



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Marília



**CULTURA
ACADÊMICA**
Editora

Terapia Fonoaudiológica na Gagueira Infantil

Cristiane Moço Canhetti de Oliveira

Como citar: OLIVEIRA, Cristiane Moço Canhetti de Oliveira. Terapia Fonoaudiológica na Gagueira Infantil. *In:* GIACHETI, Célia Maria; GIMENIZ-PASCHOAL, Sandra Regina. **Perspectivas em Multidisciplinares em Fonoaudiologia:** da Avaliação à Intervenção. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2013. p. 333-356. DOI: <https://doi.org/10.36311/2013.978-85-7983-452-3.p333-356>



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA NA GAGUEIRA INFANTIL

Cristiane Moço Canhetti de OLIVEIRA

INTRODUÇÃO

Desde 1992, a fluência e seus distúrbios têm sido alvo dos meus estudos, época em que iniciei a carreira de docente/pesquisadora, na UNESP. Minha atuação como responsável pela disciplina teórica Distúrbios da Fluência e respectivo Estágio Supervisionado favoreceu o aprofundamento teórico e a experiência clínica, ao longo desses anos. Os trabalhos desenvolvidos no curso de pós-graduação, desde a especialização, passando pelo mestrado até o doutorado, foram realizados na área da fluência, tendo como tema a gagueira.

Ao longo de 18 anos de experiência, inúmeros pacientes fizeram parte dessa jornada e muito colaboraram para a compreensão e visão pessoal do distúrbio. Apesar da atuação como docente e supervisora, os contatos diretos com os casos clínicos são estabelecidos e mantidos, tanto no diagnóstico como na intervenção, pois essa postura facilita a construção de conhecimentos, a reflexão da teoria e também a formulação de hipóteses a serem investigadas.

Deste modo, o estudo da gagueira decorreu do meu grande interesse por este distúrbio, uma alteração de fala que muitos fonoaudiólogos se recusam a avaliar ou atender. No interior do Estado de São Paulo, muitos pacientes viajam à procura de um profissional capacitado, porém

há escassez de fonoaudiólogos clínicos que se dispõem a trabalhar com distúrbios da fluência.

Este capítulo tem como objetivo descrever sobre a prática fonoaudiológica na gagueira infantil, a partir da fundamentação teórica. Inicialmente, é apresentado o papel do docente/pesquisador na área da fluência e seus distúrbios. A rotina dos atendimentos fonoaudiológicos aos indivíduos disfluentes oferecido no Centro de Estudos da Educação e da Saúde (CEES) é descrita para que o leitor possa visualizar a prática clínica. Posteriormente, são apresentados alguns conceitos básicos, bem como informações sobre a gagueira infantil, o processo diagnóstico e o tratamento fonoaudiológico.

O papel do docente/pesquisador é de grande responsabilidade, uma vez que serve de modelo para os profissionais em formação. Os referenciais teóricos e a prática precisam estar em coerência, tanto no que diz respeito à atuação clínica de avaliadora e terapeuta dos distúrbios da fluência como também dos temas das investigações.

As aulas teóricas devem auxiliar o raciocínio crescente do aluno na compreensão deste distúrbio de natureza complexa e multifatorial. O referencial teórico torna-se fundamental para oferecer ao aluno condições de desenvolver uma visão crítica e construtiva sobre a fluência e seus distúrbios. Nesta etapa de formação, é imprescindível que o aluno observe casos clínicos, por meio de vídeos editados, no sentido de alcançar o objetivo da observação.

Sugere-se que os alunos utilizem registros para que as habilidades de observação dos diferentes comportamentos, manifestações, emoções e reações das pessoas com disfluências sejam desenvolvidas. Portanto, espera-se que o docente recorra a diferentes casos clínicos, variando em idade, em gênero, em história clínica, em história familiar, em subgrupos, em manifestações, em concomitantes físicos, em sentimentos e atitudes negativas em relação à gagueira, em consciência do distúrbio e, finalmente, em gravidade do distúrbio.

Para que a teoria se transforme em prática, sugere-se que o docente disponibilize exercícios de prática de transcrição da fala, análise

quantitativa e qualitativa das manifestações clínicas, aplicação de testes específicos, bem como a elaboração de relatórios fonoaudiológicos.

Referente à intervenção terapêutica, após toda explicação sobre o conteúdo teórico pertinente, o docente deve, por meio de vídeos, oferecer modelos dos diferentes procedimentos utilizados, para que o aluno visualize na prática a técnica aprendida. Os passos recomendados devem ser seguidos e ordenados de tal forma que o aluno aprenda que o planejamento, a organização e a sequência dos objetivos a serem trabalhados são fundamentais para a realização de uma terapia adequada. Outro aspecto destacado é o tipo de amostra de fala que será trabalhado com o paciente.

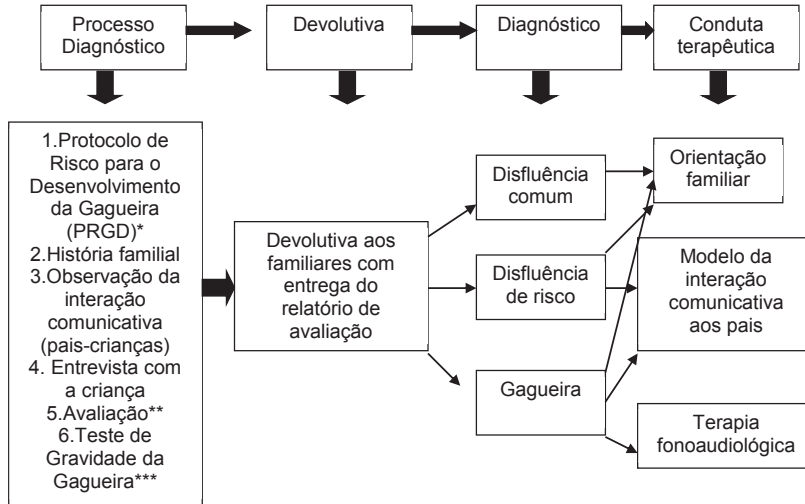
No estágio, torna-se fundamental o modelo do supervisor na prática fonoaudiológica com o paciente, de forma que o aluno possa acompanhar e melhorar cada vez mais sua atuação como avaliador e terapeuta dos distúrbios da fluência. Recomenda-se que o supervisor ofereça um modelo adequado de comunicação aos alunos, aos pais e aos próprios pacientes. Neste sentido, o supervisor necessita estabelecer e manter o contato visual com o ouvinte e apresentar uma taxa de elocução adequada (não rápida), com movimentos articulatórios suaves e uma fala emendada.

