é muito lento o sintoma inicial muito lento ele se arrasta muitos anos pra então ser diagnosticado</p> <p>HK</p>	
<p>0225</p>	<p>P - // PÁ cheGAR / a treMER / já já... / deixou... / MUITas seQÜElas //</p> <p>F – É já, até chegar...</p>	
<p>0230</p>	<p>P - // até chegar a... / a ser VISto NÉ / SER compreenDido //</p> <p>E – Tem pessoas que quando... tem uma certa fase que evolui rápido, tem outras pessoas que ficam naquilo, ateeé longos anos.</p>	
<p>0235</p>	<p>P - // agora se tiver outra patologia... / se tiver outra patologia... / conJUNta NÉ / ele desenVOLve / MUIto RÁpido //</p> <p>E – Rápido é.</p>	
<p>0240</p>	<p>P - // e e e... / muito RÁpido MESmo / a... / e também... / há há... / situaÇÕES / que o parkinsoniAno é... / st st st... / situaÇÕES / que o parkinsoniAno / que o... / o há parKINson / vem duplaMENTe / vem... / Eles CHAMam / MAL de parKINson / é... //</p>	
<p>0245</p>	<p>E – Plus. Plus Parkinson.</p> <p>P - // PLUS PARkinson / ele VEM</p>	

0250	<p>conJUNto / ...vem vem... //</p> <p>E – Com outras doenças...</p> <p>P - / rigidez... / e VEM treMOR //</p> <p>F – Ah!</p> <p>P - // né... / TEM Casos / que VEM rigiDEZ / e vem treMOR //</p>	
0255	<p>E – Lentidão</p> <p>P - // lentidão... / agora há casos... / que VEM soMENte / o PARKinson rigiDEZ / esse NÃO vem treMOR / é o caso... / dDIUuma MOça / que TAva ai //</p>	
0260	<p>F – E, sei sei!</p> <p>P - // mas... / num deixa de... / futuramente apare... / aparecer um um a rigidez né... / u treMOR / SEMpre esTÃO / conJUNtos / num... / num... / sei se é... / é imediAto / ou se deMOra a apareCER / essa quesTÃO / do... / da rigiDEZ / OU do treMOR / sucessivaMENTe //</p>	
0265	<p>F – Oh! (ótimo)</p> <p>F – E assim, em relação a... a relação familiar? Se mudou...</p> <p>P - // olhe... / numa relaÇÃO familiAR / no NOSso CAso / foi muito... / foi demais aceito... / por demais aceito né... / O pessoAL / num questioNOU MUIto daminha... / doENça não / é certo que... / tem uns... / tem Umas pesSOas / que num compreendem... / ainda a a... / a dimenSÃO da doenÇA / NÉ / ... mas... / no meu CAso</p>	
0270		
0275		
0280		

0285	<p>NÃO → / no meu caso... / FOI aCElto ↘ / plenaMENte ↘ / eu tenho colegas... / TEenho colegas LÁ ↗ / que É advoGAdos ↘ / tem nível superior... → / a esposa tem nível superior... → / e NUM compreENde ↘ / a doENça DEle ↘ //</p>	
0290	<p>F - É? P - // no... → / NA associaÇÃO ↘ //</p>	
0295	<p>E- Não compreende, por que não quer compreender. Porque participa da associação, assiste as entrevistas, tudo, mas... porque há uma fase em que a</p>	
0300	<p>0295 depois quando passa o efeito, porque as vezes o efeito é prolongado, as vezes não, depende até da alimentação... não sei se é a proteína, a gente come a proteína... a levedopa não vai pra o cérebro, fica só no</p>	
0305	<p>0300 sangue, e não há o efeito desejado então isso confunde muito, tem pessoas que acham que isso é dengo, que ele faz isso para se mostrar, pra chamar atenção e não é. Porque há uma variação muito grande, durante o dia há uma variação muito grande, pela manhã geralmente a</p>	
0310	<p>0305 pessoa sente-se melhor, porque acordou, passou a noite dormindo, tudo... a dopamina repõe mais... mas, quando chega a noite, a tarde, a noite, já é mais difícil.</p>	
	<p>P - // o MÉdico MESmo ↘ / para... → / PAra diagnostiCAR ↗ / ele vai... → / por UMA</p>	

0315	<p>induÇÃO / ele vai... / proCESso eliminaTÓrio / ele não tem... / um diagNÓstico //</p>	
0320	<p>F – Não tem um diagnóstico correto P - // ele vai eliminando... / NÃO é ISSo / NÃO é aQUIlo / não é um tumor... / NÃO é ISSo / NÃO é aQUIlo / enTÃO no fiNAL / Ele DIZ / É PARKinson / mas ele passa... / ele passa... / pelo MESmo proCESso / de... / de exames... //</p>	
0325	<p>E – Agora a relação família, e a doença... antes ele trabalhava, agora é aposentado... convive mais com a família é diferente...</p>	
0330	<p>F – É E – E agora tem a sociedade, a associação, que a gente formou uma grande família, aí então, toda a nossa família é preocupada com a associação.</p>	
0335	<p>F – Todo mundo trabalha né? E – Tá todo mundo trabalhando, essa semana mesmo, meu cunhado foi conosco para reunião, nos levou bem cedinho que era pra ele ir bem cedo, ajudou tudo, todo mundo participa da associação, e tá ajudando a ele porque ele, ele adora a associação.</p>	
0340	<p>F – Certo</p>	
0345	<p>P - // QUANdo você cheGOU / e faLOU coMigo / LÁ emBAIXo / eu não... / esTAVA treMENDo / voCÊ noTOU / isso né... //</p>	

<p>0350</p> <p>0355</p>	<p>F – Notei.</p> <p>P - // e aGOras / pasSOu o eFEItos / do reMÉdio / e eu... / JÁ toMEI / outro reMÉdio / mas NÃO fez eFEItos / vai demoRAR / DUAS HOras / pra faZER eFEItos / uma hora... / duas horas... //</p>	
<p>0360</p> <p>0365</p>	<p>F – Mas tem a ver também com a questão assim...</p> <p>E – Emocional</p> <p>F – Tá ansioso... P - // ansioso... / perfeitaMENTe //</p> <p>E – Sai de casa, é diferente né!</p> <p>F – Já sai pra um... pra um local, que não é de costume, uma coisa que também não era rotina, vai se tornar a ser, né, daqui a pouco, mas por enquanto ainda não...</p>	
<p>0370</p> <p>0375</p>	<p>E – Isso...</p> <p>P - / muita GENTE obserVANDos /</p> <p>F – É, também.</p> <p>P - // ai você fica... / fica... / não é que... / É inTERno / É inTERior / né... / você não sabe... / você num num... / num... / adminIStra isso NÃO / NÃO HÁ / possibiliDAde / de adminisTRAR NÃO / porQUE o Cérebro / não tá... / num ta... / coordenando esse... / esse... / relacionaMENTo NÃO / mas... / interiormente... //</p>	
<p>0380</p>	<p>F – Acontece</p> <p>P - // aconTEce / eXAto //</p>	

0382	F – Pois senhor J.V., muito obrigada!	
------	---------------------------------------	--

ANEXO 4

ENTREVISTA: O4 CLINICA DE FONOAUDIOLOGIA

DURAÇÃO: 26'37"

INFORMANTES: ESTAG, DE FONOAUDIOLOGIA (F), PARTICIPANTE(P) e ESPOSA (E).

No De Linhas	Informantes/Discurso	Observ.
0001	F – Sua idade seu J. R.	
	P - / quaRENta e QUAtro /	
	F – Seu endereço!	
	P - // RUA engeNHEIro / ÁLvaro /	
0005	CELso //	
	F – Álvaro	
	P - // CELso / duZENtosi UM /	
	inniriBEIra / CEP /	
	cinQÜENtei UM / CENto e	
0010	seTENTa / ZERo /	
	cinQÜENta //	
	F – Cinqüenta e um	
	P - / CENto e seTENTa /	
	F – Cento e setenta	
0015	P - / ZERo cinQÜENta /	
	F – Zero cinqüenta, certo	
	F – Sua profissão?	
	P - // é... / ANtes / Era motoRISta /	
	(ininteligível) //	
0020	F – Agora o senhor... ta aposentado?	
	P - // Tô aposentado... / MAS MInha /	
	aposentadoria... / num é... / fun... / é... /	
	apostaDoria / é... / fun... /	
	funRUral / isso ai eu... / vou	
0025	procuRÁ / de novo voltar... / lá	
	no... / IENE / Esse esSE //	
	F – Pra solicitar a aposentadoria?	
	P - / (ininteligível) /	

0030	<p>F – Que a gente tem outra pergunta... que vai... que vai perguntar justamente isso, o que fazia antes? Continua exercendo a profissão?</p>	
0035	<p>P - / não / (ininteligível) F – Escolaridade? (tomada de turno) P - // é... → / seGUNdo GRAU ↘ // F – Certo P - / incomPLEto ↘ / F – Incompleto? P - / é... /</p>	
0040	<p>F – Estado civil? P - / caSAdo ↘ / F – Com quem o senhor mora atualmente? P - // moro cum... / na casa da... / da MãE DEla ↘ // (apontando a esposa)</p>	
0045	<p>F – Esposa e sogra? P - // só... / i irmão... // F – Irmão! Filhos? P - // filhos... / É ↘ //</p>	
0050	<p>F – É... eu queria que o senhor me falasse um pouco das suas atividades diárias... sua rotina... P - // eu... / minha rotina é... //</p>	
0055	<p>F – Tudo o que o senhor costuma fazer P - // bom... / que seja... / PEla maNHã ↘ / levantaR ↘ / DAR uma camiNHAda ↘ / pela manhã ↘ / quando acorda né... //</p>	
0060	<p>F – Pode ir falando viu! P - // faZER exerCÍcios ↘ / que... / antes eu... → / treinaVA um POUco ↘ / de karaTÊ ↘ / né... / ai EU ↘ / gosto</p>	

