

Marcella Oliveira Linhares
Patrícia Moreira Bistene

**ANÁLISE DA EFICÁCIA DA TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA DE GRUPO
PARA GAGOS ADULTOS: DISCUSSÃO DE CASOS**

Trabalho apresentado à banca examinadora para
conclusão do curso de Fonoaudiologia da
Faculdade de Medicina da Universidade Federal
de Minas Gerais.

Belo Horizonte
2009

Marcella Oliveira Linhares
Patrícia Moreira Bistene

**ANÁLISE DA EFICÁCIA DA TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA DE GRUPO
PARA GAGOS ADULTOS: DISCUSSÃO DE CASOS**

Trabalho apresentado à banca examinadora para
conclusão do curso de Fonoaudiologia da
Faculdade de Medicina da Universidade Federal
de Minas Gerais.

Orientadora: Laélia Cristina Caseiro Vicente
Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana

Belo Horizonte
2009

Linhares, Marcella Oliveira
Bistene, Patrícia Moreira

Análise da eficácia da terapia fonoaudiológica de grupo para gogos adultos: Discussão de casos / Marcella Oliveira Linhares e Patrícia Moreira Bistene. -- Belo Horizonte, 2009.

xii, 74 f.

Monografia (Graduação) – Universidade Federal de Minas Gerais.
Faculdade de Medicina.

Título em inglês: Analysis of the effectiveness of group speech therapy for stuttering adults: Discussion of cases.

1. Gagueira. 2. Terapia de grupo. 3. Eficácia de tratamento. 4. Fonoterapia

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA

Chefe do Departamento: Andréa Rodrigues Motta

Coordenadora do Curso de Graduação: Letícia Caldas Teixeira

Marcella Oliveira Linhares
Patrícia Moreira Bistene

**ANÁLISE DA EFICÁCIA DA TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA DE GRUPO
PARA GAGOS ADULTOS: DISCUSSÃO DE CASOS**

Presidente da banca:

Prof. _____

BANCA EXAMINADORA

Fga. Tânia Afonso Chaves

Aprovado em: ____/____/____

Agradecimentos

Foram muitos esforços, e muitas pessoas estiveram ao nosso lado nessa jornada. Agradecemos a cada um que nos apoiou de alguma forma, seja auxiliando na formação do conhecimento ou escutando os intermináveis desabafos.

Aos nossos pais e irmãs, por tornarem tantos sonhos possíveis e por serem nosso porto seguro.

Aos amigos, por partilharem conosco cada momento, angústia e felicidade; e por tornarem nossos dias mais leves e completos.

Aos mestres, por dividirem o conhecimento, pelo zelo e por contribuírem para o nosso crescimento.

Ao Marcelo e Alysson, pela incrível paciência e companheirismo.

A Deus, por nos tornar fortes e dignas dessa vitória.

Enfim, agradecemos à professora e querida orientadora, Laélia, por nos guiar e por ser paciente, tornando esse trabalho especial.

Sumário

Agradecimentos.....	v
Listas	vii
Resumo	xii
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 OBJETIVOS.....	3
2 REVISÃO DA LITERATURA	4
3 MÉTODOS	11
3.1 Casuística	11
3.2 Procedimentos da avaliação	11
3.3 Programa terapêutico.....	12
3.4 Reavaliação do processo terapêutico	18
3.5 Análise estatística	19
4 RESULTADOS	20
5 DISCUSSÃO	37
6 CONCLUSÕES	46
7 ANEXOS.....	47
8 REFERÊNCIAS	56
Abstract	60
Bibliografia Consultada.....	61

Lista de Figuras

Figura 1. Porcentagem da descontinuidade de fala ao longo do tratamento.....	21
Figura 2. Porcentagem da disfluências gagas ao longo do tratamento.....	23
Figura 3. Número de palavras por minuto ao longo do tratamento.....	25
Figura 4: Número de sílabas por minuto.....	27

Lista de Tabelas

Tabela 1. Demonstra a porcentagem da descontinuidade de fala ao longo do tratamento.....	20
Tabela 2. Valores de significância para comparação dos resultados entre avaliações de descontinuidade de fala.....	20
Tabela 3. Demonstra a porcentagem da disfluências gagas ao longo do tratamento ..	22
Tabela 4. Valores de significância para comparação dos resultados entre avaliações de disfluências gagas.....	22
Tabela 5. Representa o número de palavras por minuto ao longo do tratamento.....	24
Tabela 6. Valores de significância para comparação dos resultados entre avaliações de fluxo de palavras por minuto.....	24
Tabela 7. Representa o número de sílabas por minuto durante o tratamento.....	26
Tabela 8. Valores de significância para comparação dos resultados entre avaliações de fluxo de sílabas por minuto.....	26
Tabela 9. Demonstra a frequência da tipologia das rupturas comuns na avaliação inicial e final.....	28
Tabela 10. Demonstra as frequências mínima e máxima das tipologias comuns, sua média e mediana de ocorrência considerando a avaliação inicial e reavaliação final...	28
Tabela 11. Valores de significância para comparação de médias de ocorrência das avaliações de tipologias comuns.....	29
Tabela 12. Demonstra a frequência da tipologia das rupturas gagas na avaliação inicial e reavaliação final.....	30
Tabela 13 – Demonstra a frequência mínima e máxima das tipologias gagas, sua média e mediana de ocorrência considerando a avaliação inicial e reavaliação final.....	30

Tabela 14. Valores de significância para comparação de médias de ocorrência das avaliações de tipologias gegas.....	31
Tabela 15. Concordância entre a avaliação fonoaudiológica inicial e percepção dos pacientes quanto aos aspectos verbais da disfluência.....	32
Tabela 16. Demonstra as variáveis de concordância entre a avaliação fonoaudiológica inicial e percepção dos pacientes quanto aos aspectos verbais da disfluência.....	32
Tabela 17. Demonstra a frequência de ocorrência dos movimentos associados.....	33
Tabela 18. Valores de significância para comparação de médias de ocorrência das avaliações de movimentos associados na avaliação inicial e reavaliação final.....	34
Tabela 19. Demonstra o valor atribuído na escala analógica de 0 a 10 para a percepção dos aspectos verbais e não verbais da disfluência ao final da etapa de identificação.....	34
Tabela 20. Demonstra a autopercepção de melhora da fluência após o tratamento ...	35
Tabela 21. Representa os depoimentos dos participantes quanto à eficácia do trabalho de grupo para a evolução de sua fluência	35
Tabela 22. Demonstra a autopercepção de melhora dos aspectos sociais, familiares e pessoais após o tratamento	36

Lista de abreviaturas e símbolos

Desc.: Porcentagem de Descontinuidade de Fala

Disf.: Porcentagem de Disfluências Gagas

FPM: Fluxo de palavras por minuto

FSM: Fluxo de sílabas por minuto

RSL: Repetição de sílabas

RSN: Repetição de sons

PR: Prolongamentos

BL: Bloqueios

PA: Pausas

ISS: Intrusão de sons ou segmentos

HES: Hesitações

INT: Interjeições

REV: Revisões

PNT: Palavras não terminadas

REP: Repetição de palavras

RES: Repetição de segmentos

REF: Repetição de frases

MF: Movimentos faciais

MC: Movimentos de cabeça

ME: Movimentos de extremidades

MF: Movimentos faciais

MC: Movimentos de cabeça

ME: Movimentos de extremidades

DO: Desviar o olhar

AEB: Abrir exageradamente a boca

TL: Tremer os lábios

AFO: Apertar ou fechar os olhos

VRF: Virar o rosto para falar

MH: Movimentos horizontais

CMBF: Colocar a mão na boca para falar

MPN: Movimentar pernas ou mãos

S1: Sujeito 1

S2: Sujeito 2

S3: Sujeito 3

S4: Sujeito 4

1: Avaliação inicial

2: Reavaliação após 12 semanas de intervenção fonoaudiológica de grupo

3: Reavaliação após 16 semanas de intervenção fonoaudiológica de grupo

4: Reavaliação final após 20 semanas de intervenção fonoaudiológica de grupo

N: Número de indivíduos

Resumo

Objetivo: A realização do processo terapêutico de grupo abrange objetivos diferentes da terapia individual, visando a troca de experiências entre seus componentes. Assim, este trabalho teve como objetivo identificar se a terapia de grupo possibilita maximizar a fluência; reconhecer qual tempo de duração da mesma possibilita a promoção da fluência; identificar se movimentos associados, tipologia, frequência de rupturas e descontinuidade do discurso melhoram com a intervenção de grupo; comparar as médias de ocorrência das tipologias comuns e gagas no grupo ao longo do tratamento; identificar a eficiência da fase da identificação na terapia de grupo quanto à autopercepção dos comportamentos verbais e não-verbais e verificar a percepção dos participantes quanto à melhora da fluência e da qualidade de vida após a intervenção fonoaudiológica de grupo. **Método:** A amostra foi composta por quatro sujeitos da fila de espera do Ambulatório de Fonoaudiologia do Hospital das Clínicas da UFMG, na faixa etária de 20 a 46 anos, média de 32,8 anos, de ambos os gêneros, e que apresentassem gagueira de graus diversos. Todos os participantes foram submetidos à intervenção baseada nos objetivos do Programa Terapêutico de Promoção da Fluência - Alto Risco, de Cláudia Furquim de Andrade (1999), com adequação dos procedimentos para adultos. Para verificar a eficiência da realização da terapia de grupo quanto à fase da identificação aplicou-se um protocolo de autopercepção dos comportamentos verbais e não verbais. Além disso, ao final da intervenção, aplicou-se um questionário com o propósito identificar a percepção dos participantes em relação à melhora da fluência e da qualidade de vida após a intervenção fonoaudiológica de grupo. **Resultados:** Quanto à porcentagem de descontinuidade de fala, houve diminuição dos valores obtidos em 75% dos indivíduos, e em 25% eles se mantiveram na reavaliação final. Em 50% da amostra houve diminuição da porcentagem de disfluências gagas e nos outros 50% este valor se manteve ao final do processo. Houve aumento do fluxo de palavras por minuto em 50% da amostra, considerando a primeira e a última avaliações; nos outros 50%, houve diminuição da velocidade de fala. Quanto ao fluxo de sílabas por minuto, 50% dos sujeitos obtiveram, com 16 semanas de intervenção, valores similares aos encontrados na literatura para falantes fluentes; porém, estes valores não se mantiveram ao final do tratamento. Em relação às tipologias comuns, observou-se maior ocorrência de hesitação, interjeição e repetição de palavras e menor de palavra não-terminada, além da não ocorrência de repetição de frase. Das tipologias gagas, bloqueio e intrusão de sons ou segmentos foram as de maior ocorrência e pausa a menos frequente entre os sujeitos, na primeira e última avaliações. Ao confrontar o protocolo de autopercepção dos aspectos verbais da gagueira pelos sujeitos com a avaliação clínica, houve 53,85% de aspectos concordantes contra 46,15% discordantes. Por fim, de uma forma geral, todos os sujeitos apresentaram melhora parcial ou total dos movimentos associados. **Conclusão:** A terapia fonoaudiológica de grupo permitiu melhora da disfluência, da autopercepção e da qualidade de vida, ainda que não tenha se obtido parâmetros próximos a falantes fluentes.

1 INTRODUÇÃO

Os aspectos da aquisição de linguagem são estabelecidos por estruturação inata do cérebro, que já está preparado para a aprendizagem e utilização da fala como forma eficiente de comunicação. O processamento da linguagem ocorre em regiões específicas do sistema nervoso central e acredita-se que os aspectos cognitivo-verbais sejam mediados pelo hemisfério esquerdo, enquanto que os aspectos prosódicos e afetivo-emocionais sejam mediados pelo hemisfério direito. Logo, uma forma eficiente da comunicação exige uma integração funcional dos dois hemisférios (Meira, 2002).