As documentações e organização do prontuário fazem parte da aprendizagem teórico-prática, na qual o estagiário necessita realizar a avaliação específica do distúrbio da fluência (registro audiovisual, transcrição, análise quantitativa e qualitativa, aplicação dos testes específicos da área, elaboração do relatório). Toda documentação é realizada em dois momentos: avaliação inicial (pré-terapia) e reavaliação (pós-terapia) para avaliar a eficácia terapêutica. O planejamento terapêutico é realizado de forma individualizada e deve contemplar todos os objetivos e estratégias para propiciar a promoção da fluência por meio da redução da gagueira, bem como tornar o paciente um comunicador efetivo.

Neste longo trajeto, foram desenvolvidos diversos programas e projetos com a finalidade de oferecer um atendimento cada vez mais especializado na área dos distúrbios da fluência. Desta forma, é oferecida ao aluno a oportunidade de participar como estagiário, voluntário ou mesmo

bolsista de alguns projetos específicos, favorecendo o aprimoramento de formação na área. Para a população, por outro lado, são oferecidos programas diferenciados, de forma a atender as suas diversas necessidades.

O atendimento é realizado da seguinte forma:



* Protocolo de Risco para a Gagueira do Desenvolvimento – PRGD

Fonte: Andrade CRF. Gagueira infantil: risco, diagnóstico e programas terapêuticos. Barueri: Pró Fono; 2006.

** Avaliação: da fluência (quantitativa e qualitativa), dos sentimentos e das atitudes negativas em relação à gagueira.

*** Teste de Gravidade da Gagueira

Fonte: Riley GD. Stuttering Severity Instrument for Children and Adults. Austin: Pro Ed; 1994.

Figura1- Fluxograma do atendimento de pacientes com queixa de gagueira

O Programa de Intervenção na Disfluência Infantil (PIDI) é um exemplo de um programa iniciado em 1999, no Centro de Estudos da Educação e da Saúde (CEES) – UNESP – Marília, que tem como objetivo viabilizar uma rotina para que a criança disfluente chegue o mais cedo possível na clínica, para realizar o diagnóstico preciso sobre a disfluência, determinar a conduta adequada para cada resultado encontrado (disfluência comum, disfluência de risco ou gagueira) e iniciar a intervenção precocemente¹. Assim, as crianças com queixa de disfluência infantil não precisam aguardar o atendimento, pois são agendadas à medida que procuram o tratamento.

Depois de descrever sobre o atendimento na área dos distúrbios da fluência no CEES, apresentam-se alguns conceitos básicos e a estruturação deste capítulo.

Gagueira desenvolvimental é um distúrbio da comunicação que inicia na infância, caracterizado por rupturas involuntárias na fluência da expressão verbal. A produção da fala disfluente, tensa e com esforço, pode acarretar consequências sociais e emocionais no indivíduo que gagueja, prejudicando a qualidade de vida¹. Portanto, estudos sobre a terapia de gagueira infantil são fundamentais para auxiliar na prevenção do desenvolvimento do distúrbio e de suas consequências, como também na promoção da fluência, visando reduzir as manifestações clínicas e melhorar a qualidade de vida das crianças que gaguejam.

Este tema é muito relevante, uma vez que a maior prevalência da gagueira é na infância (5%)²⁻³. Neste sentido, ações dos fonoaudiólogos devem ser direcionadas para a população infantil, visando oferecer cada vez mais atendimentos com resultados efetivos.

Este capítulo aborda a prática fonoaudiológica da gagueira infantil, a partir da fundamentação teórica, apresentando informações sobre o processo diagnóstico e o tratamento fonoaudiológico. Junto com a fundamentação teórica, a análise das implicações clínicas (diagnósticas e terapêuticas) destas informações é apresentada para que o fonoaudiólogo clínico possa direcionar suas ações e compreender os pressupostos teóricos utilizados para propiciar uma prática mais reflexiva e segura. A experiência clínica da autora por mais de 18 anos de atuação na área foi fundamental para a realização dos comentários e das reflexões expostas neste capítulo.

ASPECTOS TEÓRICOS QUE NORTEARÃO A PRÁTICA FONOAUDIOLÓGICA

Gagueira é uma desordem multidimensional³, na qual inúmeros fatores — biológicos, psicológicos e sociais — interagem de forma complexa, influenciando o desenvolvimento pessoal e as interações sociais do indivíduo com o distúrbio. Portanto, as habilidades de fala, o ambiente comunicativo, a consciência do distúrbio, os sentimentos e as atitudes em relação à gagueira precisam ser considerados tanto na avaliação como

na terapia. Como destacado por Watkins et al.⁴, não é possível tornar unidimensional o que é multidimensional.

Neste sentido, a prática fonoaudiológica deve ser pautada nas várias dimensões da gagueira. Assim, no diagnóstico, a avaliação deve contemplar os aspectos quantitativos e qualitativos da fluência, os modelos comunicativos oferecidos à criança no ambiente familiar, bem como a consciência, os sentimentos e as atitudes da criança em relação à gagueira; na terapia, intervenções que trabalhem simultaneamente a promoção da fluência na fala, a redução dos sentimentos e das atitudes negativas em relação à gagueira, bem como a melhora do ambiente comunicativo em que a criança está inserida são recomendadas.