	<p>sempre de... / fazer... / faZER um POUco / de ativiDAde //</p>
0065	<p>F – Certo!</p> <p>P - // a coordenaÇÃO moTOra / dá... / em equilíbrio... / é... / jogo... / PINgue-PONGue / tamBÉM //</p>
0070	<p>F – Que bom!</p> <p>P - // é... / SÓ num FAço / anDÁ SÓ //</p> <p>F – Não anda só</p> <p>P - / não ando só... /</p>
0075	<p>F – Certo</p> <p>P - // mas... / essasOUtra ativiDAdes / eu... / FAço SÓ //</p>
0080	<p>F – É... Senhor J. R. quais os sintomas que o senhor percebe da doença?</p> <p>P - / é o desequilíbrio... /</p> <p>F – O principal é o desequilíbrio?</p> <p>P - // é... / trabalhandu... / nesse sistema... / as perna... / ficam um pouco... / inseGUra //</p>
0085	<p>F – Certo!</p> <p>P - // a pessoa... / parece que ta... / anDANdu HK</p>
0090	<p>numa CORda /... sempre num... / num lugar que possa... / sempre ta... / desequiloBRando / voCÊ PUxa / prum lado e... / num... / aTENde / sempre ta... / tenSÃO //</p> <p>F – Certo só o desequilíbrio?</p> <p>P - // é... / o emocioNAL tamBÉM /</p>

0095	<p>→ agora... / a adrenalina... / ta memor né... → / porQUE ↘ / mas quando</p>	
0100	<p>eu... → / a GENTE vai faZER ↗ / alGUma COIsa ↗ / sempre... → / a TENSão auMENTa ↘ / sempre... → / tem que ta... → / corriGINdo ↘ / EU</p>	
0105	<p>merMO ↘ / corrijo na hora... → / (ininteligível) / QUANdo VIM ↘ / pra CÁ ↗ / eu já tava já... → / psicológica... → / psicologicamente... //</p> <p>F – Abalado né!</p> <p>P – / É ↘ /</p> <p>F – Eu sei... →</p> <p>P - / só de ficar... /</p> <p>F – Mas, pode ficar a vontade</p>	
0110	<p>P - // qualquer doença... → / qualQUR doENça ↘ / deixa... → / a pessoa... //</p> <p>F – É a gente sabe que mexe muito com o emocional... →</p> <p>P - // mexe... / muito... //</p>	
0115	<p>F – A gente até tem outro projeto que ta tratando dessa parte... não sei se lhe procuraram... →</p> <p>P - // não... / ATÉ agora NÃO ↘ //</p>	
0120	<p>F – Não né, posso dar seu nome se o senhor quiser!</p> <p>P - // Ótimo ↘ / gostARIA ↗ //</p> <p>F – É sempre bom ajudar né</p>	
0125	<p>P - // é sempre... → / essas são... → / oportuniDAde ↘ / que tão... → / caINdo do CÉU ↘ / né... → / porque você é... → / (ininteligível) //</p> <p>F – A duração da sua queixa senhor J. R.,</p>	

<p>0130</p> <p>0135</p> <p>0140</p>	<p>desde quando o senhor percebe?</p> <p>P - // perceBI ↘ / atraVÉS de um DEdo ↘ / quer dizer... → / comeÇOU ↗ / PElo DEdo ↘ / trabaLHANdo ↘ / ne... → / EU TAva ↘ / trabalhando e... → / disSERam pra MIM ↘ / ó teu dedo ta... / balanÇANdo ↘ / tua mão ta... → / balançando... → / ai a partir DESse moMENto ↘ / eu fiQUEI ↘ / procuRANdo ↘ / um... → / um MÉdico ↘ / né... → / trabaLHANdo ↘ / AÍ dePOIS ↘ / com o tempo... → / pasSOU um MÊS ↘ / EU TAva ↘ / na RUA ↗ //</p>	
<p>0145</p>	<p>F - Foi mesmo?</p> <p>P - // FOI ↘ / porQUE FOI ↘ / o funcioNÁrio ↘ / de lá mesmo... → / da empresa que... → / notou que... → / a MINha MÃO ↘ / TARra ↘ / treMENdo ↘ / a pesSOa num perCEbi ↘ / TARra no voLANte ↘ / e a mão tarra... //</p>	
<p>0150</p> <p>0155</p>	<p>F - É, mas o senhor disse que tava na rua... e lhe demitiram por causa disso?</p> <p>P - // não... → / porQUE semPREU ↘ / saia né... → / com uma PESsoa ou ouTRA ↗ / e... / funcioNÁrio ↘ / aMIgo MEU ↘ / disse... → / r. ↗ / tu tá noTANdo ↘ / que TUA MÃO ↘ / tá treMENdo ↘ / eu disse... / oxi... → / é mesMO ↘ / ai EU perceBI ↘ / E VI ↗ / que o dedo... → / num tarra... / tava segurando direito... → / a direÇÃO ↘ / num tava... → /</p>	

0160	disequilíbri... → / ai EU procuREI ↘ /
	o MÉdico ↘ / o médico disse... → /
	voCÊ tem que procuRAR ↘ / um
0165	neuroloGISTa ↘ / ai EU procuREI ↘ / o doutor... / é douTOR
	R. ↗ / lá... → / no osVALdo
0170	CRUix ↘ / parece que foi... → / no osVALdo CRUix ↘ / ai... / pasSOU
	uns reMÉdios ↘ / pra mim... / diazipan... → / (risos) / ai eu disse... → /
	eu num tomo isso... → / procurei outro médico... → / diaziPAN ↘ /
	calmante... → / pensou que era nervo... → //
	F – Ele não quis nem ouvir falar da... da tremedeira...
0175	P - // que É ↗ / MUItO diFÍcil ↘ / encontrar um... → / neuroloGISTa ↘ /
	ai FUI prum CLÍnico ↘ / ai ele... → / pasSOU diaziPAN ↘ / ieu não tomei... /
0180	procuREI ↗ / um NEUroloGISTa ↗ / ai Tirou uma tomoGRAFia ↘ / isso haja tempo... → / ai... //
	F – Aumentaram os sintomas ou não? Ficou só no dedo?
0185	P - // o DEdo dePOIS ↘ / comeÇOU a treMER ↘ / mesMO ↘ //
	F – A mão já ai...
0190	P - // é a mão... → / JÁ treMENdo ↘ / ai eu procurei... → / douTOR A. ↘ / douTOR LÁ ↘ / no hospiTAL das CLÍnicas ↘ / ai MANDou faZER ↘ / uma tomoGRAFia ↘ / TINha que pasSAR ↘ / PElo direTOR ↘ / o

0195	<p>direTOR assiNOU / e nisso PASsa um TEMpo / ali né... / porque ali... / pasSEI POR / ororRInolaringoloGISTa / pasSEI um Ano / e... / e POUco / esperANDO //</p>	
	<p>F – Absurdo... isso.</p>	
0200	<p>P - // eles pas... / PASsam um Ano / também... / fui pru... / NEUro da caxanGÁ / ai elis fizeram... / NUM DEU / NADa / com re... / re... / é... / cum conTRASte / né... /</p>	
0205	<p>que eles botam... / conTRASte / que aquilo ali é... / horRÍvel / paREce que / VAI morRER / nosSA / fiQUEI de agoNIA / tudo preso... //</p>	
	<p>F – Imagino...</p>	
0210	<p>P - // e AI / comeÇOU a treMER / mais ainda... / quando SAÍ de lá EU / SAÍ piOR / ai cheguei... / faLEI cum douTOR / o doutor</p>	
0215	<p>disse... / você num... / (ininteligível) / o exame... / vai fiCAR / pior ainda... //</p>	
	<p>F – Pior é...</p>	
0220	<p>P - // PASsou reMÉdio / PASsou arTame / num me dei bem... / cum arTame / ai... / (ininteligível) / já nesSE senTido / né... / PASsei / PElo MÉdico / direto... / (ininteligível) / procuRAR</p>	
0225	<p>deFEsa / porque... / boTAR na</p>	

0230	<p>justiÇA ↘ / vai SER piOR ↘ / no futuro né... → / porque eu... → / minha palavra mais... → / é... → / É em DEUS ↘ / Minha conseQÜÊncia ↘ / é enTRAR em aTRItO ↘ / com o cara que... / empresário... → / é UMA forMIga ↗ / briGANdo com o eleFANte ↘ //</p>	
0235	<p>F - É verdade, e a gente sabe que demora tanto essas coisas na justiça...</p>	
0240	<p>P - //demora... → / e as vezes... → / atraPALha a faMÍlia ↘ / atraPALha o Filho ↘ / que vai trabalhar... → / ... (ininteligível) / SEMpre as conseQÜÊncias ↘ / vem dePOIS ↘ //</p>	
0245	<p>F - É seu J. R. é... ai quanto tempo? Começou? Quanto tempo foi isso?</p> <p>P - // TINha ↗ / TRINta e NOve ↘ / Anos ↘ //</p>	
0250	<p>F - Tinha trinta e nove</p> <p>P - // é... → / SEIS Anos ↘ / Acho ↘ //</p>	
0250	<p>F - Seis anos. Sim e o medicamento que o senhor falou...</p> <p>P - // o artame... → / que eu num... → / num me DEI muito BEM ↘ / siFrol também... / siFROL NÃO ↘ / diemPAZ ↗ //</p>	
0255	<p>F - Diempaz</p> <p>P - // propalolom... → / propololom... → / paREce QUE ↘ / eXISte esse NÃO ↘ / num É ↘ / e O diazePAN ↗ / que eles boTaram pra MIM ↘ / mas eu não tomei... → /</p>	

