

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE LETRAS E LINGUÍSTICA

SANDRA PATRÍCIA LAMENHA PEIXOTO

A PAUSA E A SUA RELAÇÃO COM O ESTADO EMOCIONAL DAS
MULHERES COM CÂNCER DE MAMA

MACEIÓ-AL
2011

SANDRA PATRÍCIA LAMENHA PEIXOTO

A PAUSA E A SUA RELAÇÃO COM O ESTADO EMOCIONAL DAS
MULHERES COM CÂNCER DE MAMA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Letras e Linguística da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Linguística, sob a orientação do Prof. Dr. Aldir Santos de Paula.

MACEIÓ-AL
2011

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto

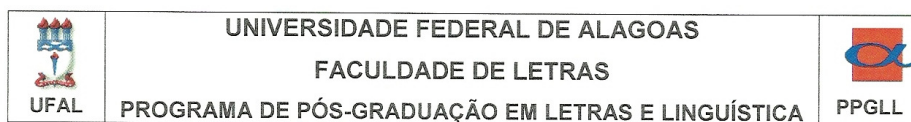
P379p Peixoto, Sandra Patrícia Lamenha.
A pausa e a sua relação com o estado emocional das mulheres com cancer de mama / Sandra Patrícia Lamenha Peixoto. – 2011.
100. f. : il.

Orientador: Aldir Santos de Paula.
Dissertação (mestrado em Letras e Linguística: Linguística) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Letras. Programa de Pós-Graduação em Letras e Linguística. Maceió, 2011.

Bibliografia: f. [91]-96.
Anexos: f. [97]-100

1. Mamas - Câncer. 2. Acústica da fala. 3. Pausa (acústica da fala). 4. Prosódia.
I. Título

CDU: 801.631.2



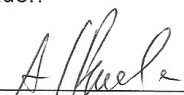
TERMO DE APROVAÇÃO

SANDRA PATRÍCIA LAMENHA PEIXOTO

Título do trabalho: "A PAUSA E SUA RELAÇÃO COM O ESTADO EMOCIONAL DAS MULHERES COM A CÂNCER DE MAMA"

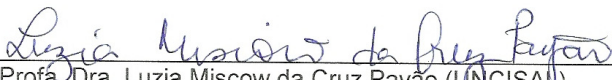
Dissertação aprovada como requisito para obtenção do grau de MESTRE em LINGUÍSTICA, pelo Programa de Pós-Graduação em Letras e Linguística da Universidade Federal de Alagoas, pela seguinte banca examinadora:

Orientador:




Prof. Dr. Aldir Santos de Paula (PPGL/UFAL)

Examinadores:



Profa. Dra. Luzia Miscow da Cruz Payão (UNCISAL)



Prof. Dr. Miguel José Alves de Oliveira Júnior (PPGL/UFAL)

Maceió, 16 de agosto de 2011.

Dedico a Nilson meu marido e meu amigo que sempre esteve ao meu lado oferecendo o apoio necessário para que o sonho se transformasse em realidade.

AGRADECIMENTOS MAIS QUE ESPECIAIS

A todos os meus familiares, em especial:

Ao meu marido Nilson, pelo amor e incentivo em todos os momentos importantes da minha vida;

Aos meus pais, por acreditarem em todos os meus passos;

Ao meu irmão Régis, por todas as palavras ditas na hora certa;

Aos meus queridos sobrinhos Igor, Neto, Vítor, Luana e Isabelle, que mesmo sem saber, tornaram os meus dias mais felizes;

À minha cunhada Ludmila, pelo carinho e o entusiasmo.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Aos queridos, Professor Dr. Aldir Santos de Paula e sua esposa Ana Maria, pelos conselhos, incentivo e, sobretudo, pela credibilidade depositada em mim e em minha pesquisa.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal de Alagoas, em especial à Faculdade de Letras, através da coordenação e dos professores do Programa de Pós-Graduação, pela oportunidade oferecida para a execução deste trabalho.

À CAPES, pelo apoio financeiro e à FAPEAL;

A ONG Renascer pela colaboração, em especial à Tânia pelo comprometimento e obstinação.

A todas as informantes que se prontificaram a participar desse estudo e, principalmente àquelas que não se encontram mais entre nós, ficando apenas suas falas para que possam ser eternizadas.

À Santa Casa de Misericórdia de Maceió nas figuras do Dr. Mário Jucá e Dra. Kelly, pela admirável dedicação.

Ao Prof. Dr. Miguel Oliveira Júnior, pela grandiosa contribuição nesta pesquisa.

À amiga Elyne Vitório, pelo incentivo e apoio em todos os momentos.

À Maria Andressa, por me apresentar ao mundo da Linguística.

À amiga Ana Paula Nobre da Cunha, pelos emails enviados com palavras de apoio e carinho.

À querida Profa. Dra. Ruth França, pelo tratamento estatístico dos dados;

Aos amigos de estudos, em especial, Priscila Rufino, Gabriela Sóstenes, Jeylla Salomé, Fabriza Leite, Mércia Silviane, Selma Bezerra, Manu Albuquerque, Renata Livia, Almir, Alexandre, Elaine, pela amizade, sugestões e incentivo.

Aos funcionários da Pós, Erivaldo, Wesslen, Inês, Judson, pela atenção e informações.

A todos que contribuíram de alguma forma para a realização deste trabalho.

“Que a morte de tudo em que acredito
Não me tape os ouvidos e a boca
Porque metade de mim é o que eu grito
Mas a outra metade é silêncio.”

Oswaldo Montenegro, *Metade*

RESUMO

O câncer de mama (CM) é certamente uma das doenças mais temidas pelas mulheres, provavelmente por sua alta incidência e, sobretudo, pelo impacto emocional provocado pelo seu diagnóstico e tratamento. As mulheres que adoececem de CM passam por várias etapas como a descoberta, o tratamento medicamentoso, a quimio e radioterapia e a “mutilação”, que podem justificar a ocorrência de determinados aspectos prosódicos, entre eles a pausa, possivelmente relacionado às alterações emocionais presentes. A presente pesquisa tem como objetivo descrever o parâmetro prosódico da pausa que caracteriza a fala da paciente portadora de câncer de mama em três fases: descoberta (pré-cirúrgica), tratamento (pós-mastectomia) e de cura da doença ou F1, F2 e F3, respectivamente. Para esta pesquisa, nove mulheres portadoras do câncer de mama, com idades variando de 35 a 60 anos, foram convidadas individualmente a uma entrevista aberta com perguntas sobre sua história pessoal e patológica. As entrevistas ocorreram em ambientes fechados e foram gravadas em um gravador digital e transcritas em sua íntegra. A análise e interpretação dos dados foram feitas a partir do *Praat*, que é um *software* de análise acústica, que foi seguido pelo estudo comparativo das variáveis observadas nas fases da doença. De acordo com os resultados obtidos, constatamos existir perfis de pausa característicos em cada fase da doença, motivados pelas alterações emocionais devido aos prejuízos causados pela doença em si e pelos tratamentos.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de mama; Pausa; Análise acústica

ABSTRACT

Breast cancer (BC) is certainly one of the most feared diseases in women, probably due to its high incidence and, especially, due to the emotional impact caused by its diagnosis and treatment. Women who get BC go through several stages, including diagnosis, drug therapy, chemotherapy and radiotherapy and "mutilation", which may explain the occurrence of certain prosodic features such as pause, possibly related to emotional changes. This study aims to describe the pause prosodic parameter that characterizes the speech of patients with breast cancer in three stages: (pre-surgical) diagnosis, treatment (after mastectomy) and healing of disease, or rather: F1, F2 and F3, respectively. For the study, nine women with breast cancer, aged from 35 to 60, were individually invited to an open interview with questions about their personal history and pathology. The interviews took place in an indoor environment and were recorded on a digital recorder and fully transcribed. The analysis and interpretation of data was conducted through the Praat program, a software for acoustic analysis, which was followed by a comparative study of the variables observed in the early stages of the disease. According to the results, we found out that there is a pause profile characteristic for each stage of the disease, motivated by emotional changes due to damage caused by the disease itself and its treatment.

KEY WORDS: Breast cancer; Pause; Acoustic analysis

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Tela do programa <i>Praat</i> ilustrando informante F2b na fala: “todo mundo que recebe uma notícia dessa tem que chorar eu chorei chorei muito ++ e +”	46
Figura 2: Espectrograma: amostra de pausa curta da informante F3a	57
Figura 3: Espectrograma: amostra de pausa longa da informante F1a	58
Figura 4: Espectrograma: amostra de pausa extensa da informante F1b	58
Figura 5: Espectrograma: amostra de pausa longa da informante F1b	62
Figura 6: Espectrograma: amostra de pausa longa da informante F2c	64
Figura 7: Espectrograma: amostra de pausa longa da informante F3a	66
Figura 8: Espectrograma: amostra de pausa curta da informante F1b	67
Figura 9: Espectrograma: amostra de pausa curta da informante F2b	67
Figura 10: Espectrograma: amostra de pausa curta da informante F3c	68
Figura 11: Espectrograma: amostra de pausa longa da informante F1b	69
Figura 12: Espectrograma: amostra de pausa extensa da informante F2c	70
Figura 13: Espectrograma: amostra de pausa curta da informante F1b	71
Figura 14: Espectrograma: amostra de pausa curta da informante F1a	72
Figura 15: Espectrograma: amostra de pausa longa da informante F1a	73
Figura 16: Espectrograma: amostra de pausa extensa da informante F1b	74
Figura 17: Espectrograma: amostra de pausa curta da informante F2c	76
Figura 18: Espectrograma: amostra de pausa curta da informante F2a	77
Figura 19: Espectrograma: amostra de pausa longa da informante F2b	77
Figura 20: Espectrograma: amostra de pausa longa da informante F2c	78
Figura 21: Espectrograma: amostra de pausa extensa da informante F2c	79
Figura 22: Espectrograma: amostra de pausa extensa da informante F2a	80
Figura 23: Espectrograma: amostra de pausa curta da informante F3a	82
Figura 24: Espectrograma: amostra de pausa curta da informante F3c	82
Figura 25: Espectrograma: amostra de pausa longa da informante F3c	83
Figura 26: Espectrograma: amostra de pausa longa da informante F3b	84
Figura 27: Espectrograma: amostra de pausa extensa da informante F3b	85
Figura 28: Espectrograma: amostra de pausa extensa da informante F3c	85

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: número de pausas quanto à sua característica acústica de duração encontrado em todo nosso <i>corpus</i>	56
Gráfico 2: percentual de pausas quanto à sua característica acústica de duração encontrado em todo nosso <i>corpus</i>	57
Gráfico 3: número de pausas quanto à sua característica acústica de duração encontrado em cada fase da doença	59
Gráfico 4: percentual de pausas quanto à sua característica acústica de duração encontrado em cada fase da doença	60
Gráfico 5: número de pausas quanto à sua característica acústica de duração na F1	61
Gráfico 6: percentual de pausas quanto à sua característica acústica de duração na F1	61
Gráfico 7: número de pausas quanto à sua característica acústica de duração na F2	63
Gráfico 8: percentual de pausas quanto à sua característica acústica de duração na F2	63
Gráfico 9: número de pausas quanto à sua característica acústica de duração na F3	65
Gráfico 10: percentual de pausas quanto à sua característica acústica de duração na F3	65
Gráfico 11: percentual de pausa curta distribuído por fase da doença	66
Gráfico 12: percentual de pausa longa distribuído por fase da doença	68
Gráfico 13: percentual de pausa extensa distribuído por fase da doença	69

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: idade das informantes e tipo de tratamento – F1	49
Tabela 2: idade das informantes e tipo de tratamento – F2	50
Tabela 3: idade das informantes em fase de controle da doença – F3	51
Tabela 4: número total de pausas e suas características acústicas de duração encontrados em nosso <i>corpus</i>	56
Tabela 5: distribuição das pausas segundo sua ocorrência e características de duração por fase da doença	59
Tabela 6: número e percentual de pausas na F1	60
Tabela 7: número e percentual de pausas na F2	62
Tabela 8: número e percentual de pausas na F3	64

LISTA DE ABREVIATURAS

CM	Câncer de Mama
F1	Fase de descoberta do câncer de mama
F2	Fase de tratamento do câncer de mama
F3	Fase de cura do câncer de mama
INCA	Instituto Nacional do Câncer
ms	milissegundos
MS	Ministério da Saúde
N	Número
ONG	Organização Não Governamental
PPGLL	Programa de Pós-Graduação em Letras e Linguística
SBM	Sociedade Brasileira de Mastologia
TNM	Tumor-Nodos-Metástases
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UICC	União Internacional Contra o Câncer

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO 1: CÂNCER DE MAMA	19
1.1 Breve histórico e descrição	19
1.2 Implicações do câncer de mama e de seus tratamentos no estado emocional	24
1.3 Emoção	31
1.3.1 Fala e emoção	34
CAPÍTULO 2: PROSÓDIA	36
2.1 Breve incursão histórica sobre a prosódia	36
2.1.1 Delimitação e funções da prosódia	37
2.2 Pausa	40
2.3 Análise acústica	45
CAPÍTULO 3: METODOLOGIA	48
3.1 Amostra	48
3.2 Procedimentos de seleção da amostra	49
3.2.1 A seleção das informantes na fase de descoberta – F1	49
3.2.2 A seleção das informantes na fase de tratamento – F2	50
3.2.3 A seleção das informantes na fase de cura – F3	50
3.2.4 Aspectos éticos	51
3.3 Procedimentos de coleta de dados	51
3.3.1 Local da coleta de dados	51
3.3.2 Aplicação dos procedimentos para a coleta de dados	52
3.3.3 Equipamentos	53
3.4 Parâmetro de análise	53
3.4.1 Pausa	53
CAPÍTULO 4: ANÁLISE E DISCUSSÃO	55
4.1 Padrão geral da ocorrência das pausas (todas as pausas de todas as informantes)	55
4.2 Distribuição das pausas segundo a fase da doença	58
4.2.1 Ocorrência das pausas e característica acústica de duração na F1	60

4.2.2 Ocorrência das pausas e característica acústicas de duração na F2	62
4.2.3 Ocorrência das pausas e características acústicas de duração na F3	64
4.3 Resultados obtidos a partir da comparação da pausa em todas as fases da doença	66
4.3.1 Resultados obtidos a partir da comparação da pausa curta em todas as fases da doença	66
4.3.2 Resultados obtidos a partir da comparação da pausa longa em todas as fases da doença	68
4.3.3 Resultados obtidos a partir da comparação da pausa extensa em todas as fases da doença	69
4.4 Caracterização da pausa conforme a fase do CM	70
4.4.1 Características da pausa na F1	71
4.4.2 Características da pausa na F2	76
4.4.3 Características da pausa na F3	
81	
CONCLUSÃO	88
REFERÊNCIAS	91
ANEXOS	97
Anexo A – Parecer do comitê de ética e pesquisa	98
Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	99
Anexo C – Autorização institucional	
100	

INTRODUÇÃO

O câncer de mama (CM) é a segunda neoplasia maligna de maior incidência entre as mulheres brasileiras, assim como uma causa relevante de mortes por câncer no Brasil. As pacientes portadoras de câncer de mama passam por várias etapas no processo de adoecimento: a descoberta da doença, que envolve períodos de intenso medo e ansiedade ligados à ideia de morte; a fase de tratamento cirúrgico, em que ocorrem as perdas ligadas à imagem corporal e a fase de cura, em que sendo o tratamento bem sucedido, a mulher ainda passa anos em período de observação clínica para ter certeza de que não houve retorno da doença no próprio local ou em outras partes do corpo.

As repercussões da doença e dos seus tratamentos no estado emocional da paciente são uma das maiores preocupações quando nos referimos a câncer de mama, em que sentimentos de inferioridade, de culpa, de abandono, se unem aos estados de aflição e tristeza, provocando um impacto devastador na vida da mulher, desde o momento da descoberta e durante todo o tratamento.

O interesse pelo estudo do parâmetro prosódico da pausa se iniciou através de um trabalho desenvolvido com mulheres com CM, em atendimento psicoterápico, em que pudemos perceber que, na fala das pacientes, existia um contorno diferenciado em cada fase da doença, descoberta, tratamento e cura, carregado de emoção e sendo expressado através da prosódia, mais especificadamente por suas pausas, um possível parâmetro a ser analisado. A pausa é um representante prosódico de grande importância na estruturação temporal da fala, tanto pela sua ocorrência como pela sua duração e confere significação às escolhas feitas pelo falante.

Este fato gerou na pesquisadora o interesse em analisar as ocorrências e a duração das pausas presentes na fala da paciente portadora de CM nas etapas de descoberta (pré-cirúrgica, F1), tratamento (cirúrgico, F2) e cura (controle da doença no organismo, F3).

Como objetivo geral, temos o propósito de analisar o parâmetro prosódico da pausa relacionado às diferentes fases da doença e a sua relação com a saúde física e emocional das mulheres.

Como objetivos mais específicos, buscamos comparar as características de pausa das mulheres estudadas, em cada fase da doença, e descrever um perfil de pausa característico das

alterações emocionais presentes nas fases descritas. Para tanto, a análise partiu da hipótese de que existe um perfil de pausa que caracteriza cada etapa da doença.

Podemos enxergar a presente pesquisa como pioneira na UFAL e com grandes possibilidades de desbravar áreas de pesquisa e atuação psicológica com enfoque na linguagem junto à equipe de mastectomia, tendo em vista o escasso material bibliográfico sobre o tema, bem como o interesse demonstrado por pessoas ligadas à área de saúde sobre o tema, quando do levantamento de dados para a realização da pesquisa.

Nosso trabalho é composto por quatro capítulos, conforme exposto a seguir.

No primeiro deles, descrevemos os estudos relacionados ao CM, assim como os trabalhos que analisam as implicações da doença e dos seus tratamentos no estado emocional da mulher, como também apresentamos os estudos clássicos e os atuais sobre a emoção e sobre fala e emoção para uma compreensão mais profunda do fenômeno.

No segundo capítulo, fazemos uma discussão sobre a prosódia, apresentando o conceito utilizado na pesquisa, falamos também sobre as funções da prosódia e os trabalhos que analisaram os variados parâmetros prosódicos na expressão da emoção. Apresentamos o parâmetro prosódico da pausa e a relação desta com o estado emocional do falante. Por fim, apresentamos uma breve exposição sobre análise acústica.

Já o terceiro capítulo é dedicado aos procedimentos metodológicos que subjazem a esta pesquisa, tanto na coleta como na análise dos dados, ou seja, a descrição do *corpus* do estudo e os métodos empregados no levantamento e análise dos dados.

No quarto capítulo, apresentamos, em um primeiro momento, dados mais centrados em valores quantitativos e percentuais; e em um segundo, buscamos associar os dados coletados aos aspectos emocionais apresentados em cada etapa da doença. Destacamos, por fim, as principais contribuições de nossa pesquisa.

CAPÍTULO 1: CÂNCER DE MAMA

Neste capítulo, apresentamos uma revisão da literatura, por meio da qual buscamos suporte teórico para nossas hipóteses. Iniciamos com uma descrição sobre o CM e os aspectos emocionais relacionados a este estado. Em seguida, passamos à definição de emoção e ainda à apresentação de alguns estudos que analisam as características da emoção na fala para que, de alguma forma, possam contribuir para uma compreensão aprofundada do comportamento da pausa na fala das mulheres com CM.

1.1 Breve histórico e descrição

O termo câncer advém do grego *karkinos* e do latim *cancer*, significando ‘caranguejo’ devido à similaridade entre as veias inturgescidas de um tumor e as pernas do animal, como também pela sua agressividade, imprevisibilidade e capacidade de aprisionamento (SONTAG, 1984). Segundo Zecchin (2004, p.53), o câncer foi encontrado em múmias de origem pré-colombianas e egípcias. Tais achados nos revelam que a preocupação com a doença vem desde a antiguidade e com o CM mais especificamente, como pode ser lido em papiros egípcios, datados de 2.500 a.C. que o descrevem como uma mama fria ao toque com um tumor protuberante e representa uma doença a qual não existia cura (DIAS, 1994).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), câncer é um termo técnico que é dado a mais de cem doenças que apresentam um crescimento desordenado (maligno) de suas células, que com o tempo, podem invadir a corrente sanguínea e migrar para outros tecidos ou órgãos próximos ou distantes, o que vai caracterizar o processo de metástase. Nas mamas, as células cancerosas multiplicam-se rapidamente, com agressividade e descontrole, determinando a formação da chamada neoplasia maligna ou tumor. Os primeiros sintomas do CM são detectáveis, na maioria das vezes, no exame local e em alguns casos pela própria mulher, apalpando um nódulo no seio com consistência sólida, com ou sem dor, de pouca mobilidade e comprometimento nítido na pele.

No Brasil, acreditamos que o CM é o tipo mais temido pelas mulheres, devido à sua incidência e ao elevado índice de mortalidade. Os números do Ministério da Saúde (2010) nos mostram que, no período de 1990 a 2007, a taxa de mortalidade por CM elevou-se de 17,4 para 19,0 por 100 mil mulheres de 30 a 69 anos, o que representa um aumento de 9,2%,

enquanto se manteve estável, entre 8,5 e 8,7 óbitos por 100 mil mulheres na mesma faixa etária, em casos de câncer de colo de útero.

Figueira Filho (1998) e Zecchin (2004) afirmam que, os fatores de risco da doença podem estar relacionados ao estilo de vida atual das mulheres, como: a idade avançada da primeira gestação, a nuliparidade (nunca ter tido filho), bem como a menarca precoce, a menopausa tardia (instalada após os 50 anos), a obesidade, o tabagismo, a ingestão de álcool e a exposição à radiação ionizante antes dos 35 anos de idade. Além desses citados, outro de muita relevância está ligado ao histórico familiar e, portanto, ligado ao fator genético, em que mulheres com o diagnóstico de CM na família têm maior risco de desenvolverem a doença e quanto mais próximo for o grau de parentesco, maior a possibilidade de desenvolvimento desse câncer. Sendo sua causa ainda desconhecida.

Há alguns anos, a incidência em mulheres na faixa etária dos 35 anos era relativamente rara, sendo um tipo de tumor associado às mulheres de uma idade mais avançada. No entanto, os diagnósticos atuais nos revelam a sua incidência em pacientes cada vez mais jovens, a partir dos 30 anos (FIGUEIRA FILHO, 1998; CALHOUN; GIULIANO, 2008).

Segundo Montoro (1984), o método diagnóstico mais eficaz na detecção precoce da doença é a mamografia. A primeira descrição sobre a mamografia foi feita por Solomon, na Alemanha, em 1913, porém só foi considerado um método importante na propedêutica mamária em 1956 (BARUFFI, 1985). Esse exame consiste em um raio-x da mama, a radiação deixa impressa a imagem do seio em um filme e possibilita descobrir o tumor ainda milimétrico, permitindo um tratamento compatível com elevado nível de cura e longa sobrevida das pacientes.

A precisão do diagnóstico é fundamental para o tratamento mais adequado e com melhores resultados, para isso é importante o conhecimento da biologia do câncer, desde a sua gênese até a sua invasão e disseminação (FIGUEIRA FILHO, 1998). Os linfonodos axilares são em geral reconhecidos como o sinal detectável mais precoce de disseminação da doença, no entanto, como afirmam Simões e Rotstein (1982) existe a possibilidade do surgimento de implantes cancerígenos nestes linfonodos, sem a presença de tumor palpável (lesão localizada no prolongamento axilar da mama).

Montoro (1984) afirma que a União Internacional Contra o Câncer – UICC apresentou, em 1974, uma classificação dos tumores da mama baseada no sistema TNM

(tumor-nodos-metástases).¹ Esse estadiamento serve de base para que o cirurgião: planeje sua conduta, estabeleça o prognóstico, auxilie na avaliação dos resultados do tratamento, além de relevante contribuição para a pesquisa sobre o CM, dentre outros.

Com base nos símbolos TNM, Montoro (1984) apresenta, resumidamente, as neoplasias da mama em quatro estádios descritos pela UICC:

I – tumor restrito à mama (quando tumor tem até 2 cm);

II – tumor de crescimento locorregional à axila (tumor de 2 a 5 cm com extensão do tumor aos gânglios linfáticos);

III – tumor localmente avançado (tumores de mais de 5 cm com extensão aos gânglios linfáticos);

IV – tumor de qualquer dimensão com extensão direta à parede torácica, pele, ossos, fígado, pulmão, ovários e outras partes do corpo.

Tendo como referência esse estadiamento dos tumores, observamos que, na maioria dos casos, a descoberta do tumor ocorre quando a doença já está em estádios avançados (III e IV). Figueira Filho (1998) afirma que, nos países em desenvolvimento, cerca de 50% a 60% dos casos de câncer de mama somente são detectados quando o tumor já se encontra nesses estádios, havendo a necessidade das mulheres serem submetidas à mastectomia.

A mastectomia radical foi descrita em 1894 por Willian Halsted, sendo a primeira abordagem racional para o tratamento do CM e consiste na retirada em monobloco da mama, dos músculos peitorais (grande e pequeno) e excisão dos gânglios linfáticos da axila (esvaziamento axilar). No decorrer do século XX, essa técnica sofreu algumas modificações e extensões, o que resultou na chamada mastectomia radical modificada, que preserva o músculo peitoral maior e excisão cutânea menos extensa. Para Calhoun e Giuliano (2008), esse procedimento cirúrgico representa melhores resultados estéticos e a possibilidade de reconstrução mamária, afirmam também que, em países desenvolvidos como os Estados Unidos, essa técnica passou a substituir a mastectomia radical.

Nos casos em que a doença é diagnosticada precocemente, os tratamentos cirúrgicos mutiladores perdem terreno para os de conservação da mama. Segundo Figueira Filho (1998) a técnica conservadora passou a ser definitivamente considerada após os resultados obtidos

¹ Na classificação TNM, o (T) refere-se à dimensão e extensão do tumor, (N) ausência ou presença de tumor à axila e (M) evidência de doença sistêmica ou metastática (mudança de forma ou de local do tumor). Na indicação da extensão da doença, são adicionados os números 0, 1, 2, 3 e 4 aos três componentes (MONTORO, 1984).

por Veronesi e seus colaboradores em um estudo realizado no Instituto Nacional de Tumores de Milão em 1981. O estudo comparativo observou que pacientes com tumores de até 2 cm submetidas à técnica cirúrgica quadrantectomia seguida de radioterapia obtinham os resultados idênticos aos da mastectomia radical (GEBRIN et al., 2005).

A quadrantectomia é o procedimento de retirada do quadrante mamário onde se encontra o tumor, com margens de segurança, junto com parte significativa da pele e fáscia muscular. Montoro (1984) afirma que é sempre apropriado executar a dissecação axilar mesmo nos casos iniciais da doença, pois existe o risco de comprometimento linfático regional. Atualmente, a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) passou a incluir para essa técnica, em consenso, os tumores de até 3 cm, dependendo do tamanho da mama. Já os tumores acima de 3 cm, as cirurgias de preservação da mama são contraindicadas, devido aos altos índices de recidivas locais (GEBRIN et al., 2005). A técnica cirúrgica conservadora indicada nos casos de tumores bem pequenos é a tumorectomia, sendo “particularmente útil para pacientes com lesão primária menor de 2 cm, sem evidência de comprometimento da pele ou de estruturas subjacentes ao tecido mamário” (MONTORO, 1984, p. 116) e consiste na retirada de todo o tumor com margens livres.