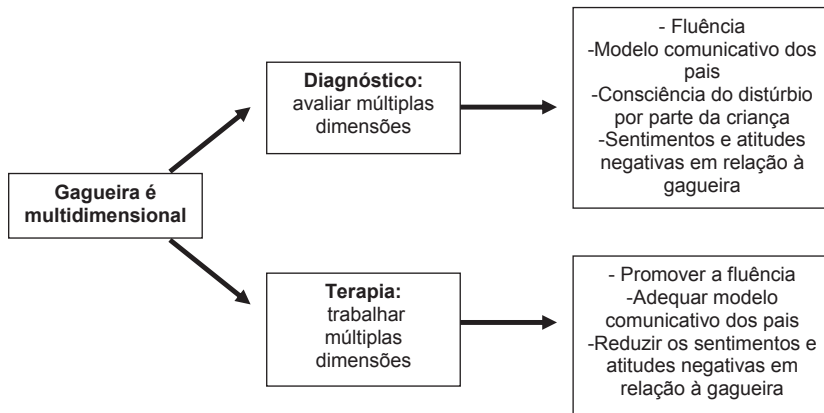


Figura 2 – Sumário dos aspectos relevantes do diagnóstico e da terapia da gagueira infantil

Embora a etiologia da gagueira ainda não tenha sido precisamente identificada, as pesquisas atuais têm mostrado que *fatores genéticos* estão envolvidos na transmissão do distúrbio. A gagueira desenvolvimental familiar foi descrita como um possível subgrupo, cuja etiologia parece ser primariamente de origem genética⁵, e que, geralmente, se inicia de forma gradual, sem a presença de fatores estressantes. Aproximadamente metade dos casos de gagueira desenvolvimental persistente apresenta histórico familiar positivo do distúrbio⁵. O outro subgrupo de gagueira com

origem na infância e sem predisposição genética é descrito como gagueira desenvolvimental isolada.

O conhecimento sobre a etiologia genética do distúrbio em, aproximadamente, metade dos casos de gagueira desenvolvimental reforça a importância da realização da história familiar ou heredograma durante o processo diagnóstico. Assim, o fonoaudiólogo poderá determinar o possível subgrupo de gagueira desenvolvimental, familiar (quando ocorre a presença de antecedentes genéticos) ou isolada (quando não ocorre a presença de familiar com gagueira).

Outra implicação diagnóstica da história familiar ocorre quando a criança com gagueira apresenta algum familiar com o mesmo distúrbio; o risco será maior, principalmente se o parentesco for de primeiro grau.

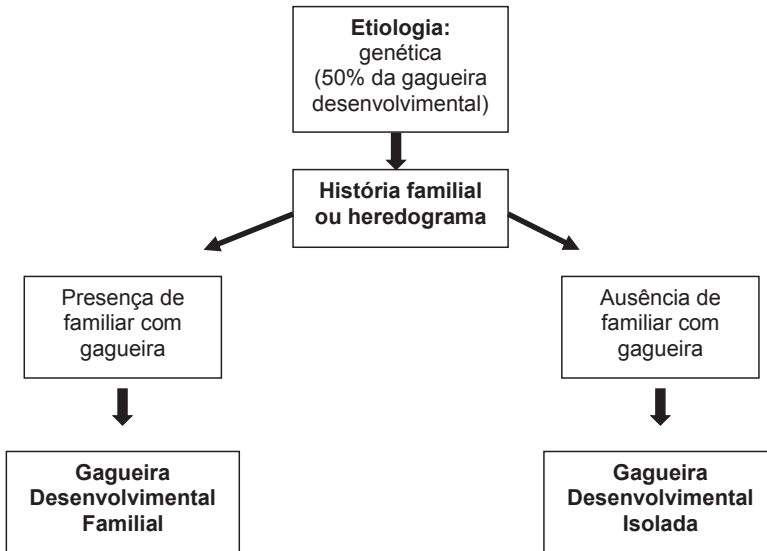


Figura 3- Esquema ilustrativo que mostra a subdivisão do estudo etiológico da gagueira

No quadro clínico da gagueira, a presença de disfluências gagas numa quantidade aumentada se faz necessária para o diagnóstico fonoaudiológico, e pode estar acompanhada de concomitantes físicos envolvendo diferentes grupos musculares e de reações emocionais⁶. A

compreensão dos fatores mantenedores e agravantes da gagueira também é importante para facilitar a transferência e a manutenção da fluência.

A principal manifestação clínica da gagueira é a presença de disfluências gegas, sendo que o critério de gagueira internacionalmente reconhecido é a presença de mais de 3% destas disfluências⁷. Crianças com gagueira apresentam uma alta taxa de descontinuidade de fala e de disfluências gegas, geralmente maiores que 10% e 3%, respectivamente⁸. Portanto, a avaliação da fluência deverá ser qualitativa, no sentido de definir os diferentes tipos de disfluências apresentados, e também quantitativa, visando conhecer a porcentagem de disfluências gegas para estabelecer o diagnóstico baseado nas evidências clínicas.

Outras manifestações também podem estar presentes, como os concomitantes físicos que se manifestam antes ou durante as disfluências. Quando presentes, aumentam a gravidade do distúrbio, de acordo com o grau de distração que causam no ouvinte, e das diferentes musculaturas envolvidas.

Estas informações são relevantes, pois o registro da avaliação da fluência deve ser auditivo e visual (realizado por meio de filmagens), uma vez que permitirá ao examinador, por exemplo, distinguir entre um bloqueio (é possível visualizar a postura articulatória fixa) e uma pausa (maior de 3 segundos, sem a presença do bloqueio). A descrição dos concomitantes físicos somente é viabilizada por meio da análise da filmagem, pois podem ser caracterizados como sons distrativos (ruídos laríngeos, sons de estalos de língua, entre outros) ou como movimentos corporais (face, cabeça, mãos, pernas, pés, braços e troncos).

De acordo com a gravidade e demanda do meio ambiente, a criança com gagueira pode desenvolver a consciência do distúrbio. O termo consciência refere-se ao conhecimento ou percepção da situação ou do fato, e a consciência da gagueira refere-se à percepção da dificuldade de fala ou da gagueira⁹. Esta consciência facilita o desenvolvimento das reações emocionais e comportamentais em resposta à fala disfluente¹⁰. Frequentemente, a consciência aumenta com a idade, especialmente em crianças de 4 a 5 anos, sendo variável em crianças pequenas².

Portanto, será fundamental que, durante a história clínica, o examinador pergunte aos familiares sobre a consciência da criança sobre o distúrbio, como também pergunte à própria criança, durante uma interação lúdica e de uma forma tranquila. A presença ou ausência da consciência vai auxiliar na determinação da abordagem terapêutica a ser trabalhada: quando a criança é consciente, o trabalho pode ser desenvolvido de forma direta, inclusive com a identificação, prática negativa entre outros procedimentos; quando a criança não é consciente, outra forma de trabalho pode ser desenvolvida, de forma a promover a fluência⁶.