0260	<p>tomei... → / ele deixa a pessoa... → / aquineton também... → //</p>	
	<p>F – Mas hoje o senhor não toma nada? P - // NAda o QUE ↘ / tomo... / proLOpa ↗ / HOje é proLOpa ↗ / tomo cifrol... → //</p>	
0265	<p>F – Prolopa P - / proLOpa ↗ /</p>	
	<p>F – Prolopa P - // e Ele ATÉ ↘ ↗ / aumentOU a doSagem agora ↘ ↗ / to tomando... → / cifrol também... → //</p>	
0270	<p>F – Cifrol? Esses dois P - // ciFROL ↗ / é um meio... → / e tem o... → / como é aquele nome... → / que EU receBI ↘ / é... → //</p>	
0275	<p>F – Amitripicilina P - / amitripicilina... → / F – Amitripicilina. Quer dar uma pausa agora por causa da coluna? PAUSA</p>	
	<p>F – Houve cirurgia? P - // não... → / ... → / cirurGIA NÃO ↘ //</p>	
0280	<p>F – De Parkinson não né! HK P - // doutor M. ↗ / v. ... → / Ele pasSOU ↘ / um exame... → / de HK</p>	
0285	<p>CHOque ↗ / EU num SEI ↘ ↗ / o nome correto que... → / e... → / choque é... → / CORpo TOdo ↘ / daqueles que dá... → / um... → / boTOU ALI ↘ / ali... → //</p>	

0290	<p>F – Mas o senhor já... já fez, já está com esse tratamento?</p>
	<p>P - // é... → / Ele a POUco ↘ / ele deu o diagNÓstico ↗ / que é... → / MAL de PARkinson ↘ //</p>
	<p>F – Há pouco tempo?</p>
0295	<p>P - // FAZ uma seMAna ↘ / que a GEnte FOI ↘ / a Ele ↘ / né... → / doutor m. ... → / foi no dia seis... → //</p>
	<p>F – Teve a confirmação mesmo né... porque a tomografia, a ressonância não acusou...</p>
0300	<p>P - // TEM uma ressoNÂncia ↘ / de esPEctro cereBRAL ↘ //</p>
	<p>F – E vídeo-laringoscopia?</p>
0305	<p>P - // tamBÉM tem ↘ / e NESse DÍa ↘ / eu tava altamente... → / eu tinha tomado o remédio... → / mas já tava no final do do... → / ai fiz o exame... → / treMENdo MESmo ↘ //</p>
	<p>F – É... o senhor depende de outras pessoas pra realizar alguma tarefa?</p>
0310	<p>P - // não... → / Acho que NÃO ↘ //</p>
	<p>F – A sua doença lhe limita em alguma coisa?</p>
0315	<p>P - // TEM às VEzes ↘ / pra colocar a roupa... → / que às vezes a dificuldade... → / eu em pé... → / NÃO DÁ ↘ / as vezes num dá... → / as VEzes DÁ ↘ / quando eu TOMo o reMÉdio ↘ / ai tô numa boa... → / e a doutora disse que... → / sem estresse... → / pra coloCAR a</p>
0320	<p>ROUpa ↘ / é pra coloCAR senTAdo ↘ //</p>

0325	<p>F – Sentado né P - // é ... / pra num... / desequiLibrar //</p> <p>F – Certo, então é, as principais dificuldades encontradas: equilíbrio</p> <p>P - / equilíbrio... → /</p> <p>F – Só equilíbrio?</p>	
0330	<p>P - // equilíbrio... → / e e... → / eu TENho as VEzes ↙ / umas dores na... → / nas costas... → / e que fica a a espinha... → / fica... → / parece que TÁ tremENDO ↘ / feito um... → / terreMoto ↘ / ela fica... → / balançando... → / eu num sei... → / como é isso... → / o que ta acontecendo... / ai... → / é tanto que... → / a douTORa pasSOU ↙ / a... → / fisioterapPEUta ocupacioNAL ↗ / Ela pasSOU ↘ / um rela... → / um rema... → / um rematoloGISTa ↘ / não É ↘ / pra VÊ ↘ / ESse proBLEma ↘ / na minha coluna... → / QUE as VEzes ↘ / Ela DOI ↘ / que paREce ↙ / QUE eu TÔ ↘ / carregando um peso... → / nas costas... → / e ESSa PARte ↘ / de... → / de BAIXo ↘ / fica segurando... → / todo o PESo ↘ / né... → / a estrutura... → / peSAdo //</p>	
0335	<p>P - // equilíbrio... → / e e... → / eu TENho as VEzes ↙ / umas dores na... → / nas costas... → / e que fica a a espinha... → / fica... → / parece que TÁ tremENDO ↘ / feito um... → / terreMoto ↘ / ela fica... → / balançando... → / eu num sei... → / como é isso... → / o que ta acontecendo... / ai... → / é tanto que... → / a douTORa pasSOU ↙ / a... → / fisioterapPEUta ocupacioNAL ↗ / Ela pasSOU ↘ / um rela... → / um rema... → / um rematoloGISTa ↘ / não É ↘ / pra VÊ ↘ / ESse proBLEma ↘ / na minha coluna... → / QUE as VEzes ↘ / Ela DOI ↘ / que paREce ↙ / QUE eu TÔ ↘ / carregando um peso... → / nas costas... → / e ESSa PARte ↘ / de... → / de BAIXo ↘ / fica segurando... → / todo o PESo ↘ / né... → / a estrutura... → / peSAdo //</p>	
0340	<p>P - // equilíbrio... → / e e... → / eu TENho as VEzes ↙ / umas dores na... → / nas costas... → / e que fica a a espinha... → / fica... → / parece que TÁ tremENDO ↘ / feito um... → / terreMoto ↘ / ela fica... → / balançando... → / eu num sei... → / como é isso... → / o que ta acontecendo... / ai... → / é tanto que... → / a douTORa pasSOU ↙ / a... → / fisioterapPEUta ocupacioNAL ↗ / Ela pasSOU ↘ / um rela... → / um rema... → / um rematoloGISTa ↘ / não É ↘ / pra VÊ ↘ / ESse proBLEma ↘ / na minha coluna... → / QUE as VEzes ↘ / Ela DOI ↘ / que paREce ↙ / QUE eu TÔ ↘ / carregando um peso... → / nas costas... → / e ESSa PARte ↘ / de... → / de BAIXo ↘ / fica segurando... → / todo o PESo ↘ / né... → / a estrutura... → / peSAdo //</p>	
0345	<p>P - // equilíbrio... → / e e... → / eu TENho as VEzes ↙ / umas dores na... → / nas costas... → / e que fica a a espinha... → / fica... → / parece que TÁ tremENDO ↘ / feito um... → / terreMoto ↘ / ela fica... → / balançando... → / eu num sei... → / como é isso... → / o que ta acontecendo... / ai... → / é tanto que... → / a douTORa pasSOU ↙ / a... → / fisioterapPEUta ocupacioNAL ↗ / Ela pasSOU ↘ / um rela... → / um rema... → / um rematoloGISTa ↘ / não É ↘ / pra VÊ ↘ / ESse proBLEma ↘ / na minha coluna... → / QUE as VEzes ↘ / Ela DOI ↘ / que paREce ↙ / QUE eu TÔ ↘ / carregando um peso... → / nas costas... → / e ESSa PARte ↘ / de... → / de BAIXo ↘ / fica segurando... → / todo o PESo ↘ / né... → / a estrutura... → / peSAdo //</p>	
0350	<p>F – Seu J. R. qual o tipo de relação que o senhor tem com as pessoas que o senhor mora? Mudou? É bom?</p> <p>P - // é... → / é... → / um pouco... → / NUMa doENça ↙ / a pesSOA fiCA ↙ / um pouco encostado... → / a pesSOA NÃO tem ↙ / mais aquele... → / não</p>	

0355	<p>→ tem... / mais aquela... → / ativiDAde que tinha ANtes ↘ / de sair pra trabalhar... → //</p>	
	<p>F – Mas o senhor sente mais por sua parte ou por parte deles?</p>	
0360	<p>→ P - // num... / num culpo ninguém... / se Ela VEIO ↘ / o que é que... → / eu POSSo faZER ↘ / agradecer a deus... → //</p>	
	<p>F – Mas a relação é boa?</p>	
0365	<p>→ P - // boa... / num É Ótima ↘ / porque SEMpre atraPALha ↘ //</p>	
	<p>F – Certo...</p>	
0370	<p>→ P - // se eu tiver incomodado... / por pesSOas paRADas ↘ / DENtro de CASA ↘ / é... → / EU não GOSTo ↘ / de ficar muito... / paRAdo ↘ / as vezes GOSTo de saIR ↘ / as vezes... → / (ininteligível) as VEzes ↘ / eu procuro... → / faZER alguma COIsa ↘ / gosto de... → / bulir no ventilaDor ↘ / ajeiTAR / né... → / as VEzes ↘ / a GENte QUEbra ↘ / tamBÉM ↘ / (risos) mas dá pra ajeitar... → / a gente tem... → / três apartamentos lá... → / e faço algumas coisas... //</p>	
0375		
0380	<p>F – Mas existe dificuldade em relação à pessoas? É mais dele né?</p> <p>E – É</p> <p>→ P - / a depressão né... /</p>	
0385	<p>F – Então quer dizer que mudanças foi mais por sua parte?</p> <p>→ P - // é... → / é... → / a depresSÃO ↘ / a pessoa ficaa... / depresSIvo ↘ / pra</p>	