Alguns autores confirmam que, mesmo com a retirada do tumor, muitas vezes são necessários tratamentos adjuvantes (MONTORO, 1984; ROTSTEIN, 1989; FIGUEIRA FILHO, 1998; CALHOUN; GIULIANO, 2008), entre eles, a radioterapia, a quimioterapia e a hormonioterapia. O tratamento radioterápico consiste em aplicar irradiações de ondas de energia originadas de material radioativo, tendo como finalidade o bloqueio da capacidade proliferativa das células neoplásicas, “em muitas pacientes, o controle local e regional do câncer de mama é atingido apenas com cirurgia e radioterapia” (CALHOUN; GIULIANO, 2008, p. 1188). Na quimioterapia, são aplicadas uma ou mais substâncias químicas que objetivam a eliminação ou redução parcial do tumor em estádios iniciais, diminuir a incidência de metástases à distância após a cirurgia e função paliativa quando a doença já está disseminada (FIGUEIRA FILHO, 1998). Na hormonioterapia, nos casos em que a doença responde aos hormônios (sensibilidade ao estrogênio e à progesterona), a manipulação hormonal com *tamoxifeno* usado isoladamente ou associada à quimioterapia, proporciona benefícios relevantes, tanto antes quanto depois da menopausa, reduzindo a recorrência da doença e o risco anual de morte (CALHOUN; GIULIANO, 2008).

Embora os tratamentos se encontrem cada vez mais modernos e eficazes, com o intuito de curar e/ou melhorar a qualidade de vida das mulheres, esses mesmos tratamentos apresentam os mais variados efeitos colaterais o que, conseqüentemente, podem provocar a

debilidade física da mulher. A esse respeito Abeloff et al. (2000) afirmam que, no tratamento quimioterápico ocorre a perda de peso, náuseas, vômitos, alopecia (queda do cabelo), fraqueza e dor muscular. Na radioterapia, geralmente acontecem reações na pele, como vermelhidão, coceiras, queimadura na região em que está sendo aplicada, assim como fadiga e alterações do apetite. Já na hormonioterapia podem surgir menopausa ou andropausa precoce, ressecamento vaginal, ganho de peso, infecções genitais, dores musculares e articulares, náuseas, alteração da pele e pêlos.

As implicações da cirurgia, imediatamente ou tardiamente, podem aparecer com algumas morbidades, como as que acontecem no membro superior e nos lados homolaterais à cirurgia, as mais frequentes são: alterações de sensibilidade no local da cirurgia e no braço do local operado, retrações de músculos e tendões, edema e linfedema, variados graus de fibrose, diminuição da amplitude de movimento do braço do lado da cirurgia e dor crônica.

A dor e os espasmos na região cervical podem aparecer como resultado da defesa do músculo após o procedimento cirúrgico. Além disso, os músculos dessa região podem ficar sensíveis ao toque, assim limitando a movimentação do ombro. A disfunção do ombro também pode surgir ou ser agravada pelo procedimento cirúrgico na região da axila, bem como pelo tratamento radioterápico (causador de fibrose, úlceras na pele, necrose óssea) ou pela imobilização da articulação por um tempo prolongado após a cirurgia (BARACHO, 2007). A diminuição da amplitude do ombro pode causar danos em atividades diárias comuns da mulher, como vestir roupas pela cabeça, abotoar o sutiã e fechar o zíper na parte traseira das roupas.

O edema ou inchaço ocorrido geralmente após a cirurgia que pode ser na mama, no braço do lado da cirurgia ou no tórax aparece devido a trauma provocado pelo procedimento cirúrgico. Já o linfedema é causado pela deficiência da drenagem do sistema linfático, que resulta no acúmulo anormal de líquido (composto por proteína) na região, provocando dores, risco de infecções, alterações na sensibilidade, e poderá surgir em qualquer época após a cirurgia. Além desses desconfortos, o aumento do volume do membro acaba sendo um fator de intenso sofrimento psíquico. Sobre o linfedema nos membros superiores, Baracho (2007) afirma que a mão e o braço desfigurados são, para a mulher, uma lembrança constante do seu processo de adoecimento, tendo como consequência uma queda na sua qualidade de vida, diminuição das atividades físicas e o abandono das atividades prazerosas.

O estudo de Ferreira (2009), sobre a localização da dor crônica em 30 mulheres submetidas ao tratamento do câncer de mama, aponta que a região torácica superior, o braço entre a linha do cotovelo e a altura axilar são os locais do corpo mais escolhidos pelas

voluntárias na identificação da dor. A maioria das voluntárias relata que a dor teve início após o procedimento cirúrgico, com frequência diária e constante, interferindo no sono e no humor.

Essas morbidades tanto comprometem o bem-estar físico como toda qualidade de vida das mulheres, os problemas típicos apresentados após a cirurgia podem englobar desde a perda de movimentos para atividades da vida cotidiana até problemas com outras doenças, dificultando muitas vezes o processo de reabilitação. No entanto, nesse tipo de câncer, os maiores prejuízos aparecem significativamente ligados à área emocional, com um efeito profundo sobre a vida e os relacionamentos pessoais da mulher, repercutindo na sua autoestima, na imagem que tem de seu corpo e na identidade feminina. Assim, a atenção dada à área emocional da mulher com CM é algo imprescindível, sendo essa uma das preocupações desta pesquisa, quando observamos o comportamento da pausa na fala de cada uma dessas mulheres.

1.2 Implicações do câncer de mama e de seus tratamentos no estado emocional

As doenças graves são frequentemente imprevisíveis e consideradas eventos causadores de intenso sofrimento psíquico. O CM é uma dessas enfermidades em que o diagnóstico causa, na maioria das vezes, uma desestruturação na vida da mulher e comprometimentos significativos em seu estado emocional. Ela passa a conviver com temor e o medo que a doença imprime, com a possibilidade de mutilação da mama e das desfigurações de partes do corpo ocorridas devido ao tratamento, além do medo de morrer e das perdas significativas nas diversas esferas da vida, como família, trabalho e lazer.

Para a maioria delas, os momentos que antecedem o diagnóstico já são vivenciados como momentos de intensa angústia, justamente pela dúvida e o medo quando na realização do autoexame é detectado algum nódulo ou alguma alteração na mama. Mas, é na confirmação do diagnóstico de CM, que vários sentimentos emergem, como a raiva, o medo, a angústia e a tristeza.

Corbellini (2001), ao realizar uma pesquisa com oito mulheres portadoras de CM em fase de diagnóstico, tendo como objetivo compreender as vivências no processo de descoberta da doença, aponta que as informantes relatam que suas reações foram de sofrimento, desespero e inconformidade com a situação. Podendo ser observadas nos exemplos do *corpus* da pesquisadora:

(01) Quando soube do câncer de mama, no primeiro momento, fiquei apavorada. Recebi o resultado da biópsia e tive a impressão que o mundo tinha desabado por cima de mim, que a vida tinha sido injusta comigo.²

(02) Eu chorei, gritei, queria agredir o médico. Meu namorado estava comigo e ele ficou chocado, pois a única coisa que eu sentia era a sensação de injustiça ... injustiça, injustiça, injustiça, revolta, raiva e uma coisa que eu não tinha sentido antes ..., o medo de morrer.

Da mesma maneira, encontramos reações de intenso sofrimento nas informantes de nosso *corpus*, no momento da confirmação do diagnóstico de CM:

(03) Aí deu que era maligno ++ eu fiquei tão triste ++ foi muito triste a gente sente uma tristeza muito grande ++ (F2c)^{3 4}

(04) Quando eu descobri que eu tava com câncer + eu 'fi' eu fiquei eu chorava assim até o dia dessa da minha biópsia eu passava só chorando chorava muito só chorava (F1b)

Os estudos de Simonton et al. (1987 *apud* CORBELLINI, 2001) pontuam que, no momento do diagnóstico as mulheres geralmente choram muito e pensam na morte, na perda da saúde e da vitalidade. Este passa a ser o momento em que a mulher se confronta com a sua finitude e sente muito medo. Para Kastenbaum e Aisenberg (1983, p. 42) o medo é a mais típica ou a mais importante resposta psicológica à morte. O medo e a ansiedade são as

² Exemplos retirados de Corbellini (2001, p. 51)

³ Os códigos apresentados entre parênteses, após os exemplos, referem-se às seguintes orientações de ordenação dos dados: A letra F representa a fase do câncer. O número 1 representa as informantes na fase de descoberta da doença, o número 2 corresponde à fase de tratamento e o número 3 representa a fase de cura do câncer. As letras a, b e c foram atribuídas a diferentes informantes de uma mesma fase. Por exemplo, a codificação (F1b) representa uma das informantes da fase de descoberta da doença. A codificação mais detalhada será tratada adiante, no capítulo metodologia.

⁴ Representamos as pausas nos trechos selecionados da seguinte maneira: “-” para pausas curtas, “+” utilizaremos para as pausas longas e “++” para as pausas extensas.

primeiras reações subsequentes ao diagnóstico, é natural que diante da descoberta da doença a mulher vivencie um estado de crise emocional, como revela o fragmento da fala de nossa informante:

(05) Mas quando eu descobri que tava com câncer ++ meu deus ++ eu só chorava + só chorava + pensei que – pensei que ia morrer ++ pensei que ia deixar meus filhos pensava muito nos meus filho + (F1b)

O fato de saber que algo importante e grave está acontecendo em seu corpo faz com que a aceitação da doença seja algo terrível e doloroso, principalmente pela possibilidade da perda da mama e mutilação da imagem corporal. Uma vez que, para a maioria das mulheres, as mamas simbolizam a identidade corporal, sentimento de autoestima, conotação estético-erótica do papel feminino ligado à sedução e maternidade (WANDERLEY, 1994; GIMENES, 2000; ZECCHIN, 2004). A importância atribuída à mama pode ser observada no exemplo abaixo, retirado do *corpus* de Ferreira e Mamede (2003):

(06) Na mama a gente nunca pensa e, quando perde, parece que perde o corpo todo, aí a gente se conscientiza da importância dela para o corpo.⁵

Nessa etapa, elas também passam a conviver com o medo do estigma do câncer, já que muitas pessoas costumam relacionar o tumor maligno com doença fatal (MORAES, 1994) e com o receio de se sentirem rejeitadas na sua condição de doente. A esse respeito, Chiattonne (2004) pontua que muitas pacientes relatam com imenso sofrimento, o afastamento de familiares e amigos ao terem conhecimento do diagnóstico da doença. O afastamento e isolamento dos familiares e amigos geram na mulher sentimentos de solidão, de abandono e contribuem para o estabelecimento da associação de câncer com sofrimento e morte. A informante de nosso *corpus* fala sobre a importância do apoio e compreensão da família:

⁵ Exemplo retirado de Ferreira e Mamede (2003, p. 302).

(07) Eu posso dizer que é muito difícil pra quem tá passando por isso que não tem apoio porque eu não tive muito esse apoio + e eu acho importante o apoio ++ (F3b)

A doença passa a ser um evento severamente estressante ocasionando uma ruptura na sua realidade cotidiana e em que uma série de adaptações tem que ser feitas, seus hábitos anteriores são modificados frente à realidade da doença e do tratamento, e, sendo um acontecimento inesperado, quebra a linha de continuidade de sua vida, das funções desempenhadas por ela na sociedade, da previsibilidade que guardava do seu futuro e de sua vida tomar um rumo diferente do que poderia imaginar, modificando a sua relação com trabalho, lazer, familiares e vida social (VENÂNCIO, 2004, p. 56). Algumas dessas modificações na vida da mulher podem ser observadas no exemplo abaixo de nosso *corpus*:

(08) por causa do sol né? + que num pode pegar sol ++ sair com meu marido + acompanhava ele na cerveja dele hoje eu não bebo mais + tudo isso né? ++ mais é difícil descobrir que tem uma doença dessa ++ difícil (F1b)

A mulher passa a ser obrigada a manter-se ligada ao hospital ou ambulatório devido ao tratamento rigoroso. Dentre eles, o processo quimioterápico é o que mais causa impacto justamente pela alopecia (perda do cabelo), vivenciada muitas vezes como uma das perdas mais dolorosas enfrentadas nesse processo. A quimioterapia exterioriza o adoecimento, deixando-o mais aparente, o que causa uma desestrutura na avaliação afetiva consigo e com a sua imagem. Conforme afirma Zecchin (2004, p. 29), há um forte vínculo estabelecido entre a psique e o corpo, este último vivido como morada da psique e os dois caminham juntos.

Alguns estudos confirmam que o paciente com câncer tem em seu histórico uma vida marcada por perdas, fracassos e desistência. Como observa Leshan (1992), em sua longa experiência com pacientes com câncer, que os sentimentos de solidão e desespero já estariam presentes na vida dessas pessoas desde a juventude, estabelecendo relações interpessoais de características difíceis.

Paiva e Silva (1994) apontam um estudo realizado por um grupo de pesquisadores em Chicago, em que descrevem características de personalidade das mulheres portadoras de CM diferenciando-as daquelas portadoras de outros tipos de câncer. A pesquisa feita com 40

mulheres com diagnóstico de tumor maligno na mama descreve características especiais de sua personalidade como: dificuldade de expressar emoções, a raiva, o ódio, a agressão, mas sempre demonstrando um semblante de satisfação; caráter masoquista; conflitos hostis com a mãe, embora houvesse real sacrifício no relacionamento e retardo no tratamento.

Carvalho (1994) pontua que uma pesquisa realizada por um grupo de pesquisadores franceses encontra ligações entre alguns fatores psicológicos e o risco de CM. Os estudiosos analisaram 77 mulheres entre 35 e 65 anos, todas portadoras de algum tumor na mama sem o diagnóstico de malignidade. As participantes foram submetidas a uma avaliação psicossomática por meio de uma entrevista adequada, só então as pacientes foram submetidas à mamografia e estudos histológicos e estatísticos. As características mentais como elemento de risco foram angústia difusa, excessiva autoestima, lutos antigos e atuais não resolvidos foram as mais presentes. Nos grupos em que as pacientes apresentaram as características citadas, todas receberam diagnóstico de malignidade, já no grupo que não apresentou tais características, nenhuma apresentou malignidade.

Chiattonne (2004) confirma que histórias de vida marcadas por perdas, falta de esperança, desistência e desânimo são extremamente comuns na avaliação de pacientes portadoras de câncer. Na maioria dos casos, são mulheres que vivem com a constante sensação de que jamais terão oportunidade ou coragem para fazer o que lhes dá prazer ou ser o que realmente desejam. Afirma ainda que nessas pacientes a atitude como a de desistência pode se apresentar de duas formas distintas: desamparo e desespero. Os sentimentos relacionados ao desespero são precedidos por vergonha e culpa. Podemos observar o comportamento da pausa, no exemplo apresentado em nosso *corpus*, em que a informante revela a culpa em ocultar os sintomas da doença e não procurar o tratamento especializado rapidamente:

(09) Quando eu ++ eu de mim mesma eu sabendo que mais ou menos o caso que era + eu num quis ajuda ++ eu fiquei sem querer ajuda fiquei o pessoal percebia que eu tinha alguma coisa eu dizia não tenho nada não tenho nada + mais eu sabendo que tinha (F1a)

As dificuldades enfrentadas aparecem em todo o processo de adoecimento, sendo necessárias várias elaborações psíquicas o que geralmente acaba exigindo muito da sua

estrutura emocional que, frequentemente, não se encontra preparada para tantos desafios. O principal deles está relacionado ao tratamento em que, na maioria dos casos, é indicada a retirada da mama e esse processo costuma comprometer em variados níveis a autoestima, a imagem corporal e a identidade como mulher. A mama é um órgão singularmente marcado por características singulares na vida da mulher adulta em relação à sexualidade, sensualidade, maternidade e no todo da identidade feminina (ZECCHIN, 2004, p. 120).

Diante desse valor que as mamas representam, os estudiosos da área têm se preocupado cada vez mais com o processo de retirada da mama e percepção da mulher com o próprio corpo após a mastectomia. Wanderley (1994) afirma que, após a amputação da mama, as mulheres acabam tendo sentimentos variados a respeito da própria imagem, uma vez que a cirurgia as deixa envergonhadas, mutiladas e sexualmente repulsivas. A esse respeito, Silva (2008, p. 236) acrescenta, que:

O sofrimento psicológico da mulher que passa pela circunstância de ser portadora de um câncer de mama e de ter de acolher um tratamento difícil [...] transcende ao sofrimento configurado pela doença em si. É um sofrimento que comporta representações e significados atribuídos à doença ao longo da história e da cultura e adentra as dimensões das propriedades do ser feminino, interferindo nas relações interpessoais, principalmente nas mais íntimas e básicas da mulher (SILVA, 2008, p. 236).

Ferreira e Mamede (2003), objetivando compreender como a mulher mastectomizada representa seu corpo nas relações consigo mesma, fizeram entrevistas durante fevereiro a julho de 1998 com dez mulheres que realizaram mastectomia, cirurgia conservadora ou quadrantectomia. Essa pesquisa foi composta por três fases: a coleta de dados no sétimo dia pós-alta e uma vez por mês nos primeiros quatro meses decorridos da cirurgia. Os resultados do estudo apontam que, após a cirurgia da mama, as mulheres preocupam-se com a vestimenta ou disfarces e com o braço homolateral à cirurgia. Representam seus corpos como mutilados com dor, limitação e impotência. Identificam o corpo atual como diferente e alterado, principalmente em situações em que se olham no espelho. As entrevistadas da pesquisa, em suas próprias palavras, revelam:

(10) Me sinto estranha, sinto falta da mama quando olho no espelho...; Quando a gente tira a roupa e vê que está sem mama, é duro.⁶

(11) Me sinto torta com dificuldades para andar. É duro porque fica visível; Me arrancaram a mama.

O conteúdo emocional se revela na fala, externando sua tristeza e outros sentimentos relacionados ao momento vivenciado. O comportamento da pausa pode ficar bastante evidente nesta fase. Já que sua imagem corporal se apresenta como estranha, um novo corpo, uma nova identidade, que a partir desse momento terá que ser elaborada. Para Zecchin (2004, p. 149), a perda do seio não se dará no momento da cirurgia, ela se realizará num longo processo de desapego. Uma das entrevistadas de nosso *corpus* descreve os seus sentimentos após a retirada da mama:

(12) Foi em setembro eu fiz isso em agosto dia dezenove de agosto quando foi em setembro eu fiz a mastectomia ++ eu nem a gente fica como se estivesse sonhando parece que num é verdade na vida da gente + (F2c)

Um outro problema enfrentado pela mulher que se submete ao tratamento para o CM, segundo Atkinson et al. (2002, p. 512), é o fato de que só poderá ter certeza se está curada ou não, depois de muitos anos. Todos os dias elas precisam se confrontar com a incerteza de um futuro possivelmente desastroso. O tempo livre da doença vai depender da resposta do organismo aos tratamentos.

Na fase de cura, em que ocorre o controle da doença no organismo, as preocupações se voltam para os exames feitos periodicamente, pois ainda existe nas mulheres o medo de recidiva da doença ou de metástases. Venâncio (2004) afirma que, mesmo com bons resultados obtidos através do tratamento, a vivência do CM, frequentemente, deixa marcas na vida dessas mulheres.

⁶ Exemplos retirados de Ferreira e Mamede (2003, p. 302).

Wanderley (1994) afirma que, dependendo do estágio clínico da doença, a saber, inicial, avançado e final, as pacientes com câncer mudam o seu padrão de comunicação, atitudes e sentimentos. No estágio inicial da doença, as pacientes conseguem falar sobre seu diagnóstico com o médico ou outra pessoa. No estágio avançado da doença, a paciente costuma evitar conversar sobre seu diagnóstico e procura evitar contato. Já no estágio final da doença, o silêncio passa a ser predominante.

A fala revela o estado emocional vivenciado em cada fase, apresentando perfis de comunicação. Para Wanderley (1994), na fase inicial da doença, existe uma predisposição para falar sobre os acontecimentos, um clima de otimismo, as mulheres encontram-se receptivas a conversa, emoções positivas estariam envolvidas. Segundo Murray (1986, p. 92), as emoções positivas envolvem sentimentos e reações de amor, alegria, prazer, felicidade. Scherer et al. (2003) observaram que em estados de felicidade o número e a duração das pausas são menores, assim como na raiva.

Já em estágios avançados, a paciente começa a evitar o tema câncer, as afirmações são veladas e esperanças cedem lugar ao medo. Poderia ser um momento de pausas longas, denunciando a preocupação e o medo com o estágio vivenciado. Para Viola (2008, p. 76), uma pausa longa pode indicar os medos e aflições, aquilo que não pode ser dito ou ouvido, momentos que envolvem hesitação, reflexão ou expectativa. Na mesma perspectiva, Scherer et al. (2003) afirmam que o número e a duração da pausa é maior no estado de tristeza.

As mulheres com CM atravessam uma fase difícil quando a doença se encontra em estágio avançado, os tratamentos tornam-se mais agressivos e a debilidade física se acentua, já que é necessário um aumento da medicação e a utilização de tratamentos conjugados.

Nos estágios finais da doença o silêncio predomina. A paciente terminal começa a conviver diariamente com a perspectiva da morte. Na proximidade de sua finitude as emoções sentidas começam a não encontrar mais lugar na fala. A emoção exerce importante influência na forma como as pessoas se comunicam.

1.3 Emoção

Para Murray (1986), as emoções são poderosas reações que exercem efeitos motivadores sobre o comportamento. Para o pesquisador, essas respostas fisiológicas e psicológicas influenciam em nossa percepção, aprendizagem e desempenho. Os estímulos

inatos, os aprendidos e os de situações sociais cada um deles é o responsável pelo despertar das emoções.

James (1905 apud DAMÁSIO, 1998), há mais de um século, argumentou que a natureza das emoções e dos sentimentos está relacionada, em grande parte, à experiência das mudanças corporais, ou seja, para ele a percepção das mudanças corporais, na realidade, era a própria experiência da emoção. O fisiologista dinamarquês Carl Lange propôs uma teoria, na mesma época, que se assemelhava muito com a de James, ficando, então, a teoria conhecida como a teoria James-Lange (ATKINSON et al., 2002). Para sustentar seus argumentos James, citado por Damásio (1998), afirma:

É-me muito difícil, se não mesmo impossível, pensar que espécie de emoção de medo restaria se não se verificasse a sensação de aceleração do ritmo cardíaco, de respiração suspensa, de tremura dos lábios e de pernas enfraquecidas, de pele arrepiada e de aperto no estômago. Poderá alguém imaginar o estado de raiva e não ver o peito em ebulição, o rosto congestionado, as narinas dilatadas, os dentes cerrados e o impulso para a ação vigorosa, mas, ao contrário, músculos flácidos, respiração calma e rosto plácido? (JAMES, 1905 apud DAMÁSIO, 1998, p. 158).

Segundo James (op. cit), determinado objeto que estimula certo instinto estimula também uma emoção, o que não é difícil de observar, por exemplo, nos casos em que o indivíduo é confrontado com a possibilidade de morrer e esse momento desperte uma importante resposta: o medo. As mulheres que são diagnosticadas com CM, em sua maioria, relatam que ao receber a notícia da confirmação da malignidade de seu tumor (GIMENES, 2000) tiveram medo de morrer, acompanhadas do medo de ficarem desfiguradas e do medo de perder a mama.

Para Damásio (1998), em seu livro *O Erro de Descartes: emoção, razão e cérebro humano*, a palavra emoção significa literalmente “movimento para fora”, em que a atividade emocional envolve uma série de reações fisiológicas: alterações no funcionamento das vísceras (coração, pulmão, intestino, pele), musculatura esquelética (ligada aos ossos) e glândulas endócrinas (como suprarrenais e pituitária), sistema imunológico e outros. O autor é um dos defensores da teoria de James-Lange, afirmando que James conseguiu captar, em sua época, ideias tão ousadas a respeito do corpo e sua relação direta com a emoção. Por outro lado, esse pesquisador também observa um certo vazio na perspectiva de James no que se refere às possíveis funções da emoção no processo cognitivo e no comportamento. Portanto, Damásio (1998) propõe que as emoções também podem ter um papel de orientação cognitiva.

Segundo Lazarus (1991), a *avaliação*, que é um processo cognitivo, na maioria das vezes, antecede os outros componentes, como a resposta fisiológica e o comportamento. As

avaliações cognitivas são responsáveis por determinar que tipo de emoção se esteja sentindo, bem como a intensidade com que serão vivenciadas.

Essa ordem dos componentes da emoção não é única para todos os autores, mas que, em qualquer caso, os componentes emocionais estão claramente integrados, uma mistura entre respostas psicológicas, cognitivas, fenômenos (biológicos, fisiológicos) e comportamentos complexos. Cada vez mais, os teóricos da emoção estão tendo esta visão sistêmica, concordando com a perspectiva de que os componentes de uma emoção possam ter influências recíprocas uns sobre os outros. Scherer (2005) defende a ideia da sincronização dos componentes corporais e cognitivos e que a emoção poderá ser um episódio que aparece como resposta a um estímulo tanto interno como externo.

Darwin ([1872] 2006)⁷ aponta a universalidade de algumas expressões emocionais. O pesquisador se apóia na ideia de que muitas de nossas emoções são padrões herdados comum aos homens e a outros animais e, além disso, exercem algum valor na sobrevivência da espécie. Para ele, muitas de nossas expressões são inatas e não aprendidas, já que se repetem em homens das mais variadas culturas.

Nos estudos do pesquisador, as expressões faciais são uma das formas de externalizar nossas emoções, nelas estão envolvidos processos de contrações musculares que evidenciam a emoção que estamos sentindo. A boca, a testa e os olhos são partes expressivas de nosso rosto que participam desse movimento. Na expressão de cólera, por exemplo, as sobrancelhas ficam mais baixas e se aproximam, os dentes aparecem e a respiração fica mais ofegante. Já na tristeza, teríamos uma respiração mais lenta com franzir de testa, olhar para baixo.

Além de comunicarmos as emoções pela expressão facial, também as comunicamos através da nossa fala, ou pelas variações que atribuímos. Para Atkinson et al. (2002, p. 425), as variações na fala são de altura, tempo e acento, sendo algumas dessas variações universais e específicas. Para Darwin ([1872] 2006), a evolução da comunicação da emoção na fala caminha paralelamente com a expressão facial, e as duas caminham juntas e são igualmente significativas.

Embora sabendo da importância das expressões faciais para o estudo da emoção, em nossa pesquisa, damos atenção especial a apenas um dos aspectos da expressividade do estado emocional, a pausa na fala.

⁷ Neste trabalho, usamos a versão portuguesa de *A expressão das emoções no homem e nos animais* (2006) de Darwin (1872) – *The expression of the emotions in man and animals*.

1.3.1 Fala e emoção

É fato que quando dizemos alguma coisa, o fazemos sempre com determinada emoção, utilizamos características específicas da fala, enfim nós a ‘personalizamos’, tanto daquilo que estamos sentindo ao emitir uma certa mensagem, como daquilo queremos que o receptor capte (PINKUS, 1988). A fala, além da função de transmissora de palavras, é um dos mais relevantes veículos de expressão da emoção e surge em resposta a determinadas vivências de caráter afetivo. A fala funciona como um feedback do nosso eu interior e é uma das representações mais intensas da personalidade, uma projeção significativa de como cada indivíduo se percebe no mundo.

A fala revela o grau de afetividade, interesse e principalmente o estado emocional em que o falante se encontra, quando se está feliz ou mesmo triste, com raiva ou em momentos de intenso estresse. Em situações de nossa vida em que nos deparamos com momentos de intensa angústia, tensão e preocupação, a fala também acompanha esses estados.