Vários sentimentos e atitudes negativas em relação à gagueira foram descritos na literatura, como negação, passividade, falta de esperança, culpa, embaraço, timidez, vergonha e medo relacionado à fala, ansiedade, além de frustração e raiva¹¹⁻¹⁴. Estes sentimentos e atitudes frequentemente ocorrem em virtude de ser a gagueira um ato involuntário, e, portanto, pessoas que gaguejam têm a sensação de perda de controle da fala, tentam evitar situações de comunicação verbal, esconder ou disfarçar a gagueira.

Sabe-se também que estes fatores podem prejudicar os resultados terapêuticos¹¹, ocasionar um impacto no conforto do falante na comunicação, como também prejudicar a generalização da fala mais fluente^{13,14}. Outros autores sugerem que a abordagem de intervenção deve favorecer a redução dessas atitudes e sentimentos para promover a fluência¹².

Sendo assim, a avaliação da gagueira infantil deve abordar, além da avaliação da fluência, os sentimentos e as atitudes negativas em relação ao problema. Quando presentes, a terapia deverá favorecer a eficácia terapêutica. Este tópico também auxiliará de forma significativa na escolha da abordagem terapêutica adequada.

Nota-se, portanto, que há a necessidade de preservar a auto-estima e não deixar que o gago se isole das situações sociais. Para isso é necessário que o terapeuta assuma uma postura diferente, considerando os seguintes aspectos: compreender como é a gagueira do indivíduo e de que modo ela se manifesta; identificar as situações em que ela se agrava e quando melhora; perceber quais os fatores envolvidos na manutenção do quadro; descobrir até que ponto a gagueira está perturbando outras

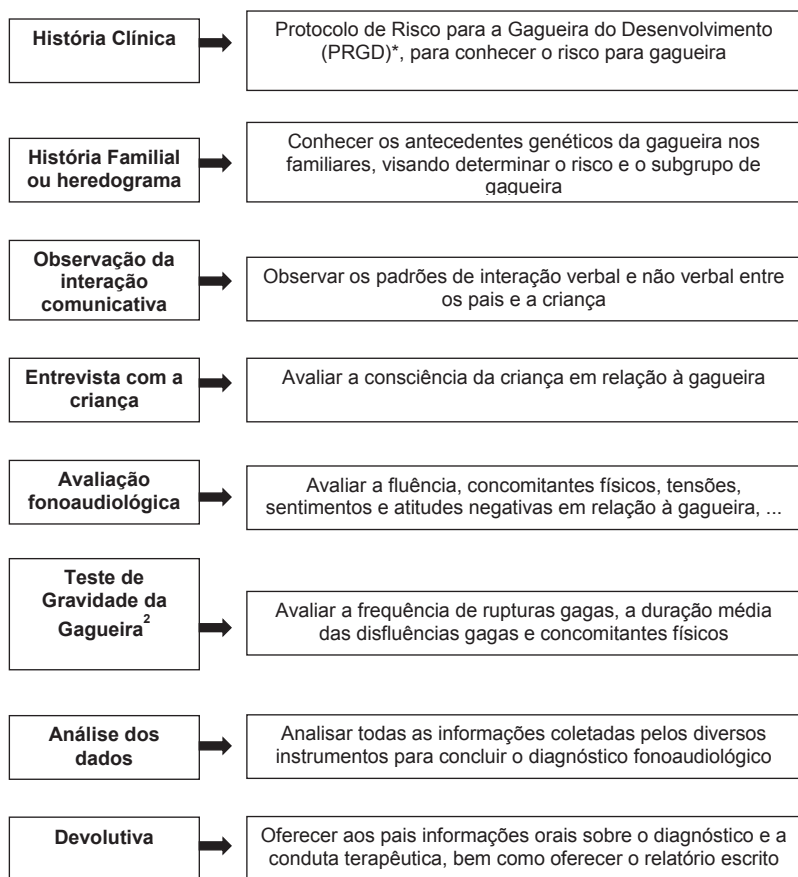
áreas da vida pessoal; dimensionar o quanto ela incomoda; verificar se o ambiente familiar é acolhedor; entre outros⁶.

Algumas implicações clínicas nessa perspectiva podem ser citadas, como investigar, durante o diagnóstico fonoaudiológico, os fatores desencadeantes, agravantes e mantenedores da gagueira, que podem estar no próprio indivíduo e no ambiente. No processo diagnóstico da criança com gagueira, é de fundamental importância a observação dos padrões de interação verbal e não verbal entre a criança e os pais, além do conhecimento sobre a rotina da família.

ASPECTOS DIAGNÓSTICOS QUE NORTEARÃO A PRÁTICA FONOAUDIOLÓGICA

O diagnóstico da disfluência/gagueira infantil é de extrema relevância na fonoaudiologia, pois a definição quadro clínico norteará a melhor conduta terapêutica a ser utilizada e, conseqüentemente, favorecerá a obtenção da fluência¹.

O processo diagnóstico para a gagueira infantil deve abordar diversas fases: a história clínica com os fatores de risco que predisõem a gagueira crônica; história familiar ou herdograma; observação da interação comunicativa entre pais e criança; entrevista com a criança; avaliação fonoaudiológica (da fluência e dos sentimentos e atitudes negativas em relação ao distúrbio); aplicação do Teste de Gravidade da Gagueira¹⁵; análise dos dados e devolutiva.



*Fonte: Andrade CR. Fluência. In: Andrade CR, Béfi-Lopes DM, Fernandes FD, Wertzner HF, (editores). ABFW - Teste de linguagem infantil nas áreas de fonologia, vocabulário, fluência e pragmática. Carapicuíba: Pró-Fono; 2004.

Figura 4- Etapas do processo diagnóstico na disfluência infantil

O principal objetivo da história clínica na disfluência infantil é conhecer os fatores de risco para o desenvolvimento da gagueira crônica, a saber: idade, gênero, tipo e tempo de surgimento das disfluências, tipologia das disfluências, fatores comunicativos e qualitativos associados, histórico mórdido, fatores estressante psicossociais, histórico familiar, reação e atitude familiar, reação social e da criança, orientação profissional anterior¹⁶.

Dentre os inúmeros fatores de risco, destacam-se as atitudes familiares, como os comportamentos inadequados em relação à disfluência infantil, e o desrespeito à troca de turnos, frequentemente apresentados pelos familiares de crianças com gagueira¹⁷. Estes comportamentos disponibilizam pouco tempo para a criança transmitir sua mensagem, favorecendo a permanência do quadro clínico. As atitudes familiares em crianças fluentes, gagas e com risco para o desenvolvimento da gagueira foram comparadas, e os resultados mostraram que, quanto maior o risco, pior era a qualidade destes comportamentos, havendo diferença estatisticamente significativa entre os grupos¹⁶.