0390	<p>BAIxo / é muito... / quase sempre num... / estado de piora... / sem ter... / pra escutar... / o baRUlho as vezes... / incoMOda //</p>	
	<p>F - Eu sei... É... seu tempo médio pra cada refeição</p>	
0395	<p>P - // é o peRÍodo norMAL / né... / de sete horas... //</p>	
	<p>F - Normal, não ampliou? Quanto tempo o senhor leva pra cada uma refeição?</p>	
	<p>P - / umas... / MEIa HOra /</p>	
	<p>F - Meia hora, o senhor acha que ampliou?</p>	
0400	<p>P - // lento... / MAIS LENTo //</p>	
	<p>F - Um pouco mais lento que antes!</p>	
	<p>P - // É / mais lento é... / porQUE aGOra / NUM tem PRESSa / PRA Nada / né... / ai eu... /</p>	
0405	<p>procuro... / mastiGAR maIS / pra degluTIR meLHOR //</p>	
	<p>F - Mas é por isso, pela falta de pressa ou pela dificuldade?</p>	
0410	<p>P - // não é... / dificulDAde / tamBÉM eXISte / NUM vou diZER / QUE num eXISte //</p>	
	<p>F - Certo</p>	
0415	<p>P - // você vai dizer que tá tudo ruim... / e num tá tudo ruim... / tem que tentar melhorar... / porQUE se NÃO / já aDEUS //</p>	
0420	<p>F - Você tem essa esposa aqui que é companheira né! Dá apoio, companhia é muito importante. E em relação à voz, a fala o senhor tem alguma queixa?</p>	

0425	<p>P - // é a voz... → / é... → / a... → / preciso fazer fono né... → / porque acho que... → / SINto a dificulDAde ↘ //</p> <p>F- Especificamente em alguma... a língua, é...</p>	
	<p>P - // acho que o... → / (ininteligível) / ... → e certas vezes... → / a... → / articulaÇÕES ↘ //</p> <p>F - Certo...</p>	
0430	<p>P - // a mastigação eu... → / eu procuro... → / degluTIR meLHOR ↘ / mastigando mais... → / percebuu... → / o que é esse algo... → / essa... → / experiência né... //</p> <p>F - Certo...</p>	
0435	<p>P - // pcuro... → /... stigar LENto ↘ / pá não se engasgar... → / pá num enTRÁ ↘ / no luGAR erRAdo ↘ //</p> <p>F - Certo... sua voz...</p>	
0440	<p>P - // é... → / QUANdo eu esTAVA ↘ / pouco agora né... → / quieu... → / to um pouco... → / nerVOso ↘ / ai... → / eu fico um pouco assim... → / tal... → / falando um poucu... → / mais baixo... → / tal... → / mais baixo... / eu acho que... → / meu GRAve é BAIxo ↘ //</p>	
0445	<p>F - Hum rum... e a audição?</p>	
0450	<p>P - // é... → / dá pá escuTAR BEM ↘ / de VEZ em QUANdo ↘ / eu Tô limPANdo ↘ / BEM o ouVido ↘ / (ininteligível) mas ai... → / o MÉ disse DISse ↘ / que aquela cera toda do ouvido... → //</p> <p>F - Não deve se tirar muita cera, a cera do ouvido, você tem que limpar só por fora!</p>	

0455	<p>P - // poque... / eu acho cum... / não é assim... / higiênico né... / a pessoa tá chei de cera... / fica olhando assim... / no ouVIdo dos OUtro //</p>
0460	<p>F - É... a gente tira só aquela partezinha que aparece.</p> <p>P - // quandoeu... / FAlo / ai as pesSOA num esCUtam / ai eu disse... / ta CUM proBLEma / no ouvido ai .../ limpa o ouvido... / porque as VEzes / picisa escuTAR meLHOR né... //</p>
0465	<p>F- Mas, assim, em relação a doença, a audição... o senhor acha que interferiu? Não?</p> <p>P - / não... /</p>
0470	<p>F - Não né...</p>
0475	<p>P - // acho que não... / o o desequilíbrio... / SIM / a acho que... / é essa parte da coluna... / eu acho que... / me QUEIXa MAIS / em termo de... / parkinson... / ela.../deixa a pessoa... / desequilibrada.../ e EU FIRmo / eu façu... / as posiÇÕES de karaTÊ / eu FIRmo o PÉ / mermo... / como se fosse... / pegar o pé mesmo... / e ele às vezes... / desequiLibra //</p>
0480	<p>F - Desequilibra...</p>
0485	<p>P - // É / tento andar do jeito... / na linha né... / sempre aquela quadra... / a QUAdra / num TEM uma Linha / né... / eu ficu... / pé a pé... / ai ficu... / ... ttando... / CONsegui /</p>

	<p>até... / melhoRAR //</p> <p>F - É pra engolir, pra deglutir, alguma dificuldade?</p> <p>0490 P - // É / sieu engoLIR muito RÁpido / quando eu to comendo... / também num.../ TOmo mais NAda / de Líquido //</p> <p>F - Notava isso antes? Da... da... doença,ou...</p> <p>0495 P - / ANtes da doenÇA /</p> <p>F - Sim, ou é queixada doença mesmo?</p> <p>P - // ... queixa da doença... / MESmo / a garganta parece que era... / MAIS LARga //</p> <p>0500 F - Certo, o senhor usa alguma estratégia, quando previa ter uma dificuldade motora?</p> <p>P - // si eu... / procuro me segurar... //</p> <p>F - É alguma estratégia para camuflar ou pra... qualquer tipo de estratégia?</p> <p>0505 P - // ou pra... / ixconDÊ / a doenÇA / é... / assim nesse caso... //</p> <p>F - Pra mascarar alguma coisa assim...</p> <p>P - // mascará... / o que... / eXISte as / VEzes / a pessoa tal... / acho que... / a QUEDA / por estar em... / depresSÃO / é... / cê sen... / se aCHAR / que TÁ BEM / o exemplo é... //</p> <p>F - Mas no psicológico você tá dizendo...</p> <p>0515 P - / é psicoLÓgico /</p> <p>F - No físico... há dificuldade motora? Alguma?</p> <p>P - // tamBÉM / acho que... / vem no físico... / priMEIro / ai... / por isso</p>	
--	--	--

0550	<p>cantar? Não?</p> <p>P - // NÃO → / purinquan... → / purinQUANto NÃO → / EU IXpero ↘ / AqueCER ↘ / a VOIX tambÉM → / né... → / (ininteligível) aqueciMENto //</p>	
0555	<p>F - Aquecimento... P - / É ↘ /</p>	
0560	<p>F - Mas... você que ta trabalhando isso... P - // SEMpre quiele vai CANtar ↘ / Ele... → / sempeaQUEce a voz ↘ / ele... → //</p>	
0565	<p>F - Inclusive é, a proposta inicial, era pra só a partir da música... mas, a gente, a gente percebeu que a música, sem o equilíbrio que a dança proporciona, é, fica incompleta né, então a gente vai ta sempre trabalhando cum dança... sempre adaptada, claro...porque a gente sabe que os dois andam muito juntos né.</p>	
0570	<p>P - / eXAto ↘ / F - É, que quê o senhor espera dos encontros?</p>	
0575	<p>P - // exxperu... → / melhora né... → / minha né... → / melhora de... → / to todos também... → / de aceitar esses... → / né... → / ESses aborreciMENTos ↘ / que o mal de parkinson... → / a doença vai... → / basta falar... → / quiu célebro vai... → / começa a avançar... → //</p> <p>F - Certo, o senhor teve alguma, algum acompanhamento fonoaudiológico seu...</p>	

	HK	
0580	P - // JÁ / contato com a associação... / houve uma... / uma T. e e P. / outro lá... / no hospiTAL da CLÍnicas / e... / ali ali... / soube através de... / DOna T /	
0585	DOna T / e... / dona... / DOna G / e foram lá... / procuRaram as pesSOas / que tem... / MAL de PARKinson / ai DISse / eu QUERO / sem saber nem o que... / TUDO eu QUERO / ai CHEguei / DEI meu NOME / ai... / cumeçô a fazer o... / trataMENto / TÉ HOje / TÁ LÁ / ixPEro qui contuNUI / né... //	
0590		
0595		
	F - Certo... a gente agora vai avaliar um pouquinho certo, é mas só a parte de fala de voz mesmo que é o que a gente ta mais investigando no nosso trabalho.	
0600	P - / CERto / F - Me fale um pouquinho da história do seu problema... P - / meu problema... /	
0605	F - Da história, sim, somo o senhor começou a falar de como começou... da demissão... P - // é... / a demissão ai... / foi a... / o imPACTo / né... / que É a estrutuRA / fui procurar outro emprego... / ai FUI na o a ESse / que é uma construTORa tambÉM / cheguei lá o médico... / ME rePROvou / DISse oLHA / voCÊ	
0610		