Nas mulheres com CM, observamos que as alterações mais significativas ocorrem em seu estado emocional, a doença traz consigo a perda da condição saudável e a mulher passa a conviver com os riscos de agravamento da doença e de morte. Isto faz com que ela viva constantemente a ameaça dessa situação, que representa um ataque não somente ao seu corpo, mas também ao seu psiquismo, e já que a fala representa um reflexo do eu interior, sua fala, na maioria das vezes, também reflete o caos interno em que ela se encontra. Sendo o estudo da expressão dessas emoções em sua fala de grande relevância para as áreas de pesquisa envolvidas com os estudos da fala.

Scherer (2003) aponta que o estudo da emoção na fala e o seu forte impacto sobre o ouvinte surge desde os tempos antigos, em que o uso estratégico da fala emocionada aparece em manuais gregos e romanos de retórica, como os de Aristóteles, Cícero e Quintiliano. O pesquisador afirma também que o interesse renovado nesse estudo se desencadeou no século XIX, com o surgimento da biologia evolutiva, com as pesquisas apresentadas por Darwin.

Em sua pesquisa, Darwin (2006) aponta que a fala apresenta diferentes expressividades desde a primeira infância. É provável que o homem antes de possuir a faculdade da linguagem tenha se comunicado por meio de sons, como os musicais, visto que a fala associada a alguma emoção pode apresentar um caráter de musicalidade.

Scherer (2003, p. 228) afirma que alguns estudos dos efeitos da emoção na fala se voltaram para o diagnóstico de distúrbios de ordem emocional, essas pesquisas foram feitas por psiquiatras que utilizaram o, até então, recém desenvolvido método de análise acústica.

Afirma também que linguistas e especialmente foneticistas descobriram a importância da informação pragmática na fala. O autor cita as pesquisas de Mahl e Schulze (1964), Trager (1958), Pittenger et al. (1960), além de Liberman e Michaels (1962) que utilizaram os mais sofisticados aparatos tecnológicos para estudar os efeitos da emoção na fala.

Mozziconacci e Hermes (1997), através de um estudo de análise e percepção de fala, analisaram possíveis padrões prosódicos empregados na expressão de algumas emoções. Os autores puderam observar que alguns desses padrões parecem ser mais característicos de certas emoções e menos característicos em outras.

Para Abelin e Allwood (2000), ainda são poucos os estudos prosódicos na expressão da emoção. No entanto, tem havido um crescente interesse nesta área com importantes contribuições, entre as quais as pesquisas de Fónagy (1967) e Williams e Stevens (1972). As outras pesquisas indicadas são as de Hadding-Koch (1961), em Sueco. Davitz e Davitz (1959), que fizeram um estudo sobre a interpretação das expressões emocionais e as diferenças significativas entre elas. Chung (1999) e Hayashi (1999) também são apontados por Abelin e Allwood. O primeiro, analisa a expressão da emoção na fala em coreano e da percepção desta pelos coreanos, americanos e franceses. O segundo, estuda como os falantes da língua japonesa interpretam emoções expressas no diálogo.

Para entender melhor as pesquisas sobre prosódia e emoção, dedicamos um capítulo ao tema. É através do estudo do parâmetro prosódico da pausa que iremos compreender o funcionamento da mesma na fala das pacientes das diversas etapas da doença, já que as alterações emocionais são marcantes em cada uma das etapas da doença, a saber, fase inicial, de tratamento e de cura.

CAPÍTULO 2: PROSÓDIA

Neste capítulo, apresentamos alguns aspectos históricos relacionados aos estudos prosódicos, destacando a perspectiva de algumas teorias linguísticas sobre os fenômenos prosódicos e em que bases se firmam o seu conceito nos dias atuais, com especial ênfase sobre o parâmetro prosódico da pausa. Apresentamos, também, uma breve introdução sobre análise acústica.

2.1 Breve incursão histórica sobre a prosódia

O estudo denominado prosódia não é de interesse recente, sua terminologia remonta dos povos gregos e hindus. Segundo Scarpa (1999), para os gregos, a palavra *prosódia* designava os traços da fala, acentos de tom ou acentos melódicos, que não eram representados pela ortografia. Séculos mais tarde, foram representados na escrita por símbolos ortográficos chamados prosódias, empreendendo, assim, uma diminuição do significado ao termo que denotava diferenças de duração e acento.

Lyons (1979) aponta que os gramáticos hindus deram uma atenção especial aos fenômenos prosódicos, pois estavam preocupados em manter intacta a exata pronúncia da língua dos antigos hinos religiosos, o sânscrito védico, e consideravam que as cerimônias hindus só tinham êxito com a fiel reprodução da pronúncia e da gramática. Esse objetivo tornou a classificação dos sons da fala feita pelos gramáticos hindus a mais minuciosa, mais fiel e mais firmemente baseada na observação e na experiência do que em qualquer outra realizada na Europa ou em qualquer outra parte. Essa preocupação fonética tornou os trabalhos linguísticos hindus superiores aos trabalhos feitos na época.

Aproximadamente no século XV, a partir da vinculação do acento à duração vocálica, o termo adquiriu o significado de ‘versificação’. E, seguindo a tradição da métrica greco-latina, o termo foi escolhido pelos teóricos literários como um de seus interesses, principalmente nos estudos da métrica poética, ritmo da prosa e da poesia.

2.1.1 Delimitação e funções da prosódia

Desde tempos antigos, o ser humano se comunica de diversas maneiras, seja através de gestos, do olhar, da expressão facial ou corporal, da fala e esta, certamente, é o principal meio de transmissão das informações contidas na mensagem. Na fala, os aspectos prosódicos são um dos responsáveis pela transmissão de informações acerca do estado emocional do falante, intenções e até mesmo características de personalidade (BOLINGER, 1986; CRYSTAL, 1969; HALLIDAY, 1970; PIKE, 1945), o que evidencia a importância da prosódia no processo comunicativo.

Nos estudos linguísticos, o termo prosódia envolve uma variedade de fenômenos que engloba os parâmetros de altura, duração, intensidade, pausa, velocidade de fala, assim como o estudo dos sistemas de tom, ritmo, acento e entoação (SCARPA, 1999). Essa definição de prosódia se apresenta bastante aceita entre os estudiosos, no entanto, existem autores que preferem a distinção entre prosódia e entoação. Kent e Read (1992), por exemplo, preferem utilizar o termo prosódia para os parâmetros de duração, intensidade e frequência fundamental, enquanto que a entoação, dentro da prosódia, se ocuparia das variações da melodia, ou seja, nas variações de frequência fundamental (F_0).

Sobre os elementos prosódicos, Cagliari (2003) afirma que não são adornos fonéticos da linguagem oral, mas uma das formas que a linguagem tem de obter significados, principalmente no nível do discurso, já que a prosódia atua como um sinal de como o interlocutor deve interpretar o que diz o falante. Para o autor, a prosódia se presta a uma determinada finalidade no discurso, exaltar ou diminuir algo, sendo esse o seu principal objetivo.

Madureira (2005) aponta que a expressividade da fala se constrói pela união dos elementos segmentais, como as vogais e consoantes, e elementos prosódicos. Essa expressividade se concretiza a partir do momento que a emoção, estado físico, condição social ou crença é veiculada através dos recursos segmentais e prosódicos.

Dentre os parâmetros prosódicos, a entoação parte de uma relação analógica entre o movimento ascendente e descendente do *pitch* (sensação psicofísica relacionada à frequência fundamental) e o grau de tensão (BOLINGER, 1986). A frequência fundamental é um parâmetro medido em Hertz e corresponde ao número de vibrações das pregas vocais por segundo.

Para Moraes (1993), a entoação é basicamente composta por modulações da frequência fundamental, de intensidade e de duração. A entoação revela estados subjetivos de

cunho emocional, tais como tristeza, raiva, alegria, dor, etc. Para Pike (1945), a entoação muda o sentido lexical de uma sentença. Os contornos melódicos revelam os traços individuais, tais como sexo, estado emocional (alegre, triste, com medo) e idade.

Viola (2008) afirma que o principal parâmetro acústico da entoação é a frequência fundamental, pois expressa como os impulsos glotais se sucedem, com a abertura e o fechamento das pregas vocais e afirma que a melodia da fala é definida principalmente pela frequência fundamental, mas não somente por esse parâmetro.

William e Stevens (1972) apontam que a mudança de F_0 e o tempo de articulação são os correlatos mais relevantes para veicular emoções, como, por exemplo, o medo, a raiva e a tristeza. No estudo comparativo dessas emoções com aquelas de situação neutra, observam que, na raiva, existe um aumento significativo de F_0 e na tristeza o tempo de articulação é menor em relação à situação neutra.

Os aspectos melódicos da fala trazem consigo um variado número de forças que expressam a afetividade do falante. Vários estudos demonstram que características prosódicas da voz se modificam dependendo do estado emocional em que o falante se encontra e uma dessas características seria o tom de voz, como afirmam os trabalhos de Behlau e Pontes (1995). Estes autores relatam que os tons agudos e com variação revelam um clima de alegria entre os falantes, enquanto o tom mais grave revela um clima de tristeza e melancolia.

Bolinger (1986) afirma que nenhum enunciado é desprovido plenamente de algum tipo de emoção e, dependendo do estado emocional em que se encontre o falante, pode aparecer certo descontrole na melodia de sua fala. Para o autor, a entoação e a tonicidade estão diretamente relacionadas à emoção.

Chung (2000) aponta que, na entoação, perceptivamente, os contornos que contêm um elemento ascendente e o ascendente-descendente são interpretados como conteúdos de emoção mais positiva - como a alegria -, e os contornos descendente e plano estão mais associados à emoção negativa, como a tristeza.

O parâmetro acústico da intensidade decorre da amplitude da onda sonora (o valor da distância entre a pressão zero e a pressão máxima da onda). Quanto maior for a amplitude de vibração das partículas, maior é a quantidade de energia transportada por estas e maior é a sensação auditiva de intensidade do som (MATEUS, 2004). É o atributo da sensação auditiva em termos dos quais os sons podem ser ordenados em uma escala que varia de forte a fraco. A intensidade marca uma situação de relevo ou proeminência de uma sílaba ou palavra e é medida em decibéis (dB), seu correlato psicofísico é o *loudness* (CRYSTAL, 2000).

Viola (2008) pontua que nas formas mais brandas da tristeza a fala se caracteriza por possuir muitas pausas, que são distribuídas de maneira irregular. Afirma também que o *loudness* fraco demonstra fraqueza, debilidade e tristeza, enquanto a presença do *loudness* forte reflete expressões de alegria, de ordem e determinação. Já Murray e Arnott (1993) acrescentam que, na tristeza, a taxa de elocução diminui devido à alta ocorrência de pausas e alongamentos.

Para Scherer (1979), alterações dos parâmetros acústicos (duração, frequência, intensidade) estão correlacionados a estados de alegria, de tristeza, de raiva, de medo ou outros sentimentos demonstrativos de expressividade. Dessa forma, o sinal de fala carrega consigo informações sobre os sentimentos do indivíduo.

Antunes (2007) afirma que as primeiras aparições da expressividade em trabalhos sobre prosódia se deram através de autores que procuravam demonstrar que, mudando-se alguns parâmetros prosódicos de determinada frase, geralmente o significado se alterava, muitas vezes em termos da atitude e emoção do falante. Ao observar a prosódia de uma frase emotiva e de uma não-emotiva, a diferença prosódica entre elas se torna clara.

Em seu trabalho, Fónagy (2003) apresenta e comenta algumas funções da prosódia, dentre elas: demarcar unidades discursivas, segmentar a mensagem em partes, atrair a atenção do ouvinte para um determinado aspecto da mensagem, mostrar qual o tipo gramatical do enunciado apresentado, retirar a ambiguidade de sentenças, distinguir asserções de questões (entre outros atos de fala), preparar o que trará a frase a seguir, identificar diferentes gêneros discursivos, assim como ajudar na expressão da atitude, intenção e emoção.

A função expressiva que a prosódia exerce na fala (muitas vezes conhecida com outros nomes, tais como função emotiva, afetiva ou atitudinal) demonstra que é um vetor responsável pela transmissão de informações a respeito das emoções e atitudes do falante no processo da comunicação. Em outras palavras, através dos traços prosódicos presentes na fala, é possível analisar se o falante está ansioso ou feliz, interessado ou entediado, etc.

Embora os aspectos destacados pelos autores citados anteriormente não estejam diretamente relacionados ao nosso tema da pesquisa, tais estudos apontam para a gama de conhecimentos que a fala pode apresentar, estando a pausa entre estes elementos passíveis de descrições linguísticas.

A prosódia apresenta um papel fundamental do ato comunicativo e se presta a expressão do estado emocional do falante, atitudes, características da personalidade, chamando a atenção não só para a fala, mas como este falante se expressa em sua mensagem. Essa capacidade que a prosódia tem de se revelar na comunicação, seja na expressão da

emoção, de atitudes, da personalidade, demonstra o quanto esse estudo se torna importante, principalmente para acumular conhecimentos que poderão servir para outras áreas, não apenas na Linguística, mas também na Psicologia, na Fonoaudiologia, na Informática e outras.

Por possuir diversos aspectos, como ritmo, volume, qualidade de voz, entoação, acentuação, entre outros parâmetros (MASSINI-CAGLIARI, 1992), a descrição completa da prosódia de uma língua é um trabalho de grande extensão e complexidade, optamos nesta pesquisa pela descrição do parâmetro prosódico da pausa, presente na fala de mulheres com CM nas várias etapas da doença.

2.2 Pausa

Tem sido observado um grande interesse no estudo da prosódia, em virtude do seu papel relevante na comunicação humana. A prosódia trata não apenas de fenômenos relativos à melodia das frases, mas também de aspectos que se relacionam à organização melódica, à intensidade e à organização temporal (PIKE, 1945). A pausa se faz presente como um representante dessa estruturação temporal, seja em sua localização ou em duração e confere significação às escolhas feitas pelo falante, delimita assuntos, separa unidades tonais e, principalmente, funciona como um recurso de expressividade.

A pausa é um aspecto suprasegmental de grande importância na estruturação da fala e tem grande relevância na organização temporal, pois através da mesma pode se verificar, segundo Yacovenco (2000), essa organização em relação à atitude do falante, ao gênero (narrativo, argumentativo, descritivo) ou mesmo a um tipo de texto se espontâneo ou de leitura.

Segundo Duez (2005), as pausas representam um elemento fundamental na estruturação temporal da fala. Uma vez que a análise da organização temporal proporciona uma melhor compreensão do funcionamento da língua e as pausas apresentam um papel relevante na percepção das unidades linguísticas.

Do ponto de vista distribucional, Viola (2008) pontua que as pausas podem ocorrer dentro ou entre sentenças e outros constituintes morfossintáticos, podendo existir ou não uma mudança no assunto em curso. Além disso, elas estruturam e segmentam o discurso de um falante ou entre os falantes, sendo a estrutura do diálogo pontuada pela mudança de turno entre os falantes e a utilização da pausa é a forma mais simples para enfatizar tal mudança. No mesmo estudo, a autora classifica como pausa enfática aquela que tem a função de reforçar

uma ideia. Este tipo de pausa salienta uma informação fornecida ou uma informação que será dada em outro momento, sendo muito utilizada entre as repetições da informação para enfim reforçá-la.

As pausas podem ser analisadas de perspectivas diversas, de acordo com o autor ou abordagem que se utiliza como referência e podem apresentar várias classificações. Uma classificação inicial pode considerá-las como pausas preenchidas e pausas não-preenchidas.

As pausas preenchidas são pausas de grande ocorrência nas falas espontâneas. Cruttenden (1986) afirma que a pausa preenchida correspondente a elementos sonoros que são utilizados para preencher o silêncio, como, prolongações, murmúrios e elementos do tipo “eh”, “hum”. Na mesma direção, Viola (2008) afirma que nesse tipo de pausa, geralmente, de conteúdo não-linguístico ocorre o alongamento de parte de palavras e na maioria das vezes são as vogais que mais estão presentes nesse preenchimento, com som do tipo [o:] ou [a:], também podem ocorrer com o som de [m:] ou mesmo o som de inspiração com ruído.

De acordo com Cotes (2008), levando em consideração a sua funcionalidade, as pausas podem ser subcategorizadas em: expressivas, delimitativas, de planejamento do discurso e de estruturação do discurso. As pausas expressivas apresentam a função de ressaltar palavras que o falante deseja destacar; as delimitativas têm a função de separar os constituintes da frase, tais como: palavras, conjunto de palavras ou frases; já as pausas de planejamento do discurso são utilizadas pelos falantes para organizar a continuidade de sua fala e as pausas de estruturação do discurso são utilizadas para preparar partes do discurso, como seu início ou fechamento.

A pausa silenciosa ou não-preenchida é aquela em que realmente ocorre o silêncio e é o foco de interesse desta pesquisa. Nos estudos de Viola (2008), os momentos de silêncio que aparecem em pausas longas podem representar a aflição e medo, sinalizando algo que não possa ser falado ou ouvido, assim como também podem surgir em momentos de reflexão ou expectativa.

Cruttenden (1986) contesta as afirmações de outros autores de que as pausas não-preenchidas seriam para a respiração do falante, pois para o autor pode-se fazer pausas por várias razões e nem por isso se deixa de respirar, afirma também que o critério mais utilizado na demarcação de grupos entoacionais é a pausa e as caracteriza como pausas do tipo 1, 2 e 3.

A pausa do tipo 1 caracteriza-se por demarcar grupos entoacionais; a pausa do tipo 2 indica o fenômeno da hesitação e aparece geralmente quando há dificuldade de encontrar uma palavra; a pausa do tipo 3, também relacionada à hesitação atua como um dispositivo que opera no planejamento e reorganização do enunciado.

Para o autor, as pausas podem ocorrer em três locais do enunciado: nos limites dos constituintes maiores, principalmente entre orações, sujeito e predicado e quanto maiores esses limites, conseqüentemente, as pausas também serão maiores. Existe também uma tendência de serem mais longas em limites de constituintes onde um novo tópico é inserido. O segundo ponto de ocorrência das pausas é antes de palavras de conteúdo referente ao alto valor lexical dentro de sintagma ou em locais com limite de constituintes menores, sintagma adverbial, sintagma nominal e a terceira localização da pausa é após a primeira palavra de um grupo entoacional.

Van Donzel (1999), em um experimento com oito versões recontadas tendo a pesquisadora como ouvinte, pontua que existem basicamente três tipos diferentes de pausa que os falantes utilizam. A autora observa, primeiramente, uma pausa de silêncio em que também estão inclusas de pausas respiratórias, que se caracteriza por uma ausência total de ruído. Em outro momento, uma pausa preenchida ou de hesitação ("eeh"), precedida e/ou seguido de silêncio. Em terceiro lugar, analisa que os falantes utilizam o alongamento de certas palavras, como uma pausa para estruturar a continuidade da fala.

Em linhas gerais, nesse estudo, a autora distingue as pausas da seguinte forma: as pausas denominadas de pausas preenchidas são aquelas que têm um som caracterizador de hesitação ("eeh"), elemento no discurso que não tem qualquer significado lexical, porém pode indicar que o falante precisa de tempo para planejar a continuidade da sua fala, que ele quer evitar um silêncio, ou que deseja manter-se “com os pés no chão”.⁸ O falante pode usar o alongamento como uma ferramenta de planejamento de manutenção de uma vogal ou consoante particular dentro ou no final de certas palavras. O silêncio na sequência desse alongamento foi rotulado de pausa “pós alongamento”. Já as pausas silenciosas são aquelas que têm duração de pelo menos 150 milissegundos (VAN DONZEL, 1999, p. 50).

Sobre as pausas silenciosas, Hieke et al. (1983) afirmam que conforme as pesquisas de investigação sobre a produção de fala se desenvolvem, se tornou habitual escolher um ponto mínimo de corte para essas pausas e que vários pesquisadores adotam pontos diferenciados. Goldman-Eisler (1968), por exemplo, considera como pausas silenciosas somente as que possuem duração superior a 250 milissegundos. Para Laver (1980), a pausa silenciosa corresponde a um silêncio que tenha duração mínima de 200 milissegundos ou superior a esse valor. O pesquisador pontua que a ausência de pausas configura um discurso contínuo, enquanto que a presença de pausas representa um discurso não-contínuo.

⁸ No original: ‘hold the floor’ (VAN DONZEL, 1999, p. 50).

Campionese e Véronis (2002), em um estudo em que analisaram 6000 pausas silenciosas em cinco idiomas, utilizaram o critério ‘duração’ para categorizar as pausas encontradas em seu *corpus*. Os pesquisadores adotaram a classificação de pausas de breves, médias e longas. Dentre as pausas breves, estavam aquelas com duração menor que 200 milissegundos. Dentre as pausas médias seriam aquelas que variavam sua duração de 200 a 1000 milissegundos e as pausas longas seriam aquelas superiores a 1000 milissegundos.

Para efeito deste trabalho, tendo em vista as propostas apresentadas anteriormente, adotamos o critério utilizado por Goldman-Eisler (1968), a partir de 250 milissegundos para o ponto de corte das pausas silenciosas e classificamos as pausas silenciosas em três tipos: curtas, longas e extensas. As pausas silenciosas curtas correspondem a um intervalo de tempo de 250 a 500 milissegundos, as pausas silenciosas longas correspondem a um intervalo de 501 milissegundos a 1000 milissegundos e as pausas extensas serão aquelas a partir de 1001 milissegundos.

Os estudos anteriores e recentes sobre a pausa se apresentam em diversas perspectivas, já que estabelecem a relação da pausa com diversos fatores, como os de ordem cognitiva, afetiva e mesmo social. Apresentaremos alguns desses trabalhos com os de Goldman-Eisler (1954; 1961; 1968), Lay e Paivio (1969), Rochester (1973), dentre outros.

Goldman-Eisler (1961) analisa uma correspondência importante entre a pausa e o desempenho cognitivo. Para a pesquisadora, as pausas preenchidas e silenciosas parecem refletir processos internos de diferentes naturezas, nos quais a atividade cognitiva pode vir acompanhada por um bloqueio da atividade externa (fala ou ação vocal não-linguística) por períodos proporcionais à dificuldade cognitiva (GOLDMAN-EISLER, 1961, p. 25). A pesquisadora compara os índices de pausa na fala associando a tarefas de diferentes graus de dificuldade.

Embora Goldman-Eisler (1954) não aprofunde seu estudo no papel psicológico da pausa, a pesquisadora correlaciona que o nível de dificuldade da tarefa realizada com possibilidade de gerar alterações no estado emocional do indivíduo, em especial, aquelas que promovem dúvidas e inseguranças quanto à escolha do item lexical.

Boomer e Dittmann (1964), em seu trabalho *Speech rate, filled pause, and body movement in interviews*, estabelecem uma ligação entre estados emocionais, movimentos corporais e pausas na fala. Os autores afirmam que os movimentos corporais podem se modificar de acordo com o estado emocional e o humor em que o indivíduo se encontra, e que estes podem estar relacionados com a quantidade de pausas preenchidas na fala. Os pesquisadores observam que “[...] uma variedade de estados emocionais e de sentimentos, na

ansiedade e na depressão, mostram que os movimentos e pausas preenchidas variaram nesses pacientes na entrevista”⁹ (BOOMER; DITTMANN, 1964, p. 324). Os estudos de Boomer e Dittmann procuram investigar a relação entre as pausas e o estado emocional do indivíduo, sendo esse, um dos objetivos de nosso estudo.

Nos estudos de Lay e Paivio (1969), os pesquisadores investigaram 24 estudantes do sexo masculino, que foram submetidos a três tarefas verbais de dificuldades variadas e observaram que a ansiedade está vinculada a interrupções no fluxo da fala. O estudo demonstrou que o estado emocional de ansiedade dos estudantes aumentava conforme era solicitado, no experimento, a realização de uma tarefa com um maior grau de elaboração cognitiva, e, conseqüentemente, ocorria a recorrência das pausas e, principalmente, as pausas mais longas. Assim puderam relacionar o funcionamento cognitivo e as pausas não somente a ocorrência delas, mas principalmente ao aumento da sua duração.

Em seu estudo, Rochester (1973) observa nas pausas uma relevância cognitiva, afetiva e social, enfatizando a funcionalidade para o falante e o ouvinte. O pesquisador estabelece uma associação entre o papel da pausa e a sua função na fala. Para ele, as pausas muito curtas, aquelas menores de 100 milissegundos, que ocorrem entre limites de constituintes serviriam de orientação para ouvinte a respeito de uma sentença. Já as pausas de hesitação, seriam as pausas longas, maiores que 3 segundos, que ocorrem em locais de menor probabilidade de transição, revelando a dificuldade de associação entre eventos linguísticos, além de iniciar e finalizar as unidades de fala. Para Rochester, as pausas longas também refletem a perda de controle da continuidade do enunciado, o que, como consequência, induz o falante ou a utilizar mais pausas silenciosas curtas, ou a utilizar, em sua fala, um número menor de pausas silenciosas de qualquer duração.

Alpert et al. (1994) analisaram a relação entre as pausas e a alogia no fluxo de fala de 17 pacientes esquizofrênicos¹⁰ do sexo masculino. Os pesquisadores chegaram a conclusão de que um grande número de pausas longas intraconstituintes e de falsos começos e repetições seguidas de pausas intraconstituintes na fala dos esquizofrênicos podem ocorrer devido à aparente diminuição de pensamentos, ou seja, na dificuldade em formular o pensamento e encontrar palavras para expressá-lo. No entanto, os estudiosos afirmam que não é apenas o

⁹ “[...] a variety of the feeling states ranging from depression anxious agitation, and the data showed that movement and filled pauses varied with the patient’s of emotional disturbance in the interview” (BOOMER; DITTMANN, 1964, p. 324).

¹⁰ Segundo Holmes (2001), os indivíduos com esquizofrenia apresentam uma ampla gama de sintomas sérios e incomuns. Provavelmente, os sintomas mais importantes são os cognitivos, alucinações, delírios, processos de pensamento perturbado e inundação cognitiva. No processo de pensamento perturbado, as frases usadas por esses indivíduos de modo geral são gramaticalmente corretas, mas os pensamentos são desarticulados e não fazem sentido quando reunidos.

tipo de esquizofrenia que reflete essas pausas, mas que também podem estar significativamente associadas à esfera emocional do sujeito e suas condições sociais e culturais de fala.

Assim como Boomer e Dittmann (1964), Beattie (1980), tendo como base os princípios da psicanálise, investigou a correspondência entre a pausa e movimentos do corpo e a fala. O pesquisador argumenta que determinados movimentos do corpo podem revelar características do estado emocional do falante, mantendo uma forte ligação entre os gestos e as pausas, de forma que, o estado emocional, pode se revelar nos gestos e nas pausas. Acreditamos que essa relação entre estado emocional e pausas se revele nas falas de nossas informantes com CM nas diversas etapas de sua doença.

Beller et al. (2006 *apud* ANTUNES, 2007) observaram em um estudo sobre a expressividade, que características prosódicas como as pausas preenchidas por respiração ou silenciosas estariam relacionadas a diferentes atitudes, como surpresa boa ou ruim. Em outro estudo, Bennis et al. (2006 *apud* ANTUNES, 2007) utilizaram a pausa para verificar se, preenchidas ou não-preenchidas, seria índice de falsidade em situação de entrevista. Os autores acreditavam que, no momento da entrevista, os participantes que não queriam responder de forma correta ou enganar o entrevistador, se utilizariam de pausas maiores ou em maior número do que os que falassem a verdade.