Com relação ao ambiente comunicativo, as informações poderão ser coletadas por meio da história clínica com os pais ou responsáveis, como também por meio da observação da interação comunicativa entre pais e criança.

A conduta terapêutica varia de acordo com o grau de risco que a criança apresenta para o desenvolvimento da gagueira crônica¹⁶. Por exemplo, no caso de disfluência comum, a conduta terapêutica é a realização da abordagem familiar. Por meio de orientações familiares, o terapeuta poderá orientar os pais nas mudanças necessárias para facilitar a fluência por parte da criança. É indicado um acompanhamento por um período de seis meses, ou até a melhora do quadro clínico, pois as disfluências gagas podem surgir.

No caso de criança com risco, além das orientações familiares, são realizadas interações do terapeuta com a criança para oferecer modelos comunicativos aos pais. Destaca-se também a importância de se conhecer a tipologia das disfluências gagas, como é oferecida no folheto usado no CEES1, para que, caso a criança comece a apresentar, o terapeuta saiba como reavaliar e redefinir sua conduta. Da mesma forma que na disfluência comum, é realizado um acompanhamento até a melhora do quadro clínico. Nos casos de alto risco para a gagueira, as crianças necessitam receber terapia (para melhorar suas habilidades de fala fluente) e os pais, orientações fonoaudiológicas (para diminuir a demanda e melhorar o ambiente comunicativo domiciliar, visando à transferência e manutenção da fluência obtida em terapia).

A história familiar, como citada anteriormente, deve ser realizada para determinar o possível subgrupo de gagueira desenvolvimental, familiar ou isolada.

A observação da interação comunicativa é recomendada para que o examinador conheça os modelos verbal e não verbal utilizados pelos pais, o que favorecerá as futuras orientações fonoaudiológicas durante a terapia.

Para verificar se a criança é consciente de sua gagueira, algumas perguntas devem ser dirigidas aos pais⁹ e à própria criança. A entrevista deve ser iniciada com perguntas mais gerais, durante um jogo ou uma brincadeira, e, conforme as respostas da criança, o examinador poderá, paulatinamente, explorar melhor, com questões mais específicas, a respeito desta consciência. Na literatura existe um protocolo proposto pela Stuttering Foundation of América – SFA18.

A avaliação da fluência visa caracterizar o distúrbio da fala, quantificar e qualificar as disfluências, descrever todos os fatores qualitativos que podem acompanhar as disfluências, nortear a elaboração do planejamento terapêutico, acompanhar a melhora do quadro clínico e investigar a eficácia da intervenção¹⁹. Um terapeuta especialista em fluência necessita desenvolver ouvidos clínicos que possam identificar a tipologia e localização das disfluências, bem como seus aspectos quantitativos (número de repetições, tempo de duração de bloqueio ou de prolongamento), além de possível tensão audível e respiração ruidosa. Os olhos clínicos do terapeuta também deverão estar atentos aos concomitantes físicos, às tensões visíveis e às reações emocionais e fisiológicas que poderão ser manifestadas pelas pessoas que gaguejam¹⁹.

A avaliação qualitativa irá caracterizar a tipologia e a localização das disfluências e os concomitantes físicos. A tipologia das disfluências pode ser caracterizada dentro dos dois grupos: disfluências comuns e disfluências gagas. A seguir, apresenta-se uma tabela que visa facilitar o reconhecimento das disfluências comuns e gagas, de acordo com alguns critérios.

	Disfluências gagas	Disfluências comuns
Tipo de comportamento *	<ul style="list-style-type: none"> - Repetições de palavra não monossilábica, ou de segmento ou de frase - Prologamento - Bloqueio - Pausa - Intrusão 	<ul style="list-style-type: none"> - Repetições de palavra monossilábica, de parte da palavra ou de som Revisão Hesitação Interjeição Palavra incompleta
Localização do comportamento	- Principalmente dentro da palavra	- Principalmente entre palavras
Segmentos repetidos	- Frequentemente unidades pequenas (palavra monossilábica, parte da palavra ou som)	- Frequentemente unidades grandes (palavras não monossilábicas, segmento e frase)
Frequência	- mais de 3%	- mais de 10%
Reações	<ul style="list-style-type: none"> - Concomitantes físicos - Medo/ ansiedade 	- Tipicamente não ocorre

*Fonte: Yairi E. Disfluency characteristics of childhood stuttering. In: Curlee RF, Siegel GM. (Editors.). Nature and treatment of stuttering. Needham Height: Allyn and Bacon; 1997. p. 49-78.

*Fonte: Andrade CR. Fluência. In: Andrade CR, Béfi-Lopes DM, Fernandes FD, Wertzner HF, (editores). ABFW - Teste de linguagem infantil nas áreas de fonologia, vocabulário, fluência e pragmática. Carapicuíba: Pró-Fono; 2004.

Quadro 1 – Descrição das disfluências gagas e comuns e suas características principais

A caracterização da tipologia é fundamental para direcionar a terapia, já que o aumento na quantidade de disfluências gagas representa a necessidade de um trabalho de promoção de fluência, enquanto que o aumento na quantidade de disfluências comuns indica a necessidade de melhorar a linguagem da criança. A presença de repetições de palavras monossilábicas, de parte da palavra ou de sons, bloqueios e prolongamentos, pode ser trabalhada com a prática negativa²⁰. Porém, para tanto, é necessário conhecer a tipologia, o número de repetições que ocorre ou o tempo de duração do bloqueio ou do prolongamento.

A localização das disfluências favorecerá o conhecimento dos pontos de tensão da musculatura orofacial. Por exemplo, o paciente que gagueja mais nos sons “p, b, m” indica uma tensão muscular nos orbiculares, necessitando, portanto, de um trabalho de relaxamento desta musculatura, como também de uma suavização²⁰ na produção articulatória dos bilabiais, visando à prevenção do aparecimento da gagueira nestes

sons. Outro aspecto a ser avaliado quanto à localização das disfluências é a posição de ocorrência na frase e na palavra. Geralmente, as pessoas com gagueira apresentam mais disfluências nos sons iniciais das frases e das palavras. Portanto, a técnica do *phrasing*²¹ será indicada, a fim de reduzir o número de inícios na fala.