Considera-se fluente a fala que requer a mínima quantidade de esforço motor, lingüístico, emocional e cognitivo para que possa ser produzida. Para isto é necessário que haja sincronização respiratória, iniciação da fonação suave e harmônica, sustentação adequada da coluna de ar que vem dos pulmões, além de vibrações corretas da glote (Gargantini, 1995).

Andrade et al. (2004) descrevem que rupturas no fluxo da fala podem ser diferenciadas pela tipologia, ou seja, certas rupturas são comuns a todos os falantes e refletem fundamentalmente as incertezas e imprecisões lingüísticas, ou ainda, visam ampliar a compreensão da mensagem. Essas rupturas podem ser consideradas como comuns (hesitações, interjeições, revisões, palavras incompletas, repetições de palavras, segmentos e frases). Outras rupturas, embora possam ocorrer esporadicamente para todos os falantes, são sugestivas de um maior comprometimento do processamento de fala. Essas rupturas são classificadas como rupturas gagas (repetições de sons e sílabas, prolongamentos, bloqueios, intrusões de sons e segmentos e pausas longas).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Fluência, a incidência da gagueira é de 5%, ou seja, 9 milhões e 589 mil brasileiros estão passando por um período de gagueira neste momento. A prevalência da gagueira é de 1%, ou seja, 1,9 milhões de brasileiros gaguejam há muitos anos de forma persistente e crônica (IBGE, 2006).

Uma alternativa para se tratar a gagueira é o atendimento de grupo. O processo terapêutico contextualizado de grupo abrange objetivos diferentes da terapia individual, pois visa, acima de tudo, à troca de experiências entre seus componentes, possibilitando a aceitação da gagueira e, conseqüentemente, maiores possibilidades de ganho na própria fluência. A terapia de grupo destaca-se como um processo terapêutico contextualizado e com dinâmicas, na qual preconiza a melhoria e

desenvoltura de diversos aspectos. As dinâmicas oferecem momentos de apresentação, conhecimento do grupo, atividades de relaxamento e outras atividades que facilitam o autoconhecimento e a consequente percepção dos processos envolvidos na gagueira. Os indivíduos devem estar integrados e reunidos em torno de uma tarefa e de um objetivo comum, se comportando como uma totalidade. Desde a década de 80, sabe-se da existência de atendimentos de grupos de pacientes gogos em fonoterapia, principalmente em São Paulo. A justificativa para tal implementação foi a grande demanda de pacientes para atendimento, com isso, tentava-se diminuir as filas de espera (Ijuim, 2002).

Desta forma, este estudo pretende analisar os resultados obtidos pelo tratamento fonoaudiológico de grupo com indivíduos gogos adultos.

1.1 Objetivos

1. Identificar se a terapia de grupo possibilita maximizar a fluência.
2. Reconhecer qual o tempo de duração da terapia de grupo que possibilita a promoção da fluência.
3. Identificar se movimentos associados, tipologia (disfluências comuns e disfluências gegas), frequência de rupturas e descontinuidade do discurso melhoram com a intervenção de grupo.
4. Comparar as médias de ocorrência das tipologias comuns e gegas no grupo ao longo do tratamento
5. Identificar a eficácia da fase da identificação na terapia de grupo quanto à autopercepção dos comportamentos verbais e não-verbais.
6. Verificar a percepção dos participantes quanto à melhora da fluência e da qualidade de vida após a intervenção fonoaudiológica de grupo.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Nem todos os gogos adultos procuram ajuda profissional em algum momento de suas vidas. Em um estudo de caso, mostrou-se que o repertório comportamental do cliente era constituído de alta frequência de comportamentos de esquiva e fuga das situações de comunicação. A descrição de si mesma era povoada de características negativas, além de relatar ansiedade, tensão, raiva e culpa, principalmente quando tinha que falar. O paciente raramente enfrentava as situações de comunicação que lhe provocavam ansiedade, apesar de já ter passado, anteriormente, por terapia fonoaudiológica e psicológica (Gomes, Scrochio, 1999).

Na gagueira, a tensão oral é evidente, em geral, por movimentos atípicos caracterizados por tremores, deslocamentos, incoordenações, movimentos articulatorios reduzidos, dor e cansaço após algum tempo de movimentação. A tensão cervical manifesta-se por meio de posturas tensas de ombros e pescoço (elevação, contração, dores, movimentos atípicos) as quais permanecem mesmo na ausência da fala. Além disso, a respiração é um aspecto que se encontra alterado em todos os indivíduos gogos, observando-se que toda a musculatura (principalmente os músculos diafragmático, intercostais internos, transverso do tórax) envolvida na respiração está tensionada. A tensão diafragmática caracteriza-se por incoordenação da inspiração, expiração e fala (exemplos: falar na inspiração, falar bloqueando a saída do ar, falar quase sem ar). Essas tensões também permanecem mesmo na ausência de fala (Meira, 1983 apud Oliveira, 1999).

Andrade (2000) propõe um protocolo para avaliação da fluência da fala para adultos fluentes, falantes do português. Este protocolo foi elaborado pelo Laboratório de Investigação Fonoaudiológica da Fluência e das Desordens da Fluência da Universidade de São Paulo e foram adotados valores de referência de acordo com as características verbais da gagueira. Quanto à taxa de rupturas, os valores da porcentagem de descontinuidade de fala estão compreendidos entre 7,3 e 9,9% e de disfluências gagas entre 0,2 e 0,7%. Quanto à velocidade de fala, o fluxo de palavras por minuto abrange valores de 117,3 a 140,3 e o número de sílabas por minuto de 218,8 a 256,5. Por fim, quanto à tipologia das disfluências, as tipologias comuns apresentaram valores de 11,8 a 20,6 e as tipologias gagas, de 0,1 a 2,0.

Qualidade de vida é a percepção que o indivíduo apresenta sobre a sua posição na vida, fundamentada na relação com o seu contexto cultural e seu sistema de

valores, e como essa percepção influencia os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações em relação à própria vida (Carroll et al., 2000).

Sheehan (2001) considera duas direções na reabilitação da disfluência: a primeira tem como objetivo ser um falante normal, removendo o aspecto gagueira do autoconceito do falante. A outra direção visa superar a gagueira pela auto-aceitação do seu papel de gago no processo de comunicação. Para ele, isto é possível por meio de estratégias que visem a dessensibilização do próprio gago em relação à sua gagueira e às reações das outras pessoas.

A comunicação pode ser conceituada quando o indivíduo, usando de elementos verbais e não-verbais, atinge seus propósitos, comunica as idéias, pensamentos e emoções. Nesta perspectiva, as estratégias terapêuticas devem preocupar-se com técnicas corporais de autoconhecimento, com o fortalecimento da auto-estima, enfrentamento das diversas situações de comunicação e com a própria fluência. Elas devem levar o sujeito com disfluência a construir um modelo de diálogo no qual a informação se sobreponha a qualquer outro comportamento (evitação, fuga, temor e ansiedade). Assim, o objetivo principal do gago não deve ser aprender como lidar com a gagueira em situações difíceis, mas como realizar uma boa e produtiva comunicação, não importando em que situação (Oliveira, Gargantine, 2003).

O grupo terapêutico fonoaudiológico é entendido como contexto eficiente, não só para o desenvolvimento da linguagem, mas também para identificação e o domínio de padrões, valores e atitudes socioculturais disponibilizadas e partilhadas pelos diversos componentes do grupo, sendo o produto da dinâmica das interações, representações e significados ali constituídos. Quando se passa a fazer parte de um grupo terapêutico, cada membro chega equipado com recursos e estratégias sócio-psico-linguísticas representativas de seu legado cultural, passando, no decorrer do processo, a se apropriar de outras estratégias e diversificar as possibilidades de uso das que ele já dominava ao chegar, em um processo permanente de transformação. O objetivo maior desse modelo de clínica fonoaudiológica é propiciar o reposicionamento social do sujeito, por meio da linguagem (Panhoca, Leite, 2003).

São poucos os trabalhos que propiciam reflexões sobre as características e peculiaridades da abordagem grupal. Deste modo, é importante aprofundar na discussão a respeito das formas como se dão os trabalhos em grupo na Fonoaudiologia

e refletir sobre como ele vem se desenvolvendo e sobre as concepções e referenciais teóricos que têm sido utilizados (Panhoca, Penteado, 2003).

A terapia consiste em desmistificar a ideologia sobre a qual se assenta a gagueira. Isso é feito a partir do relato do paciente e da observação do seu modo de agir para falar. Enquanto a imagem de mau-falante não for desmistificada, as tentativas para falar bem sempre se constituirão em truques paradoxais que, ao mesmo tempo que tentam ocultar, afirmam a gagueira. Enfatiza-se, assim, a atenção para a capacidade articulatória efetiva do sujeito e para a existência de momentos fluentes (Friedman, 2004).

Em um estudo qualitativo foram realizadas entrevistas individuais com oito participantes, submetidos a um processo terapêutico grupal prévio. Dentre os aspectos obtidos a partir das entrevistas, um deles foi a sensação de redução do isolamento social. Dos sete pacientes entrevistados, três relataram que não haviam tido essa oportunidade de terapia grupal anteriormente e que a acharam muito benéfica. Dois indivíduos vêem o efeito da terapia de grupo na redução da sensação de isolamento como um ponto marcante resultante do processo terapêutico. No grupo de terapia, especialmente nas fases iniciais, há mudança desse sentimento de singularidade, o que é uma poderosa fonte de alívio para o indivíduo. Depois de ouvir os outros membros do grupo divulgarem suas preocupações, que são semelhantes às suas, os pacientes relatam que se sentem em contato maior com o mundo e descrevem esse processo como "bem-vindo à raça humana". Além disso, a maioria de indivíduos (sete de oito participantes) percebeu-se como mais fluente após processo terapêutico grupal. Os entrevistados relataram adquirir em consequência da terapia um maior controle do seu discurso em diferentes situações (Steward, Richardson, 2004).

Vários estudos apontam para o comprometimento da qualidade de vida em pessoas que gaguejam em decorrência das experiências sociais e profissionais comprometedoras, assim como dos aspectos emocionais negativos sobre a própria habilidade de falar e de se comunicar. Universalmente reconhecidas, as características principais da gagueira são as repetições de unidades de fala, os bloqueios e os prolongamentos. Além dessas características encontradas em todos os gogos, há também características de comportamentos secundários, que são aqueles que ocorrem paralelamente à gagueira, como os movimentos relacionados à fala (como o tremor de lábios), movimentos corporais associados (como o piscar de olhos) e expressões

verbais repetitivas, utilizadas fora do contexto da mensagem. Embora possam ser observadas na fala de pessoas não gagas, essas disfluências ocorrem com maior frequência e duração na fala de pessoas com gagueira. O diagnóstico diferencial entre a gagueira e a disfluência normal leva em consideração as características topográficas da fala (frequência de repetições e velocidade), como também a existência ou não de comportamentos secundários ou compensatórios como piscar, revirar os olhos, etc (Yairi, Ambrose, 2004).

O encontro entre pessoas com dificuldades semelhantes em sua comunicação constitui por si só a possibilidade de integração, de fazer parte, de se perceber entendido, de se identificar, o que traz como resultado um bem estar que favorece o trabalho terapêutico (Barbosa, Chiari, 2005).

O nível de influência do processo terapêutico nem sempre pode ser precisamente determinado, em alguns casos não é possível encontrar demonstração científica do efeito potencial dos procedimentos. A precisão e validade dos *checklists* quantitativos ainda é uma lacuna na demonstração científica da relevância das propostas de tratamento (Forestier et al., 2005).

A gagueira pode afetar a vida do indivíduo que, ao longo da vida, pode desenvolver sensações de vergonha e culpa associadas à performance de fala. Nesse sentido, pesquisas que abordam a auto-avaliação e auto-percepção dos indivíduos com gagueira são de grande importância (Yaruss, Quesal, 2006).