Nestes estudos, a pausa se apresenta como um relevante parâmetro prosódico para a expressão de atitudes, emoção e características de personalidade. Sendo, então, um importante fenômeno a ser analisado na fala das pacientes com câncer de mama, em que alterações emocionais fazem parte de todo processo da doença.

2.3 Análise acústica

A análise acústica da fala é uma área que vem se desenvolvendo desde o início do século XX e desperta o interesse de profissionais das mais variadas áreas como na Linguística, Física, Informática, Psicologia, Fonoaudiologia, Medicina e muitas outras áreas.

A análise espectrográfica de um som tornou-se possível a partir do Teorema de Fourier, sendo efetuada pelo físico Ohms em 1843, de modo mais sistematizado e complexo, envolvendo cálculos diferenciados. Em 1863, Helmholtz conseguiu com caixas de ressonâncias uma análise espectrográfica simples. Posteriormente, foram desenvolvidas análises mais precisas e completas que o modelo inicialmente apresentado por Helmholtz

(RUSSO; BEHLAU, 1993). Esses trabalhos foram fundamentais para a evolução do que hoje se apresenta como instrumentos de análise acústica, cada vez mais modernos e capazes de revelar, segundo Mozziconacci (1998), características prosódicas distintas em estados emocionais distintos.

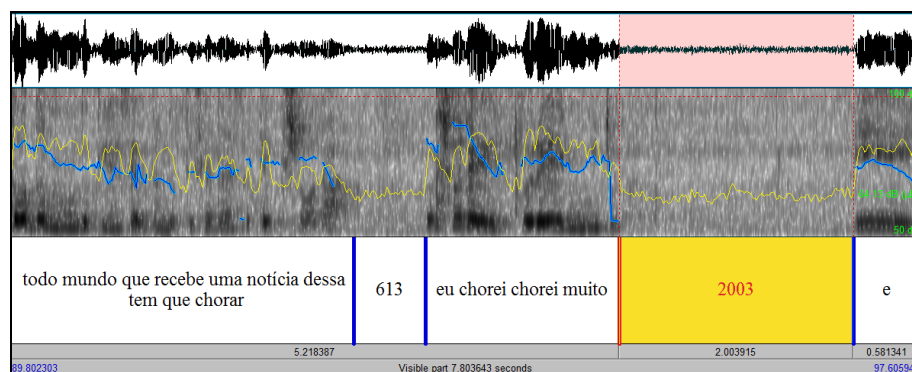
Cagliari (2006) afirma que com a fonética de laboratório, além dos estudos acústicos, também apareceram pesquisas ligadas à fisiologia, à anatomia dos mecanismos produtores da fala e à percepção e audição.

Na Linguística, a fonética é a responsável pelos estudos da fala, bem como dos movimentos articulatórios, os órgãos da fala, a fisiologia da audição, os processos neurológicos que englobam a fala e a audição, além da física da transmissão dos sons. Para Lyons (1981), a fonética auditiva é a parte responsável pela forma como os ouvintes captam esses sons, ou seja, pela forma como a audição e o cérebro do ouvinte percebem o som da fala. O estudo da produção dos sons da língua pelo trato vocal é responsabilidade da fonética articulatória.

A parte da fonética responsável pelo estudo das propriedades físicas das ondas sonoras produzidas pelo aparelho fonador do falante e que se propagam pelo ar para o ouvinte é a fonética acústica (SILVA, 1999). A análise acústica se apresenta com o tipo de análise mais moderna, que envolve aparatos informatizados para o registro das ondas sonoras e é a forma de análise que utilizamos nesta pesquisa.

A análise acústica realiza medidas do sinal sonoro da fala e por meio de seu registro oferece informações objetivas e quantitativas desse sinal. A análise espectrográfica mede a acústica da onda sonora utilizando-se de um gráfico denominado espectrograma, que apresenta as propriedades acústicas de tempo, frequência e intensidade. O *Praat* foi o *software* utilizado em nossa pesquisa e a tela do referido programa é representada na figura 1.

Figura 01. Tela do programa Praat ilustrando informante F2c na fala: “todo mundo que recebe uma notícia dessa tem que chorar + eu chorei chorei muito ++ e ”



O *Praat* é um programa utilizado para análise acústica e síntese de fala que foi desenvolvido por Paul Boersma e David Weenink do Institute of Phonetic Science, da Universidade de Amsterdã. É um *software* gratuito e de fácil acesso, sendo concedido por meio de *download* no site www.praat.org.

Em nosso estudo, utilizamos o referido programa para analisar a duração das pausas produzidas pelas informantes em todas as etapas da doença.

CAPÍTULO 3: METODOLOGIA

Neste capítulo, apresentamos os caminhos metodológicos empregados na pesquisa, de forma a delinear um quadro mais preciso sobre a relação câncer de mama e aspectos prosódicos, com especial destaque para a pausa. A pesquisa abrange três etapas. A primeira se resume na procura das informantes com diagnóstico confirmado de câncer de mama. Após as mulheres serem contactadas, se inicia a segunda etapa, em que aplicamos os procedimentos de gravação da entrevista em duas fases, uma para identificação e outra para constituição do *corpus*, como apresentaremos em seguida. E, por fim, a terceira etapa que consiste na análise acústica e estatística dos dados, que procura confirmar ou não as hipóteses que apresentamos neste estudo.

3.1 Amostra

O estudo tem como objetivo analisar o parâmetro prosódico da pausa relacionando às diversas etapas do CM e sua relação com a saúde física e emocional da mulher. Para chegar a esse objetivo, estudamos três grupos de informantes. O primeiro grupo é composto por mulheres que receberam o diagnóstico de câncer de mama com tumor em estádios III e IV e estão em fase de tratamento quimioterápico, este grupo é nomeado F1. O segundo grupo é formado por mulheres que passaram por procedimento cirúrgico, grupo nomeado F2. Já o terceiro grupo é constituído por pacientes que se encontram na fase de cura clínica (controle da doença) e recebe a nomeação de F3.

Participam deste estudo nove mulheres, sendo três na fase de descoberta (F1), três na fase pós cirúrgica (F2) e três na fase de cura (F3), com idade entre 35 a 60 anos. Utilizamos este critério, de idade, tendo em vista a alta incidência do câncer nesta faixa etária. Além disso, comprovam as estatísticas do INCA, que mulheres com menos de 30 anos possuem pouca incidência da doença. Todas as informantes estavam ou ainda estão em tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

3.2. Procedimentos de seleção da amostra

3.2.1. A seleção das informantes na fase de descoberta – F1

Para a fase de descoberta, selecionamos mulheres que estavam em tratamento inicial da doença (quimioterapia). A opção pela escolha de mulheres em tratamento inicial ocorreu devido à dificuldade em encontrar voluntárias que não estivessem passando por algum tipo de tratamento, pois geralmente quando o câncer é diagnosticado existe a necessidade imediata de tratamento. Confirmando o que pontua Figueira Filho (1998) que, geralmente, o câncer de mama só é diagnosticado quando já se encontra nos estádios avançados III e IV. As informantes fazem tratamento no setor de oncologia da Santa Casa de Misericórdia de Maceió, hospital de referência em Alagoas no tratamento do câncer para alta complexidade. Nessa etapa, todas as informantes se encontram em tratamento quimioterápico para a redução do tumor.

Para a F1, foram selecionadas três informantes, com idade variando de 35 a 43 anos. Das três informantes duas têm filho e outra não. Uma das informantes é casada, uma é separada e a outra é solteira. Uma informante é da religião católica e as outras duas são evangélicas. Em relação ao tratamento, todas se encontram em processo quimioterápico há mais de quatro meses, sendo inicialmente feito para a diminuição do tumor. Estes aspectos são sumarizados para uma melhor visualização na Tabela 1, em seguida:

Tabela 1: idade das informantes e tipo de tratamento – F1

Informantes	Idade	Tipo de tratamento
F1a	35	Quimioterapia
F1b	38	Quimioterapia
F1c	43	Quimioterapia

3.2.2 A seleção das informantes na fase de tratamento – F2

Para a fase de tratamento (pós-cirúrgico), selecionamos três mulheres que passaram pelo processo cirúrgico de tumorectomia, quadrantectomia ou mastectomia há menos de um ano. As informantes dessa fase tiveram indicação da ONG Renascer, um grupo composto por mulheres que passam ou já passaram pelo período de tratamento por câncer de mama.

O primeiro contato para a realização da seleção das informantes foi com uma das representantes da ONG Renascer que conheceu a pesquisa e convidou algumas informantes a participarem. As informantes indicadas pela ONG são mulheres que receberam o diagnóstico confirmado de câncer de mama e fizeram cirurgia recentemente. Elas foram contactadas inicialmente por telefone ou por visita das integrantes da ONG para saber se tinham interesse em participar da pesquisa, que envolvia o tema relacionado ao câncer de mama.

A idade das informantes dessa fase varia entre 50 a 60 anos. Todas as informantes têm filho. Quanto ao estado civil, uma é separada e duas são casadas. Em relação à religião, duas informantes são católicas e uma evangélica e no que se refere ao tratamento, todas haviam feito mastectomia, duas haviam feito a mastectomia há dois meses e outra há 9 meses. Observaremos esses dados na Tabela 2 a seguir:

Tabela 2: idade das informantes e tipo de tratamento – F2

Informantes	Idade	Tipo de tratamento
F2a	50	Mastectomia
F2b	56	Mastectomia
F2c	60	Mastectomia

3.2.3 A seleção das informantes na fase de cura – F3

As informantes desse grupo são informantes que foram indicadas também pela ONG Renascer com mais de cinco anos de tratamento e em estado de cura clínica, ou seja, controle da doença no organismo. As informantes desta fase já haviam passado por algum tipo de tratamento adjuvante como a quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia.

A idade das informantes varia entre 47 a 60 anos. Em relação ao número de filhos, duas têm filhos e a outra não. Uma delas é divorciada e outras duas casadas. Todas as informantes dessa fase são evangélicas. Quanto ao tratamento, todas as informantes foram submetidas ao procedimento cirúrgico, duas delas pela mastectomia e uma pela quadrantectomia. Duas fizeram o tratamento adjuvante quimio e radioterápico após a cirurgia e uma delas não fez tratamento adjuvante. Todas terminaram o tratamento e se encontram em fase de controle da doença há quase seis anos.

Tabela 3: idade das informantes em fase de controle da doença – F3

Informantes	Idade	
F3a	47	Controle da doença
F3b	53	Controle da doença
F3c	60	Controle da doença

3.2.4 Aspectos éticos

Realizamos a coleta de dados após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (Anexo A), processo CEP-UFAL 006630-85. Os aspectos éticos desta pesquisa estão de acordo com o preconizado pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo B), em que estão descritos os aspectos éticos da pesquisa, foi assinado por todas as informantes que participaram da pesquisa. O TCLE forneceu as informações necessárias a respeito dos cuidados com a saúde e a doença, o sigilo quanto à identidade de seus participantes e que a utilização de seus dados servem apenas para fins científicos.

3.3 Procedimentos de coleta de dados

3.3.1 Local da coleta de dados

As gravações das entrevistas que a princípio estavam previstas para serem efetuadas em locais acusticamente tratados, ficaram impossibilitadas devido ao fato de algumas informantes, indicadas pela ONG, que estavam passando por tratamento rigoroso ou se encontravam em período pós-cirúrgico, apresentarem dificuldade de locomoção para locais específicos de gravação. Assim, em respeito às condições físicas e psicológicas das mesmas, preferimos gravar as entrevistas em locais escolhidos pelas informantes, conforme a disponibilidade de hora e local que achassem mais convenientes. Sendo assim, a maioria das informantes optou por gravar a entrevista em seus domicílios. Essa sugestão foi aceita e prontamente respeitada, sendo as entrevistas feitas em uma sala longe do trânsito de pessoas ou ruídos ou em um quarto com portas e janelas fechadas. Os dados gravados possuem qualidade satisfatória para a análise acústica.

Outro local escolhido para a coleta de dados foi a Santa Casa de Misericórdia de Maceió. O primeiro contato para a coleta de dados no hospital foi feito por meio de uma carta formal da pesquisadora no dia 26 de maio de 2010 ao diretor da referida instituição. O ofício com o pedido de realização das entrevistas foi encaminhado ao setor de ensino e pesquisa do hospital. Após alguns dias, por solicitação da instituição, entregamos uma cópia do projeto e do parecer favorável do Comitê de ética. No dia 16 de Julho de 2010, a pesquisa foi aprovada, permitindo a entrada da pesquisadora nas dependências do hospital (Anexo C).

O setor de oncologia foi o local escolhido para a coleta de dados. As informantes que foram abordadas preferiram gravar suas entrevistas no próprio hospital, pois algumas possuem residência em cidades no interior do estado e já estavam com transporte marcado, sendo as entrevistas gravadas em uma sala cedida pelo hospital, com portas e janelas fechadas.

3.3.2 Aplicação dos procedimentos para a coleta de dados

Em primeiro lugar, a pesquisadora se apresentou como estudante do curso de Mestrado em Linguística e participante de um projeto que necessitava da participação de mulheres que haviam sido diagnosticadas com câncer de mama e que a entrevista seria gravada em um gravador digital, mas que a identidade da informante seria preservada. A entrevista com cada informante foi gravada uma única vez e foi feita em duas partes. Inicialmente, foi feita uma entrevista semi-estruturada, a fim de obter da informante os dados de sua identificação como idade, estado civil, religião, número de filhos e tipo de tratamento.

Em todos os momentos, as informantes se mostraram participativas e a entrevista inicial transcorreu de maneira espontânea.

Na segunda parte, foi feita uma entrevista aberta que contou somente como uma pergunta chave. A pergunta foi “Você pode contar um pouco da sua história, desde a sua infância até os dias atuais?”. A maioria das informantes iniciou suas entrevistas contando momentos da infância em família, como vivia e onde vivia nessa época, seguidas de algumas histórias da adolescência. As informantes que eram ou foram casadas falaram da vida conjugal, da relação com os filhos e outros temas relacionados. Na metade da entrevista, falaram sobre aspectos relacionados ao diagnóstico da doença, como foi a descoberta e a reação familiar ao conhecimento do câncer. As informantes também falaram sobre a passagem pelos tratamentos e aquelas que haviam passado pelo processo cirúrgico contaram a experiência da perda da mama. A pesquisadora interrompeu apenas em momentos que considerou que as entrevistas não estavam apresentando continuidade, de forma que, estas interrupções foram mínimas e só aconteceram para reconduzir as entrevistas para a temática. O tempo das entrevistas variou entre seis minutos (menor tempo) e vinte minutos (maior tempo).

3.3.3 Equipamentos

O equipamento utilizado foi um gravador digital da marca Sony ICD-PX720. As falas gravadas em arquivos .wav foram transferidas para um computador e analisadas com o programa *Praat*, que é um *software* utilizado para análise e síntese da fala, permitindo a análise do parâmetro prosódico da pausa, ou seja, sua duração em milissegundos. O *Praat* foi o programa escolhido para medir a duração das pausas, pela fidedignidade com que trata os dados de uma análise, além de ser um programa gratuito e bastante utilizado nos meios acadêmicos.

3.4 Parâmetro de análise

3.4.1 Pausa

A pausa silenciosa que, segundo Cruttenden (1986), é delimitada por ausência completa de ruído, foi analisada na fala espontânea das informantes que compuseram cada fase da doença, sendo três informantes por fase. O silêncio foi correspondente à ausência completa de vocalização. Os trechos para a análise foram selecionados a partir do momento em que as informantes começaram a falar sobre a doença, pois entendemos que a partir deste tempo as informantes tinham ultrapassado o momento de tensão inicial da entrevista.

As entrevistas coletadas tiveram um tempo mínimo de seis e máximo de vinte minutos de duração. Para esta pesquisa, como forma de uniformizar o tempo médio das entrevistas, foram utilizados três minutos, descartando os trechos iniciais, que seriam o tempo necessário para que as informantes se sentissem à vontade e como uma forma de, quando possível, descartar os dados relacionados à vida pessoal da informante. Dessa forma, como *corpus* de pesquisa, serão analisados os três minutos da entrevista contados a partir do momento em que as informantes começam a falar sobre o câncer de mama, envolvendo a história da doença e como cada uma delas analisava o seu momento de vida prospectiva ou prospectivamente.

A pausa foi medida pelo programa *Praat* de análise acústica e tomou por base a classificação proposta de pausas silenciosas curtas, longas e extensas. A primeira corresponde a um intervalo de tempo de 250 a 500 milissegundos; a segunda, a um intervalo de tempo de 501 a 1000 milissegundos, e as pausas extensas se referem a um intervalo superior a 1001 milissegundos.

CAPÍTULO 4: ANÁLISE E DISCUSSÃO

Neste capítulo, apresentamos os resultados obtidos através da análise feita com o programa *Praat*. As análises dos dados obedecem ao objetivo principal de analisar as pausas curtas (250 a 500 milissegundos), longas (501 a 1000 milissegundos) e extensas (acima de 1001 milissegundos) de cada grupo de informante, com a etapa da doença em que se encontra para que possa ser confirmada ou não a hipótese inicial de que existe um perfil prosódico de pausa característico para cada etapa da doença. É com base nesse princípio que apresentamos os resultados obtidos em nossa investigação.

Para tanto, mostramos primeiramente a frequência geral da ocorrência e a duração das pausas na fala espontânea de todas as informantes com CM nas três fases da doença, a saber, o grupo da fase de descoberta da doença (F1) ou o período inicial do câncer em que as pacientes se encontram em tratamento quimioterápico. As informantes, da fase de tratamento (F2), são mulheres que passaram por procedimento cirúrgico há menos de um ano, e as da fase de cura (F3), são as informantes que se encontram na fase de cura clínica, ou seja, a fase de controle da doença no organismo há pelo menos cinco anos. Para organizar os dados, realizamos a listagem das medidas por meio de elaboração de tabelas e gráficos.

4.1 Padrão geral da ocorrência das pausas (todas as pausas de todas as informantes)

Os dados mostram um total de 533 ocorrências de pausas subdivididas em curtas, longas e extensas na fala espontânea das informantes em fases 1, 2 e 3 do CM, conforme ilustramos na Tabela 4 a seguir.

Tabela 4: número total de pausas e suas características acústicas de duração encontrados em nosso corpus

Pausas	N	%
Curta	150	28%
Longa	259	49%
Extensa	124	23%
Total	533	100%

Dentre as 533 ocorrências totais de pausas analisadas em nosso *corpus*, obtivemos a realização de 150 pausas curtas, assim como obtivemos 259 pausas longas e 124 pausas extensas que mostram um percentual de 28% de pausas curtas, 49% de pausas longas e 23% de pausas extensas.

Esse conjunto de dados numéricos e percentuais pode ser mais bem visualizado no Gráfico 1, que compara o número de pausas curtas, longas e extensas de todos os grupos de informantes; e no Gráfico 2, que compara o percentual de pausas curtas, longas e extensas presentes em todo o *corpus*.

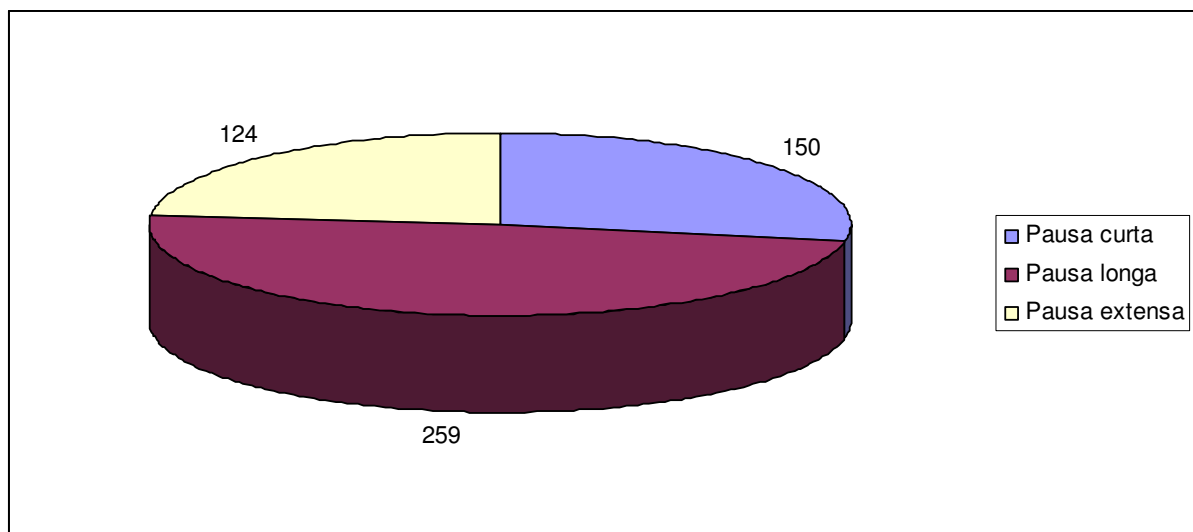
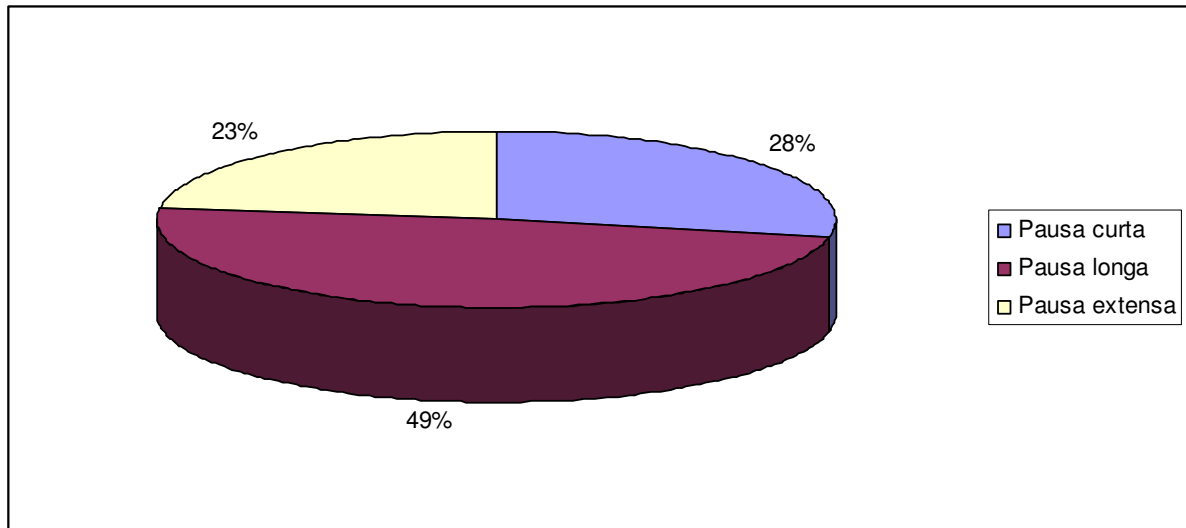
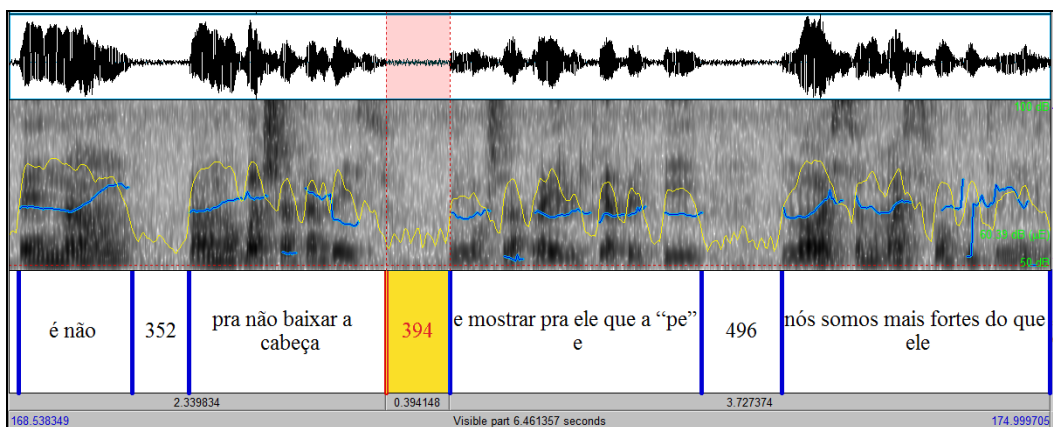
Gráfico 1: número de pausas quanto à sua característica acústica de duração encontrado em todo nosso *corpus*

Gráfico 2: percentual de pausas quanto à sua característica acústica de duração encontrado em todo nosso *corpus*

Os dados mostram não só a ocorrência de pausas curtas, longas e extensas no total de pausas produzidas pelas informantes de nosso *corpus*, como também os resultados nos revelam que a frequência das pausas longas é maior que a de outros tipos de pausas. Observaremos exemplos de cada uma das pausas, destacadas em amarelo nos espectrogramas a seguir.

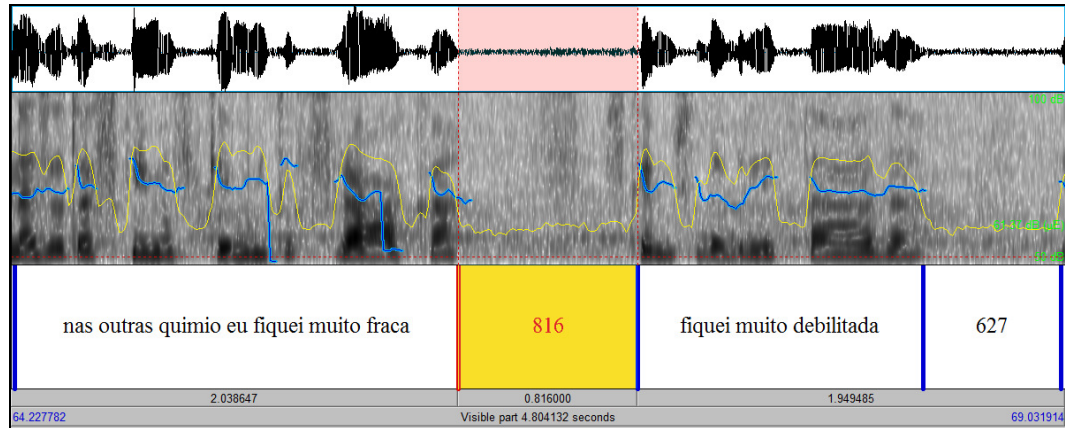
(13) é não – pra não baixar a cabeça – e mostrar pra ele que a ‘pe’ e – nós somos mais fortes do que ele (F3a)

Figura 2. Espectrograma: amostra de pausa curta da informante F3a



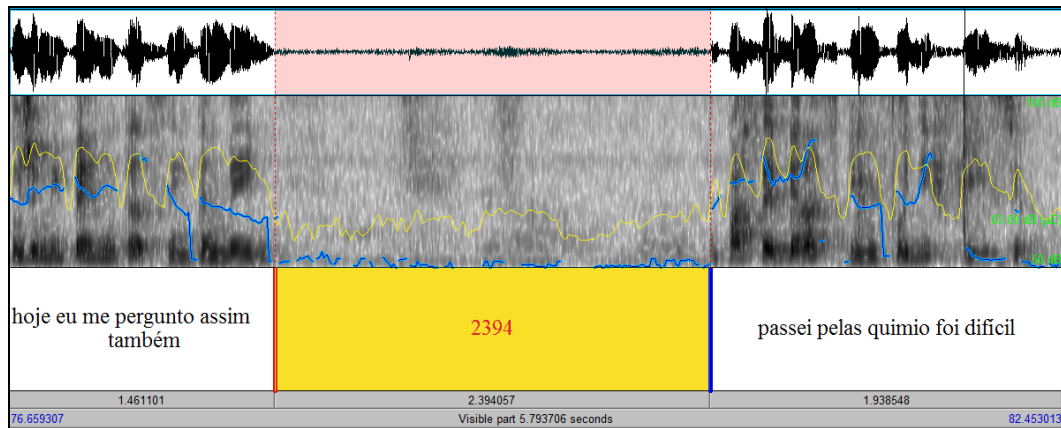
(14) nas outras quimio eu fiquei muito fraca + fiquei muito debilitada + (F1a)

Figura 3. Espectrograma: amostra de pausa longa da informante F1a



(15) hoje eu me pergunto assim também ++ passei pelas quimio foi difícil (F1b)

Figura 4. Espectrograma: amostra de pausa extensa da informante F1b



4.2 Distribuição das pausas segundo a fase da doença

Diante da disposição geral do número de pausas produzidas por todas as informantes de nosso *corpus*, encontramos um maior número de pausas longas, no entanto, é importante observar a ocorrência dessas pausas por fase do CM.