Os concomitantes físicos devem ser descritos de acordo com sua localização, frequência de ocorrência e grau de distração que provoca no ouvinte. Essa avaliação permitirá que o examinador conheça os músculos envolvidos para que possam ser relaxados, a fim de prevenir o aparecimento dos concomitantes físicos. A frequência de ocorrência e o grau de distração permitirão ao examinador pontuá-los na tabela do Teste de Gravidade da Gagueira¹⁵ para determinar a gravidade do distúrbio.

A avaliação quantitativa visa obter as seguintes medidas: porcentagem de disfluências gagas, porcentagem de descontinuidade de fala, fluxo de sílabas e de palavras por minuto²² e tempo médio de duração das três maiores disfluências¹⁵.

A utilização de testes padronizados durante esta avaliação pode facilitar tanto a aplicação como a análise dos dados, que poderão ser comparados com os dados normativos. No Brasil, o Teste de Fluência do ABFW²² é amplamente utilizado, e identifica três medidas: a tipologia das disfluências, a velocidade de fala e a frequência das rupturas.

Quanto à frequência de rupturas, a porcentagem de descontinuidade de fala mede a taxa de rupturas no discurso, enquanto a porcentagem de disfluências gagas mede a taxa de rupturas consideradas como sugestivas da gagueira²².

O fluxo de palavras por minuto representa a taxa de velocidade com a qual a pessoa é capaz de produzir o fluxo de informação. O fluxo de sílabas por minuto representa a velocidade articulatória, ou seja, a velocidade na qual a pessoa pode mover as estruturas da fala²².

O terapeuta realizará o registro audiovisual da amostra de fala para ser transcrita e analisada. Os resultados obtidos por meio desta avaliação auxiliarão no desenvolvimento de um raciocínio clínico, de forma a facilitar a elaboração do planejamento terapêutico mais adequado para cada caso. Por exemplo, a quantidade excessiva de disfluências gagas prejudicará o

fluxo de informação, pois, as disfluências gastam tempo sem transmitir mensagem. Neste sentido, a terapia deverá ter como objetivo reduzir a ocorrência de disfluências gegas e diminuir a duração das rupturas para que a pessoa que gagueja possa melhorar seu fluxo de informação.

Estas medidas quantitativas representam valores que serão usados para comparar com os padrões de normalidade, visando identificar a gravidade do distúrbio, e também como referência da própria pessoa para as reavaliações, visando detectar possíveis mudanças, como reduções nas frequências de rupturas e aumento no fluxo de informação.



*Fonte: Andrade CR. Fluência. In: Andrade CR, Béfi-Lopes DM, Fernandes FD, Wertzner HF, (editores). ABFW - Teste de linguagem infantil nas áreas de fonologia, vocabulário, fluência e pragmática. Carapicuíba: Pró-Fono; 2004.

**Fonte: Riley GD. Stuttering Severity Instrument for Children and Adults. Austin: Pro Ed; 1994.

Figura 5 – Esquema ilustrativo da avaliação da fluência

A avaliação das atitudes e dos sentimentos em relação à gagueira é uma parte essencial do processo diagnóstico. As informações que serão obtidas sobre as percepções e conhecimento do distúrbio são fundamentais para a elaboração do planejamento terapêutico¹⁸. Essas informações também poderão contribuir para compreender melhor que as disfluências na fala podem ocasionar consequências negativas na vida da pessoa que gagueja.

Esta avaliação, portanto, visa melhorar o processo diagnóstico da gagueira, englobando aspectos que são trabalhados em diversas abordagens terapêuticas (dessensibilização, por exemplo, na abordagem de modificação da gagueira²³); a redução dos sentimentos e das atitudes negativas em relação à gagueira, na abordagem integrada²⁴.

Apesar do reconhecimento, por parte de pesquisadores e clínicos^{12,24-25}, da importância de trabalhar com atitudes e sentimentos negativos em relação à gagueira, o material bibliográfico sobre a avaliação desses aspectos é escasso^{12,18}. A literatura disponibiliza protocolos específicos, propostos pela *Stuttering Foundation of América – SFA*¹⁸. Com o auxílio de desenhos e protocolos específicos, é possível explorar os vários aspectos, como:

- Descrição da dificuldade da fala;
- Escada das preocupações;
- Descrição dos sentimentos relacionados à fala;
- Auto-retrato dos dias de fala fácil e dos dias de fala difícil;
- Como a criança vê sua gagueira.

A avaliação das atitudes e dos sentimentos em relação à gagueira também tem outra implicação importante. Embora o principal objetivo da terapia fonoaudiológica seja reduzir ou eliminar a gagueira, esse pode não ser o único critério a ser utilizado para comprovar a eficácia terapêutica²⁶, pois a avaliação deve combinar medidas subjetivas e objetivas. Considerações gerais sobre o impacto da gagueira na vida do indivíduo também devem ser medidas quando avaliados os resultados dos tratamentos. Portanto, esta proposta de avaliação das atitudes e dos sentimentos em relação à gagueira também auxiliará no estabelecimento de critérios para medir a eficácia terapêutica.

Os resultados obtidos por meio desta avaliação auxiliarão no desenvolvimento de um raciocínio clínico, de forma a facilitar a elaboração do planejamento terapêutico mais adequado para cada caso. Além disso, eles também propiciam o acompanhamento da melhora do quadro clínico.

O grau de gravidade da gagueira também deve ser determinado na avaliação das habilidades da fala, para verificar se o distúrbio diminui após a intervenção. O teste Instrumento de Gravidade da Gagueira (*Stuttering*

Severity Instrument – SSI)¹⁵ baseia-se na pontuação da frequência de disfluências gegas, na duração da média das três maiores disfluências gegas e nos concomitantes físicos. Os graus de gravidade são: muito leve; leve; moderado; grave e muito grave.

Para comprovar a eficácia terapêutica, é importante reduzir a gravidade da gagueira. Portanto, a promoção da fluência será obtida por meio da redução da frequência de rupturas gegas, da duração das disfluências e dos concomitantes físicos ou movimentos associados.

TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA NA GAGUEIRA INFANTIL

A terapia fonoaudiológica na gagueira infantil tem como objetivo promover a fluência, por meio da redução das manifestações clínicas, tanto em termos quantitativos como qualitativos, prevenindo assim o desenvolvimento de comportamentos de gagueira mais avançados.