Em um estudo realizado no município de São Paulo com 80 crianças, sendo 40 gagas e 40 fluentes, verificou-se que, para seu grupo de estudo (GI - crianças com diagnóstico de gagueira), a média de ocorrências entre as tipologias comuns foi estatisticamente diferente, sendo que a hesitação (média de 4,67) e a repetição de palavras (média de 6,6) foram as tipologias de maior ocorrência, não diferenciando-se entre si, mas diferenciando-se das demais tipologias comuns. Em relação ao grupo controle (GII - crianças fluentes), a distribuição da média de ocorrências entre as tipologias comuns também foi diferente estatisticamente, sendo a hesitação (média de 6,32) a de maior ocorrência (diferenciando-se das demais tipologias comuns). Ambos os grupos apresentaram menor média de ocorrência de palavra incompleta e não apresentaram repetição de frase. Para realizar uma comparação entre os grupos, cada uma das tipologias foi analisada separadamente. Os resultados indicaram que os grupos não se diferenciaram estatisticamente quanto ao número de rupturas do tipo

interjeição, revisão, palavra incompleta e repetição de frase. A ocorrência da hesitação foi maior para GII (média de 6,32), sendo essa diferença estatisticamente (Teste $T = 0,075$) relevante em relação a GI (média de 4,67). As tipologias repetição de palavra (Teste $T < 0,001$) e repetição de segmento (Teste $T = 0,002$) também diferenciaram estatisticamente os grupos, apresentando maior ocorrência para GI (média de 6,6 para repetição de palavra e 1,6 para repetição de segmento) do que em GII (média de 2,9 para repetição de palavra e de 0,6 para repetição de segmento). Além disso, observou-se que, para GI, a média de ocorrências entre as tipologias gagas foi estatisticamente diferente, sendo que repetição de sílaba (média de 4,15), bloqueio (média de 4,52) e prolongamento (média de 4,6) foram as de maior ocorrência, não se diferenciando entre si, mas diferenciando-se das demais tipologias gagas. As tipologias gagas com menor média de ocorrência foram a pausa (média de 0,85) e a intrusão de sons ou segmentos (média de 0,85). Quanto ao GII, a distribuição da média de ocorrências entre as tipologias gagas também foi estatisticamente diferente, sendo o prolongamento (média de 0,42) e a pausa (média de 0,5) as de maior ocorrência, não diferenciando-se entre si, mas diferenciando-se das demais tipologias gagas. A tipologia de menor média de ocorrência foi a repetição de som (média de 0,02). O bloqueio e a intrusão não foram observadas nas amostras analisadas desse grupo de crianças. Comparando os grupos e analisando cada tipologia separadamente, observa-se que a ocorrência da pausa não diferenciou estatisticamente os grupos (Teste – $T = 0,304$). A repetição de som, repetição de sílaba e prolongamento apresentaram maior ocorrência para GI, sendo essa diferença estatisticamente relevante (Teste – $T < 0,001$). O bloqueio e a intrusão não foram comparadas numericamente, pois nenhuma ocorrência foi verificada nas amostras de fala de GII (Juste, Andrade, 2006).

Um estudo foi realizado com 594 indivíduos, falantes do português brasileiro, tendo como objetivo verificar o perfil evolutivo da fluência, abrangendo crianças, adolescentes, adultos e idosos, de ambos os gêneros, com idades entre 2 e 99 anos e 11 meses de idade. Foram levados em conta os parâmetros de tipologia de rupturas, velocidade de fala e frequência de rupturas (porcentagem da descontinuidade de fala). Observou-se que houve diferença estatisticamente significativa quanto ao total de disfluências comuns, disfluências gagas, palavras por minuto e sílabas por minuto entre as faixas etárias estudadas. Na faixa etária de 18 a 47 anos, quanto às disfluências comuns foram encontradas médias que variavam de 14,32 a 15,26; quanto às

disfluências gegas foram encontradas médias de 2,47 a 3,29; a porcentagem de descontinuidade de fala obteve os valores médios de 8,49 a 9,0%. Por fim, quanto ao aspecto de velocidade de fala, encontraram os valores de 103,25 a 119,05 palavras por minuto e 192,67 a 224,24 sílabas por minuto (Martins, Andrade, 2008).

Uma pesquisa realizada com 40 indivíduos adultos, teve o propósito de estabelecer a influência da habilidade de fala quanto às reações afetivas, comportamentais e cognitivas sobre a qualidade de vida de indivíduos fluentes e com gagueira persistente do desenvolvimento. Destacou-se a relevância de se obter dados sobre a experiência da gagueira e a influência que ela exerce na vida da pessoa a partir da perspectiva do próprio falante que gagueja. Ressaltou-se que, assim, conhece-se mais sobre as conseqüências negativas ocasionadas pelas rupturas involuntárias do fluxo da fala na vida do indivíduo. Nos resultados do estudo foi observado que a experiência com a gagueira diferencia os indivíduos fluentes e com gagueira persistente do desenvolvimento quanto às características observáveis de fala, das dificuldades funcionais de comunicação vividas no seu dia a dia, gerando impacto negativo na qualidade de vida no indivíduo com gagueira (Andrade et al., 2008).

Um estudo realizado na Clínica de Distúrbios da Fluência do Curso de Fonoaudiologia da USP (Bauru) conclui, após a análise de prontuários, que as manifestações predominantes de disfluência foram as repetições de sílabas e os bloqueios, acompanhados dos prolongamentos e hesitações. Em 57% dos prontuários (110 indivíduos) foram encontrados dados positivos sobre o histórico familiar, ou seja, informações sobre a presença de alguma alteração na fala e/ou linguagem e/ou fluência em algum parente. Quando o diagnóstico de gagueira estava explicitado no prontuário, verificou-se a presença das seguintes alterações associadas à gagueira, incluídas no diagnóstico: tensões, alterações na qualidade vocal e na coordenação pneumofonoarticulatória, além de alterações na motricidade orofacial (Lopes-Herrera et al., 2009).

A gagueira pode ser acompanhada pela presença de muita tensão. Esta é uma característica frequente, atribuída ao fato do indivíduo antecipar a gagueira na fala ainda não emitida como forma de evitá-la; no entanto, esse mecanismo produz mais tensão, ocasionando mais rupturas na fala. As emoções e os sentimentos de medo e ansiedade também aumentam a tensão durante a fala. O esforço corporal é percebido nitidamente pelas contrações corporais exageradas, muitas vezes por gestos corporais

indevidos ou por seu excesso ou pouca naturalidade. Este estudo relatou que na prática clínica observam-se algumas características vocais frequentes em 15 pacientes gogos. Dentre elas, pode-se citar a tensão à emissão vocal durante a fala, a velocidade de fala aumentada e a incoordenação pneumofônica. Quanto à tensão vocal, esta esteve presente em 86% dos indivíduos da amostra, a velocidade de fala alterada em 46% dos indivíduos e a coordenação pneumofonoarticulatória (CPFA) comprometida em 100% da amostra. Pode-se observar que a velocidade de fala prejudicada, apesar de frequente, não se mostrou estatisticamente significativa nos indivíduos gogos estudados. Por outro lado, observaram frequência significativa da tensão vocal e da CPFA alterada (Oliveira et al.,2009).

Em um estudo que teve como um de seus objetivos quantificar e comparar as tipologias de rupturas de fala apresentadas por crianças, adolescentes e adultos fluentes e com gagueira, observou, entre outros aspectos, a ocorrência de bloqueios mais frequente para os adultos gogos quando comparados às crianças e adolescentes gogos. As rupturas gagas, como prolongamentos, repetições de sons e sílabas não apresentaram diferenças de ocorrência significativas entre as faixas etárias de falantes gogos. Em relação às tipologias comuns, para os falantes gogos, a única ruptura que diferenciou as faixas etárias foi a interjeição, mais frequente para os adolescentes (Juste, Andrade, 2009).

Ao analisar as rupturas de fala de gogos (faixa etária de 13 a 44 anos) em tarefas de fala espontânea e leitura, o estudo encontrou que, durante a primeira tarefa, a disfluência comum mais freqüente foi a hesitação (29,2%) e na tarefa de leitura foi a repetição de palavras (53,6%). Em relação às disfluências gagas, na fala espontânea, o prolongamento foi mais frequente (30,9%), e na tarefa de leitura, foram: repetição de sílaba, repetição de som e bloqueio (23,5% cada). O estudo identificou que nas disfluências comuns a hesitação (média de 6,0), a interjeição (média de 4,62) e a repetição de palavras (média de 4,5) foram mais frequentes que as demais tipologias. Por outro lado, a tipologia palavras não terminadas teve baixa frequência de ocorrência (média de 0,75) e a repetição de frases não houve ocorrência. Quanto às tipologias gagas, o prolongamento (média de 3,25) e o bloqueio (média de 2,62) tiveram maior ocorrência, ao contrário da pausa, que foi a menor freqüência (Pinto et al.,2009).

3 MÉTODOS

Este estudo foi de caráter prospectivo longitudinal e foi realizado no Ambulatório de Fonoaudiologia do Hospital das Clínicas/UFMG. Para compor a amostra, foram recrutados os sujeitos com gagueira que estavam aguardando na fila para o atendimento e que haviam realizado avaliação fonoaudiológica prévia na disciplina Prática Clínica: Fonoaudiologia, no referido ambulatório. Sujeitos com demência, déficit auditivo ou de linguagem, distúrbios articulatórios e visão subnormal foram excluídos. Tais informações foram obtidas a partir do relatório de avaliação realizado na referida disciplina.

3.1 Casuística

Inicialmente, foram convidados a participar da pesquisa 12 sujeitos, que foram informados das características do estudo, bem como seus riscos e benefícios, por meio de telefone. Contudo, apenas sete sujeitos se disponibilizaram a participar, sendo que somente quatro deles concluíram a intervenção fonoaudiológica de grupo. Desses, dois eram do gênero masculino e dois do feminino, com idade entre 20 e 45 anos, média de 32,8 anos, e apresentavam gagueira de graus e tipologia diversos.

3.2 Procedimentos da avaliação

Todos os sujeitos selecionados passaram por avaliação própria de gagueira, desenvolvida pelo Laboratório de Investigação Fonoaudiológica da Fluência e das Desordens da Fluência da Universidade de São Paulo (Andrade, 2000). Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes dos procedimentos de avaliação e intervenção (Anexo 2).

A avaliação inicial foi realizada individualmente com os participantes, em um único dia, com duração média de 50 minutos, no Ambulatório de Fonoaudiologia do Hospital das Clínicas/UFMG. Ela foi realizada pelas pesquisadoras, orientadas pela docente responsável pela pesquisa. Foi feita filmagem com o equipamento Cyber-shot DSC – T10, da marca Sony, assim como gravação de áudio no sistema de som profissional marca Direct Sound®, em uma cabine acusticamente tratada, e as amostras de fala foram capturadas e armazenadas no programa Media Player no

computador Pentium 4 da marca Dell®, modelo Optiplex GX260 do Ambulatório de Fonoaudiologia do HC/UFMG. Esta avaliação teve como objetivo determinar as características verbais e não verbais da fala e da disfluência dos participantes, a fim de verificar a presença de tensão corporal e movimentos associados. Para tanto, foi feita uma anamnese com os participantes, na qual os mesmos descreveram sua queixa e história pregressa, sendo filmados durante esse período.

A gravação no sistema de som foi realizada em uma cabine acusticamente tratada e as amostras de fala foram capturadas e armazenadas no programa Media Player no computador Pentium 4 da marca Dell® do Ambulatório de Fonoaudiologia do HC/UFMG, objetivando identificar a tipologia da disfluência, frequência de rupturas e descontinuidade do discurso. O microfone era unidirecional, posicionado a 10 cm de distância da boca do participante, que se encontrava na posição em pé. Para a análise dessas variáveis foi solicitado ao participante que contasse uma história a partir dos livros da autora Eva Funari, Coleção Ponto de Encontro, onde apresentam apenas sequência de gravuras sem texto escrito. Para tal, primeiro o sujeito se familiarizou com o conteúdo, quando folheou todo o livro e posteriormente descreveu oralmente a história.