A Tabela 5 e os Gráficos 3 e 4 abaixo apresentam os resultados a que chegamos quando direcionamos nossa atenção para o número e percentual de pausas produzidas pelas informantes em cada fase, ou seja: a) número e percentual de pausas curtas nas três fases; c) número e percentual de pausas longas produzida nas três fases da doença e d) número e percentual de pausas extensas nos três grupos de informantes.

Tabela 5: distribuição das pausas segundo sua ocorrência e características de duração por fase da doença

	Pausa curta		Pausa longa		Pausa extensa		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Fase 1	47	28%	86	51%	35	21%	168	100%
Fase 2	52	28%	84	45%	49	27%	185	100%
Fase 3	51	28%	89	50%	40	22%	180	100%

Esse conjunto de dados numéricos e percentuais pode ser visualizado no Gráfico 3, que compara o número de pausas curtas, longas e extensas produzidos pelas informantes em cada fase da doença; e, no Gráfico 4, que apresenta o percentual de pausas curtas, longas e extensas desenvolvidas pelas informantes segundo a fase da doença.

Gráfico 3: número de pausas quanto à sua característica acústica de duração em cada fase doença

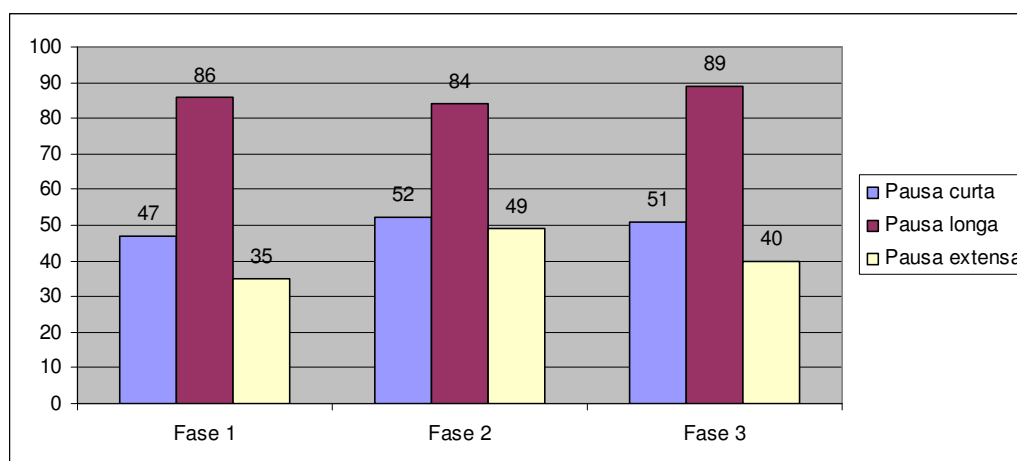
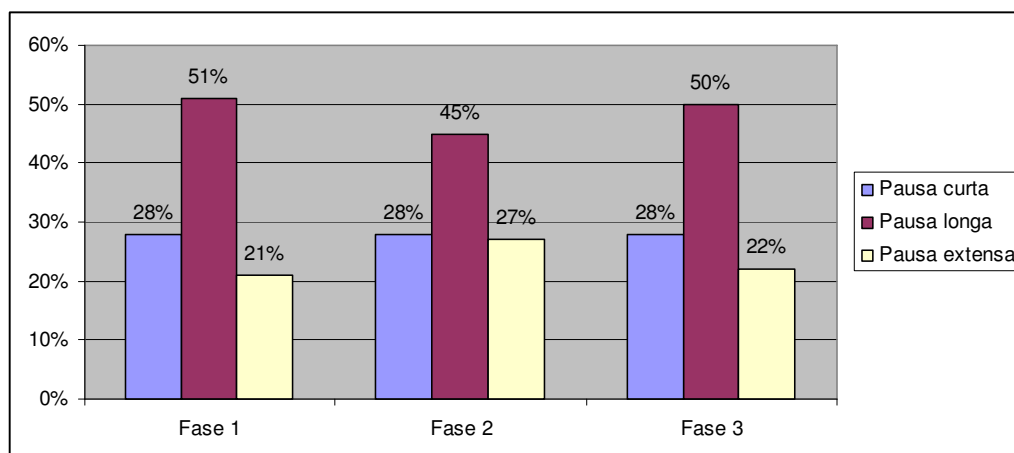


Gráfico 4: percentual de pausas quanto à sua característica acústica de duração em cada fase da doença



Para os comentários desses dados, organizamos nossa exposição em três partes. Na primeira delas, verificamos a ocorrência e características de duração das pausas, seu número e percentual na F1, assim como na F2 e F3. Na segunda parte, comparamos o número e percentual de pausas curtas entre as informantes das três fases, assim também será feito com as pausas longas e por fim a comparação das pausas extensas. Na parte três, descrevemos as pausas presentes em cada etapa da doença, procurando associar ao conteúdo emocional expressado na fala das informantes.

4.2.1. Ocorrência das pausas e característica de duração na F1

Passemos então para essa primeira etapa de número e caracterização acústica da pausa nas fases da doença. Conforme observamos na tabela abaixo, os três tipos de pausa aparecem nessa fase, a de descoberta do CM:

Tabela 6: número e percentual de pausas na F1

Pausas	N	%
Curta	47	28%
Longa	86	51%
Extensa	35	21%

Esse conjunto de dados numéricos e percentuais pode ser mais bem visualizado no Gráfico 5 (que se centra na comparação do número de pausas curtas, longas e extensas da F1) e no Gráfico 6 (que se centra na comparação do percentual de pausas curtas, longas e extensas desenvolvidas na F1):

Gráfico 5: número de pausas quanto à sua característica acústica de duração na F1

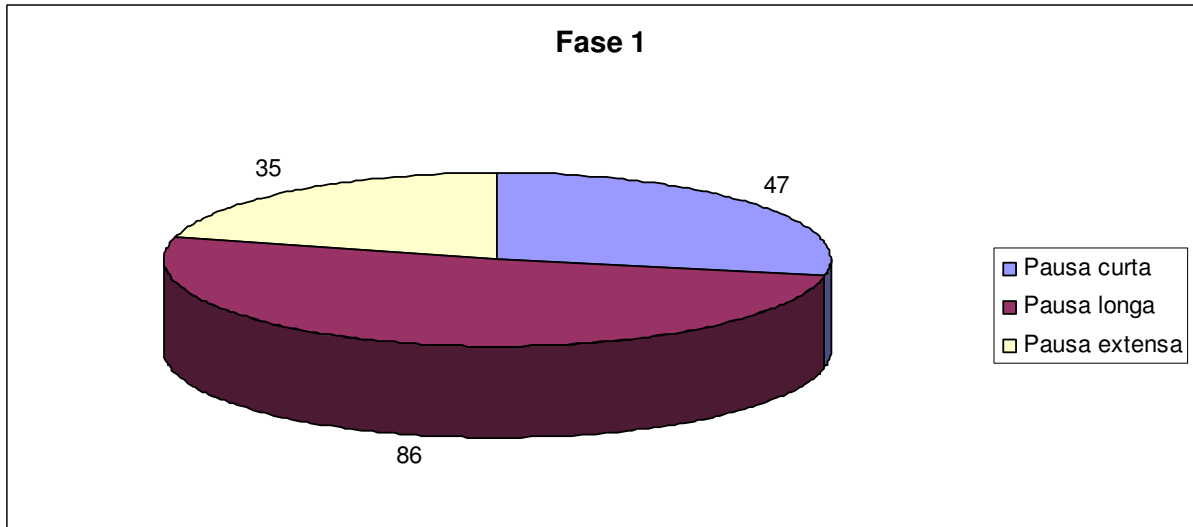
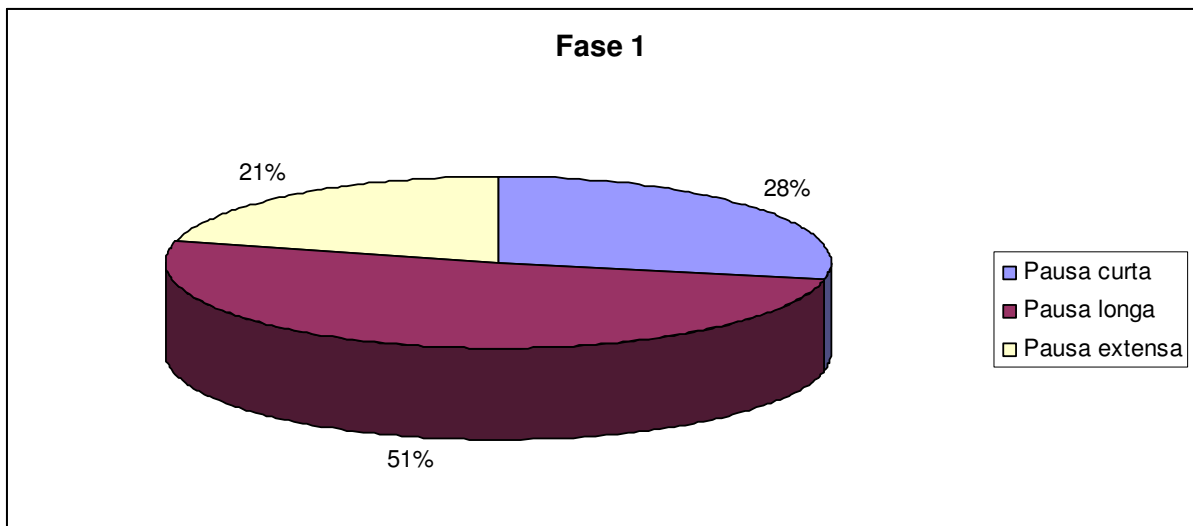


Gráfico 6: percentual de pausas quanto à sua característica acústica de duração na F1

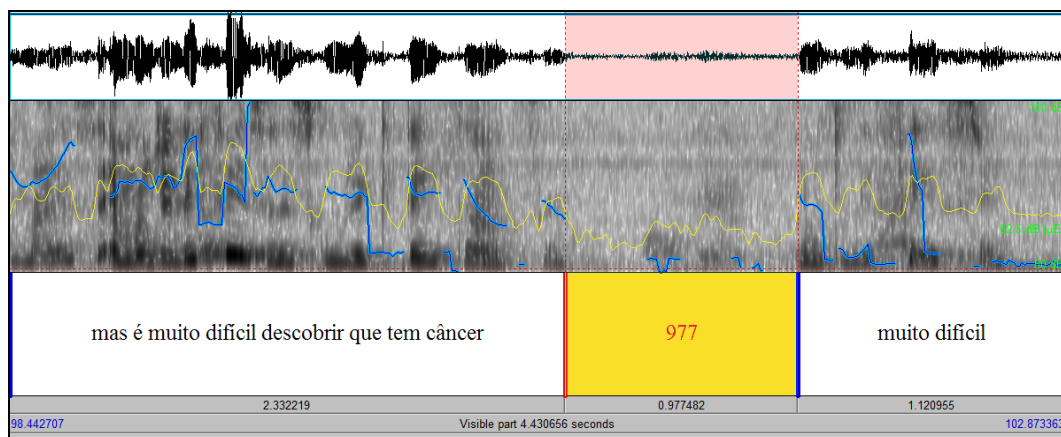


Valendo-nos dos Gráficos 4 e 5, encontramos a ocorrência de 47 pausas curtas, 35 pausas extensas e 86 pausas longas, com um total de 168 pausas. Esses resultados mostram

um percentual de 28% de pausas curtas, 21% de pausas extensas e 51% de pausas longas na F1 do CM. Nessa fase, as pausas longas ocorrem em maior número, já as pausas extensas aparecem em menor número. A pausa longa aparece no exemplo a seguir na fala da informante da F1.

(16) mas é muito difícil descobrir que tem câncer + muito difícil (F1b)

Figura 5. Espectrograma: amostra de pausa longa da informante F1b



4.2.2 Ocorrência das pausas e característica de duração na F2

Tabela 7: número e percentual de pausas na F2

Pausas	N	%
Curta	52	28%
Longa	84	45%
Extensa	49	27%

Esses dados serão visualizados no Gráfico 7, que compara o número de pausas curtas, longas e extensas na F2 e no Gráfico 8, que se centra na comparação do percentual de pausas curtas, longas e extensas desenvolvidas na F2.

Gráfico 7: número de pausas quanto à sua característica acústica de duração na F2

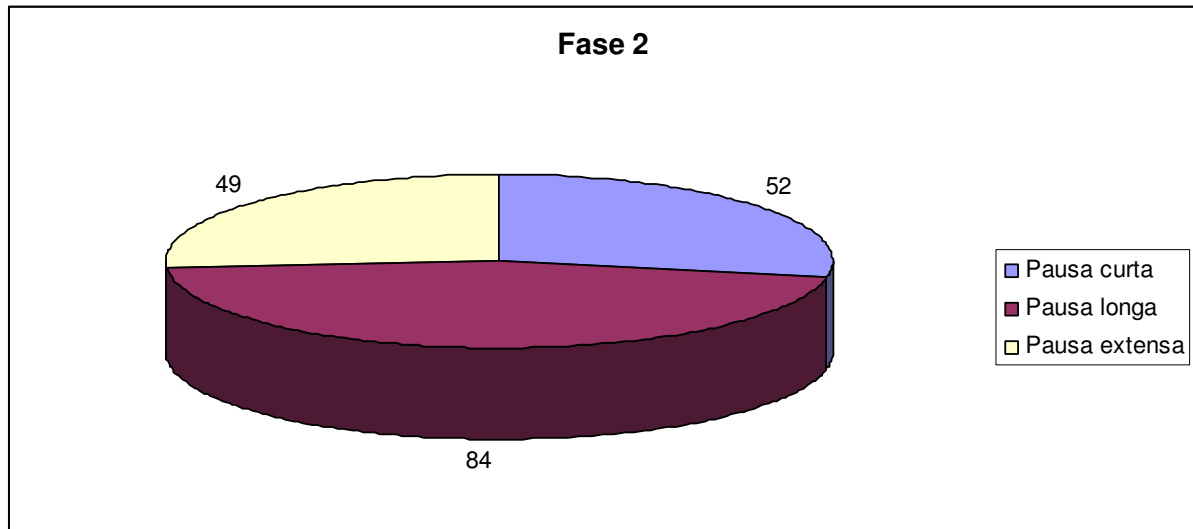
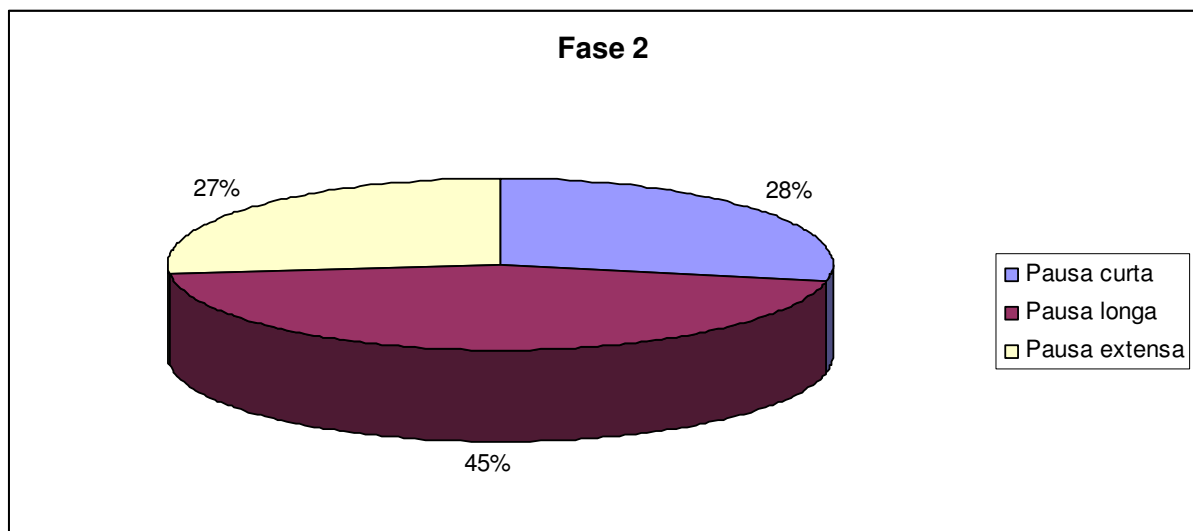


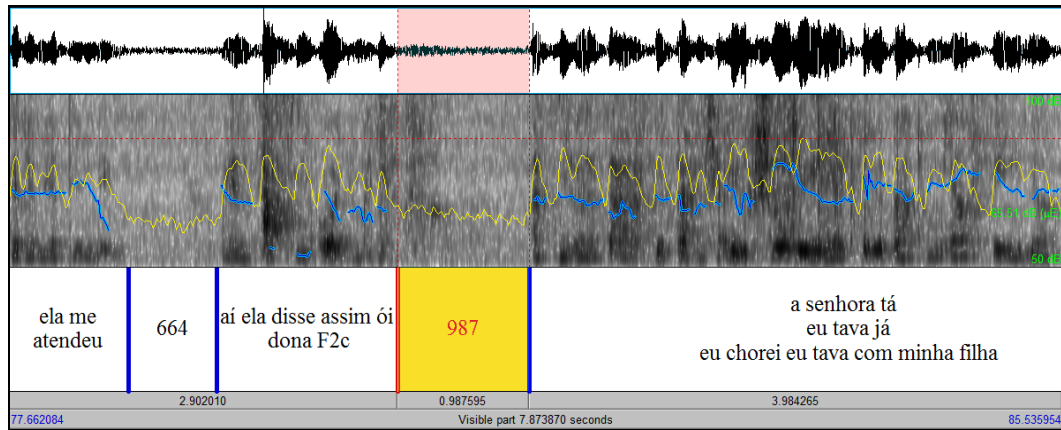
Gráfico 8: percentual de pausas quanto à sua característica acústica de duração na F2



Com base nos resultados apresentados nos gráficos acima, podemos observar que na F2 as informantes utilizam em maior número as pausas longas 84, seguido das pausas curtas 52 e de pausas extensas 49, no total de 185 pausas produzidas, sendo essa a fase com o maior número de pausas em todo *corpus*. Esses resultados nos mostram um percentual de 45% de pausas longas, 28% de pausas curtas e 27% de pausas extensas. Sendo maior o número de pausas longas e menor o número de pausas extensas. A pausa longa na F2 pode ser visualizada no exemplo de nosso *corpus*.

(17) ela me atendeu + aí ela me disse assim ói dona F2c + a senhora tá eu tava já eu chorei eu tava com minha filha (F2c)

Figura 6. Espectrograma: amostra de pausa longa da informante F2c



4.2.3 Ocorrência das pausas e característica de duração na F3

Tabela 8: número e percentual de pausas na F3

Pausas	N	%
Curta	51	28%
Longa	89	50%
Extensa	40	22%

O Gráfico 9 apresenta os dados numéricos de pausas curtas, longas e extensas, enquanto o Gráfico 10 compara os percentuais alcançados por cada tipo de pausa na F3.

Gráfico 9: número de pausas quanto à sua característica acústica de duração na F3

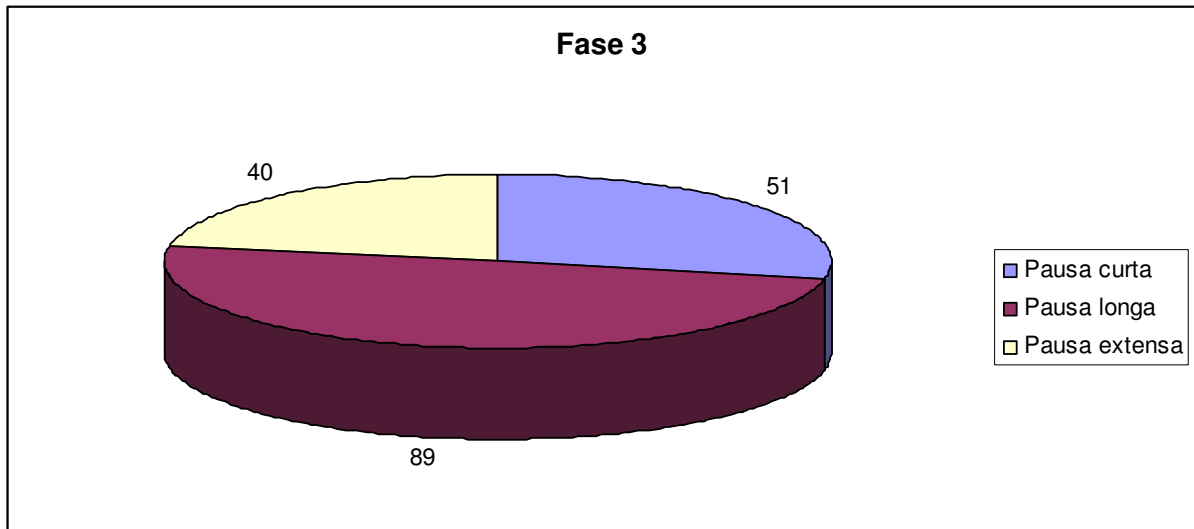
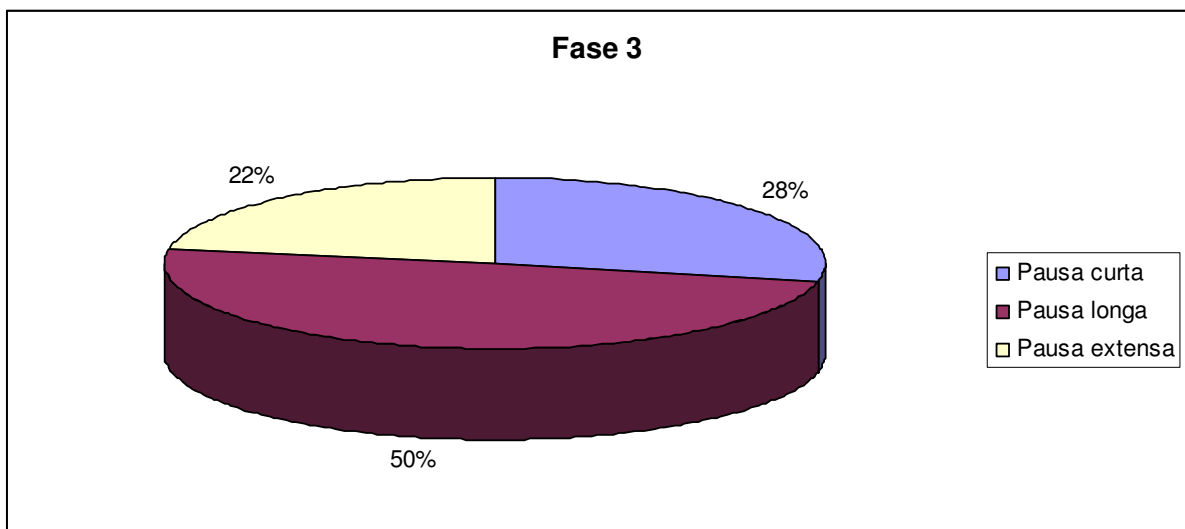


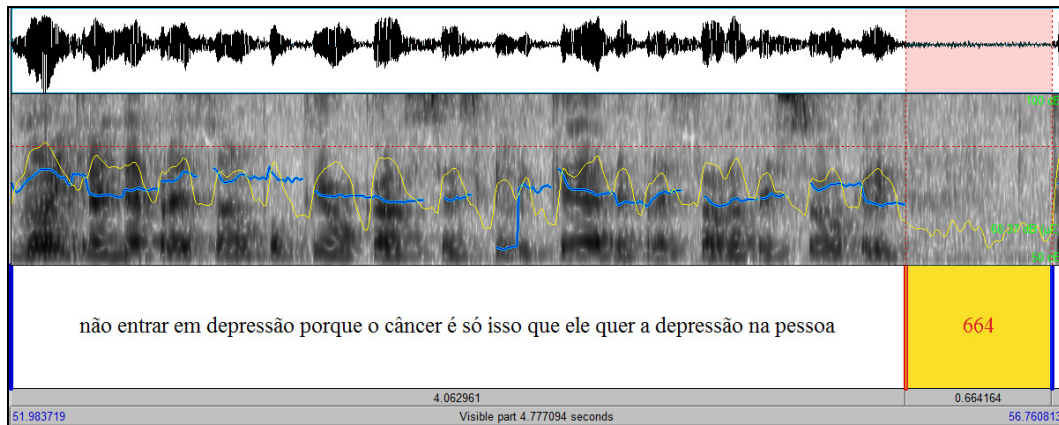
Gráfico 10: percentual de pausas quanto à sua característica acústica de duração na F3



Segundo os dados acima, do total das 180 pausas produzidas pelas informantes da F3, obtivemos 89 pausas longas, assim como o total de 51 pausas curtas e de 40 pausas extensas. Esses resultados nos mostram um percentual de 50% de pausas longas, seguidos de 28% de pausas curtas e 22% de pausas extensas. Sendo maior o número de pausas longas e menor número de pausas extensas. O espectrograma a seguir demonstra um exemplo de pausa longa na fala de uma informante da F3.