O processo de intervenção também visa uma fala mais natural possível, que soe normal para o falante e para o ouvinte. Por isso o terapeuta deve tomar cuidado na prática das técnicas, para que a promoção da fluência não prejudique a naturalidade da fala.

Existem diversas abordagens terapêuticas no trabalho da gagueira, como a terapia de modificação da gagueira²³, terapia de modelar a fluência²¹ e terapia integrada²⁴, entre outras. A terapia de modificação da gagueira consiste em modificar seus momentos de disfluência (por exemplo, trabalhar a redução da tensão da gagueira propiciando uma gagueira mais relaxada). Na terapia de modelar a fluência, o objetivo é aumentar sistematicamente a fala fluente, por meio da modificação da sentença inteira (por exemplo, reduzindo a velocidade da fala e suavizando os movimentos articulatórios), prevenindo o aparecimento da gagueira pelo monitoramento da atividade motora. A terapia integrada, por sua vez, trabalha nos dois aspectos, tanto para modificar o padrão de fala, visando à obtenção da fluência, como para modificar os momentos disfluentes.

Modelar a fluência	Modificar a gagueira	Terapia Integrada
	Motivação	
Explicação da anatomia e fisiologia da fala	Identificação	Entendimento e confronto com a gagueira
	Dessensibilização (gago)	Redução dos sentimentos e atitudes negativas e eliminação dos evitamentos
Respiração + redução da velocidade de fala + início suave + phrasing + apresentação	Modificação = Cancelamento Pull out Preparatory set	Modelagem da fluência + Modificação da gagueira
Transferência da fluência	Estabilização	Transferência da fluência
Manutenção da fluência		Manutenção da fluência

Quadro 2- Análise sucinta das abordagens terapêuticas para gagueira.

Na intervenção da disfluência ou gagueira infantil, o trabalho deve ser integrado com a família, pois os familiares são os principais interlocutores da criança e podem determinar o ambiente comunicativo. Motivar o paciente para a terapia pode ser um objetivo necessário para aqueles pacientes que não apresentam motivação para a mudança na sua fala. Os resultados a serem alcançados dependerão muito da colaboração do paciente, por isso é necessário que a pessoa que gagueja tenha motivação para aumentar a fala fluente.

Favorecer o aprendizado sobre a anatomia e fisiologia do processo da fala é importante para que o paciente possa compreender os aspectos envolvidos na fala. Também auxiliará o paciente a ter o controle sobre sua fala, pelo aumento da consciência da produção da fala e da gagueira.

No planejamento terapêutico, o especialista precisa considerar alguns aspectos importantes, como no caso de pacientes com o autoconceito de gago e com a presença de sentimentos negativos. O objetivo específico, portanto, será reduzir os sentimentos e atitudes negativas e eliminar os evitamentos. A redução da tonicidade muscular será trabalhada, se necessário, visando à diminuição das áreas de tensão que prejudicam a produção da fala.

O prolongamento das vogais de cada sílaba e o aumento do tempo e do número das pausas podem ser utilizados para reduzir a taxa de

elocução e, conseqüentemente, melhorar o controle motor da fala, gerando mais fluência.

A prática negativa propicia a redução da tensão²⁰. Neste procedimento, o paciente é encorajado a imitar sua gagueira, inicialmente com 100% de tensão, reduzindo-a depois em 50%, e, finalmente, falando a palavra de forma suave. Inicialmente, o treino é realizado com palavras isoladas.

Suavizar o início da fala (Easy Relaxed Approach, Smooth Movement - ERA-SM)²⁰ possibilita inícios de fala sem tensão, com contato suave dos articuladores e dos músculos relacionados com a fala, reduzindo as disfluências. A continuidade da emissão verbal por meio da redução do número de inícios da fala deve ser enfocada, apesar de já ter sido também utilizada desde o início da terapia. A técnica do *Phrasing*²¹, na qual o paciente aprende a usar a respiração, utilizando pausas e quebrando a fala em unidades linguísticas significativas, possibilita transições suaves entre as palavras, diminuindo as disfluências.

Atividades que promovam a transferência e manutenção da fluência devem ser enfocadas, lembrando que este objetivo é trabalhado desde o início da terapia. Na gagueira infantil, os familiares auxiliarão a criança a transferir e a manter a fluência para o ambiente domiciliar. O uso da hierarquia na amostra de fala também é uma estratégia que facilita a transferência e manutenção da fluência, independente da idade do paciente. Como exemplos de hierarquia, podemos utilizar unidades de fala menores para maiores, afirmações de menor significado para maior, situações menos estressantes para mais estressantes.

Várias estratégias são sugeridas para o trabalho com os familiares:

- orientações verbais, com entrega de folhetos explicativos;
- discussão dos tópicos;
- oferecimento de modelos e sugestões para os familiares melhorarem seus comportamentos verbais e não verbais na interação comunicativa com a criança;
- atividades práticas com treino dos comportamentos favoráveis à fluência.

Um dos fatores que incomodam os terapeutas no trabalho com crianças em idade pré-escolar é a dificuldade de lidar com o distúrbio, como nomeá-lo, além do receio de agravar o quadro clínico. Inicialmente, ressalto que a terapia da gagueira para crianças pré-escolares tem se mostrado efetiva, porém é evidente que o clínico precisa conhecer o nível de consciência da criança em relação a sua fala disfluente, bem como desenvolver um trabalho que atenda às reais necessidades de uma criança em idade pré-escolar. A intervenção precoce na gagueira é possível, necessária e efetiva.

Finalmente, vale ressaltar o processo de alta. De acordo com a melhora do paciente, o intervalo de retorno às terapias deve ir aumentando. Quando o retorno for mensal, um período mínimo de 12 meses é indicado, visando à transferência e manutenção da fluência e a redução da possibilidade de recidiva da gagueira. A gagueira infantil apresenta uma grande variabilidade, podendo algumas vezes desaparecer e em outros momentos reaparecer por dias ou semanas. Portanto, a mensuração da fluência no final da terapia, mostrando que a criança não está gaguejando, não é suficiente para demonstrar que o tratamento foi efetivo²⁷. Outra sugestão importante antes de dar a alta definitiva é monitorar a fala da criança fora da clínica, em situações diversas das vivenciadas em terapia.