0615	<p>só É / aproVAdo aQUI / quando voCÊ pasSAR / por um... / NEUroloGISTa / pra VER esse proBLEma / desse... / (ininteligível) quandEU estiCava / A MÃO / assim... / ai ela... / ficava assim... / e ele... / DEU a posiÇÃO / e... //</p>	
	<p>F – O Senhor também tava nervoso, porque tava sendo avaliado, precisava do emprego...</p>	
0625	<p>P - //exataMENte / ai disse... / VÁ passe num neuroloGISTa / QUANdo voCÊ / tiver aproVAdo LÁ / Venha trabalhá aQUI / eu cheguei e... / até hoje tô... / tenTANdo saIR / do NEUroloGISTa (risos) /</p>	
0630	<p>nem trabalhando... / acho que vai demorar um pouquinho né... / só DEUS SAbE / peço a Ele / pra... / um dia... / QUEM Sabe / vim essa... / essas proPOXtas que eXIStem / cienTISTA /</p>	
0635	<p>gastando tanto por ai... / dar uma ajuda ao... / a um reMÉdio NÉ //</p>	
	<p>F – É... Ai depois que o senhor foi demitido, ficou em casa... é parou o esporte...</p>	
0640	<p>P - // é... / a demisSÃO / só e eu... / cansado... / cansado... / e EU procuRANdo / sempre IR ao MÉdico / e os MÉdicos sempre demoRANdo / porque tudo... /</p>	
0645	<p>depende de... / num é MÉdico</p>	

0650	particuLAR ↘ / porquieu não podia pagar... → / neurologista é um... → / caso que... → / demora TRÊS MEses ↘ ↗ / pra espeRA ↘ / espeREI JÁ ↘ ↗ / um ano... → / pra fazer um exame... / qui é UMA toMOgrafia ↘ ↗ / e... → / issu... → / estressou muito num é... / ai eu... / enTREI em depresSÃO ↘ / ficava em	
0655	casa... → / deitava... → /ninguém sabia o que eu... → / viVIA isoLAdo ↘ ↗ / né... → / R. ↘ ↗ / levantaieiu num queri... → / num queRIA	
0660	levantAR ↘ ↗ / as vezes... → / andava pouco... → / CANSado ↘ ↗ / eu IA PRUma ↘ ↗ / FIRma ↘ ↗ / eu procurava ir... → / pra cidade... → / chegava... → / CANSado ↘ ↗ / SEMpre deiTAdo ↘ ↗ / pensando que eu ia... → / MORrer ↘ ↗ / né... → / porque A	
0665	pesSOa ↘ ↗ / se sente uma coisa... → / cansado... → / estressado... → / ai... → / dando remédio de... / depressão... / comecei a tomar... → / pra reagir um pouco a... / a QUEda ↘ ↗ / ai EU me deciDI ↘ ↗ / na MInha viDA ↘ ↗ /	
0670	pedindo a deus... → / quando euTava numa iGREja ↘ ↗ / e... → / tem um ditaduzinho que... / QUANdo a pesSOa ↘ ↗ / num VEIM pra igreJA ↘ ↗ / né... → / ou	
0675	CUra de BEM ↘ ↗ / ou... → / ou... → / digo... / mal físico né... → / a pessoa tem que sempre... / hojiEU to sentINdo ↘ ↗ /	

0680	<p>que devia ter ido mais... → / oLHAR um pouco pra... → / DEUS ↘ / porque a gente tem tempo... → / todo tempo do mundo né... → / arrente num pode guardar uma horazinha... → / pra dizer DEUS ↘ / EU estou aQUI ↗ /</p>	
0685	<p>olha... → / BOM DIA ↗ / e hojeu TEenho todo o TEMpo ↘ / pra ficar olhando ele lá... → / (ininteligível) //</p>	
	<p>F – Então o senhor tem essa consciência, e isso ajuda muito não é?</p>	
0690	<p>P - // eu acho que Tô me ajuDANdo ↘ / aGOra ↘ / que aconteceu isso aqui... → / e acho qui... → / já é Uma ajuDA ↘ / muito grande... → / se não... → / tava em casa... → //</p>	
0695	<p>F – É porque a gente sabe que, quando mexe cum emocional, tem muito a se isolar.</p>	
	<p>P - // É horRível ↘ / e agora... → / eu QUERu melhoRAR ↘ //</p>	
0700	<p>F – Isso ta ótimo! P - / obriGAdo ↘ /</p>	

ENTREVISTA: 05 CLINICA DE FONOAUDIOLOGIA

DURAÇÃO: 09'12''

INFORMANTES: ESTAGIÁRIA DE FONOAUDIOLOGIA (F) e PARTICIPANTE(P)

No De Linhas	Informantes/Discurso	Observ.
0001	F – Dona E. eu queria que a senhora me falasse um pouquinho assim... começou a surgir os sintomas, se foi a senhora que percebeu	
0005	P - // ah é MUIto FÁcil ↘ / faCÍlmo ↙ //	
	F – É	
0010	P - // É o seGUINte ↘ / eu fazia... / FAço do-IN ↘ / FAço iOga ↘ / é... / ai foi na hora... / que faZENdo do-IN ↘ / QUEU noTEI ↘ / que minha MÃO diREIta ↘ / NÃO funcioNAva ↘ / iGUAL a esQUERda ↘ / funcioNAva mais	
0015	devaGAR ↘ / e TEM exerCÍcios ↘ / que a GENte BAte ↘ / por eXEMplo ASSim ↘ / ó... / BAte os DOIS ↘ / BAte aQUI ↘ / É massageANdo ↘ / né... / então a me... / massag... / ESse lado ↘ / o LAdo esQUERdo ↘ / massaGEava meLHOR ↘ / do que o LAdo diREIta ↘ / entendeu... / e depois notei... / um POUco de treMOR ↘ /	
0020		
0025	da minha mão li... / na MÃO NÃO ↘ / NESse DEdo ↘ / SÓ no poleGAR ↘ / e ele assim um pouco... / levantAdo ↘ / ai isso ai é... / é que	

0030	FOI CHAtO ↗ / que FOI daNAdo ↗ / eu VOU diZER ↗ / mas eu vou diZER	
0035	o NOme ↘ ↗ / vou diZER TUdo ↘ ↗ / eu FUI pru meu neuroloGISTa ↗ / que já Era MÉdico ↗ / JÁ NOSso ↘ ↗ / ai EU DISse ↗ / douTOR f. Olhe ↘ ↗ / ai eu cheguei disse... → / eu tô assim... → /	
0040	ai DISse pra ele o sinToma ↘ ↗ / ai ele chegou disse... → / não vamos fazer uma... → / uma eLEtroencefaloGRAMa ↗ / ai FIZ o SIMples ↗ / dePOIS fiz U ↗ /	
0045	COM esFORço ↗ / TODos DOIS ↗ / não acuSaram NAda ↗ / ai... → / HK	
0050	SIM ↗ / primeiraMENTe ↗ / ANtes de douTOR f. ↗ / eu DISse a minha fisioterAPEUta ↗ / t TAVa faZENdo ↘ ↗ / hidroteraPIa ↗ / eu DISse N. ↗ / eu TÔ noTANdo ↗ / ISso na minha MÃO ↗ / ai ela disse assim... → / vá pra um... → / ortopeDISTa ↗ / ai eu FUI pro ortopeDISTa ↗ / não adicantou de nada... → / ele... → / eXAMinou minha	
0055	MÃO ↗ / DISse NÃO ↗ / voCÊ NÃO tem ↗ / NAda na MÃO ↗ / ai me PASsou uma ultrasonograFla ↗ / depois me passou um exame... → / que é o	
0060	Único ↗ / queu não SEI do NOme ↗ / que eu GRAvo TUdo ↗ / mas... → / é um eXAME que é cheio de choQUInho ↗ / vai da barRiga até em CIma ↗ / a antes de fazer... → / quando eu TAVa faZENdo ↗ / a	

0065	<p>ultrassonograFia ↗ / a MÉdica DISse ↗ / LOgo ASSim ↘ / NÃO ↗ / você não TEM nada NÃO ↗ / sua MÃO ta Ótima ↘ / ai quando eu fui faZER o do choQUInho ↗ / Ele ↗ / MEdiu assim minha FORça ↗ / ai disse... → / NÃO ↗ / voCÊ num tem NAda não ↘ / eu vou fazer... → /</p>	
0070	<p>porque o MÉdico peDIU ↗ / mas você num TEM NAda ↘ / você TEM FORça ↗ / eu disse... → / TEM NÃO ↗ / TENho ↗ / muito POUCA FORça ↗ / ai ele disse... → / MAS TEM ↗ / pro seu norMAL você tem</p>	
0075	<p>forÇA ↗ / ai FEZ o eXAME ↗ / negaTIvo ↘ / ai foi QUANdo eu FUI ↗ / pru douTOR f. ↗ / ai ele pediu... → / as duas... → / os DOIS eletroencefaloGRAMa ↗ / NAda ↗ /</p>	
0080	<p>ai fui emBOra pra CAsa ↗ / e foi PASSando o TEMpo ↗ / volTEI novaMENte ↗ / pa douTOR F ↗ / pra outras coisas... → / Ele tambÉM ↗ / era MÉdico do meu maRIdo ↗ / ai eu</p>	
0085	<p>cheguei... → / disse de novo... → / ele disse... → / VAmo fazer OUTro ↗ / ai fiz OUTro eLEtro ↗ / do mesmo jeito... → / HK</p>	
0090	<p>TAMBém ↘ / não acuSOU HK</p> <p>NAda ↘ / PASSa mias um TEMpo ↗ / eu VOLto a DOUtor f. ↗ / com a maiOR ↗ / CARa de PAU ↗ / ai</p>	