(18) não entrar em depressão porque é só isso que o câncer quer a depressão na pessoa + cada pessoa que ele + (F3a)

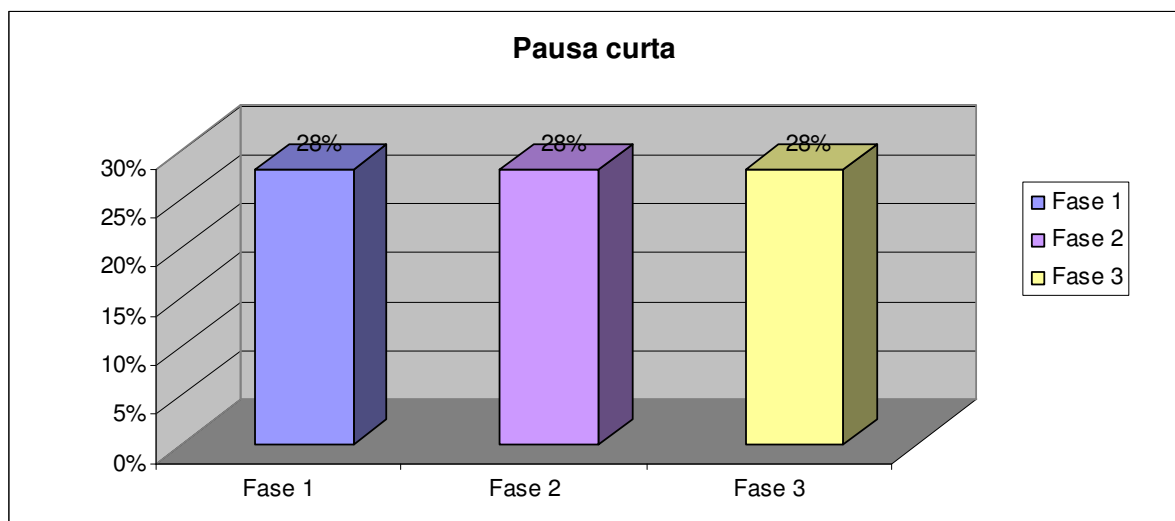
Figura 7. Espectrograma: amostra de pausa longa da informante F3a



4.3 Resultados obtidos a partir da comparação da pausa em todas as fases da doença

4.3.1 Resultados obtidos a partir da comparação da pausa curta em todas as fases da doença

Gráfico 11: percentual de pausa curta distribuído por fase da doença



Como podemos observar, o percentual de pausa curta não apresentou diferença significativa nas três fases do CM e sua ocorrência aparece com um percentual de 28% para todas elas. Podendo ser observado nos exemplos a seguir.

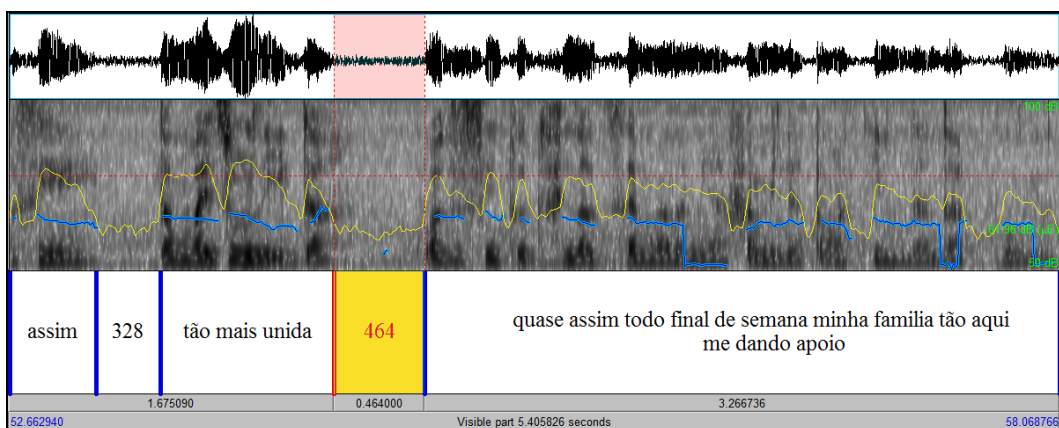
(19) agora minha vida era muito antes da doença também era muito boa – eu ia pa praia (F1b)

Figura 8. Espectrograma: amostra de pausa curta da informante F1b



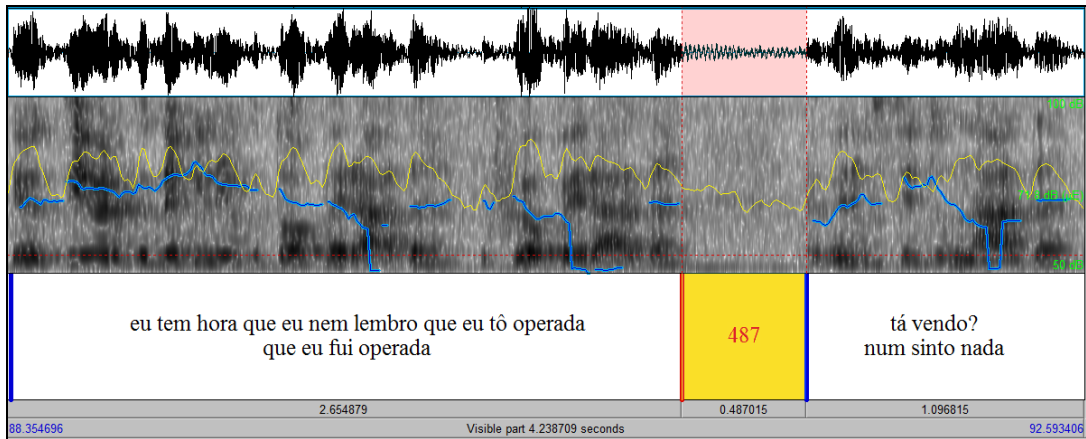
(20) assim – tão mais unida – quase todo final de semana minha família tão aqui me dando apoio (F2b)

Figura 9. Espectrograma: amostra de pausa curta da informante F2b



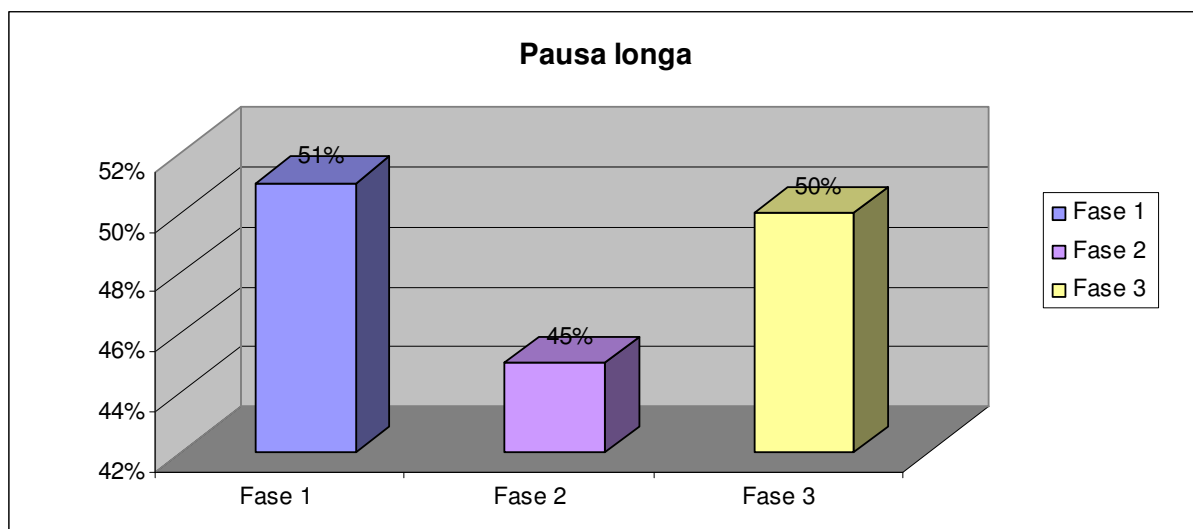
(21) eu tem hora que eu nem lembro que tô operada que eu fui operada – tá vendo?
num sinto nada (F3c)

Figura 10. Espectrograma: amostra de pausa curta da informante F3c



4.3.2 Resultados obtidos a partir da comparação da pausa longa em todas as fases da doença

Gráfico 12: percentual de pausa longa distribuído por fase da doença



No gráfico acima, a pausa longa aparece em maior número na F1, com um percentual de 51% de ocorrências de pausas longas. Na F3 aparecem 50% de pausas longas, seguida de 45% dessas pausas na F2. O exemplo a seguir mostra a pausa longa na F1.

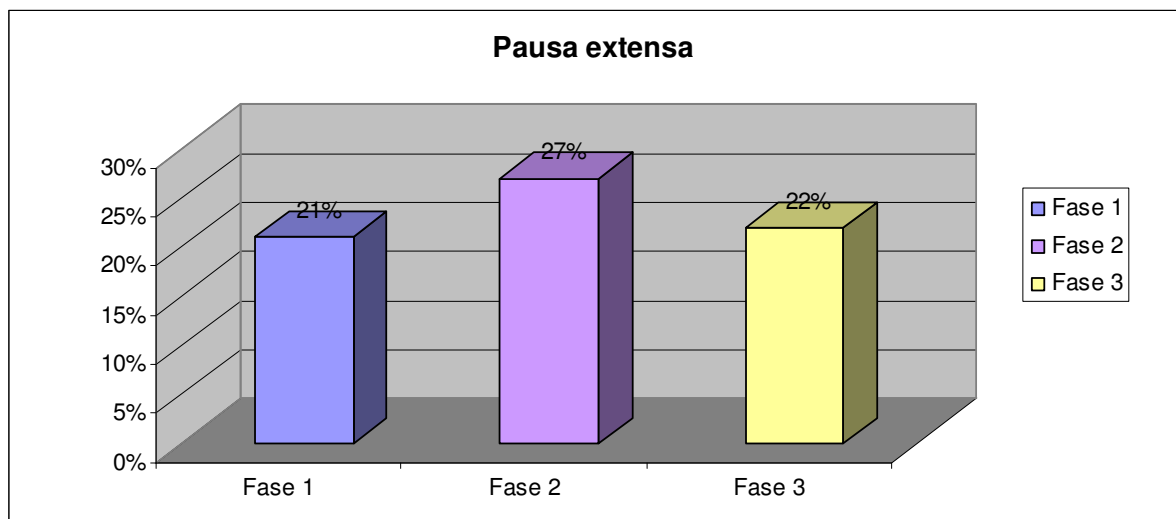
(22) pensei que ia morrer + pensei que ia deixar meus filhos pensava muito nos meus filho + isso eu pensava nos meus dois filho (F1b)

Figura 11. Espectrograma: amostra de pausa longa da informante F1b



4.3.3 Resultados obtidos a partir da comparação da pausa extensa em todas as fases da doença

Gráfico 13: percentual de pausa extensa distribuído por fase da doença

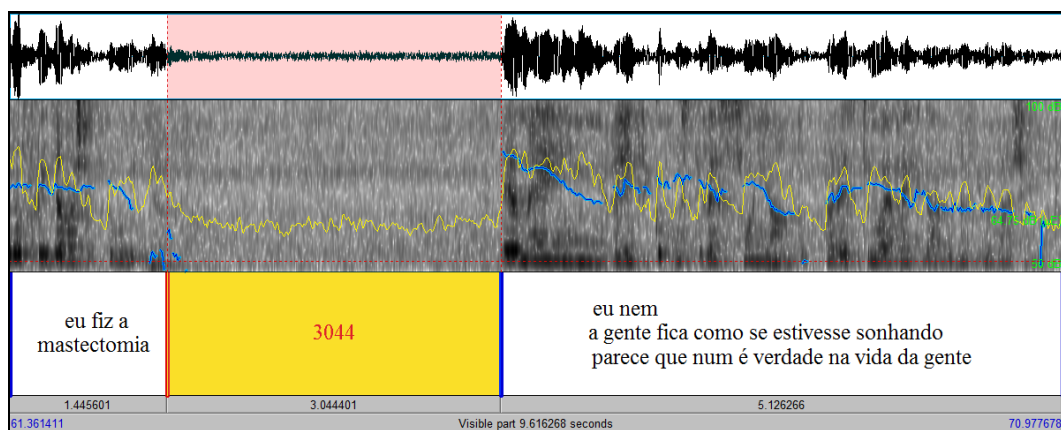


Ao compararmos, então, o percentual de ocorrências de pausas extensas nas diversas fases da doença, esse tipo de pausa aparece em maior número na F2, com um percentual de

27% de ocorrências de pausas extensas. Na F3 aparece em 22% de pausas extensas, seguida de 21% dessas pausas na F1. O exemplo a seguir mostra a pausa extensa na F2.

(23) quando foi em setembro eu fiz a mastectomia ++ eu nem a gente fica como se estivesse sonhando parece que num é verdade na vida da gente + (F2c)

Figura 12. Espectrograma: amostra de pausa extensa da informante F2c



O comparativo das pausas em todas as etapas da doença nos mostra que a F1 e a F2 são as fases que mais se destacam, com os maiores percentuais de pausa. A fase de descoberta com as longas e a fase de tratamento com as extensas. A F1 e F2 são etapas do câncer de mama que envolve muito sofrimento. Na F1, a mulher convive com uma doença extremamente debilitante, que recebe o estigma de doença fatal que ocasiona muito sofrimento e pode levar a morte. Da mesma forma, a F2 em que a mulher se encontra diante de um dos maiores desafios impostos pela doença, o de enfrentar diariamente a imagem de um corpo mutilado.

4.4 Caracterização da pausa conforme a fase do CM

Neste item, descrevemos as pausas presentes em cada etapa do CM, procurando associar o tipo de pausa ao conteúdo emocional expressado na fala das informantes. Apresentamos, inicialmente, a descrição das pausas na fase de descoberta, seguidas das fases de tratamento e cura do CM.

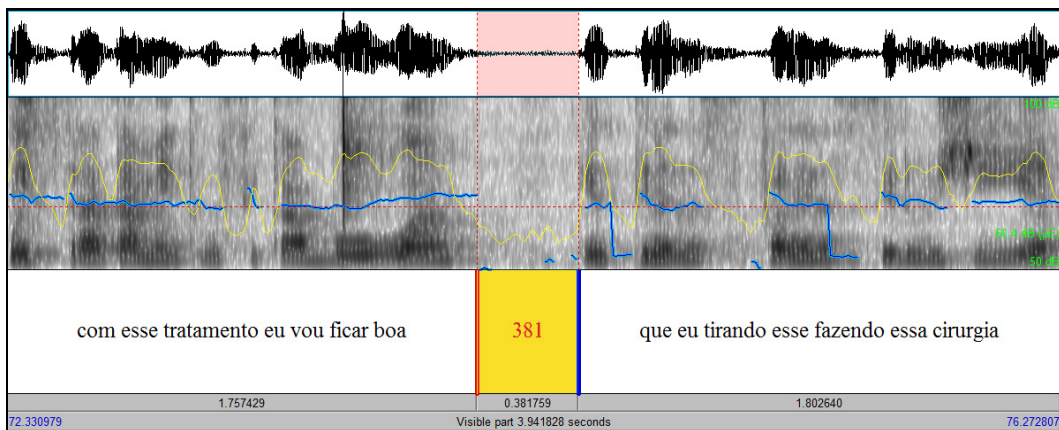
4.4.1 Características da pausa na F1

A fase de descoberta é a etapa em que as mulheres tomam conhecimento de seu diagnóstico de malignidade, são confrontadas com a finitude e tomam conhecimento da possibilidade da perda da mama, um órgão altamente investido de significação relacionado à maternidade, sexualidade e estética. A tristeza e o medo, a partir desse momento, se instalam de maneira significativa em seu quadro emocional. Dessa forma, nessa fase, encontramos todos os tipos de pausas, muito embora as pausas longas representem o maior número de ocorrências.

Inicialmente, apresentamos as pausas breves que representam um percentual de 28% das ocorrências, conforme exemplos a seguir.

(24) com esse tratamento eu vou ficar boa – que eu tirando fazendo essa cirurgia
(F1b)

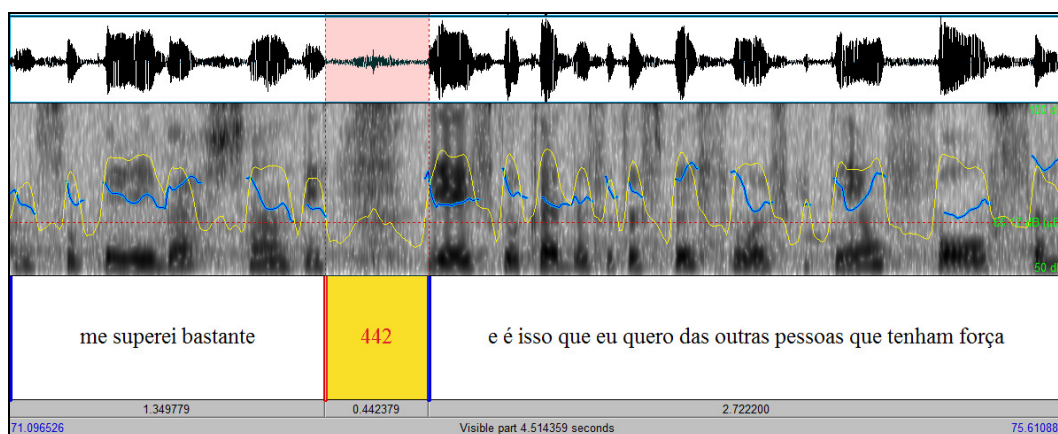
Figura 13. Espectrograma: amostra de pausa curta da informante F1b



No exemplo acima, a pausa curta aparece no momento em que a informante fala sobre a vontade de estar curada. A informante relata seu desejo de cura e associa ao processo cirúrgico, a pausa aparece no meio de um conteúdo de esperança. No tratamento para o câncer de mama em estágios avançados, a cirurgia é a maneira mais bem sucedida de tratar a doença e o que a mulher mais deseja nesse momento é a cura. A esperança surge como um sentimento positivo e a pausa curta acompanha os conteúdos leves da fala, ou seja, momentos de pouco impacto emocional.

(25) me superei bastante – e é isso que eu quero das outras pessoas que tenham força
(F1a)

Figura 14. Espectrograma: amostra de pausa curta da informante F1a



No exemplo (25), a pausa curta da informante F1a aparece entre os trechos que fala de superação e de força, atitudes necessárias para o enfrentamento de uma doença tão debilitante e que impõe tantos desafios. A esperança e a perseverança aparecem como sentimentos positivos e a pausa curta acompanha os conteúdos leves da fala, ou seja, momentos de pouco impacto emocional.

Todas as informantes que se encontram na F1 do CM passam pelo processo quimioterápico, o que resulta em várias dificuldades físicas e emocionais. Este período, conforme Abellof et al. (2000), é marcado pela perda do cabelo (alopecia), o que em maior ou menor grau influencia na autoimagem negativa que o processo engatilha, além de outros prejuízos físicos como dores, restrições alimentares, debilidade, náuseas, vômitos, enjôos entre tantas outras alterações, o que, certamente, acreditamos que contribua para o quadro de fragilidade emocional presente na fala das informantes e que pode ser analisado pela pausa.

Verificamos que, devido às dificuldades citadas, a pausa curta aparece em momentos em que as informantes expressam no conteúdo da fala emoções positivas relacionadas a significados de leveza e que envolve baixo impacto emocional. Estes conteúdos aparecem em poucos momentos da fala das informantes, o que, certamente, repercute no pequeno percentual de 28% de ocorrências de pausas curtas. Como podem ser vistos nos exemplos a seguir.

(26) e é assim que eu quero ver todos bem [385] pra cima (F1a)

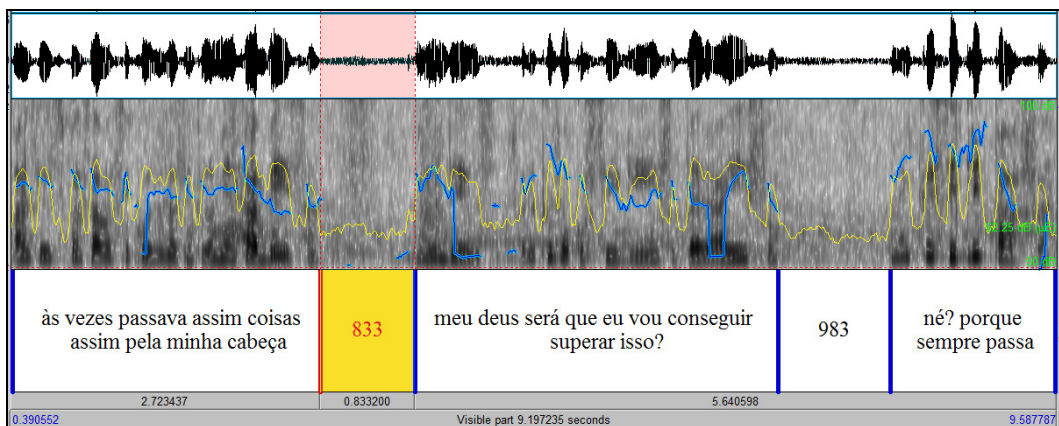
(27) [344] agora minha vida era muito antes da doença também era muito boa [344] eu ia pa praia (F1b)

Já nos momentos da fala que representam maior impacto emocional, com conteúdos, em sua maioria, envolvendo medo e tristeza surgem as pausas longas. São os momentos em que as informantes revelam suas aflições decorrentes dos procedimentos adotados, um deles a quimioterapia, em que a mulher vivencia um doloroso período de debilidade física e alteração da sua imagem, principalmente pelos efeitos colaterais como a perda do cabelo, que, muitas vezes, é tão doloroso como a própria perda do seio, revelando aos outros a sua condição de doente e provocando o temor de se sentir rejeitada e alvo de preconceito.

O período de enfrentamento e de elaboração psíquica desses processos, muitas vezes, leva a um significativo desgaste emocional. Diante dessa situação, a informante F1a se questiona se realmente terá forças para suportar tantos desafios, como pode ser visto no exemplo a seguir.

(28) às vezes passava assim coisas assim pela minha cabeça + meu deus será que eu vou conseguir superar isso? + né? porque sempre passa (F1a)

Figura 15. Espectrograma: amostra de pausa longa da informante F1a

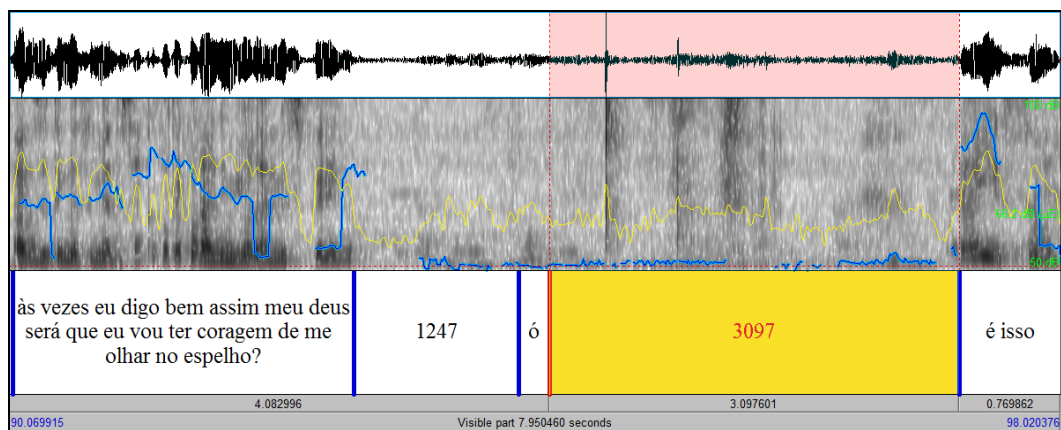


As pausas longas enfatizam o trecho no qual a informante reflete sobre a sua condição emocional para suportar o sofrimento imposto pelo câncer. O pensamento voltado para a doença passa a ser algo frequente, já que toda sua rotina, a função social, seus planos de futuros são modificados para que sejam priorizados os primeiros procedimentos para a cura da doença (cf. VENÂNCIO, 2004). O fato de pensar na morte, de ter sua autoestima baixa, de sentir os efeitos colaterais dos procedimentos, dentre outros, geram a dúvida de se realmente terá estrutura emocional para elaborar todos os conflitos inerentes a esta situação de ser portadora de CM.

Um número significativo de pausas longas e extensas aparece em trechos em que acontecem essas reflexões, momentos em que as informantes falam com medo e aflição sobre o seu estado atual e em seu futuro incerto. No segundo exemplo, a pausa extensa aparece na reflexão que a informante faz sobre a aceitação da imagem corporal modificada.

(29) às vezes eu digo bem assim meu deus será que eu vou ter coragem de me olhar no espelho? ++ ó ++ é isso (F1b)

Figura 16. Espectrograma: amostra de pausa extensa da informante F1b



No exemplo acima, observamos que ocorre uma pausa extensa, um longo silêncio, após o momento de reflexão da informante sobre a imagem corporal depois do processo de mastectomia. A informante revela o medo do impacto negativo que possa vir a ter ao observar seu corpo após o processo de mutilação, visto que, como afirma Wanderley (1994), muitas mulheres após a retirada da mama revelam que se sentem repulsivas e envergonhadas. Para

Viola (2008), essas pausas representam algo que não pode ser falado ou ouvido, sinalizando os seus medos e aflições.

No trecho selecionado, a informante fala do medo de se olhar no espelho após a mastectomia, faz uma pausa e diz: ‘ó’ [apontando para as lágrimas] nesse momento ela chora, demonstrando o quanto enfrentar a doença é difícil e o quanto é doloroso pensar sobre a retirada da mama. Em nossa pesquisa, a mastectomia foi indicada para todas as informantes.

Não podemos nos esquecer que a mama é vista como uma forma de expressão de feminilidade e sexualidade da mulher (ZECCHIN, 2004). É um órgão que, além de se desenvolver como símbolo de sexualidade, desempenha uma tarefa relevante e exclusiva da mulher, a amamentação. A sua mutilação constitui, portanto, uma perda irreparável.

A pausa extensa está presente na fala da informante em um momento de intenso sofrimento e medo, que está ligado ao fato de ter que lidar com a alteração da imagem corporal na fase seguinte. As pausas longas e extensas aparecem em trechos da fala que envolvem muita tristeza, sendo as pausas longas as de maior número na fala de nossas informantes na F1 da doença. No estudo comparativo das pausas longas em todas as fases, também foi esta a fase que apresentou o maior percentual dessas pausas.

Para essas mulheres, os eventos como a perda da vitalidade, afastamento familiar, preconceito, hospitalização e alterações alimentares acabam se tornando acontecimentos frequentes, causadores de muita tristeza e conseqüentemente exigindo muito de sua estrutura emocional. Observamos que as alterações emocionais advindas das dificuldades enfrentadas na fase de descoberta expressas em medos e aflições são um conteúdo constante na fala dessas mulheres, o que justificaria o aumento da duração das pausas. Nos momentos em que o conteúdo envolve tristeza, observamos que houve um aumento significativo na duração das pausas com uma fala mais lenta. Murray e Arnott (1993) pontuam que, na tristeza, a grande ocorrência de pausas diminui a taxa de elocução do falante. Outros exemplos de pausas longas e extensas podem ser visualizados a seguir.

(30) Quando eu [1216] eu de mim mesma eu sabendo que mais ou menos o caso que era [728] eu num quis ajuda [1528] eu fiquei sem querer ajuda fiquei o pessoal percebia que eu tinha alguma coisa eu dizia não tenho nada não tenho nada [504] mais eu sabendo que tinha (F1a)

(31) quando eu precisei falar com meus familiares e contar o que tava acontecendo comigo que até então todo mundo [543] ninguém sabia escondi de todo mundo [986] porque eu tava com medo de enfrentar (F1c)

Na F2, a de tratamento, verificamos que as pausas longas em relação à própria fase obteve um percentual de 45% das pausas e ao compararmos todas as fases do CM, obtivemos um número maior de pausas extensas na F2 que nas outras fases, com 27 % das ocorrências contra 21% na fase de descoberta e 22% na fase de cura.

4.4.2 Características da pausa na F2

A fase de tratamento é uma etapa do CM marcada pela mutilação da mama e representa uma das fases mais difíceis no processo de adoecimento por CM. Uma etapa em que a mulher convive com a perda de um órgão ligado às representações de feminilidade, sexualidade e maternidade. Nessa fase, as pausas longas obtiveram o percentual de 45% das ocorrências e o maior percentual de pausas extensas em comparação com as outras fases.

Apresentamos, inicialmente, as pausas curtas que representam um percentual de 28% das ocorrências de pausa.