3.3 Programa terapêutico

A terapia fonoaudiológica foi realizada no referido ambulatório da UFMG, uma vez por semana, com duração de 60 minutos, durante cinco meses, baseada no Programa Terapêutico de Promoção da Fluência - Vermelho (Alto Risco), de Cláudia Furquim de Andrade (1999). A ideologia deste programa implica na conscientização de que, somente através de uma prática diária e contínua das técnicas, serão ampliadas as possibilidades da estruturação de uma nova forma de processamento da emissão que levará ao equilíbrio e a promoção de níveis confortáveis de fluência. O protocolo de intervenção foi adaptado pelas autoras do estudo quanto às estratégias para a idade dos participantes, uma vez que eram adultos e o atendimento foi realizado em grupo. O processo terapêutico foi realizado em três etapas, a saber:

- **Primeira etapa: 12 semanas de terapia**

Esta etapa foi dividida em três fases que tiveram, cada uma, 4 semanas de intervenção.

Na primeira, foi trabalhada a identificação das características da fala, com o objetivo de determinar a tipologia da disfluência e estimular a autopercepção da fala, identificando o fator que desencadeava sua gagueira.

Na segunda fase, o enfoque foi a redução da tensão e fragmentação (prática negativa). O objetivo foi fazer com que o indivíduo percebesse que pode modificar a sua fala pelo relaxamento e eliminação da tensão.

E por último, o trabalho teve a abordagem de fala mais relaxada, por meio da suavização dos movimentos.

1 e 2ª sessões: Apresentação, identificação das características da gagueira.

- Apresentação do grupo e das terapeutas;
- Dinâmica de apresentação – dinâmica do barbante. Um começou falando seu nome, o motivo pelo qual buscou a terapia fonoaudiológica e jogou para outro integrante, que fez o mesmo. A corrente não podia ser desfeita. O objetivo da dinâmica foi a apresentação dos componentes do grupo e mostrar de um modo geral que o objetivo da terapia de grupo é proporcionar um momento de interação e troca de experiência entre os seus componentes, além de mostrar que estavam entrelaçados por um objetivo comum.
- Foi realizada também uma atividade na qual os pacientes descreveram em uma folha de papel como vêem sua gagueira e as situações que julgavam mais fáceis / difíceis em seu cotidiano.
- Foi abordado o conceito de fala fácil (relaxada, suave e lenta) e fala difícil, primeiramente exemplificando por meio de modelos das terapeutas e, em um segundo momento (a partir da 3ª sessão), utilizando áudios das avaliações dos próprios pacientes da terapia de grupo, para aumentar a sua percepção, reconhecimento e fazê-los identificar os momentos de fala fácil / difícil.

3 e 4ª sessões: Identificação das características da gagueira.

- O sujeito deveria aprender a identificar as características de sua gagueira. O paciente e os demais do grupo apontavam as disfluências e suas possíveis causas, e a terapeuta auxiliou, caso fosse necessário, sendo apenas um facilitador. A partir

de atividades de interação, as terapeutas indicaram o que aconteceu na fala e a possível causa.

- Jogo - Stop - categorias foram escritas com letra grande, como nome, fruta, carro, cor, objeto, e nomes de animais, e exibidas de forma que todos os componentes pudessem visualizar. Assim, foram sorteadas letras do alfabeto e, a cada rodada, um paciente dizia nomes das respectivas categorias em questão. Nessa atividade foram trabalhados os conceitos de fala fácil / fala difícil de forma prática, com o objetivo de reconhecer a ocorrência das mesmas. Na medida em que cada um dizia sua resposta, os outros observavam e, depois, identificavam se a fala dele foi fácil / difícil, em quais momentos e o porquê da sua classificação para aquela fala.
- História Maluca - aumentando a complexidade, da pronúncia de palavras para a produção de frases, nessa atividade, cada hora um paciente sorteou uma figura no saco plástico e formulou uma frase, e, em seguida, o próximo continuou a história, sem perder o contexto. Ainda nesse momento, o paciente deveria somente identificar se a sua fala foi fácil / difícil, em quais momentos e o porquê da sua classificação. Depois que o paciente comentou sobre sua fala, o terapeuta direcionava para os outros participantes, que diziam se concordavam ou não com a descrição do falante e se gostariam de acrescentar algo.

5 e 6ª sessões: Redução da tensão e fragmentação (Prática negativa).

- O sujeito aprendeu a variar a tensão na fala, passando do máximo para o intermediário e, por fim, com o mínimo de tensão necessária à emissão. Sempre que houve ruptura, a palavra foi repetida variando os três níveis de tensão. O participante deveria perceber que a fala pode ser modificada pela redução da tensão. O terapeuta fazia o modelo, o paciente repetia e, quando houvesse ruptura, o terapeuta pedia para que o paciente repetisse três vezes, contrastando os níveis de tensão.
- Atividade com palavras - “O que tem?”- cada participante dizia três palavras para o tema que fosse sorteado para a rodada, dizendo o que é encontrado em diferentes ambientes (sala, cozinha, praia, etc). Das três palavras da rodada, a primeira deveria ser pronunciada com a máxima tensão (100%), a segunda palavra com uma tensão intermediária (50%), e a terceira com o mínimo de tensão (0%).

- Atividade com frases – Músicas conhecidas pelos pacientes. Eles escreveram no papel o trecho de uma música que conhecessem ou gostassem e memorizaram esse trecho. Depois, cada um dizia o trecho sem cantar, variando o nível de tensão. Os outros pacientes que observaram disseram em que parte foi tenso, em que parte foi médio e em qual a tensão foi leve.

7 e 8ª sessões: Redução da tensão e fragmentação (Prática negativa).

- Foi inserido o conceito de respiração, visando verificar se o paciente conseguia controlar o seu padrão de fala; identificar se a respiração interferia na gagueira e promover relaxamento e conscientização sobre o padrão de fala. Para tanto, foram utilizados exercícios de técnica vocal para obter melhor controle e manutenção dos ciclos respiratórios. Além disso, foi realizada a técnica de relaxamento progressiva de Jakobson.
- Atividade de leitura – Jogo da imitação: Foram levados textos com marcações de trechos com cores diferentes para leitura de pessoas distintas, sendo que inicialmente os terapeutas leram as frases de formas diversas, variando o nível de tensão, de forma aleatória. O segundo leitor analisou a tensão da emissão e repetiu o modo de emissão na sua leitura. A leitura tinha que ocorrer como se estivessem conversando / contando e os participantes deveriam utilizar expressões faciais para ajudar no tipo de emissão em questão.
- Descrição de figuras: os sujeitos receberam figuras temáticas e descreveram os acontecimentos da mesma utilizando apenas a mínima tensão necessária à emissão. A atividade foi iniciada apenas com palavras (o paciente deveria citar 5 objetos ou pessoas presentes na cena) e posteriormente com frases.
- Jogo – Bingo de palavras: foram entregues aos participantes cartelas compostas por uma série de palavras variadas. As terapeutas sorteavam as palavras e, na medida em que os sujeitos acertavam nas cartelas, pronunciavam a palavra variando os níveis de tensão.
- História maluca: quando o paciente percebesse a gagueira, ele mesmo usava a prática negativa.

9 e 10ª sessões: Fala relaxada, suavização de movimentos.

- O sujeito aprendeu a suavizar a movimentação mandibular e a utilizar um leve e quase imperceptível prolongamento de sílabas iniciais, o que auxiliaria a tornar a emissão mais fluente. A velocidade de fala deveria ser mantida, e não lentificada. Caso o paciente tivesse dificuldade em suavizar, o mesmo pensava no que queria dizer de forma correta, suavizada, e tentava prolongar a sílaba inicial.
- Descrição de figuras: os sujeitos receberam figuras temáticas e descreveram os acontecimentos da mesma utilizando o prolongamento de sílaba inicial. A atividade foi iniciada apenas com palavras (o paciente citou cinco objetos ou pessoas presentes na cena).
- Improvisação: um participante retirou de uma caixa uma frase, que deveria ser completada pelo participante à direita. A evocação das palavras foi realizada utilizando o prolongamento da sílaba inicial (Ex: João gosta de comer...).
- Jogo – Cara a cara: se trata de um jogo de tabuleiro que admite dois jogadores ou dois grupos de jogadores, que têm um conjunto com 24 retratos diferentes. Sorteou-se uma carta para cada um e, por meio de perguntas, deveria adivinhar o personagem que coube ao adversário. Nesta atividade, as perguntas elaboradas por um grupo foram feitas utilizando o prolongamento de sílaba inicial, bem como as respostas.

11 e 12ª sessões: Fala relaxada, suavização de movimentos.

- Foram utilizados movimentos de fala mais suaves em todo início de emissão, como aprendido nas sessões anteriores. As terapeutas modelaram as atividades e estas foram seguidas com repetição do modelo, garantindo que a emissão fosse realizada sem tensão e, conseqüentemente, mais fluente.
- Jogo – Stop: O paciente formulou uma frase com as palavras escritas na rodada. Nessa atividade, o participante já foi capaz de realizar um prolongamento mais rápido nas sílabas iniciais e, portanto, mais imperceptível.
- Descrição de figuras: os sujeitos receberam figuras temáticas e descreveram os acontecimentos da mesma utilizando o prolongamento de sílaba inicial. Nestas sessões, a atividade foi realizada com elaboração de frases, inicialmente mais curtas e, posteriormente, mais complexas.

• Segunda etapa: Quatro semanas de terapia

Esta etapa da intervenção foi focada na habilidade de resistência ao tempo de pressão e suavização dos movimentos. É importante ressaltar que o tempo de pressão foi definido por Perkins et al. (1991) como sendo a necessidade do falante em iniciar, continuar ou acelerar uma emissão, que é freqüentemente vivenciada pelo disfluyente como um momento de medo e pânico, no qual ele sente que precisa falar rápido e não pode perder tempo. Objetivou-se nesse momento, também, que a pessoa iniciasse a fala mantendo sua emissão suavizada.

1 e 2ª sessões:

- O sujeito foi esclarecido de que todo falante tem necessidade de iniciar, continuar ou acelerar uma emissão de acordo com o padrão de fala de seu interlocutor. O paciente deveria aprender a esperar dois segundos antes de iniciar qualquer segmento de fala, o que lhe daria um tempo a mais, necessário para ampliar a margem temporal para o processamento da mensagem. Após esse tempo, a fala foi iniciada de maneira suave.
- Foram realizadas atividades de dramatização, nas quais os pacientes enfrentaram as situações que julgaram na fase de identificação como fáceis / difíceis.
- Foram realizados debates a cerca de temas presentes no dia a dia dos participantes. O grupo foi organizado em duas equipes, que selecionaram o assunto considerado mais interessante e organizaram um cartaz com figuras e frases a cerca do tema escolhido. Posteriormente, os cartazes foram apresentados para a outra equipe e o assunto foi discutido utilizando os dois segundos antes da fala ser iniciada.

3 e 4ª sessões:

- Foi trabalhada a redução da ansiedade e do medo de gaguejar por meio de dramatizações (com situações que os participantes julgavam mais fáceis para as mais difíceis) e conversa dirigida no grupo.
- Os participantes tiveram espaço para contar experiências de vida e histórias, aplicando os dois segundos antes dos segmentos de fala espontânea.

• Terceira etapa: 4 semanas de terapia

Por fim, a última etapa da intervenção trabalhou a redução da tensão, a suavização dos movimentos e a resistência ao tempo de pressão. Assim, houve uma retomada de todos os aspectos trabalhados anteriormente, possibilitando a automatização do processo de intervenção realizado.

- Todos os itens trabalhados anteriormente foram discutidos e revisados, utilizando atividades mais complexas. Os pacientes foram levados a lidar com situações da rotina de cada um, como ir ao supermercado, padaria, banca, etc. Nesta etapa os sujeitos deveriam ser capazes de produzir emissões mais fluentes e suaves, percebendo melhor as causas da gagueira e conseguindo, portanto, resistir melhor ao tempo de pressão.