0095	<p>disse... → / douTOR F. ↘ / eu VIM faZER ↙ / uma consULta SÉria ↘ / o seNHOR deixa o PT ↗ / de LAdo ↗ / MESmo asSIM ↘ / porque Ele é muito poLÍtico ↗ //</p>	
0100	<p>F - E é... (risos) P - // É deMAIS ↘ / ai ele disse as... → / eu também SOU do PT ↗ / ai ele começava a falar do pt... → / EU diziA ↗ / douTOR ↘ / o seNHOR devia ter sido advoGAdo ↗ / e NÃO MÉdico ↘ / brinCANdo com Ele né ↗ / a gente tinha intimidade com</p>	
0105	<p>ele... → / ai ele mandou... → / ai ele FEZ os eXAmes ↗ / leVAnte a MÃO ↗ / Vire pra LÁ ↗ / Vire pra CÁ e tal ↗ / mas senTAda na caDEIra ↗ / ôche eu ME admiREI ↗ / que ele NÃO</p>	
0110	<p>chaMOU ↗ / na caMA ↗ / não bateu no... → / no joElho ↗ / não FEZ NAda ↗ / FEZ os eXAmes ↘ / SÓ na MÃO ↗ / no BRAço ↗ / ai olhou pra mim disse... → / uma FRAsE ↗ / que eu</p>	
0115	<p>graVEI até HOje ↘ / esQUEça ↗ / ESta MÃO ↘ / TRÊS paLAvras ↘ //</p>	
0120	<p>F - Só P - // ai eu FUI pra caSA ↗ / NÃO adMIto ↗ / esQUEça essa MÃO ↘ / porque eu Tô senTINdo ↗ / não to doiDA ↘ / ai ficou e... → / foi pasSANdo um temPIinho ↘ / ai quando... → / nós faZEMos ↘ / medicina</p>	

0125	<p>prevenTiva ↘ / eu faço... → / GRAças a DEUS ↗ / EU e meu maRIdo ↗ / aGOra MESmo ↘ / fiz TOdas as TAXas ↗ / tudo normal normal normal... → / TUdo meu é norMAI ↗ /</p>	
0130	<p>GRAças a DEUS ↘ / Ele é que TEM ↗ / trigliceRÍdio e colesteROL ↗ / alTÍssimo ↘ / ai é eu... → / fui faZER um eLEtro ↗ / ai doutor f. e... → / douTOR c. ↗ / a. c. é</p>	
0135	<p>muito amigo nosso... → / ai eu disse assim... → / doutor c. me inDIque um neuroloGISTa ↘ / ele foi coLEga de TURma ↗ / de douTOR f. ↗ / ele disse é posSÍvel que f. FEZ isso ↗ /</p>	
0140	<p>FEZ ↗ / e é profesSOR e é TUdo ↗ / ai... → / mas errar é humano né... → / Ele erROU ↗ / paciÊncia ↗ //</p>	
	<p>F – É</p>	
0145	<p>P - // ai ele chegou disse... → / eu vou lhe inDIcar um MÉdico ↘ / ai me indiCOU douTOR a. ↗ / B. ↘ / por sinal é profesSOR daqui da caTÓlica ↗ //</p>	
0150	<p>F – A. né? P - // é... → / é um moreno altão... → //</p> <p>F – A. sei quem é P - // ai FUI pra Ele ↗ / FIZ os eXAmes ↗ / ... é... → / ai ele me pediu uma... → / um um... → / COmo É ↗ / ultrasonograFia NÃO ↘ / COmo é que CHAmA ↘ / tomoGRAfia ↗ / uma tomografia computariZAda da</p>	

0160	<p>caBEça ↗ / eu disse vixe maRIa ↗ / será que eu to com algum tuMOR na caBEça ↗ / douTOR ↘ / Ele disSE ↘ / NÃO ↗ / TEEnha CALma ↗ / ai eu FUI faZER cum e.s. ↗ / aLI no multiMagem ↗ / que Ele inclusive foi meu aLUno ↘ //</p>	
0165	<p>F - É... P - // que É coBRÃO ↗ / é coBRÃO aqui no reCife ↗ / coBRÃO mesmo É. ↗ / ai EU DISse ↗ / É. meu Filho ↗ / pelo aMOR de DEUS ↘ / eu quero SAber</p>	
0170	<p>do resulTado ↗ / aGora ↗ / ele disse... → / pode Ficar saBENdo ↗ / que eu lhe DOU já JÁ ↗ //</p>	
0175	<p>F - Rapidinho... P - // FOI ↗ / quando termiNOU Ele ↗ / ele disse... → / ô dona e. espere um bocadinho... → / VENha cá na SALa ↗ / ai me mo... → / enTREI na saLA ↗ / VI tuDInho ↗ / a SALa esCUra ↘ / até ele ME mostROU ↘ / oi sua caBEça</p>	
0180	<p>aQUI ↗ / a seNHOrA não tem naDA ↗ / nada NAda naDA ↘ / apeNAS ↗ / um ligeiro enTUpimento nas duas caRÓtidas ↗ / que ISso é norMAL ↗ / DEpois de quaRENta</p>	
0185	<p>anos ↘ / que TOdo mundo TEM ↘ / se você quiser faça... → / vá a um médico va vascular... → / ai EU FUI ↗ / e tamBÉM deu tudo norMAL ↘ / ele disSE “NÃO ↗ / o que tem AI de</p>	
0190	<p>intupiMENto ↘ / é norMAL</p>	

0195	norMAL ↗ / ai eu disse... → / volTEI pra douTOR a. ↗ / ai disse Olhe douTOR ↗ / não tem nenhum parkinSON aqui NÃO ↘ / ai Ele chegou DISse ↘ / mas ai... → / ISso aí é uma COIsa ↘ / quem DIZ sou EU ↘ / ele responDEU assim pra MIM ↗ / e... → / o que é que o seNHOR	
0200	me DIZ ↗ / ai Ele DISse ↗ / “não eu vou LHE PASsar um remeDinho ↗ / pra voCÊ dimiNUir ↗ / esse treMOR da MÃO ↗ / e eu só sentIA mais treMOR ↘ / quando eu tava assim... → / num esTAdo nerVOso ↗ / ai EU	
0205	sentIA né ↗ / por exemplo... → / qualquer coisa assim que me alterasse os nervos... → / eu SINto um pouco a mão treMER ↗ / mas EU doMIno ↘ / ai	
0210	ele eu cheguei e disse... → / então TÁ BOM ↗ / depois eu cheGUEI em caSA ↗ / que ele pasSOU proLopa ↗ / que eu LI a BUla ↗ / ai eu disse... → / oCHENte ↘ / ISso aqui é pra parkinSON ↗ / ai	
0215	liGUEI pra Ele ↘ / DISse douTOR ↗ / EU tenho PARkinson não é ↗ / o senhor não ME DISse não ↗ / mas eu não sou TOLa NÃO ↗ / eu LI a BUla ↗ / eu li	
0220	parkinsoniano... → / parkinsoniano É quem tem PARkinson ↘ // F - É P - // então eu TENho PARkinson ↗ /	

0225	<p>não TENho ↗ / ele DISse: “TEM” ↘ ↗ / pronto FOI ISso ↗ / ai fiQUEI sendo mediCAda até hoje ↘ ↗ //</p>	
	<p>F – E isso começou com que idade dona... assim percebeu né!</p>	
0230	<p>P - // BOM ↗ / do Ano pasSAdo pra cá ↗ / foi que EU comeCEI ↗ / a TOmar reMÉdio ↘ ↗ / ai EU perceBI ↗ / já há uns cin... → / isso ai se for contar... → / a parte que eu</p>	
0235	<p>contei da fisioterapeUta pra CÁ ↘ ↗ / equivale mais ou menos... → / há uns TRÊS Anos ↗ //</p>	
	<p>F – E a senhora acha assim... que mudou, a sua relação com a família...</p>	
0240	<p>P - // NÃO ↗ / com ninGUÉM ↗ / NINguém, ninguém, ninGUÉM ↘ ↗ //</p>	
	<p>F – Normal...</p>	
0245	<p>P - // TUdo norMAL ↗ / que eu FAço TUdo ↘ ↗ / EU PINto ↘ ↗ //</p>	
	<p>F – É?</p>	
0250	<p>P - // é... → / eu GOSTo muito de pinTAR ↘ ↗ / PINto, deSEnho ↘ ↗ / e moDÉStia à PARte ↗ / minha LEtra é LINDa ↗ //</p>	
	<p>F – É (risos)</p>	
0255	<p>P - // eu escrevo... → / EU esCREvo ↘ ↗ / aTÉ uma aMIga MInha ↘ ↗ / a secretária do... → / da associaÇÃO ↘ ↗ / disse assim... → /</p>	

<p>0260</p> <p>0265</p>	<p>GRAça ↗ / você diminuIU a leTRA ↘ / NÃO ↗ / porQUE ↘ / ai ela disse... → / não porque geralMENTe quem tem PARkinson ↘ / dimiNUI a leTRA ↘ / não ... → / eu digo... → / eu FAço peQUENA ↗ / GRANde ↗ / MÉdia ↗ / do taMANho que eu QUero ↗ / agora no MEU norMAL ↗ / a minha LEtra geralMENTe ↗ / é MAIor do que meNOR ↘ //</p>	
<p>0270</p> <p>0275</p>	<p>F - É? P - // é sempre... → / ai ela disse então você não tem PARkinson NÃO ↘ / mas eu fui pra OUTro MÉdico ↘ / doutor f. ... → / douTOR f. ↗ / como é minha nossa senhora... → / f. ... → / C. F. ↘ / por sinal especialISTA em PARkinson ↘ / ele fez CURso na inglaTERra ↘ / e... → / em SÃO PAULO ↗ / e tudo mais... → / por sinal... → / deu a... → / nós conversamos e deu... → / deu a entender</p>	
<p>0280</p> <p>0285</p>	<p>que ele coNHEce muita gente da minha faMÍlia ↘ / que eu SOU de limoEIro ↗ / e a faMÍlia DEle ↘ / tamBÉM É ↗ / ai FOI Ótimo ↗ / uma conSULta maraviLHOsa ↘ / e ele... → / ME confirMOU ↘ / voCÊ tem PARkinson ↘ / ai eu disse... → / MEU MÉdico ↘ / é douTOR A. ↗ / mas eu to com vontade... → / de mudar</p>	