(32) ela é mastologista – aí eu fui pro posto ela é daqui de maceió – e foi essa vez lá pra são josé (F2c)

Figura 17. Espectrograma: amostra de pausa curta da informante F2c



(33) aí pronto – aí ela falou a senhora quer ir pro recife? fazer todos os exames (F2a)

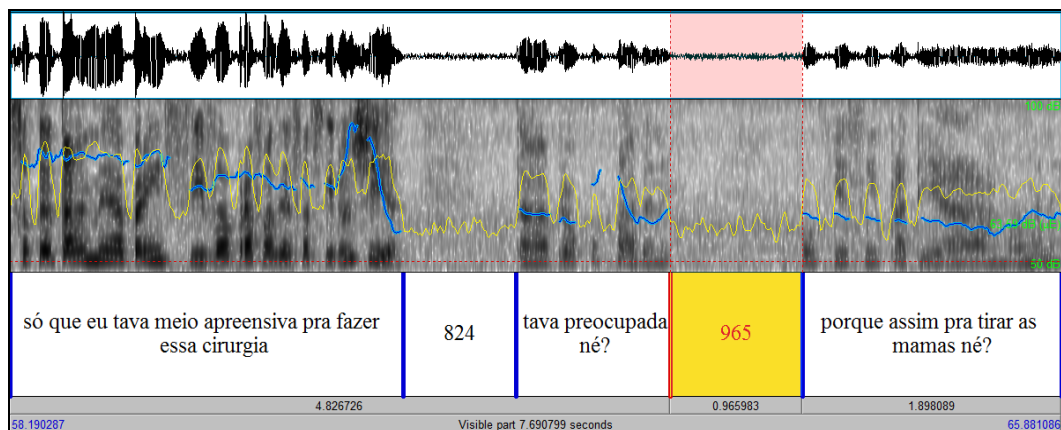
Figura 18. Espectrograma: amostra de pausa curta da informante F2a



Assim como na fase de descoberta, algumas pausas curtas das informantes na F2 também se relacionam a trechos de pouca intensidade emocional. Algumas pausas curtas ocorrem em lugares em que a informante introduz a fala de alguém ou a sua própria fala. Também são poucos esses momentos. Já as pausas longas são a maioria e aparecem em trechos que falam sobre a malignidade da doença e a retirada da mama.

(34) só que eu tava meio apreensiva pra fazer essa cirurgia + tava preocupada né? + porque assim pra tirar as mamas né? (F2b)

Figura 19. Espectrograma: amostra de pausa longa da informante F2b



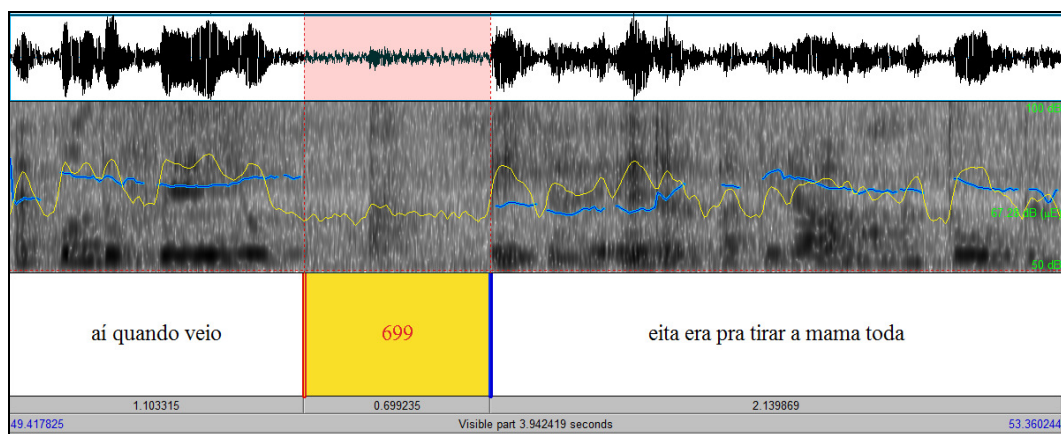
No trecho selecionado, a informante F2b fala sobre o processo de retirada da mama. As palavras que denotam apreensão e preocupação aparecem entre as pausas longas. A pausa aparece no trecho em que fala sobre preocupação e logo após no trecho relacionado ao medo de retirar as mamas. O fato de falar sobre a mastectomia com medo e aflição surge desde a fase anterior de descoberta, a retirada da mama provoca um sofrimento que compromete nos variados níveis a autoestima, a imagem corporal e a identidade como mulher.

Sabemos que a mulher que passa pela mastectomia sofre uma série de danos, entre eles, as limitações físicas após a cirurgia como inchaço no braço do lado da mama operada, limitações na amplitude do braço, perda da força, limitações nas atividades domésticas, dor e aqueles relacionados à imagem corporal modificada (cf. BARACHO, 2007). Como afirma Wanderley (1994), muitas vezes, após a mastectomia, as mulheres se sentem mutiladas, envergonhas e repulsivas.

A mastectomia causa prejuízos que se estendem às várias esferas da vida, tanto física, como social e emocional. Os prejuízos físicos estão ligados à dor, ao inchaço do braço do lado da mama amputada e à limitação do movimento do braço. Na esfera social, as mulheres escondem a cirurgia, pois se sentem envergonhadas. O campo emocional é o mais comprometido, pois a alteração da autoimagem causa sentimentos de inferioridade, baixa autoestima e medo de ser rejeitada.

(35) aí quando veio + eita era pra tirar a mama toda (F2c)

Figura 20. Espectrograma: amostra de pausa longa da informante F2c

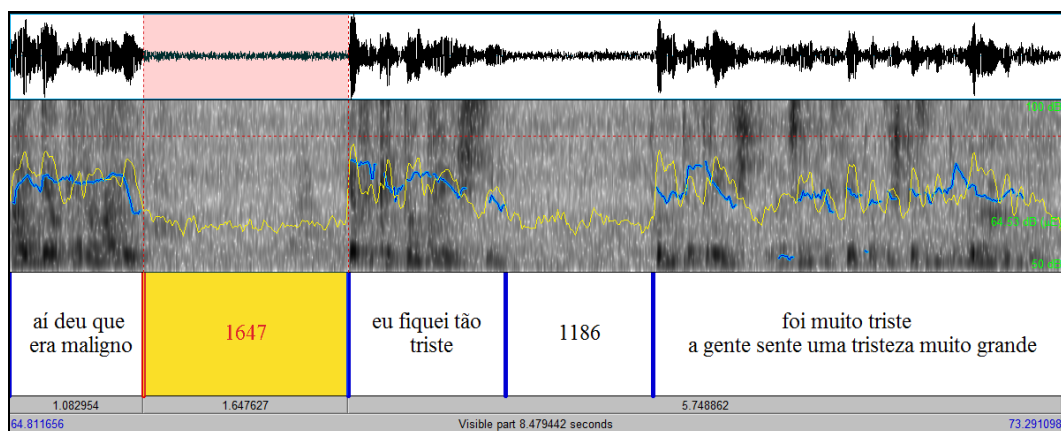


No exemplo acima, a pausa aparece no momento em que a informante fala com surpresa e tristeza do procedimento de retirada da mama no processo de mastectomia. A pausa silenciosa longa aparece associada a uma surpresa negativa, a de que seria necessária a amputação da mama.

A notícia da amputação da mama provoca um aumento significativo na intensidade das emoções e as mulheres geralmente choram. Pensar na retirada da mama passa a ser um processo extremamente doloroso. As pausas longas ocorrem significativamente para introduzir ou finalizar os momentos de tristeza na fala dessas mulheres, principalmente ao falar sobre a malignidade de seu tumor o que conseqüentemente ocasionou o processo de mutilação da mama.

(36) aí deu que era maligno ++ eu fiquei tão triste ++ foi muito triste a gente sente uma tristeza muito grande ++ (F2c)

Figura 21. Espectrograma: amostra de pausa extensa da informante F2c



As pausas extensas aparecem acompanhando momentos na fala que representam grande impacto emocional. A pausa no trecho selecionado surge após o momento em que a informante fala da malignidade de seu tumor e logo em seguida aparece outra pausa extensa dando ênfase à tristeza vivenciada ao saber do diagnóstico da doença. A confirmação do câncer é um momento que envolve muito sofrimento, que se estende também ao contexto atual, uma vez que a perda da mama não se dá no momento da cirurgia, mas em um longo e doloroso processo de desapego. (ZECCHIN, 2004).

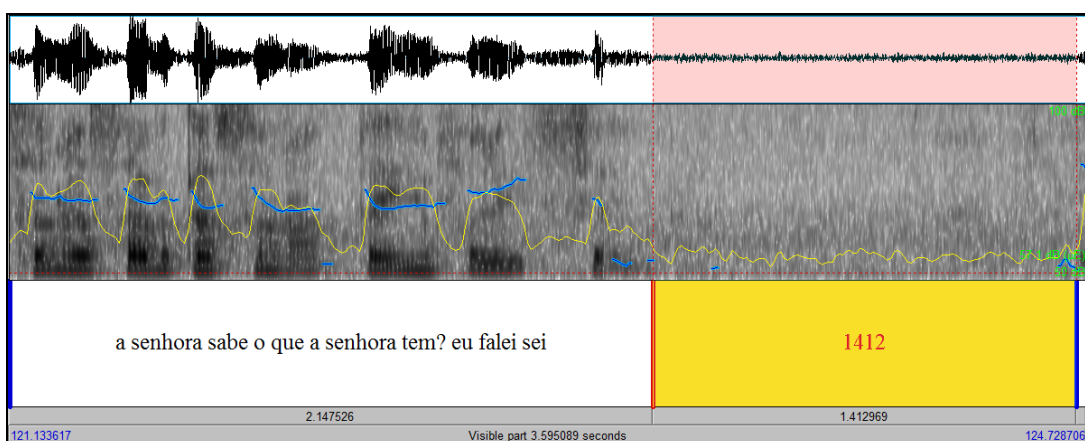
Os procedimentos agressivos ao organismo, como a quimioterapia, somados à amputação da mama tendem a provocar uma influência negativa no comportamento da mulher, como baixa autoestima, alterações da autoimagem e perda do autovalor. A tristeza em sua fala revela o quanto a passagem pelo diagnóstico de malignidade e o procedimento cirúrgico para o tratamento do CM são vivências dolorosas.

A confirmação do diagnóstico é um momento muito doloroso, em que a mulher se depara com a possibilidade de morte e toma conhecimento de um tratamento longo e difícil, principalmente pela possibilidade de perda da mama. No exemplo (37), a informante fala sobre o diagnóstico de malignidade e faz uma pausa extensa.

O conhecimento da gravidade da doença desperta na mulher muitos medos principalmente aqueles ligados a ideia de não mais existir, de abandonar seus planos e deixar seus entes queridos. A aceitação de ser portadora de uma doença como o CM é algo muito difícil de ser elaborado e requer um tempo para que a mulher se aceite como doente e principalmente aceite o tratamento. No trecho selecionado, a pausa extensa surge após a informante falar sobre o conhecimento que tinha de seu diagnóstico e malignidade de seu tumor.

(37) a senhora sabe o que a senhora tem? eu falei sei ++ e preparou tudo pra cirurgia (F2a)

Figura 22. Espectrograma: amostra de pausa extensa da informante F2a



Após a mastectomia, as atenções se voltam para o braço do lado da cirurgia e para o local da cirurgia. Conforme Baracho (2007), o edema ou inchaço ocorrido geralmente após a

cirurgia que pode ser na mama, no braço do lado da cirurgia ou no tórax, aparece devido ao trauma provocado pelo procedimento cirúrgico. O pesquisador afirma também que a mão e o braço desfigurados são uma lembrança constante para a mulher do seu processo de adoecimento, tendo como consequência uma queda na sua qualidade de vida, diminuição das atividades físicas e o abandono das atividades prazerosas. Além da diminuição da amplitude do ombro que pode causar danos em atividades diárias comuns da mulher, como vestir roupas pela cabeça, abotoar o sutiã e fechar o zíper.

A F2 é a etapa em que a mulher vivencia as mais importantes e significativas perdas durante o processo, a da mama sendo um objeto altamente investido de significação e as perdas relacionadas à autonomia e vitalidade de seu corpo. Esse é um doloroso período marcado por muita tristeza e sentimentos de inferioridade. As pausas, nessa fase, também acompanham a tristeza em sua fala e aparecem mais longas. Sendo as pausas extensas em maior número nessa fase, comparado com as outras etapas.

Atravessada essa fase e tendo sido o tratamento bem sucedido, elas irão para a próxima etapa, cura ou controle da doença no organismo, com a finalização dos tratamentos. As mulheres, na F3, já passaram pelas etapas de descoberta e de tratamento e, embora seus tratamentos tenham conseguido bons resultados, a experiência de ter sido portadora de CM frequentemente deixa suas cicatrizes.

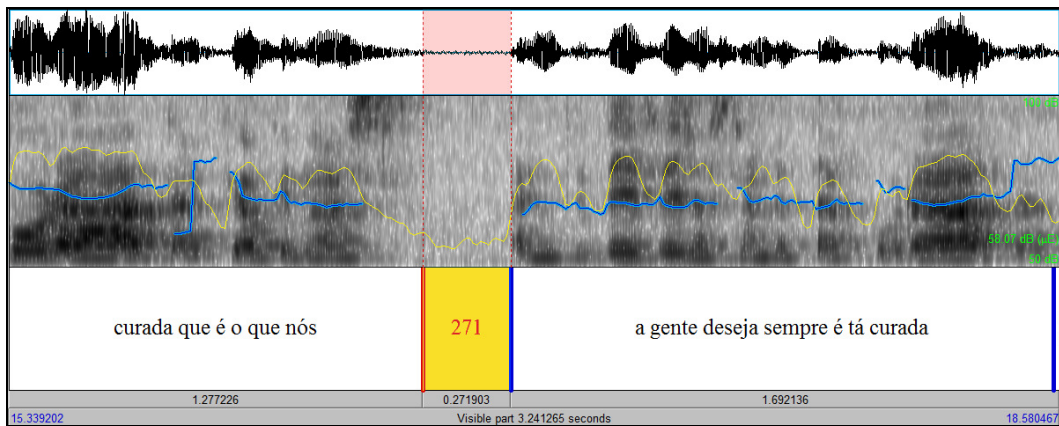
A pausa longa é o tipo de pausa que apresenta maior percentual de ocorrência na F3 cerca de 50 % das ocorrências.

4.4.3 Características da pausa na F3

A fase de cura é uma etapa em que ocorre o controle da doença no organismo e da finalização dos tratamentos. No entanto, a maioria das pacientes ainda teme a recidiva da doença, assim como apresentam algum tipo de dificuldade em lidar com as perdas provocadas pelo processo de tratamento. Essa fase apresenta todos os tipos de pausa, sendo as pausas longas as de maior percentual. As pausas curtas representam um percentual de 28% das pausas.

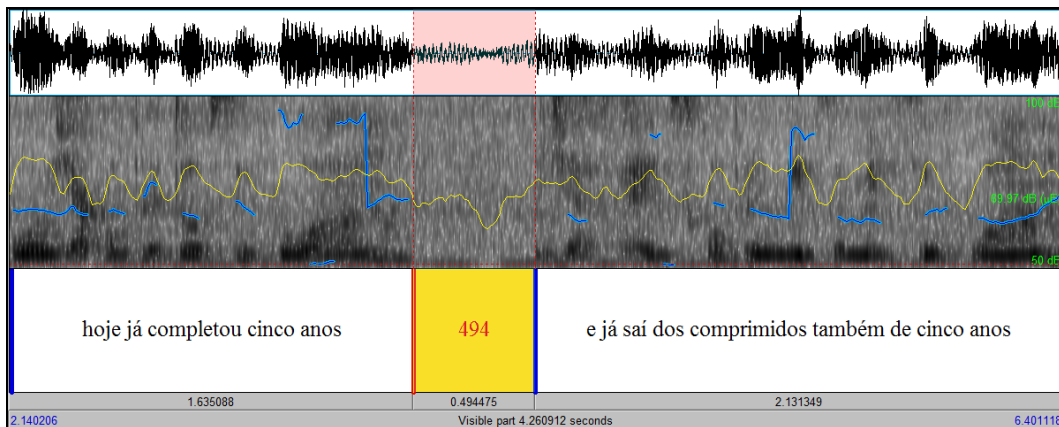
(38) curada que é o que nós – a gente deseja sempre é tá curada (F3a)

Figura 23. Espectrograma: amostra de pausa curta da informante F3a



(39) hoje já completou cinco anos – e já saí dos comprimidos também de cinco anos (F3c)

Figura 24. Espectrograma: amostra de pausa curta da informante F3c



As pausas curtas produzidas pelas informantes na F3 aparecem em trechos em que falam sobre as vivências do processo de cura. O desejo de estar curada é comum a todas as mulheres em todas as etapas e nesses momentos as pausas curtas acompanham essa fala mais rápida e mais alegre. Segundo Scherer et al. (2003), na alegria, o número e a duração das pausas são menores.

No exemplo 39, a pausa curta aparece no trecho em que a informante fala sobre o término do seu tratamento e mostra alívio em se desligar dos tratamentos agressivos e dos

tratamentos feitos nos últimos cinco anos, a hormonioterapia. Todas as informantes da F3 fizeram a terapia hormonal. As pausas curtas aparecem com frequência nesses trechos, em que as informantes falam sobre o fim do tratamento, a diminuição das visitas ao hospital e a possibilidade de levar uma vida com menos restrições. Como podemos constatar no exemplo abaixo.

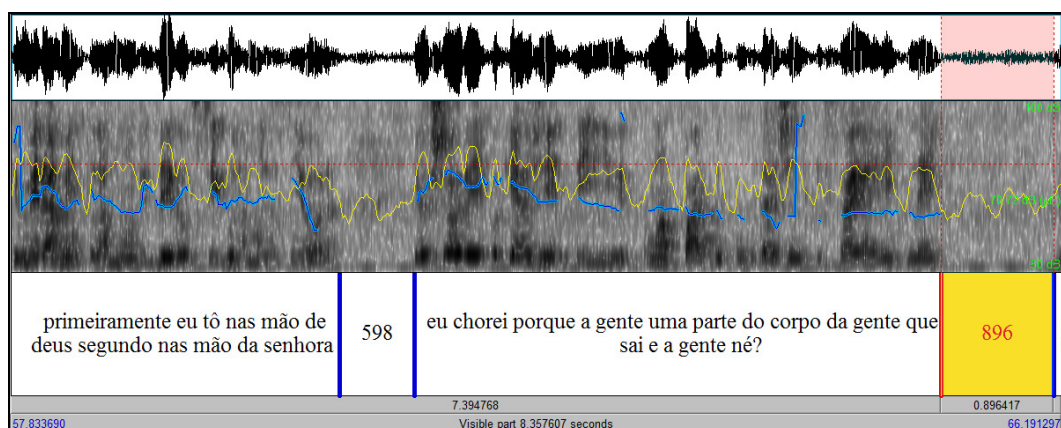
(40) estou livre [424] com a graça de deus tô livre (F3a)

(41) vou pra todo canto [419] como você vê a gente faz aqueles passeios que a gente fazia e faz (F3c)

As pausas curtas apareceram com um percentual de 28% nessa etapa de câncer de mama. No entanto, as pausas longas obtiveram o maior percentual de ocorrência, cerca de 50% das pausas. Apesar de na F3 as informantes se encontrarem no período de controle da doença no organismo e fim dos tratamentos, ainda existem o medo e o temor da recidiva da doença. As informantes iniciam um período apenas de acompanhamento, no entanto, ainda sofrem com as sequelas deixadas pelo tratamento, como a perda da força do braço do local da cirurgia, limitações nas atividades da vida cotidiana e principalmente a ausência do órgão ligado a tantas representações na vida da mulher, como pode ser visualizado no exemplo a seguir.

(42) primeiramente eu tô nas mão de deus segundo nas mão da senhora + eu chorei porque a gente uma parte do corpo da gente que sai e a gente né? + (F3c)

Figura 25. Espectrograma: amostra de pausa longa da informante F3c



No trecho selecionado, a informante, na F3, fala sobre o processo de mastectomia. A pausa longa aparece antes e após do conteúdo de tristeza que relembra o momento da mastectomia e fala da mama como um importante componente do corpo. Em muitas mulheres, a ausência da mama deixa a sensação de incompletude ou sentimento de vazio, é uma experiência que sempre deixa suas marcas. O trecho selecionado abaixo revela o momento em que a informante fala sobre a falta da mama.

(43) preferia tá com tudo no lugar né? + mas a gente não sabe tudo (F3b)

Figura 26. Espectrograma: amostra de pausa longa da informante F3b

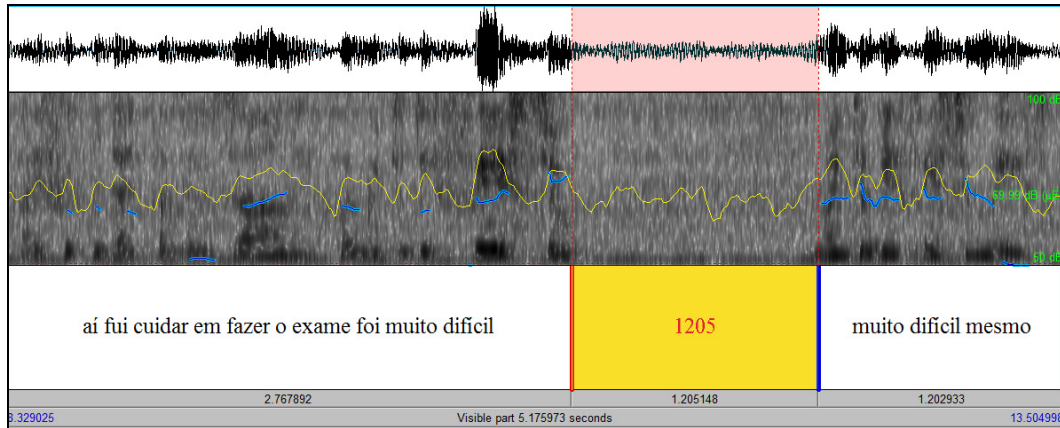


As perdas provocadas pelo processo de adoecimento por câncer e seus tratamentos ocasionam um efeito significativo no estado emocional, uma vez que, o CM é uma doença que está associada à morte e a perda da mama, uma parte do corpo tão valorizada e significativa. Além dos prejuízos físicos provocados pelo tratamento, na motricidade, a doença ainda acarreta prejuízos ligados ao trabalho, lazer e família, o que traz implicações em seu cotidiano e no seu relacionamento com as pessoas de seu meio social.

No exemplo a seguir, a informante da F3 fala sobre a dificuldade enfrentada no processo de descoberta da doença. A maioria das mulheres experiencia, no momento da descoberta, o medo e as aflições que a doença imprime em que se depara com a possibilidade de ter de enfrentar uma doença que pode levar a morte e a perda do seio. A pausa extensa da fala da informante enfatiza a dificuldade que é enfrentar o CM.

(44) aí fui cuidar em fazer o exame foi muito difícil ++ muito difícil mesmo (F3b)

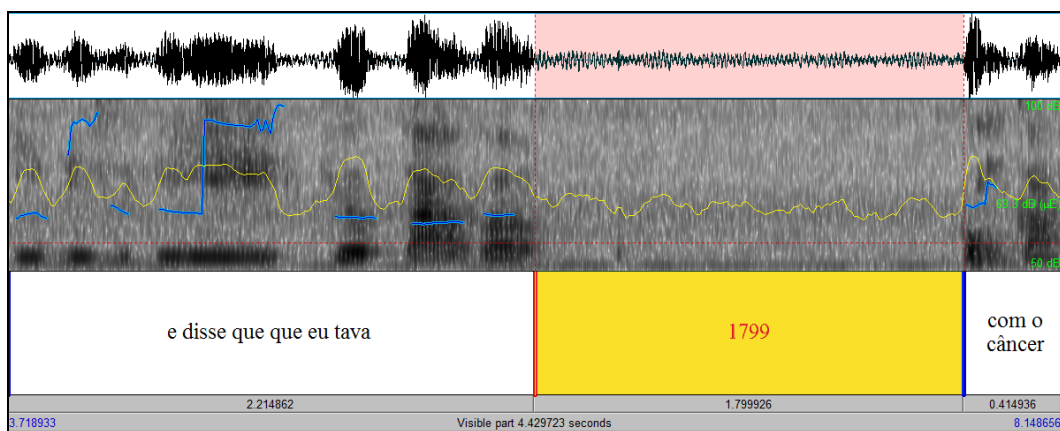
Figura 27. Espectrograma: amostra de pausa extensa da informante F3b



O exemplo a seguir apresenta uma pausa extensa antes da palavra câncer. A palavra câncer para essas mulheres é carregada de significados, principalmente aqueles ligados a medo, tristeza, dor, mutilação e perdas. Observamos que em alguns momentos em que a palavra câncer era pronunciada, na fase de cura, existe uma pausa longa ou extensa acompanhando o enunciado.

(45) e disse que que eu tava ++ com o câncer (F3c)

Figura 28. Espectrograma: amostra de pausa extensa da informante F3c



(46) por que [597] o câncer hoje em dia tá matando (F3a)

(47) é um número muito grande de de [672] mortalidade [640] por câncer (F3a)

Mesmo na fase de cura ou controle da doença, a palavra câncer envolve uma carga emocional bastante significativa, por todo o prejuízo causado pela doença e seus tratamentos. A palavra carrega em si o sofrimento da descoberta, as perdas provocadas pelo tratamento e sempre será sinônimo de tristeza para essas mulheres. A pausa aparece nesses momentos sendo longas e extensas.

O CM deixa suas marcas por toda a vida, embora a mulher na F3 não esteja mais sofrendo diretamente com os tratamentos agressivos realizados para o controle da doença no organismo. Pensar na doença sempre irá representar um período que envolve muitos medos e aflições. Mesmo numa fase considerada de cura, as mulheres ainda convivem com as limitações físicas ocasionadas pelos tratamentos e principalmente com o medo do retorno da doença no organismo. Os exames periódicos que, de qualquer forma, são necessários, demonstram que ainda existe a preocupação em investigar se ocorreu o retorno da doença no organismo, pois essa possibilidade sempre vai existir.

Chiattonne (2004) aponta que histórias de vida marcadas por perdas, falta de esperança, desistência e desânimo são extremamente comuns na avaliação de pacientes portadoras de câncer. Pudemos perceber, em nosso estudo, que características de pausas mais longas foram as que fizeram parte da fala dessas mulheres, ou seja, pausas longas como características de uma fala que envolve mais conteúdos de tristeza.

Goldman-Eisler (1954), embora não tenha se dedicado aos aspectos emocionais na fala, afirma que estes também podem ter influência na ocorrência e na duração das pausas. No nosso estudo, o estado emocional apresentado pelas informantes de CM influenciou na ocorrência e na duração das pausas. Além disso, concordamos com a autora ao afirmar que as pausas refletem processos internos de diferentes naturezas.

Lay e Paivio (1961), assim como Boomer e Dittmann (1964), encontraram em suas pesquisas características específicas da pausa quando comparadas aos estados emocionais. Os primeiros comprovaram que, na ansiedade, as pausas possuíam maior duração, enquanto os segundos observaram que a ocorrência das pausas na fala é significativa em determinados estados emocionais. É possível pensarmos na ocorrência de pausas mais longas devido às

particularidades vividas em cada fase, relacionadas aos prejuízos físicos e emocionais ocasionados pela doença.