3.4 Reavaliação do processo terapêutico

Após cada etapa terapêutica, foi realizada uma reavaliação dos sujeitos dos grupos, individualmente, em dia e hora pré-estabelecidos no Ambulatório de Fonoaudiologia do Hospital das Clínicas/UFMG, a fim de analisar os resultados e compará-los com os aspectos anteriores à intervenção. Os procedimentos das reavaliações foram os mesmos utilizados para a avaliação inicial.

Para verificar a eficácia dos procedimentos da fase de identificação na terapia de grupo, aplicou-se o protocolo de autopercepção dos comportamentos verbais e não verbais (Anexo 3), elaborado pelas autoras desse estudo, e a escala analógica de 0 (zero) a 10 (dez), considerando 0 (zero) como “não identifico” e 10 como “identifico completamente”, onde os sujeitos escolheram apenas um número que julgaram representar o seu nível de capacidade de identificação das características verbais e não verbais. Tais procedimentos foram aplicados após a primeira etapa do processo terapêutico, a etapa de identificação. Estes dados foram confrontados com a avaliação clínica de cada participante.

Foi aplicado, ainda ao final do processo terapêutico, um questionário, elaborado pelas autoras deste estudo, o qual teve como propósito identificar a percepção dos participantes em relação à melhora da fluência e da qualidade de vida após a intervenção fonoaudiológica de grupo (Anexo 4). O questionário contém sete perguntas

com respostas de múltipla escolha, sendo que em uma delas o participante deveria justificar a alternativa escolhida.

Ao término da intervenção, os sujeitos que não apresentaram melhora da gagueira retornaram à fila de espera do Ambulatório de Fonoaudiologia da UFMG.

O presente estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais com o parecer nº 349/08.

3.5 Análise estatística

A análise estatística dos resultados foi feita por meio do método estatístico teste t, para amostras pareadas e independentes, teste de hipóteses para comparação das médias, sendo o nível de significância adotado de 0,05, ou seja, 5%. As variáveis analisadas foram tipologias comuns e gagas, frequência de rupturas, descontinuidade do discurso e movimentos associados.

4 RESULTADOS

Tabela 1. Demonstra a porcentagem da descontinuidade de fala ao longo do tratamento

Indivíduos	Avaliações			
	Av 1	Av 2	Av 3	Av 4
	%	%	%	%
Sujeito 1	34,0	21,0	3,5	20,0
Sujeito 2	28,2	16,5	11,0	15,5
Sujeito 3	42,7	24,8	28,0	17,5
Sujeito 4	9,5	9,0	16,0	9,5

Legenda:

Av 1: Avaliação inicial

Av 2: Reavaliação após 12 semanas

Av 3: Reavaliação após 16 semanas

Av 4: Reavaliação final após 20 semanas

Tabela 2. Valores de significância para comparação dos resultados entre avaliações de descontinuidade de fala

Valor - p	Avaliação			
Avaliação	1	2	3	4
1	-	0,061	0,165	0,087
2	0,061	-	0,599	0,294
3	0,165	0,599	-	0,879
4	0,087	0,294	0,879	-

Legenda:

1: Avaliação inicial

2: Reavaliação após 12 semanas

3: Reavaliação após 16 semanas

4: Reavaliação final após 20 semanas

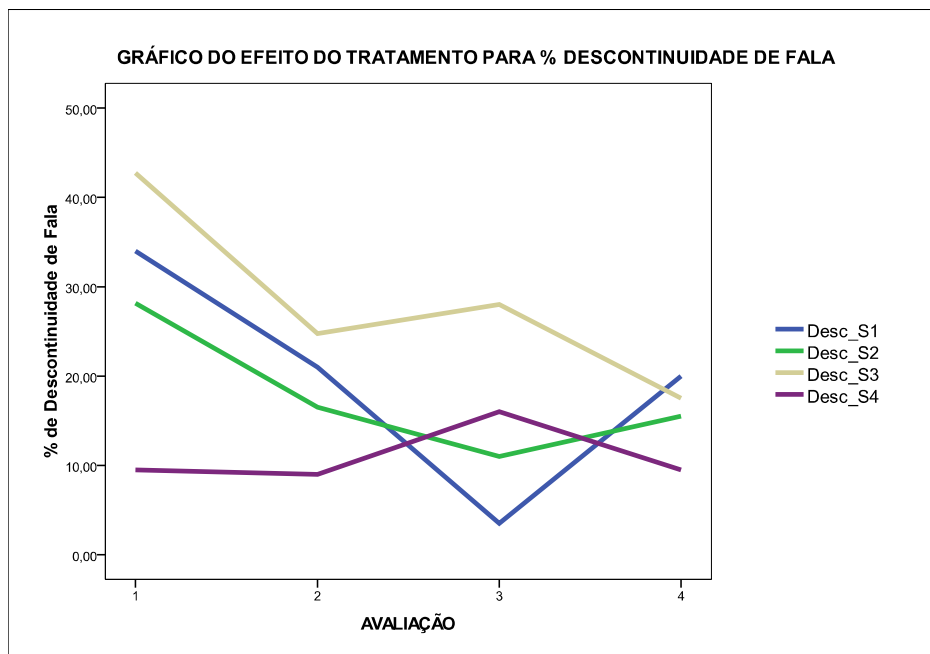


Figura 1. Porcentagem da descontinuidade de fala ao longo do tratamento

Legenda:

1: Avaliação inicial

2: Reavaliação após 12 semanas

3: Reavaliação após 16 semanas

4: Reavaliação final após 20 semanas

Desc_S1: Porcentagem de descontinuidade de fala no Sujeito 1 ao longo do tratamento

Desc_S2: Porcentagem de descontinuidade de fala no Sujeito 2 ao longo do tratamento

Desc_S3: Porcentagem de descontinuidade de fala no Sujeito 3 ao longo do tratamento

Desc_S4: Porcentagem de descontinuidade de fala no Sujeito 4 ao longo do tratamento

Tabela 3. Demonstra a porcentagem da disfluências gagas ao longo do tratamento

Indivíduos	Avaliações			
	Av 1	Av 2	Av 3	Av 4
	%	%	%	%
Sujeito 1	29,0	18,5	3,5	18,0
Sujeito 2	11,5	14,0	8,5	11,5
Sujeito 3	17,5	12,1	16,5	11,5
Sujeito 4	5,5	3,0	11,5	5,5

Legenda:

Av 1: Avaliação inicial

Av 2: Reavaliação após 12 semanas

Av 3: Reavaliação após 16 semanas

Av 4: Reavaliação final após 20 semanas

Tabela 4. Valores de significância para comparação dos resultados entre avaliações de disfluências gagas

Valor – p	Avaliação			
Avaliação	1	2	3	4
1	-	0,240	0,452	0,208
2	0,240	-	0,741	0,804
3	0,452	0,741	-	0,754
4	0,208	0,804	0,754	-

Legenda:

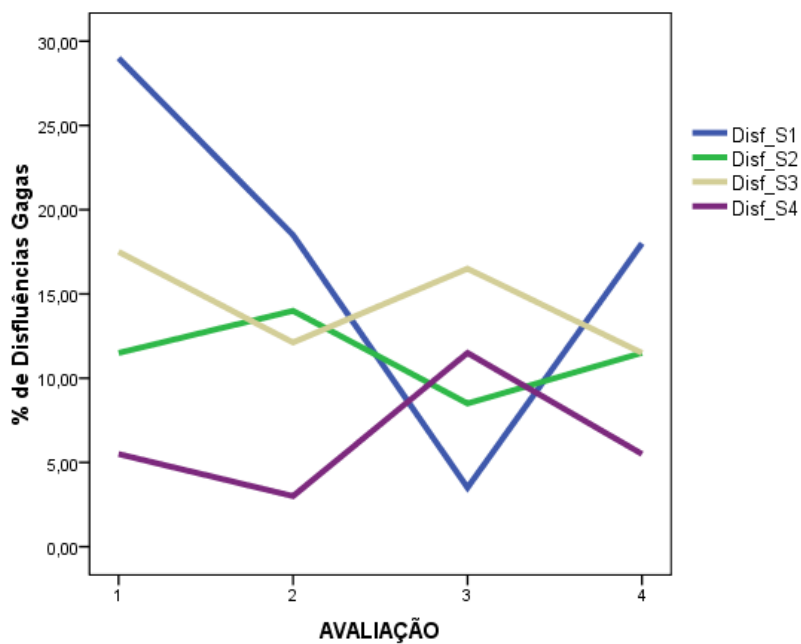
1: Avaliação inicial

2: Reavaliação após 12 semanas

3: Reavaliação após 16 semanas

4: Reavaliação final após 20 semanas

GRÁFICO DO EFEITO DO TRATAMENTO PARA % DISFLUÊNCIAS GAGAS

**Figura 2. Porcentagem da disfluências gagas ao longo do tratamento****Legenda:**

1: Avaliação inicial

2: Reavaliação após 12 semanas

3: Reavaliação após 16 semanas

4: Reavaliação final após 20 semanas

Disf_S1: Porcentagem de disfluências gagas no Sujeito 1 ao longo do tratamento

Disf_S2: Porcentagem de disfluências gagas no Sujeito 2 ao longo do tratamento

Disf_S3: Porcentagem de disfluências gagas no Sujeito 3 ao longo do tratamento

Disf_S4: Porcentagem de disfluências gagas no Sujeito 4 ao longo do tratamento

Tabela 5. Representa o número de palavras por minuto ao longo do tratamento

Indivíduos	Avaliações			
	Av 1	Av 2	Av 3	Av 4
	P/m	P/m	P/m	P/m
Sujeito 1	86,0	88,9	100,0	70,2
Sujeito 2	88,8	69,4	113,4	96,0
Sujeito 3	54,9	57,3	72,7	77,7
Sujeito 4	82,7	73,3	63,8	70,8

Legenda:

Av 1: Avaliação inicial

Av 2: Reavaliação após 12 semanas

Av 3: Reavaliação após 16 semanas

Av 4: Reavaliação final após 20 semanas

P/m: números de palavras por minuto

Tabela 6. Valores de significância para comparação dos resultados entre avaliações de fluxo de palavras por minuto

Valor - p	Avaliação			
Avaliação	1	2	3	4
1	-	0,351	0,404	0,952
2	0,351	-	0,260	0,581
3	0,404	0,260	-	0,397
4	0,952	0,581	0,397	-

Legenda:

1: Avaliação inicial

2: Reavaliação após 12 semanas

3: Reavaliação após 16 semanas

4: Reavaliação final após 20 semanas

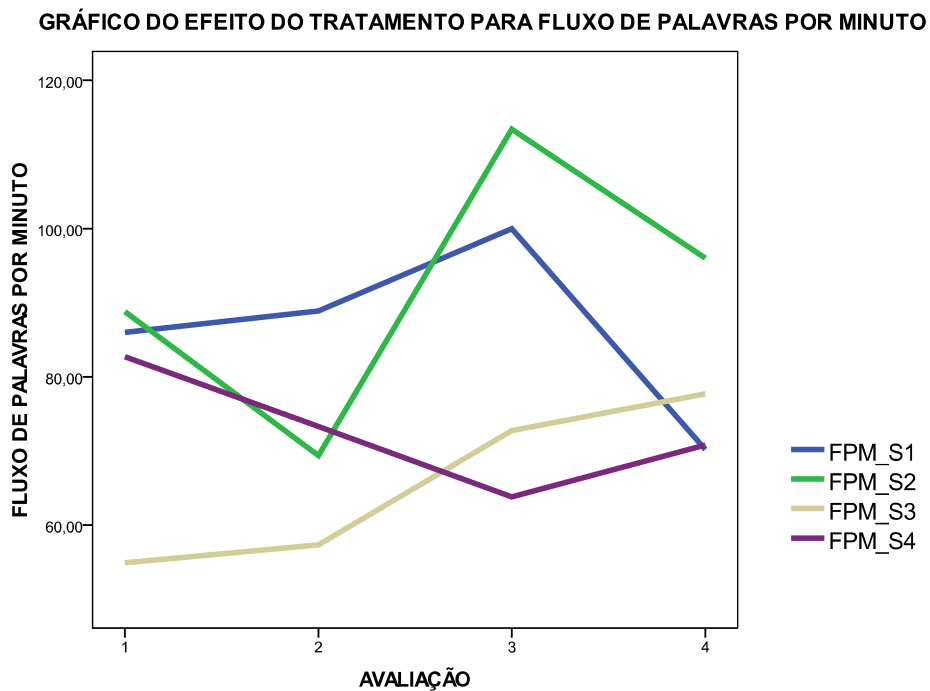


Figura 3. Número de palavras por minuto ao longo do tratamento

Legenda:

1: Avaliação inicial

2: Reavaliação após 12 semanas

3: Reavaliação após 16 semanas

4: Reavaliação final após 20 semanas

FPM_S1: Fluxo de palavras por minuto no Sujeito 1 ao longo do tratamento

FPM_S2: Fluxo de palavras por minuto no Sujeito 2 ao longo do tratamento

FPM_S3: Fluxo de palavras por minuto no Sujeito 3 ao longo do tratamento

FPM_S4: Fluxo de palavras por minuto no Sujeito 4 ao longo do tratamento

Tabela 7. Representa o número de sílabas por minuto durante o tratamento

Indivíduos	Avaliações			
	Av 1	Av 2	Av 3	Av 4
	S/m	S/m	S/m	S/m
Sujeito 1	121,2	151,9	200,0	127,6
Sujeito 2	172,4	125,0	206,9	158,7
Sujeito 3	93,9	102,5	113,6	120,5
Sujeito 4	151,9	133,3	111,1	127,6

Legenda:

Av 1: Avaliação inicial

Av 2: Reavaliação após 12 semanas

Av 3: Reavaliação após 16 semanas

Av 4: Reavaliação final após 20 semanas

S/m: números de sílabas por minuto

Tabela 8. Valores de significância para comparação dos resultados entre avaliações de fluxo de sílabas por minuto

Valor - p	Avaliação			
Avaliação	1	2	3	4
1	-	0,719	0,422	0,919
2	0,719	-	0,279	0,700
3	0,422	0,279	-	0,341
4	0,919	0,700	0,341	-

Legenda:

1: Avaliação inicial

2: Reavaliação após 12 semanas

3: Reavaliação após 16 semanas

4: Reavaliação final após 20 semanas

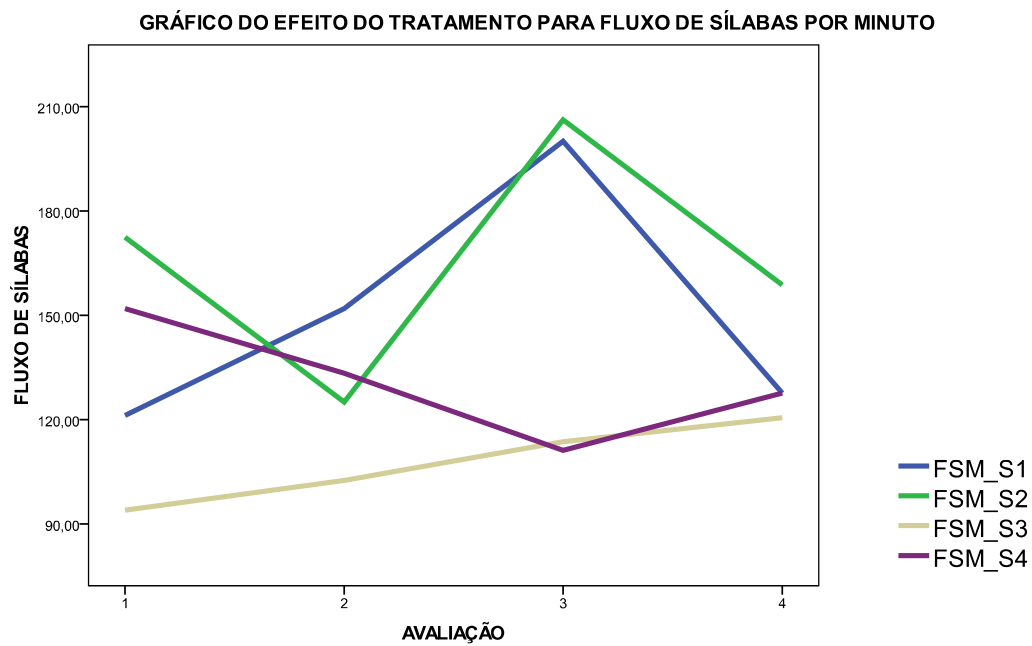


Figura 4. Número de sílabas por minuto

Legenda:

1: Avaliação inicial

2: Reavaliação após 12 semanas

3: Reavaliação após 16 semanas

4: Reavaliação final após 20 semanas

FSM_S1: Fluxo de sílabas por minuto no Sujeito 1 ao longo do tratamento

FSM_S2: Fluxo de sílabas por minuto no Sujeito 2 ao longo do tratamento

FSM_S3: Fluxo de sílabas por minuto no Sujeito 3 ao longo do tratamento

FSM_S4: Fluxo de sílabas por minuto no Sujeito 4 ao longo do tratamento

Tabela 9. Demonstra a frequência da tipologia das rupturas comuns na avaliação inicial e reavaliação final

TIPOLOGIA	Sujeito 1		Sujeito 2		Sujeito 3		Sujeito 4	
	Av 1	Av 4	Av 1	Av 4	Av 1	Av 4	Av 1	Av 4
Hesitações	3	2	-	4	5	1	-	-
Interjeições	7	1	3	1	7	8	-	1
Revisões	-	1	-	-	-	-	-	-
Palavras não terminadas	1	1	-	-	1	-	1	-
Repetição de palavras	2	-	-	2	1	2	6	3
Repetição de segmentos	1	1	3	1	1	1	1	4
Repetição de frases	-	-	-	-	-	-	-	-

Legenda:

Av 1: Avaliação inicial

Av 2: Reavaliação após 12 semanas

Av 3: Reavaliação após 16 semanas

Av 4: Reavaliação final após 20 semanas

- Ausência da tipologia

Tabela 10. Demonstra as frequências mínima e máxima das tipologias comuns, sua média e mediana de ocorrência considerando a avaliação inicial e a reavaliação final

TIPOLOGIA	Mínima	Máxima	Média	Mediana
Hesitação	1	5	1,87	1,50
Interjeições	1	8	3,50	2,00
Revisões	1	1	0,13	0,00
Palavras não terminadas	1	1	0,50	0,50
Repetição de palavras	1	6	2,00	2,00
Repetição de segmentos	1	4	1,63	0,50
Repetição de frases	-	-	0,00	0,00

Tabela 11. Valores de significância para comparação de médias de ocorrência de tipologias comuns

	HES	INT	RE V	PNT	REP	RES	REF
HES	-	0,123	0,149	0,334	0,464	0,662	-
INT	0,123	-	0,024*	0,039*	0,290	0,168	-
RE V	0,149	0,024*	-	0,124	0,030*	0,009*	-
PNT	0,334	0,039*	0,124	-	0,067	0,037*	-
REP	0,464	0,290	0,030*	0,067	-	0,649	-
RES	0,662	0,168	0,009*	0,037*	0,649	-	-
REF	-	-	-	-	-	-	-

Legenda:

HES: Hesitação

INT: Interjeição

REV: Revisão

PNT: Palavras não terminadas

REP: Repetição de palavras

RES: Repetição de segmentos

REF: Repetição de frases

* : valores estatisticamente significantes

Tabela 12. Demonstra a frequência da tipologia das rupturas gagas na avaliação inicial e reavaliação final

TIPOLOGIA	Sujeito 1		Sujeito 2		Sujeito 3		Sujeito 4	
	Av 1	Av 4	Av 1	Av 4	Av 1	Av 4	Av 1	Av 4
Repetição de sílabas	1	3	-	-	-	-	5	1
Repetição de sons	1	-	1	1	12	10	4	6
Prolongamentos	14	7	1	-	2	2	-	-
Bloqueios	17	13	19	20	19	9	2	4
Pausas	-	-	2	1	-	2	-	-
Intrusão de sons/segmentos	25	13	-	1	2	-	-	-

Legenda:

Av 1: Avaliação inicial

Av 2: Reavaliação após 12 semanas

Av 3: Reavaliação após 16 semanas

Av 4: Reavaliação final após 20 semanas

- Ausência da tipologia

Tabela 13 – Demonstra a frequência mínima e máxima das tipologias gagas, sua média e mediana de ocorrência considerando a avaliação inicial e reavaliação final

TIPOLOGIA	Mínima	Máxima	Média	Mediana
Repetição de sílabas	1	5	1,90	0,50
Repetição de sons	1	12	4,38	2,50
Prolongamentos	1	14	3,25	0,50
Bloqueios	2	20	12,88	10,50
Pausas	1	2	0,63	0,00
Intrusão de sons ou segmentos	1	25	5,13	0,50

Tabela 14. Valores de significância para comparação de médias de ocorrência de tipologias gags

	RSL	RSN	PR	BL	PA	ISS
RSL	-	0,106	0,313	0,003*	0,408	0,280
RSN	0,106	-	0,643	0,016*	0,057	0,840
PR	0,313	0,643	-	0,008*	0,182	0,621
BL	0,003*	0,016*	0,008*	-	0,002*	0,082
PA	0,408	0,057	0,182	0,002*	-	0,210
ISS	0,280	0,840	0,621	0,082	0,210	-

Legenda:

RSL: Repetição de sílabas

RSN: Repetição de sons

PR: Prolongamentos

BL: Bloqueios

PA: Pausas

ISS: Intrusão de sons ou segmentos

* : valores estatisticamente significantes

Tabela 15. Concordância entre a avaliação fonoaudiológica inicial e a percepção dos pacientes quanto aos aspectos verbais da disfluência

Avaliação Fonoaudiológica	Percepção do indivíduo	
	Ausente	Presente
Ausente	9	12
Presente	12	19

Tabela 16. Demonstra as variáveis de concordância entre a avaliação fonoaudiológica inicial e percepção dos pacientes quanto aos aspectos verbais da disfluência

Variável	Pares de Dados		
	Concordantes	Discordantes	Total
RSL	2	2	4
RSN	3	1	4
PR	3	1	4
BL	3	1	4
PA	1	3	4
ISS	3	1	4
HES	4	0	4
INT	3	1	4
REV	1	3	4
PNT	0	4	4
REP	3	1	4
RES	1	3	4
REF	1	3	4
Total	28	24	52

Legenda:

RSL: Repetição de sílabas
 RSN: Repetição de sons
 PR: Prolongamentos
 BL: Bloqueios
 PA: Pausas
 ISS: Intrusão de sons ou segmentos
 HES: Hesitações
 INT: Interjeições

REV: Revisões
 PNT: Palavras não terminadas
 REP: Repetição de palavras
 RES: Repetição de segmento
 REF: Repetição de frases

Tabela 17. Demonstra a frequência de ocorrência dos movimentos associados

		Sujeito 1		Sujeito 2		Sujeito 3		Sujeito 4	
		Av 1	Av 4	Av 1	Av 4	Av 1	Av 4	Av 1	Av 4
Movimentos faciais	Desviar o olhar	1	1	3	2	2	1	2	1
	Abrir exageradamente a boca	3	2	-	-	2	2	-	-
	Tremer os lábios	-	-	2	1	3	3	-	-
	Apertar ou fechar os olhos	2	1	3	1	-	-	-	-
Movimentos de cabeça	Virar o rosto para falar	1	-	-	-	-	-	1	1
	Movimentos horizontais	-	-	3	2	-	-	-	-
Movimentos de extremidade	Colocar a mão na boca para falar	-	-	-	-	3	3	-	-
	Movimentar pernas e mãos	3	2	3	2	3	2	1	-

Legenda:

Av 1: Avaliação inicial

Av 4: Reavaliação final após 20 semanas de tratamento

- : Movimento associado ausente

1. Movimento associado presente em grau leve

2. Movimento associado presente em grau moderado

3. Movimento associado presente em grau severo

Tabela 18. Valores de significância para comparação de médias de ocorrência de movimentos associados na avaliação inicial e reavaliação final

Variáveis	DO_av4	AEB_av4	TL_av4	AFO_av4	VRF_av4	MH_av4	MPM_av4
DO_av1	0,058	-	-	-	-	-	-
AEB_av1	-	0,391	-	-	-	-	-
TL_av1	-	-	0,391	-	-	-	-
AFO_av1	-	-	-	0,215	-	-	-
VRF_av1	-	-	-	-	0,391	-	-
MH_av1	-	-	-	-	-	0,391	-
MPM_av1	-	-	-	-	-	-	0,058

Legenda:

av 1: Avaliação inicial

av 4: Reavaliação final após 20 semanas de tratamento

DO: Desviar o olhar

AEB: Abrir exageradamente a boca

TL: Tremer os lábios

AFO: Apertar ou fechar os olhos

VRF: Virar o rosto para falar

MH: Movimentos horizontais

MPM: Movimentar pernas e mãos

Tabela 19. Demonstra o valor atribuído na escala analógica de 0 a 10 para a percepção dos aspectos verbais e não verbais da disfluência ao final da etapa de identificação

	Valor atribuído aos aspectos	
	Verbais	Não verbais
Sujeito 1	8	6
Sujeito 2	8	9
Sujeito 3	9	10
Sujeito 4	6	8

Tabela 20. Demonstra a autopercepção de melhora da fluência após o tratamento

Escala de autopercepção de melhora da fluência	N	%
Muito	2	50
Razoavelmente	2	50
Pouco	-	-
Nada	-	-
Não sei	-	-

Legenda:

N: Número de indivíduos

Tabela 21. Representa os depoimentos dos participantes quanto à eficácia do trabalho de grupo para a evolução de sua fluência

Sujeito	Relato do sujeito
1	“Não fui a única com disfluência na sala“.
2	“Vi que tinha gente com mais problemas“.
3	“Ver que não sou só eu com dificuldade para falar“.
4	“Fiquei mais à vontade de falar com as outras pessoas“.

Tabela 22. Demonstra a auto percepção de melhora dos aspectos sociais, familiares e pessoais após o tratamento

Escala de auto percepção de melhora	Aspectos sociais		Aspectos familiares		Aspectos pessoais	
	N	%	N	%	N	%
Muito	2	50	2	50	2	50
Razoavelmente	2	50	1	25	2	50
Pouco	-	-	1	25	-	-
Nada	-	-	-	-	-	-
Não sei	-	-	-	-	-	-

Legenda:

N: Número de indivíduos

5 DISCUSSÃO

Neste estudo optou-se pelo processo terapêutico realizado em grupo, com o objetivo de maximizar a fluência e o padrão de fala dos sujeitos em todos os seus âmbitos, seja profissional, social, familiar e pessoal. A escolha da intervenção de grupo foi motivada pela grande demanda de pacientes gogos para atendimento fonoaudiológico no serviço público, o que gera uma fila de espera considerável. De acordo com Friedman (2004), a terapia consiste em desmistificar a ideologia sobre a qual assenta a gagueira. Enfatiza-se, assim, a atenção para a capacidade articulatória efetiva do sujeito e para a existência de momentos fluentes. Além disso, como sugeriram Oliveira, Gargantine (2003), as estratégias da terapia preocuparam-se com técnicas corporais de auto-conhecimento, fortalecimento da auto-estima, enfrentamento das diversas situações de comunicação da própria disfluência. Dessa maneira, leva-se o sujeito a construir um modelo de comunicação, no qual a informação sobreponha a qualquer outro comportamento, seja ele de fuga, temor, ansiedade.

Para a seleção dos sujeitos que comporiam a amostra foi realizado um levantamento dos indivíduos com gagueira que estavam na fila de espera e que se enquadravam nos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos no estudo; assim doze pessoas foram convidadas e submetidas a anamnese e avaliação inicial. Destes, sete indivíduos iniciaram a terapia, sendo divididos em dois grupos de acordo com a faixa etária, um com quatro integrantes de 18 a 27 anos, e outro com três integrantes de 32 a 46 anos. Entretanto, apenas quatro indivíduos compareceram regularmente às sessões terapêuticas, e, por isso, eles foram mantidos em um mesmo grupo. Como afirma a literatura, nem todos os gogos adultos procuram ajuda profissional ao longo de suas vidas, o indivíduo raramente deseja enfrentar as situações de comunicação que lhe provocam ansiedade (Gomes, Scrochio, 1999). Somado a isso, algumas dificuldades foram relatadas pelos candidatos para participarem da terapia proposta, como dispor de no mínimo uma hora por semana, durante 20 semanas, correspondentes ao tempo proposto para a realização da terapia, necessitando muitas vezes de autorização para serem dispensados do trabalho, além das dificuldades financeiras, fato bastante presente no âmbito do serviço público de saúde.

Ao analisar a porcentagem de descontinuidade de fala na amostra pesquisada, observa-se, a partir da Tabela 1, diminuição dos valores obtidos na maioria dos indivíduos (75%), considerando a avaliação inicial e a avaliação final (após 20 semanas

de intervenção fonoaudiológica). Somente em um dos indivíduos esse valor se manteve entre essas duas avaliações. Entretanto, essa variação não foi estatisticamente significativa, como se pode perceber na Tabela 2. Vale destacar que quando se compara os resultados da intervenção ao longo do tempo, na segunda reavaliação (12^a semana) nota-se que na maioria dos participantes houve redução importante na descontinuidade da fala em comparação com a avaliação inicial e apresenta porcentagens próximas da última reavaliação (20^a semana), embora ainda com declínio dos valores de descontinuidade de fala. Assim, é possível constatar que a fluência melhorou com a intervenção, contudo não totalmente. No estudo realizado por Martins, Andrade (2008) com falantes fluentes do português brasileiro, as médias das porcentagens de descontinuidade de fala obtidas nas faixas etárias entre 18 e 47 anos variou de 8,49 a 9% e no estudo de Andrade (2000) os valores encontrados em falantes fluentes adultos do português foram compreendidos entre 7,3 e 9,9%. Já neste estudo, mesmo com a redução da porcentagem da descontinuidade de fala na maioria dos indivíduos ao término do processo terapêutico, nota-se que estes valores ainda se encontram acima das médias descritas na literatura em quase todos os participantes (de 15,5 a 20,0%). O sujeito 4, que obteve ao final da intervenção o valor de 9,5%, foi o único sujeito com porcentagem de descontinuidade adequada, de acordo com Andrade (2000).

Foi observado também (Tabela 3) que em 50% da amostra houve diminuição da porcentagem de disfluências gegas ao longo do tratamento. Nos outros 50%, houve a manutenção desse valor no final do processo. Ressalta-se que houve oscilações dessa porcentagem ao longo das quatro avaliações em todos os participantes, havendo relevante melhora da mesma apenas em 25% dos participantes na reavaliação com 12 semanas, e em 25% na reavaliação com 16 semanas. Os valores obtidos na última avaliação (5,5 a 18%) ainda encontram-se acima dos encontrados em falantes fluentes do português brasileiro da mesma faixa etária (2,47 a 3,29%) de acordo com Martins, Andrade (2008) e entre 0,2 e 0,7% (Andrade, 2000).

Assim, considerando que um dos objetivos deste estudo foi verificar o tempo de duração da terapia de grupo que possibilita a promoção da fluência, os resultados indicam que com um tempo maior de terapia poder-se-ia obter respostas mais significativas quanto às variáveis de porcentagem de descontinuidade de fala e de disfluências gegas. Entretanto, vale ressaltar também a grande dificuldade de mantê-

los em terapia, demonstrada já no início do processo terapêutico pela grande evasão de sujeitos do estudo, seja por dificuldades financeiras, disponibilidade de horário, entre outras questões pessoais, como foi mencionado anteriormente.

Quanto à velocidade de fala, foram analisados o fluxo de palavras por minuto e o número de sílabas por minuto, como pode ser observado nas Tabelas 5, 6, 7 e 8. Quanto ao fluxo de palavras por minuto, houve variação ao longo da intervenção, com oscilações entre os quatro indivíduos. A mediana para este quesito, nos quatro sujeitos, na avaliação inicial, foi de 85,6 palavras por minuto e ao término da intervenção foi de 74,3. Isso demonstra redução dos padrões de velocidade de fala ao final do processo terapêutico. Ao se realizar a análise individual dos participantes, obteve-se em 50% da amostra (indivíduos 2 e 3) aumento da velocidade de fala entre a primeira e a última avaliações; nos outros 50% da amostra (indivíduos 1 e 4) houve diminuição da velocidade de fala, sendo que, ao longo do tratamento, ocorreu aumento do fluxo de palavras por minuto nestes indivíduos e posterior queda destes valores na avaliação final (Tabela 3). Além disso, na reavaliação após 16 semanas de intervenção os sujeitos 1 e 2 obtiveram os valores de 100 e 113,4 palavras por minuto, números próximos aos de referência (Andrade, 2000), compreendidos entre 117,3 e 140,3 palavras por minuto e das médias obtidas nas faixas etárias entre 18 e 47 anos no estudo de Martins, Andrade (2008), de 103,25 a 119,05%. Entretanto, a melhora não se manteve na avaliação final, ou seja, estes valores caíram novamente. Este fato pode estar associado a falta de automatização na fase de estabilização do padrão de fala mais fluente. Logo, evidencia-se que, ao final da intervenção, nenhum dos sujeitos da amostra apresentou número de palavras por minuto próximo à normalidade, o que pode estar relacionado ao tempo em que os mesmos foram submetidos à terapia, sendo este ineficaz para adequar a velocidade de fala dos indivíduos gagos. Vale ressaltar ainda, a possível influência exercida pela fase da terapia de suavização de movimentos, com o objetivo de modificar a fala e tornar a emissão mais fluente. Esta etapa pode ter influenciado os sujeitos até o final da intervenção, lentificando sua velocidade de fala, embora a suavização almejasse apenas o relaxamento e a eliminação da tensão.

Quanto ao fluxo de sílabas por minuto, perceberam-se também oscilações ao longo da intervenção fonoaudiológica de grupo, sendo que dois indivíduos apresentaram aumento desse valor e dois apresentaram redução. O número de sílabas

por minuto alcançado pelos indivíduos 1 e 2 com 16 semanas de fonoterapia foi de 200 e 206,9 sílabas por minuto respectivamente, valores similares aos encontrados em falantes fluentes do português brasileiro (Martins, Andrade, 2008), em faixa etária semelhante à deste estudo, sendo as médias encontradas de 192,67 a 224,24 sílabas por minuto. Contudo, tais índices não se mantiveram na avaliação final. Novamente, tal fato pode estar relacionado à defasagem na etapa de estabilização do padrão de fala, além da possível influência exercida pela fase de suavização de movimentos, o que resultou na lentificação da fala.

Como se pode observar nas Tabelas 9 e 10, ao analisar as tipologias comuns na avaliação inicial e na reavaliação final nos quatro indivíduos, as médias de ocorrência de interjeição (média de 3,5), repetição de palavras (média de 2,0) e hesitação (média de 1,9) foram maiores que as demais tipologias. De maneira semelhante, no grupo de estudo de Juste, Andrade (2006), denominado GI para crianças com diagnóstico de gagueira, obtiveram entre as tipologias comuns com maiores médias de ocorrência a hesitação (média de 4,67) e repetição de palavras (média de 6,6). Pinto et al. (2009) também obtiveram em seu estudo a hesitação (média de 6,0), interjeição (média de 4,62) e repetição de palavras (média de 4,5) como as tipologias mais freqüentes. Por outro lado, houve menor média de ocorrência a palavra não terminada (média de 0,5), e não houve ocorrência da tipologia repetição de frase, achados também encontrados nos estudos citados. Vale ressaltar ainda a baixa freqüência de revisão (média de 0,13), a qual é estatisticamente significante menos presente que a interjeição, repetição de palavras e repetição de segmentos, como pode se verificado na Tabela 11. Além disso, a tipologia palavras não terminadas, ao ser comparada com a interjeição e a repetição de segmentos, teve valores estatisticamente menores.