0290	pra o SENhor ↘ / mas ele disse... → / NÃO ↗ / fique com A. mesmo que ele é muito BOM ↘ / ai eu disse... → / todos DOIS achei Ótimos ↗ / sem... → / vo continuAR	
0295	com doutor A. mesmo ↗ // F - E a senhora, a senhora acha que... P - / doutor A. é muito compeTENTe ↘ ↗ / F - A senhora acha que ficou com com alguma dificuldade de de motora	
0300	apareceu... assim dificuldade pra se vestir alimentar...? P - / NÃO ↘ ↗ / F - Não	
0305	P - // não eufaç... → / TUdo que eu FAço ↘ / faço MAIS devaGAR ↘ / porque toda vida fui... → / MEIo avexaDInha ↘ ↗ / mas euf... → / eu FAço tuDO ↘ ↗ //	
0310	F - Certo... P - // num tem problema nenhum... → / contiNUO TUdo ↘ ↗ / TUdo norMAL ↘ ↗ / ... → agora / é porque também tem uma coisa... → / eu eu... → / eu me doMIno MUIto ↘ ↗ /	
0315	eu aRENGo com a MÃO ↗ / SAbe como É ↗ / quando Ela ta erRada ↗ / eu digo volta pro teu lugar... → / volta a mente... → //	
0320	F - Faz direito P - // eu uSO muito a MENte ↗ / a mente né... → / porque quem FAZ Ioga ↘ ↗ / uSA a MENte né ↗ / e	

	<p>eu uso mais... → / deMAIS a MENte ↘ //</p>	
0325	<p>F – E a senhora... tá gostando do projeto, tá gostando dos encontros</p>	
	<p>P - // ah baCAna ↗ / to aCHANdo Ótimo ↗ / NÃO quero perDER ↘ / neNHUM DIA ↗ //</p>	
0330	<p>F – Que bom</p>	
	<p>P - // só NÃO gostEI ↗ / de danÇAR ciRANda ↗ / mas pelo menos eu danCEI esse Ano ↘ //</p>	
	<p>F – Aprendeu né (risos)</p>	
0335	<p>P - // NÃO sei porQUE ↘ / eu acho bonito o POvo danÇAR ↗ / mas eu não gosto... → / eu aDOro danÇAR ↗ / desd... → / desde meNIna que eu DANço ↘ / meu maRIdo</p>	
0340	<p>danÇA também ↗ / muito BEM ↘ / e eu... → / acompanho e tal... → / a gente sempre... → / DANça dreiTInho tudo ↘ / mas aconTEce que ciRANda ↘ / eu... → / FIZ na</p>	
0345	<p>MARra ↘ / mas eu FIZ aLI ↗ / COmo um exerCÍcio ↗ / eu encarei a ciRANda ↗ / como um exerCÍcio para o CORpo ↗ / sabe e... → / todo dia eu faço exercício... → / TOdo</p>	
0350	<p>DIA ↗ / TOdo DIA ↗ / TOdo DIA ↗ / todos aQUEles exerCÍcios ↗ / que ela fez hoje aqui de rotação de tudo... → / EU FAço ↗ / TOdo DIA ↗ //</p>	
0355	<p>F – A senhora faz né...</p>	

0357	P - / FAço na cama deiTAda ↗ / F – Que bom! Prontinho...	
------	---	--

ANEXO 6

ENTREVISTA: O6 CLINICA DE FONOAUDIOLOGIA

DURAÇÃO: 4'46''

INFORMANTES: ESTAGIÁRIA DE FONOAUDIOLOGIA (F) e PARTICIPANTE(P)

No De Linhas	Informantes/Discurso	Observ.
0001	F – Idade	
	P – / cinQÜENta e SEIS anos ↘ /	
	F – E como foi dona M. G. que começou	
	assim... os sintomas, a história assim, se	
0005	foi a senhora que percebeu...	
	P - // NÃO ↘ / foi... → / que o	
	seguinte... → / eu TAva	
	faZENdo ↘ / fisioteRApia ↘ /	
	pcausa da coluna... → / CERto ↘ /	
0010	então a fisioterapeUta noTOU ↘ /	
	um tremOR ↘ /n... → / no	
	deDO ↘ / e mandou eu... → /	
	neuroloGista ↘ / cerTO ↘ / e	
	também uma ... → / DOR ↗ / no	
0015	BRAço ↘ / rigiDEIZ ↘ / ai então	
	ele fa... → / ele di... → / constatou que	
	ti... → / que Era PARKinson ↘ //	
	F – E.. assim, mas foi imediatamente ou a	
	senhora passou por um processo de	
	vários médicos... ?	
0020	P - // fui a várius né... → / fui a QUATro	
	MÉdicos ↘ / e dois... → / NÃO ↘ /	
	CINco MÉdicos ↘ / DOIS ↘ /	
	disSERam que eu Tinha ↘ /	
0025	realMENte ↘ / e TRÊS disseram	
	que NÃO ↘ //	
	F – E três disseram que não.	

0030	<p>P - / É ↘ /</p> <p>F - E como foi assim pra senhora... a notícia... ou se a senhora tinha conhecimento da doença...</p>	
0035	<p>P - // TINha TINha ↘ / porque paPAI já TEM ↘ / paPAI TEM ↘ //</p> <p>F - Seu pai tem!</p> <p>P - // É ↘ / e EU sempre LIA muito ↘ / sobre... ↘ / PARKinson ↘ //</p>	
0040	<p>F - Mal de Parkinson né?</p> <p>P - / É ↘ /</p> <p>F - E assim... começou com que idade?</p> <p>P - // aGOra ↘ / HÁ uns TRÊS ↘ / a... ↘ / uns CINco MEses ↘ / aTRÁS ↘ //</p>	
0045	<p>F - Foi mesmo? Recente né!</p> <p>P - // É ↘ / o diagNÓStico NÉ ↘ //</p> <p>F - É o diagnóstico é</p> <p>P - // o diagNÓStico ↘ / porque a DOR no BRAço ↘ / tava há... ↘ / MAIS ou MENos ↘ / um Ano ↘ / comeÇOU com a DOR ↘ / na MÃO ↘ / da MÃO ↘ / cerTO ↘ / ai foi doENdo MEIo ↘ / OS DEdos ↘ / ai depois foi doENdo o BRAço ↘ / ai foi QUAndo eu FUI ↘ / ao ortopeDISta ↘ / ele MANDou faZER ↘ / fisioteraPIa ↘ / e nesSA fisioteraPIa ↘ / ela mandou ir a um... ↘ / um neuroloGISTa ↘ / foi quando Ele DISse ↘ / que Era PARKinson ↘ / Era a</p>	
0055		

0060	<p>rigiDEZ ↘ //</p> <p>F – E... como é que ta a situação assim, a relação familiar da senhora?</p>
	<p>P - // tá BEM ↘ / BEM ↘ //</p>
0065	<p>F – Teve alguma mudança, com a descoberta da patologia?</p>
	<p>P - // NÃO ↘ / SÓ em MIM né ↘ / que eu... → / SENTi um imPACto ↘ //</p>
0070	<p>F – Mas, a partir das pessoas não né?</p>
	<p>P - / NÃO ↘ /</p> <p>F – Mas também as pessoas, o pessoal da família já tem uma noção sobre do que é né, por causa de seu pai?</p>
0075	<p>P - // É ↘ / por CAUSA de paPAI ↘ //</p> <p>F – Seu pai tem quantos anos?</p>
	<p>P - / oiTENta e SEIS ↘ /</p> <p>F – Então já faz tempo né que ele...</p>
0080	<p>P - // FAZ ↘ / MUIto TEMpo ↘ //</p> <p>F – E até agora a senhora até agora assim, até agora, já como é recente a senhora tem encontrado alguma dificuldade? Em relação a... a movimentos algumas coisas?</p>
0085	<p>P - // só em relaÇÃO a DOR ↘ / né... → / da MÃO ↘ / que a mão... → / eu EU fiQUEI ↘ / sem faZER as COIsas ↘ / aGOra que ta melhoRANdo ↘ / NÉ ↘ / mas num... → / num feCHAVa diREItO ↘ /</p>
	<p>A MÃO ↘ / e DOR NÉ ↘ / DOR no BRAço ↘ / agoRA melhoROU muito ↘ / por CAUSA do</p>
0090	

0095	<p>reMÉdio ↘ //</p> <p>F – E a senhora continua... a senhora trabalha, trabalhava?</p> <p>P - // NÃO não ↘ / DOna de CAsa ↘ / MESmo ↘ / mas faZENdo ↘ / TUdo ↘ / EM CAsa ↘ // (risos)</p>	
0100	<p>F – Faz tudo né</p> <p>P - // É ↘ / NÃO tenho treMOR ↘ //</p> <p>F – A senhora tem tremor ou não?</p> <p>P - // NÃO TEEnho ↘ / NÃO TEEnho ↘ //</p> <p>F – Não tem</p>	
0105	<p>P - // OH ↗ / norMAL ↘ / é SÓ rigiDEZ ↘ //</p> <p>F – A senhora usa algum tipo de estratégia, assim pra eliminar a rigidez algum... alguma terapia</p>	
0110	<p>P - // eu TÔ faZENdo ↘ / fisioterAPIA ↘ //</p> <p>F – Certo, e em casa usa alguma estratégia? Alguma algum meio lá... uma massagem, que o pessoal ensinou...</p>	
0115	<p>P - // eLA ↗ / MANDou faZER ↗ / alGUNS exerCÍcios ↘ / em CAsa ↘ //</p> <p>F – Certo, e a senhora ta fazendo?</p>	
0120	<p>P - // cum A boLIInha ↘ / masSInha ↘ / pra MÃO ↘ / TÔ faZENdo ↘ //</p> <p>F – Ta fazendo uso de alguma medicação?</p> <p>P - // esTOU ↘ / proLOpa ↘ //</p> <p>F – Tem alguma grama alguma coisa assim?</p>	
0125	<p>P - // é... → / duZENtos e cinQÜENta ↘ / miliGRAMas ↘ //</p> <p>F – Certo.</p>	