Tais achados também corroboram as afirmações de Viola (2008) e Scherer et al. (2003) de que a fala que envolve o conteúdo emocional de tristeza, as pausas são mais longas e distribuídas de maneira irregular. Viola (2008) também afirma que essas pausas indicam os medos e as aflições, aquilo que não pode ser ouvido ou falado.

As informantes de nossa pesquisa expressaram em sua fala as tristezas e as dificuldades enfrentadas por elas, caracterizada por pausas longas e extensas em nosso *corpus*. Muito embora, algumas de nossas informantes sigam suas vidas com as restrições e as limitações que ocorrem no período de tratamento e após a doença, algumas delas, devido ao agravamento da doença, vieram a óbito antes mesmo do término das entrevistas que abrangeu o período de um mês.

CONCLUSÃO

No presente estudo, realizamos uma investigação sobre o parâmetro prosódico da pausa e a sua relação com os estados emocionais de mulheres portadoras de câncer de mama encontrando-se nas diversas etapas da doença: a descoberta, o tratamento e a cura.

Certamente, as doenças graves são consideradas imprevisíveis e causadoras de intenso sofrimento psíquico e entre elas podemos destacar o CM, tendo em vista que é uma doença que o diagnóstico provoca, na maioria das vezes, uma desestruturação na vida da mulher e comprometimentos significativos em seu estado emocional. Ela passa a conviver com o temor e o medo que a doença imprime, com a possibilidade de mutilação da mama, desfigurações de partes do corpo ocorridas pelo tratamento, além do medo de morrer e das perdas significativas nas diversas esferas da vida: a psicológica, a corporal e a familiar, com especial ênfase.

Os momentos que antecedem o diagnóstico são vivenciados como momentos de intensa angústia, justamente pela dúvida e o medo quando, na realização do autoexame, é detectado algum nódulo ou alguma alteração na mama. No entanto, é na confirmação do diagnóstico de CM que vários sentimentos emergem nesse momento: a raiva, o medo, a angústia, a tristeza, como bem observou Corbellini (2001, p. 50). Esta angústia ou outros sentimentos vivenciados neste período podem acompanhar a mulher, mesmo após o período de cura.

O *corpus* de análise da pesquisa foi formado pela fala de três grupos de informantes organizados a partir de cada etapa da doença. O primeiro grupo, nomeado F1, foi formado por mulheres que receberam o diagnóstico de CM e estavam em tratamento quimioterápico. O segundo grupo, nomeado F2, foi formado por mulheres que passaram pelo procedimento cirúrgico de retirada da mama e o terceiro grupo, chamado de F3, foi constituído por pacientes que se encontravam na fase de cura clínica (controle da doença). Participaram deste estudo, portanto, nove mulheres, sendo três na F1, três na F2 e três na F3, com idade entre trinta e cinco a sessenta anos, que estavam ou ainda estão em tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

As entrevistas coletadas tiveram um tempo mínimo de seis e um máximo de vinte minutos de duração. Para a análise das pausas, como forma de uniformizar o tempo médio, foram utilizados três minutos, contados a partir do momento em que as informantes começam a falar sobre o tema CM. A pausa foi medida com programa *Praat* de análise acústica e tomou

por base a classificação proposta de pausas silenciosas curtas, longas e extensas. A primeira corresponde a um intervalo de tempo de 250 a 500 milissegundos; a segunda, a um intervalo de 501 a 1000 milissegundos e a terceira, a um intervalo superior a 1001 milissegundos.

Na análise realizada sobre a ocorrência das pausas por fase do CM foi possível observar um padrão em cada uma delas. As pausas curtas, comparadas com os demais tipos, ocorreram em menor frequência e apresentaram o mesmo percentual estatístico de 28% nas três fases. Além deste aspecto, tiveram um padrão de realização semelhante. O padrão de ocorrência das pausas curtas nas três fases relaciona-se a conteúdos de baixo impacto emocional. Na F1, por exemplo, as pausas curtas aparecem quando alguns sentimentos de esperança e perseverança se apresentam na fala. Nas demais fases, este perfil se mantém. As pausas curtas também servem para introduzir a fala de outrem no discurso ou ainda para introduzir um tópico relacionado ao percurso da doença, sem, entretanto, associá-lo às perdas e aos prejuízos ocasionados pelo processo de adoecimento.

Na F1, as mulheres entram em contato com o diagnóstico da doença e com a possibilidade de perda da mama, além da vivência que passam a ter com as alterações da imagem, devido ao processo de quimioterapia, a perda do cabelo, aos enjoos, aos vômitos, bem como as perdas relacionadas à família, lazer e trabalho. Na F2, ocorre a perda da mama, nesse momento, a mulher se encontra com a imagem corporal modificada e surgem sentimentos relacionados à baixa autoestima, rejeição e repulsa. A mutilação desse órgão altamente investido de representações ligadas à maternidade, sexualidade e sensualidade se configura como uma perda irreparável. O sofrimento da mulher interfere nas relações interpessoais, principalmente nas mais íntimas. Na F3, embora as mulheres se encontrem em etapa de controle de doença no organismo, ainda existem nas mesmas o receio do retorno da doença no organismo e as aflições que ocorrem nos exames periodicamente feitos. Como pode ser visto, todas as fases são marcadas por perdas significativas, o que provoca muito sofrimento e tristeza nas mulheres e justificaria o aumento da duração das pausas. As pausas longas, portanto, aparecem em trechos de reflexão ou em momentos de aflição e medo em qualquer das fases.

Em todo *corpus*, o percentual de ocorrências das pausas longas é expressivo. Na F1, as pausas longas aparecem em 51% das ocorrências; na F2, 45% e, 50% na F3, o que representa o maior número de ocorrências em todas as fases. Vale destacar, entretanto, que o percentual de pausas longas encontrado na F1 é superior ao percentual nas demais fases, isto certamente motivado pelo impacto negativo que a doença acarreta na vida das mulheres e pelo

confronto com a possibilidade de morte. O que corrobora com a afirmação de Kastenbaum e Aisenberg (1983) de que o medo é a principal resposta psicológica para a morte.

O conteúdo emocional encontrado na delimitação das pausas extensas é o mesmo das pausas longas. Esse conteúdo de perdas, sofrimento, medos e aflições se configuram mais agudos na F2 em que a perda da mama provoca alterações na autoimagem, em aspectos relacionados à autoestima, a sua identidade feminina, já que a mama tem uma representação ligada à sensualidade, à sexualidade e à maternidade. Este quadro justificaria um maior número de ocorrências de pausas extensas na F2, tendo em vista que, nesta fase, falar sobre a perda da mama e refletir sobre as futuras restrições representam um grande sofrimento, que é revelado na duração extensa das pausas. O forte impacto do processo de mutilação é talvez o sentimento mais agudo vivenciado em todo o percurso do CM, fato que, guardadas as dimensões individuais de cada mulher, não se verifica na F1 e F3, em que as esperanças e a possibilidade de cura se tornam presentes.

Esperamos que esta pesquisa possa contribuir na área da prosódia, principalmente na área relacionada aos estudos da expressão do estado emocional na fala, tendo em vista que esse estudo é pioneiro no PPGLL-UFAL mostrando assim a interação entre Linguística e Psicologia. Além deste aspecto, de uma forma perspectiva, esperamos que o tema em foco nesta pesquisa possa ter continuidade com a inserção de outros parâmetros prosódicos, como a frequência fundamental e a intensidade ou ainda outros aspectos que possam iluminar um tema de pesquisa muito promissor.

REFERÊNCIAS

- ABELOFF, M. et al. *Clinical oncology*. 2ª ed. New York: Churchill Livingstone, 2000.
- ABELIN, A; ALLWOOD, J. *Cross linguistic interpretation of emotional prosody*. Disponível em: <http://www.ling.gu.se/~abelin/abelin.pdf>. Acesso em: 13/10/2009.
- ALPERT, M. et al. The syntactic role of pause in the speech of schizophrenic patients with alogia. *Journal of Abnormal Psychology*, v.103(4), p. 750-757, 1994.
- ANTUNES, L. *O papel da prosódia na expressão de atitudes do locutor em questões*. Tese (Doutorado em Linguística). Belo Horizonte: UFMG, 2007.
- ATKINSON, R. et al. *Introdução à psicologia de Hildgard*. São Paulo: Artmed, 2002.
- BARACHO, E. *Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- BARUFFI, I. *Tratado de oncologia tocoginecológica e mamária*. São Paulo: Livraria Roca, 1985.
- BEHLAU, M.; PONTES, P. *Avaliação e tratamento das disfonias*. São Paulo: Lovise, 1995.
- BEATTIE, G. The role of language production process in the organization of behavior in face-to-face interaction. In: BUTTERWORTH, B. *Language and production: speech and talk*. London: Academic Press, part.4, p. 69-107, 1980.
- BOLINGER, D. *Intonation and its parts - melody in spoken english*. London: Edward Arnold Publishers, 1986.
- BOOMER, D.; DITTMANN, A. Speech rate, filled pauses, and body movement in interviews. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. v.139, p. 324-327, 1964.
- CAGLIARI, L. Prosódia algumas funções dos supra-segmentos. In: ABAURRE. M; WETZELS, W. *Caderno de Estudos Lingüísticos*, Campinas, n° 23, jul/dez. 1992.
- CAGLIARI, L. Da importância da prosódia na descrição de fatos gramaticais. In: ILARI, R. (org.). *Gramática do português falado*. Vol. II: Níveis de análise lingüística. 2ª ed. Campinas: Editora da UNICAMP, 2003.
- CAGLIARI, L. Fonética: uma entrevista com Luiz Carlos Cagliari. *Revista Virtual de Estudos da Linguagem - Revel*. Vol. 4, n. 7, agosto de 2006. ISSN 1678-8931. Disponível em: http://www.revel.inf.br/site2007/pdf/7/entrevistas/revel_7_entrevista_cagliari.pdf. Acesso em: 12/10/2009.
- CALHOUN, E.; GIULIANO, A. Câncer de mama. In: BEREK, J. *Tratado de ginecologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

- CAMPIONE, E.; VÉRONIS, J. A large-scale multilingual study of silent pause duration. *Speech prosody*. France, n.11-13, p. 199-202, abr. 2002.
- CARVALHO, V. Personalidade e câncer. In: CARVALHO, M. (Org). *Introdução à Psiconcologia*. São Paulo: Psy, 1994.
- CHIATTONE, H. Uma vida para o câncer. In: ANGERAMI-CAMON, V.; CHIATTONE, H.; NICOLETTI, E. *O doente, a psicologia e o hospital*. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2004.
- CHUN, R. *A voz na interação verbal: como a interação transforma a voz*. Tese (Doutorado em Linguística). São Paulo: PUC, 2000.
- CHUNG, S. Vocal expression and perception of emotion in Korean in *Proceedings from International Conference of Phonetic Sciences 99*, Univ. of California. Berkely, 1999.
- CHUNG, S. *L'expression et la perception de l'émotion extraite de la parole spontanée: évidences du coréen et l'anglais*. [tese]. Paris; Université de la Sorbonne Nouvelle, 2000.
- CORBELLINI, V. Câncer de mama: encontro com o temor solitário do desconhecido. *Revista Gaúcha de enfermagem*, Porto Alegre, v. 22, n° 6, p. 42 - 68, jan. 2001.
- COTES, C. *O estudo dos gestos vocais e corporais no telejornalismo*. Tese (Doutorado em Linguística). São Paulo: PUC, 2008.
- CRYSTAL, D. *Prosodic systems and intonation in english*. Cambridge: Cambridge University Press, 1969.
- CRYSTAL, D. *Dicionário de lingüística e fonética*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.
- CRUTTENDEN, A. *Intonation*. Cambridge: CUP, 1986.
- DAMÁSIO, A. *O erro de Descartes, emoção, razão e cérebro humano*. Fórum da Ciência, Publicações Europa-América, 1998.
- DARWIN, C. *A expressão das emoções no homem e nos animais*. Lisboa: Relógio D'água Editores, 2006.
- DIAS, E. A Mastologia através da história. In: DIAS, E. et al. *Mastologia atual*. Rio de Janeiro: Revinter, 1994.
- DUEZ, D. *La pause dans la parole de l'homme politique*. Paris: CRNS, 1991.
- DUEZ, D. Organisation temporelle de la parole et dysarthrie parkinsonienne. In: ÖZSANCAK, C.; AUZOU, P. *Les troubles de la parole et de la deglutition dans la maladie de Parkinson*. Marseille: Solal, p. 195-213, 2005
- FERREIRA, M.; MAMEDE, M. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. *Revista latino americana de enfermagem*, v.11, n° 3, p. 299 - 304, 2003.

FERREIRA, V. *Caracterização da dor em mulheres com câncer de mama pós- tratamento*. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). USP, Ribeirão Preto, 2009.

FIGUEIRA FILHO, A. *Manual diagnóstico e terapêutica em mastologia*. Universidade de Pernambuco-UPE. Recife: Faculdade de Ciências Médicas, 1998.

FÓNAGY, J. Horbare mimik. *Phonetica*, 16, 42-51, 1967.

FÓNAGY, I. Des fonctions de l'intonation: essay de synthèse. In: *Flambeau*, Tokyo, n. 29, p. 1-20, 2003.

GEBRIN, L. et al. Câncer de mama. In: FORONES, N. et al. *Guia de medicina ambulatorial e hospitalar de oncologia*. São Paulo: Manole, 2005.

GIMENES, M. A teoria do enfrentamento e suas implicações para sucessos e insucessos em Psicologia. In: GIMENES, M.; FÁVERO, M. (Orgs). *A mulher e o câncer*. São Paulo: Editorial Psy, 2000.

GOLDMAN-EISLER, F. On the variability of the speed of talking and on its relation to the length of utterances in conversation. *British Journal of Psychology*, v. 45, p. 94-107, 1954.

GOLDMAN-EISLER, F. Speech production and predictability of words in context. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, v.10, p. 96-106, 1958a.

GOLDMAN-EISLER, F. The predictability of words in context and the length of pauses in speech. *Language and Speech*, v.1, p. 226-231, 1958b.

GOLDMAN-EISLER, F. A comparative study of two hesitation phenomena. *Language and Speech*, v.4 (1), p. 19-27, jan/march, 1961.

GOLDMAN-EISLER, F. Temporal patterns of cognitive activity and breath control in speech. *Language and Speech*, v.8, p. 236-242, 1965.

GOLDMAN-EISLER, F. *Psycholinguistics: experiments in spontaneous speech*. New York: The Academic Press, 1968.

GOLDMAN-EISLER, F. Psychological mechanism of speech production as studied the analysis of simultaneous translation. In: BUTTERWORTH, B. *Language and production: speech and talk*. London: Academic Press, part. 6, p. 143-153, 1980.

HALLIDAY, M. *A course in spoken english: intonation*. Oxford: Oxford University Press. 1970.

HIEKE, A.; KOWAL, S.; O'CONNEL, D. The trouble with articulatory pauses. *Language and speech*, vol. 26, part 3, 1983.

HILDGARD, E.; ATKINSON, R. *Introdução à psicologia*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1979.

INCA. Câncer. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322. Acesso em: 23/08/10.

KASTENBAUM, R.; AISENBERG, R. *Psicologia da morte*. São Paulo: Pioneira, 1983.

KENT, R.; READ, C. *The acoustic analysis of speech*. California: Singular Publishing Group, 1992.

LAVÉ, J. *The phonetic description of voice quality*. Cambridge: University Cambridge, 1980.

LAVÉ, J. *Principles of phonetics*. Cambridge: Cambridge University, 1994.

LAY, C.; PAIVIO, A. The effects of task difficulty and anxiety on hesitations in speech. *Canadian Journal of Behavioral Science*, v.1, p. 25-37, 1969.

LAZARUS, R. *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press, 1991.

LESHAN, L. *O Câncer como ponto de mutação*. São Paulo: Summus, 1992.

LYONS, J. *Introdução à linguística*. São Paulo: CEN/ EDUSP, 1979.

LYONS, J. *Linguagem e linguística*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.

MADUREIRA, S. Expressividade da fala. In: KYRILLOS, L. *et al. Expressividade – da teoria à prática*. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

MATEUS, M. *Estudando a melodia da fala: traços prosódicos e constituintes prosódicos*. Disponível em: <http://www.iltec.pt/pdf/wpapers/2004-mhmateus-prosodia.pdf>. Acesso em: 12/10/ 2009.

MASSINI-CAGLIARI, G. *Acento e ritmo*. São Paulo: Contexto, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório nacional de acompanhamento. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_acompanhamento_odm5_220910.pdf Acesso em: 10/12/10.

MONTORO, F. *Mastologia*. São Paulo: Sarvier, 1984.

MORAES, J. *A entoação modal brasileira: fonética e fonologia*. Cadernos de Estudos Linguísticos, Campinas, v. 25, p. 101-111, jul./dez. 1993.

MORAES, M. O paciente oncológico, o psicólogo e o hospital. In: CARVALHO, M. (Org). *Introdução à Psiconcologia*. São Paulo: Psy, 1994.

MOZZICONACCI, S. Emotion and attitude conveyed in speech by means of prosody. *IPO Annual Progress Report*, n. 32, p. 1-10, 1997.

- MOZZICONACCI, S.; HERMES, D. A study of intonation patterns in speech expressing emotion or attitude: production and perception. *IPO Annual Progress Report*, n. 32, p. 154-160, 1997.
- MOZZICONACCI, S. *Speech variability and emotion: production and perception*. Eindhoven: Technische Universiteit Eindhoven, 1998.
- MURRAY, E. *Motivação e emoção*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.
- MURRAY, I.; ARNOTT, J. Toward the simulation of emotion in synthetic speech: a review of the literature of human vocal emotion. *J. Acoust. Soc. Amer.* 93(2): 1097-108, 1993.
- PAIVA, L.; SILVA, A. *Medicina psicossomática*. São Paulo: Artes Médicas, 1994.
- PIKE, K. *The intonation of american english*. Ann Arbor: The Michigan University Press, 1945.
- PINKUS, L. *Psicologia do doente*. São Paulo: Paulinas, 1988.
- PRAAT. Disponível em: www.praat.org.
- ROCHESTER, S. The significance of pauses in spontaneous speech. *Journal of Psycholinguistics Research*, v.2, p. 51-81, 1973.
- ROTSTEIN, S. *Ambulatório de mastologia*. Rio de Janeiro: Livraria Ateneu, 1989.
- RUSSO, I. *Acústica e psicoacústica aplicadas à fonoaudiologia*. São Paulo: Lovise, 1999.
- RUSSO, I.; BEHLAU, M. *Percepção da fala: análise acústica do Português Brasileiro*. São Paulo: Lovise, 1993.
- SCARPA, E. *Estudos de prosódia*. São Paulo: Editora Unicamp, 1999.
- SCHERER, K. Personality markers in speech. In: SCHERER, K.; GILES, H (eds.). *Social markers in speech*. Londres: Cambridge University Press, 1979.
- SCHERER, K.; JOHNSTONE, T.; KLASMEYER, G. Vocal expression of emotion. In: DAVIDSON, R.; GOLDSMITH, H.; SCHERER, K. *Handbook of the Affective Sciences* (p. 433-456). New York: Oxford University Press, 2003.
- SCHERER, K. Vocal communication of emotions: a review of research paradigms. *Speech Communication*, 40, Elsevier, p. 227-256, 2003.
- SCHERER, K. What are emotions? And how can they be measured? *Social Sciences Information*, 2005.
- SILVA, L. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, n° 2, p. 231-237, abr/jun, 2008.
- SILVA, T. *Fonética e Fonologia do Português*. São Paulo: Contexto, 1999.

SIMÕES, P.; ROTSTEIN, S. *Ambulatório de mastologia*. Rio de Janeiro: Livraria Ateneu, 1982.

SONTAG, S. *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

VAN DONZEL, M. *Prosodic aspects of information structure in discourse*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1999.

VENÂNCIO, J. A importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de cancerologia*, v. 50, n° 1, p. 55-63, 2004.

VIOLA, I. *O gesto vocal: a arquitetura de um ato teatral*. Tese (Doutorado em Linguística). São Paulo: PUC, 2006.

VIOLA, I. *Expressividade, estilo e gesto vocal*. Lorena: Instituto Santa Teresa, 2008.

WANDERLEY, K. Aspectos psicológicos do câncer de mama. In: CARVALHO, M. (Org). *Introdução à Psiconcologia*. São Paulo: Psy, 1994.

ZECCHIN, N. *A perda do seio: um trabalho psicanalítico institucional com mulheres com câncer de mama*. São Paulo: Casa do Psicólogo: FAPESP: EDUC, 2004.

WILLIAMS, U.; STEVENS, K. Emotions and Speech: Some Acoustical Correlates. *JASA* 52, p. 1238-1250, 1972.

YACOVENCO, L. *O fenômeno prosódico da pausa e a organização temporal do discurso*. 2000. Tese (Doutorado em Língua Portuguesa). Rio de Janeiro: UFRJ, 2000.

ANEXOS

Anexo A – Parecer do comitê de ética e pesquisa

PARECER SOBRE PROJETO DE PESQUISA INTITULADO “A *DESCOBERTA, O TRATAMENTO E A RECUPERAÇÃO DO CÂNCER DE MAMA: A PROSÓDIA COMO ELEMENTO REVELADOR DO ESTADO FÍSICO E EMOCIONAL DA PACIENTE NAS DIVERSAS ETAPAS DA DOENÇA*” SUBMETIDO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFAL. PROCESSO CEP-UFAL 006630-85

Trata-se de projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Letras e Linguística da Faculdade de Letras da Universidade Federal de Alagoas (FALE/UFAL) pela pesquisadora Sandra Patrícia Lamenha Peixoto, sendo o pesquisador responsável o Prof. Dr. Aldir Santos de Paula (FALE/UFAL).

O objetivo precípuo da pesquisa é o de “analisar os parâmetros prosódicos relacionados às diversas etapas do câncer de mama e sua relação com a saúde física e emocional da paciente” e como objetivos específicos: (i) “analisar os parâmetros prosódicos de entonação, proeminência, duração, velocidade de fala, variabilidade da frequência fundamental e intensidade e sua relação com as diversas etapas do câncer de mama”; (ii) “comparar as características prosódicas das pacientes estudadas em cada etapa da doença e descrever o perfil prosódico característico das alterações físicas emocionais nas diversas etapas da doença.”

Para a realização da pesquisa no âmbito da Universidade Federal de Alagoas, a pesquisadora elegerá 20 mulheres com diagnóstico de câncer de mama. Lançará mão de dados de prontuário e estará atenta a possíveis vieses que eventualmente possam de antemão existir. Para tal, convidará as informantes falantes de português brasileiro a se submeterem a uma avaliação de teor neurológico e laringológico.

O Projeto se encontra, a meu ver, bem documentado, bem escrito e claro. Contém Justificativa, Bibliografia pertinente, Metodologia, Quadro Teórico em cima do qual os resultados serão lidos, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido plenamente satisfatório, Cronograma (março de 2009 a fevereiro de 2011), Orçamento (a Pesquisa será financiada pela própria Pesquisadora) e CV Lattes tanto da Pesquisadora quanto do Pesquisador responsável.

Parecer conclusivo: Do ponto de vista Ético a pesquisa é plenamente justificada. Recomendo ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFAL a sua aprovação sem quaisquer restrições ou pendências.

Salvo melhor juízo, este é o meu parecer.

Maceió, 30 de junho de 2009

Jenner Barretto Bastos Filho

Membro do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas

*Projeto Aprovado
Tatiane Albuquerque
30/06/09*

Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

(Em 2 vias, firmado por cada participante-voluntári(o,a) da pesquisa e pelo responsável)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.” (Resolução. nº 196/96-IV, do Conselho Nacional de Saúde)

Eu,, tendo sido convidado(a) a participar como voluntári(o,a) do estudo “A descoberta, o tratamento e a recuperação do câncer de mama: a prosódia como elemento revelador do estado físico e emocional da paciente nas diversas etapas da doença”, recebi d(o,a) Sr(a). Sandra Patrícia Lamenha Peixoto, responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- Que o estudo se destina a analisar os parâmetros prosódicos relacionados às diversas etapas do câncer de mama e sua relação com a saúde física e emocional da paciente
- Que a importância deste estudo é a de que se esta ferramenta se padronizada, possa ser utilizada nos serviços de oncologia para detectar precocemente alterações físicas e emocionais que possam comprometer a recuperação integral do paciente, vista primeiramente na voz depois na imagem
- Que os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: Descrição de um perfil prosódico característico das alterações físicas e emocionais nas diversas etapas da doença
- Que esse estudo começará em março 2009 e terminará em fevereiro 2011
- Que o estudo será feito da seguinte maneira: entrevista fechada, em uma sala isolada acusticamente, a entrevista será feita com um gravador digital, posteriormente os dados serão analisados perceptivamente e acusticamente por um laboratório de voz (FONOVIEW).
- Que eu participarei das seguintes etapas: participante da entrevista
- Que os outros meios conhecidos para se obter os mesmos resultados são as seguintes: somente desta maneira
- Que os incômodos que poderei sentir com a minha participação são os seguintes: Falta de disponibilidade
- Que os possíveis riscos à minha saúde física e mental são mínimos.
- Que deverei contar com a seguinte assistência: livre acesso em entrar em contato com a pesquisadora no contato de urgência, sendo responsável(is) por ela : Sandra Patrícia Lamenha Peixoto
- Que os benefícios que deverei esperar com a minha participação, mesmo que não diretamente são: contribuir para a recuperação integral das pacientes com câncer de mama.
- Que a minha participação será acompanhada do seguinte modo: pela pesquisadora.
- Que, sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.
- Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo.
- Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço d(o,a) participante-voluntári(o,a)

Domicílio: (rua, praça, conjunto):

Bloco: /Nº: /Complemento:

Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:

Ponto de referência:

Anexo C – Autorização institucional

**AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA PESQUISA NA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ**

Autorizamos a aluna SANDRA PATRÍCIA LAMENHA PEIXOTO do Programa de pós graduação em Letras e Linguística da Universidade Federal de Alagoas, ter acesso as atividades dos serviços da SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ, visando analisar o objetivo: Analisar os parâmetros prosódicos relacionados às diversas etapas do câncer de mama e sua relação com a saúde física e emocional da paciente, sob supervisão da Gerência de Marketing, para permitir elaboração do trabalho de pesquisa com o título: **“A DESCOBERTA, O TRATAMENTO E A CURA DO CÂNCER DE MAMA: A PROSÓDIA COMO ELEMENTO REVELADOR DO ESTADO FÍSICO E EMOCIONAL DAS PACIENTES NAS DIVERSAS ETAPAS DA DOENÇA”**.

A necessidade de acesso a este setor servirá como fonte de aplicação da técnica e coleta de dados para serem utilizados na elaboração de trabalho, sob orientação Prof. Dr. Aldir Santos de Paula.

A (o) aluna (o) deverá comprometer-se em seguir as normas e rotinas do Serviço desta entidade de saúde, zelar e não alterar a organização dos documentos anexados aos mesmos, sendo estritamente necessário proibida a sua retirada da Instituição. Além disso, deverá também manter sigilo da identificação dos pacientes, e divulgar os dados obtidos apenas em: reuniões e publicações científicas e/ ou junto ao grupo de estudo relacionado a pesquisa.

Maceió, 16 de Julho de 2010.



PROF. DR. MÁRIO JUCÁ

Gerente de Ensino e Pesquisa da SCMM