A terapia deve partir da perspectiva da criança e considerar toda a desordem da gagueira, ajudando a criança a: aumentar sua fluência e modificar a forma de gaguejar; reduzir suas reações negativas em relação à gagueira; minimizar as reações ambientais negativas; propiciar uma comunicação efetiva e participativa²⁸. Somente um trabalho que aborde todos esses aspectos poderá facilitar a transferência da fluência para as situações cotidianas e a manutenção prolongada após o término do tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática fonoaudiológica na gagueira infantil deve ser pautada em fundamentos teóricos reconhecidos pela comunidade científica. Quando o fonoaudiólogo conhece as fundamentações de sua atuação, o processo diagnóstico torna-se o passo inicial do tratamento. A avaliação fonoaudiológica é realizada no intuito de concluir a hipótese diagnóstica,

bem como de nortear o planejamento terapêutico. A análise quantitativa e qualitativa da fluência vai auxiliar posteriormente na avaliação da eficácia terapêutica.

A partir dos conhecimentos expostos, espera-se que o fonoaudiólogo possa realizar um planejamento terapêutico individualizado, atendendo às necessidades pessoais, favorecendo, desta forma, resultados mais efetivos.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira CMC. Programa de Intervenção na Disfluência Infantil (PIDI). In: Marcolino J, Zaboroski AP, Oliveira JP, editores. *Perspectivas atuais em fonoaudiologia*. São José dos Campos: Pulso; 2010. p. 195-210.
2. Yairi E, Ambrose NG. *Early childhood stuttering: for clinicians by clinicians*. Austin: Pro-Ed; 2005.
3. Wittke-Thompson JK, Ambrose N, Yairi EC, Roe C, Cook EH, Ober C. et al. Genetic studies of stuttering in a founder population. *J Fluency Disord*. 2007;32(1):33-50.
4. Walkings KE, Smith SM, Davis S, Howell P. Structural and functional abnormalities of the motor system in developmental stuttering. *Brain*. 2008;131(Pt 1):50-9.
5. Drayna D, Kilshaw J, Kelly J. The sex ratio in familial persistent stuttering. *Am J Hum Genet*. 1999;65(5):1473-5.
6. Oliveira CMC. Gagueira familiar: repercussões clínicas. In: Rocha EMN editor. *Gagueira: um distúrbio da fluência*. São Paulo: Editora Santos; 2007. p. 107-31.
7. Yairi E, Ambrose NG, Paden EP, Throneburg RN. Predictive factors of persistence and recovery: pathways of childhood stuttering. *J Commun Disord*. 1996;29(1):51-77.
8. Sawyer J, Yairi E. The effect of sample size on the assessment of stuttering severity. *Am J Speech Lang Pathol*. 2006;15(1):36-44.
9. Boey RA, Van de Heynig PH, Wuyts FL, Heylen L, Stoop R, Bodt MS. Awareness and reactions of young stuttering children aged 2-7 years old towards their speech disfluency. *J Commun Disord*. 2009;42(5):334-46.
10. Kalinowski JS, Saltuklaroglu TI. *Stuttering*. San Diego: Plural; 2006.
11. Leith WR, Timmons JL. The stutterer's reaction to the telephone as a speaking situation. *J Fluency Disord*. 1983;8(3):233-43.

12. Healey EC, Scott LA, Ellis G. Decision making in the treatment of school-age children who stutter. *J Commun Disord.* 1995;28(2):107-24.
13. Heimberg RG. Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: current status and future directions. *Biol Psychiatry.* 2002;51(1):101-8.
14. Cho Y, Smits J, Telch MJ. The speech anxiety thoughts inventory: scale development preliminary psychometric data. *Behav Res Ther.* 2004;42(1):13-25.
15. Riley GD. Stuttering severity instrument for children and adults. Austin: Pro Ed; 1994.
16. Andrade CRF. Gagueira infantil: risco, diagnóstico e programas terapêuticos. Barueri: Pró Fono; 2006.
17. Oliveira CM, Araujo FG, Vocurca MC. Atitudes verbais e não verbais de pais de crianças com queixa de gagueira. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2000;5(7):3-10.
18. Chmela KA, Reardon N. The school-age child who stutters: working effectively with attitudes and emotions. Memphis, TN: Stuttering Foundation of America; 2009.
19. Oliveira CM. Terapia para gagueira. In: Berretin-Félix G, Alvarenga KF, Caldana ML, Sant'ana NC, Santos MJ, Santos PR, editores. (Re)habilitação fonoaudiológica: avaliação da eficácia. São José dos Campos: Pulso; 2009. p. 113-24.
20. Gregory HH. Therapy for teenagers and adults who stutter. In: Gregory HH, editor. *Stuttering Therapy: Rationale and procedures.* Boston: Allyn, Bacon; 2003. p. 186-216.
21. Neilson M, Andrews G. Intensive fluency training of chronic stutterers. In: Curlee E, editor. *Stuttering and related disorders of fluency.* New York: Thieme; 1992. p. 139-65.
22. Andrade CR. Fluência. In: Andrade CR, Béfi-Lopes DM, Fernandes FD, Wertzner HF, editores. *ABFW - Teste de linguagem infantil nas áreas de fonologia, vocabulário, fluência e pragmática.* Carapicuíba: Pró-Fono; 2004.
23. Van Riper C. The treatment of stuttering. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1973.
24. Guitar B. Stuttering: an integrated approach to its nature and treatment. Baltimore: Williams & Wilkins; 2006.
25. American Speech Language Hearing Association. Guidelines for practice stuttering treatment. *ASHA Suppl.* 14. 1995; 37 (3 Suppl /4): 26-35.
26. Andrade CR. Programa Fonoaudiológico de promoção da fluência em adultos gagos: tratamento e manutenção. In: Limonge SC, editor. *Fonoaudiologia informação para a formação: Procedimentos terapêuticos em linguagem.* Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2003. p. 27-53.

27. Ingham RJ, Cordes AK. Treatment decisions for young children who stutter: further concerns and complexities. *Am J Speech-Lang Pathol.* 1998;7(3):10-9.
28. Yauruss JS. Key concepts in stuttering treatment: school-age children who stutter. Stuttering Center [Internet]. Pittsburgh: University of Pittsburgh; 2009 [acesso em nov 24 2009]. Disponível em: <http://www.ohioslha.org/pdf/Convention/2008%20Handouts/SC20-Fluency-JScottYaruss.pdf>