ANEXO 7

ENTREVISTA: O7 CLÍNICA DE FONOAUDIOLOGIA

DURAÇÃO: 2'05''

INFORMANTES: ESTAGIÁRIA DE FONOAUDIOLOGIA (F) e PARTICIPANTE(P)

No De Linhas	Informantes/Discurso	Observ.
0001	F – Sua idade, como foi que começou...	
0005	P - // tenho sesSENTa e SEIs anos / senti os efeitos... / os... / sinTomas MESmu / desde... / noVENTa e CINcu / tá... / de... / nove a DEZ Anos / mas comeCEI a me traTAR / mais de TRÊS anos dePOIS / quieu NUM aceiTava / melhorou muito... / agora... / que conheCI a associaÇÃO / freQÜENTu a assuciaÇÃO / de V. e T. / que esTÃO / aBRINdu esPAçu / para MIM / numa 0010 0015 0020 0025	
0010	ativiDAde de DANça / (ininteligível) atVés DEles / a... / nu osWALdo CRUZ / u trataMENTu com a fisioteraPEUta / tamBÉM através DEles / a associaÇÃO / um grupo de apoio muito bom... / que está se expandindo muito... // F – E a senhora já fez tratamento com o fonoaudiólogo? P - // ah FIZ / fiz uma VEZ SÒ // F – Foi P - // só essa Única VEZ / não FIZ mass NÃO //	
0015		
0020		
0025		

0030	<p>F – E a senhora já participou de algum grupo assim... de dança</p> <p>P - // NÃO / esSÉ o priMEIru / realIZEI um Sonho / danÇAR //</p>	
0035	<p>F – Foi, então vai começar agora né?</p> <p>P - // é... / agora... / NUM DEIxu mais //</p>	
0040	<p>F – Que bom, que pena que a senhora não achou logo não foi?</p> <p>P - // AH FOI / mas pesquiSANDu / só sossegava... / dePOIS que enconTRASse / (ininteligível) procuRANdu / por aqui... //</p>	
0045	<p>F – Ta bem entusiasmada pra para o trabalho né...</p> <p>P - // tô tô... / ... tô... / adoRANdo / fo ua... / coi... / NOva HOje //</p>	
0050	<p>F – Uma coisa nova né... ta certo brigada viu foi só para...</p> <p>P - / nada... /</p>	

ENTREVISTA: O8 CLINICA DE FONOAUDIOLOGIA

DURAÇÃO: 04'27''

INFORMANTES: ESTAGIÁRIA DE FONOAUDIOLOGIA (F) e PARTICIPANTE(P)

No De Linhas	Informantes/Discurso	Observ.
0001	F – Primeiro eu queria que o senhor me falasse assim... nome, idade, como foi que começou a sentir os sintomas ai eu vou lhe perguntando no decorrer...	
0005	P - // tenho... / trinta e seTE Anos / MOro im oLINDa / indeREçu pra corresponDÊncia / olinDA / carra de MINha MÃE / ma ai eu... / to moRAndo agora EM	
0010	PAU amaRElu / faz uns CINcu MEses / queu tô moRANdo LÁ / com relaÇÃO ao PARKinson / eu já... / EU tiNHA / VINte e TRÊS	
0015	anus / MAIS ou MENus / e era SÓ na MÃO / só um treMOR na MÃO //	
	F – Bem jovem né!	
0020	P - // isso... / eu num conheCIA a doENça / ai... / FUI pruma MÉdica / Uma NEUro / ai Ela faLOU / SOBRE essa doENça / ma taVA / aCHANdu esTRANhu / por conta da MINha iDAde / aos vinte e patru	
0025	anos... / JÁ estar com esses sinTomas / ieu trabaLHAva ainda na Época / que... / depois... / fiQUEI desempreGAdu / foi	

0030	<p>quando o esTAdu de saÚde ↗ / também... → / se agraVOU um pouCU ↘ / que... → / (ininteligível) / só... → / nos treMOres ↗ / passou a TER tambÉM ↘ / a</p>	
0035	<p>rigiDEIX ↘ / ai eu volTEI pra MÉdica ↗ / e... → / eu TAva em trataMENtu com ela ↗ / toMANDu algumas medicaÇÕES ↘ / quando</p>	
0040	<p>EU FUI ↗ / pra uma MÉdica SÉria mesmu ↘ / aqui nu... → / PAM CENTru ↘ / RUA da PALma ↘ / foi que Ela me encamiNHOu ↘ / pru hospiTAL das CLÍnicas ↘ / ai lá eu</p>	
0045	<p>FUI avaliAdu ↗ / por SEIS MÉdicus ↘ / na SALa ↗ / alguns estuDANtes ↘ / ai FOI QUANdu ↗ / FOI diagnostiCAdu ↗ / após eu ter tiRAdu tambÉM ↘ / uma... → /</p>	
0050	<p>tomograFIA ↗ / e em seGUIda ↗ / uma ressonÂncia magnÉTica ↘ / ai conf... → / confirMARAM que era realmente u PARKinson ↗ / e que... → / pela FAIXa de iDAdade ↗ / eu</p>	
0055	<p>num... → / num esTAVA SENDu ↘ / uviDU ↗ / JÁ tinham atendiDU ↗ / outros paciENtes tambÉM ↗ / fora da FAIXa de iDAdade ↘ / com... → / HK HK</p>	
0060	<p>PARKinson tambÉM ↘ / E ↗ / iniciANDu o trataMENtu ↗ / du di</p>	

0065	<p>di...→ / diuma medicaÇÃO ↗ / que a prinCÍpiu a médica num tinha pasSAdo ↘ / mas... → / tava me cauSAndu ↗ / impoTÊNcia</p>	
0070	<p>sexuAL ↘ / esta medicação... → / ai EU paREI ↗ / paREI ↗ / foi QUANdu os MÉdicu ↘ / das CLÍnicas tambÉM ↘ / me</p>	
0075	<p>aconselharam a PARar a medicaÇÃO ↘ / e entrar com uma OUtra medicação ↘ / e a... → / HOje eu tô toMANDu ↘ / DOIS comprimidus ao DIA ↘ / DOIS de arTame ↗ / e... → / dois de... → /</p>	
0080	<p>baGRÉM ↘ / que cabromafiTina ↗ / e pra ajuDAR na rigiDEIX ↘ / eu façú... → / fisioterPIa ↗ / seGUNda ↗ / QUARta e SEXta ↗ / TOMu a medicaÇÃO ↗ / e... → / É ISso ↘ / e... → / É ISso ↘ //</p>	
0085	<p>F – E assim já fez algum... tratamento fonoterápico...</p> <p>P - // não... → / porque... → / me disSERam ↘ / que eu NÃO Tinha ↘ / necessiDAde ainDA ↗ / pra isso... → //</p>	
0090	<p>F – Certo</p> <p>P - // mas se... → / se for o caso né... → / quem vai avaLIar ↗ / e... → / encamiNHAR pra ISSu ↘ //</p> <p>F – E assim a... em relação ao grupo tu ta gostando do trabalho?</p>	

0095	P - // COM cerTEza ↘ / DOna T. ↗ / que é a... → / encarreGAda da associaÇÃO ↘ / ela tinha me... → / faLAdu ↘ / sobre... → / esse proJEto aQUI ↘ / né... → / ai eu me	
0100	interesSEI ↘ / e resolVI vi ↗ / até porque... → / no iNÍcio da doENça ↘ / quando eu Tive impoTÊncia ↘ / Tive depresSÃO ↗ / tamBÉM ↗ / num	
0105	queria sai de casa para cantu nenhum... → / o pesSOal da rua ficava pertuBANdu ↗ / me chaMANDu de roboCOpi ↘ / EU tava andanDU ↘ / TRÊMulo e todU	
0110	DUro ↗ / assim... → / TOdo TENsu ↘ / ai eu... → (ininteligível) / é... → / um trataMENto tamBÉM ↘ / de teraPIA ↗ / no PAM CENTru ↘ / RUA da PALma ↘ / e	
0115	fiQUEI ↗ / uns QUATru Anos ↘ / e POUcu ↘ / faZENdu teraPIa ↘ / até mesmo pra... → / não aceitar... → / MAS saBER ↘ / COmo liDAR ↘ / cum... → / com a	
0120	doENça ↘ / foi QUANdu tamBÉM ↘ / aproveiTANdu ↘ / o peRÍodu ↗ / que eu TAVA INdo ↗ / PRAS CLÍnicas ↘ / eu FUI na biblioTEca central ↗ / de LÁ ↗ / num TEM uma biblioTEca ↗ / nas CLÍnicas ↘ //	
	F – Tem...	

0130	<p>P - // ai DEI uma estuDAdA / em alGUmAs COISas / que faLASse sobre PARKinson / eu TENho reporTAGens / em CAsa / jorNAL / reCORte / puque ai EU saBENdu / o QUE é que a doenÇA / cauSA / EU</p>	
0135	<p>posSU / me previNIR / com relaÇÃO / a ESSas coiSAS //</p>	
0139	<p>F - É... isso mesmo P - // prontuenTÃO / é issu... / PRONto / enTÃO é ISsu //</p>	