A pausa é uma das tipologias gags menos freqüentes na literatura pesquisada (Juste, Andrade; 2006; Pinto et al., 2009). Da mesma maneira, como pode ser observado nas Tabelas 12 e 13, observa-se a pausa (média de 0,63) como a tipologia de menor ocorrência entre os sujeitos. Entretanto, quando comparada com as médias de ocorrência das outras tipologias, a diferença foi estatisticamente significante apenas que o bloqueio (Tabela 14). Por outro lado, o bloqueio teve maior ocorrência (média de 12,88), o que corrobora com a literatura, que obtiveram o bloqueio como uma das tipologias mais frequentes, se não a mais frequente (Juste, Andrade; 2006; Lopes-Herrera, 2009; Pinto et al., 2009; Juste, Andrade, 2009). O valor predominante desta

tipologia foi estatisticamente significativa quando comparado com todas as outras tipologias, exceto a intrusão de sons e segmentos (Tabela 14). No estudo de Juste, Andrade (2009), houve predominância do bloqueio em adultos gagos quando essa faixa etária foi comparada com crianças e adolescentes gagos.

Outra tipologia com alta frequência de ocorrência foi a intrusão de sons ou segmentos (média de 5,13), o que discorda da literatura (Juste, Andrade, 2006), uma vez que essa tipologia não foi encontrada nos indivíduos do grupo pesquisado. Entretanto, é importante lembrar que a população-alvo do estudo mencionado é de crianças, e não de adultos, como neste.

Quanto à concordância entre as avaliações fonoaudiológicas e a autopercepção dos pacientes quanto aos aspectos verbais da disfluência, verificada por meio da aplicação de um questionário após a etapa da intervenção de identificação, encontrou-se predominância de aspectos concordantes (53,85% ou 28 aspectos) sobre os aspectos discordantes (46,15% ou 24 aspectos), como pode ser constatada na Tabela 16. Tal fato indica eficiência da etapa de identificação para o aumento da percepção dos indivíduos quanto às suas manifestações verbais características da gagueira. Contudo, todos os sujeitos assinalaram comportamentos os quais estiveram inexistentes em sua disfluência de acordo com a avaliação clínica, o que provavelmente se relaciona à imagem negativa que o gago tem de si como falante. Yaruss, Quesal (2006) ressaltam a importância de pesquisas de auto-avaliação e auto-percepção dos indivíduos com gagueira, já que esta manifestação pode desenvolver no indivíduo, ao longo da vida, sensações de vergonha e culpa, associadas à performance de fala. A partir das variáveis pausa, revisão, repetição de segmento e repetição de frases, observa-se que houve predominância de aspectos discordantes (3) sobre os aspectos concordantes (1), sugere-se que seja necessário que estas características da fala sejam melhor abordadas na fase da identificação, a fim de otimizar a percepção do sujeito gago. Por outro lado, as variáveis intrusão de sons ou segmentos, repetição de palavras, repetição de sons, prolongamento, bloqueio, interjeição apresentaram mais aspectos concordantes (3) que discordantes (1), assim como a variável hesitação, que apresentou 100% de concordância, o que permite inferir sobre um trabalho satisfatório para a identificação dos mesmos ou uma maior facilidade de percepção de sua presença na fala. Os aspectos não verbais presentes na gagueira não foram confrontados com a avaliação clínica pelo fato de que grande parte dos mesmos é de

caráter interno e não podem ser observados, sendo de difícil análise tanto por parte das terapeutas como por parte do próprio falante. Quanto à escala analógica de percepção dos aspectos verbais e não verbais da disfluência (Tabela 19), observou-se que, em relação aos comportamentos verbais, 80% da amostra marcou o valor para sua capacidade de reconhecimento entre 8 e 9 e 20% assinalou valor 6; e a respeito dos comportamentos não verbais, 100% dos indivíduos assinalaram valores entre 6 e 10. Pode-se concluir que a etapa de identificação, na opinião dos participantes, foi eficaz e auxiliou os mesmos a perceber melhor as características da gagueira.

Em todos os participantes houve movimentos associados da face (desviar o olhar, abrir exageradamente a boca, tremer os lábios, apertar ou fechar os olhos), de cabeça (virar o rosto para falar e realizar movimentos horizontais de protrusão) e de extremidade (colocar a mão na boca para falar ou movimentar pernas e mãos). Esses dados estão de acordo com a literatura estudada, que relata que na gagueira, a tensão oral é evidenciada, bem como a tensão cervical e diafragmática. Essas tensões permanecem mesmo na ausência de fala (Meira, 1983 apud Oliveira, 1999). De uma maneira geral, todos apresentaram melhora parcial ou total desses movimentos associados (Tabela 17); dos que apresentaram os movimentos caracterizados como leves, 50% desapareceram e 50% permaneceram inalterados; 20% dos classificados como moderados se mantiveram assim, e 80% se tornaram leves; e 22% dos considerados severos se mantiveram dessa forma, 67% se tornaram moderados e 11% leves, sendo que nenhum desses desapareceu completamente. Esta melhora não foi estatisticamente significativa (Tabela 18), entretanto, vale ressaltar que os movimentos associados de desviar o olhar e movimentar pernas e mãos apresentaram valores de p próximos ao nível de significância adotado (0,05). Isso demonstra que estes aspectos foram abordados em terapia de forma mais efetiva ou que são mais facilmente percebidos pelo paciente.

Ainda quanto aos aspectos associados à gagueira, vale ressaltar a sensação de falta de ar ou incoordenação fonoarticulatória presente nos momentos de disfluência, dos sujeitos deste estudo. Estes aspectos não foram apresentados nos resultados, pois são relatos qualitativos, não puderam ser mensurados e, por isso, foram observados a partir das colocações dos pacientes durante a intervenção e da observação perceptivo-auditiva, facial e corporal, por parte das terapeutas. Notou-se incoordenação pneumofonoarticulatória (IPFA) em 100% dos indivíduos desta pesquisa, o que

corroborar com os estudos de Oliveira et al. (2009) e Lopes-Herrera et al. (2009), nos quais a maioria dos participantes, ou seja, 100% e 74% da amostra, respectivamente, apresentaram a característica mencionada.

Ao final da intervenção fonoaudiológica de grupo foi aplicado um questionário sobre a percepção do participante quanto à melhora da fluência e da qualidade de vida após intervenção fonoaudiológica de grupo (Anexo 4). A partir da escala de autopercepção de melhora da fluência (Tabela 20), 50% dos indivíduos assinalaram muita melhora e 50% melhora razoável. Quanto à autopercepção de melhora da qualidade de vida (Tabela 22), 50% dos indivíduos relataram muita evolução no aspecto social e 50% melhora razoável; quanto aos aspectos familiares, 50% assinalaram muita melhora, 25% melhora razoável e 25% pouca evolução; e em relação as questões pessoais, 50% apontou muita melhora e 50% melhora razoável. Alguns estudos encontrados na literatura mencionam o comprometimento da qualidade de vida em pessoas que gaguejam em decorrência das experiências negativas nos aspectos sociais, profissionais e emocionais (Yairi, Ambrose, 2004; Andrade et al., 2008). Contudo, não foram encontrados estudos que mensurem tal comprometimento. Assim, a aplicação do questionário forneceu dados qualitativos relevantes quanto à melhora dos aspectos mencionados após a intervenção, realizada durante 20 semanas.

Steward, Richardson (2004) mencionam que dentre os aspectos obtidos a partir das entrevistas em um estudo qualitativo, um deles foi a sensação de redução do isolamento social. No presente estudo, isso foi confirmado por todos os sujeitos da amostra (Tabela 21), os quais relataram que estar na presença de outros gogos e não ser o único no foco das atenções, contribuiu para a promoção da fluência. Tal fato pode ser identificado a partir dos depoimentos de alguns dos participantes: *“Trata-se de experiência, ver que não sou só eu que tenho dificuldade para falar, ver que de certa forma um ajuda o outro, fortalece o outro”* e *“O fato de não ser a única com disfluência na sala, ou seja, não ser o único foco, acabou fazendo com que eu falasse de forma mais fluente. Tanto na terapia quanto fora dela. O fato de não ser a única observada e analisada fez com que a tensão na hora da fala diminuísse”*. Neste âmbito, é possível inferir que a qualidade de vida melhorou ao longo do processo terapêutico, auxiliou na reinserção do paciente em seu contexto cultural e social e influenciou nos seus

objetivos, expectativas, padrões e preocupações em relação à própria vida, como afirma Carroll et al. (2000).

Reforça-se, assim, a importância da realização do grupo terapêutico fonoaudiológico. Panhoca, Leite (2003) afirmam que deve ser entendido como um contexto eficiente para o desenvolvimento da linguagem, da identificação e domínio de padrões, valores e atitudes socioculturais partilhadas pelos diversos componentes do grupo, sendo o produto da dinâmica das interações, representações e significados ali constituídos. Cada membro que faz parte do grupo terapêutico chega equipado com recursos e estratégias sócio-psico-linguísticas representativas de seu legado cultural, e passa, ao longo do processo, a se apropriar de outras estratégias e por um processo permanente de transformação. Barbosa, Chiari (2005) mencionam ainda que, encontro entre pessoas com dificuldades semelhantes em sua comunicação constitui por si só a possibilidade de integração, de fazer parte, de se perceber entendido, de se identificar, o que traz como resultado um bem estar que favorece o trabalho terapêutico.

Na análise objetiva deste trabalho, buscou-se determinar valores e expressar numericamente se houve melhora parcial ou total dos aspectos analisados. Por outro lado, na análise perceptual, buscou-se obter dados individuais, que diferem os indivíduos uns dos outros. Observou-se que, provavelmente pela amostra reduzida de participantes e pelo caráter prospectivo do estudo, situado em um contexto de serviço público, não foram encontradas diferenças estatísticas que comprovassem a eficácia da terapia de grupo no tempo estabelecido. Entretanto, os relatos mostram que houve mudança em todos os indivíduos quanto à melhora de sua qualidade de vida e de sua auto-imagem como falante. Esse fato é descrito na literatura estudada, que considera duas direções na reabilitação da disfluência: a primeira tem como objetivo ser um falante normal; a outra visa superar a gagueira pela auto-aceitação do seu papel de gago no processo de comunicação por meio de estratégias que visem a dessensibilização do próprio gago em relação à sua gagueira e às reações das outras pessoas (Sheeham, 2001).

De acordo com Panhoca, Penteado (2003), são poucos os trabalhos que propiciam reflexões sobre as características e peculiaridades da abordagem grupal. Contudo, o nível de influência do processo terapêutico nem sempre pode ser precisamente determinado, em alguns casos, não é possível encontrar comprovação científica do efeito dos procedimentos (Forestier et al., 2005). Devido aos resultados

não conclusivos obtidos neste estudo e em virtude da amostra reduzida, pode-se inferir que com 12 semanas de intervenção fonoaudiológica já se observa melhora relativa no padrão de fluência, porém, observou-se que as 20 semanas foram insuficientes para a automatização do processo de forma significativa. Sugere-se, assim, que novos estudos de terapia fonoaudiológica de grupo para indivíduos gogos sejam realizados, a fim de se verificar o melhor tempo para otimização do padrão de fala destes indivíduos. Comprovada a aplicabilidade desta forma de conduta terapêutica, esta poderá ser implantada na rotina clínica dos serviços públicos, reduzindo as filas de espera e abrangendo um maior número de pacientes com disfluência.

6 CONCLUSÕES

1. A terapia fonoaudiológica de grupo permitiu melhora de aspectos verbais e não verbais da disfluência.
2. O tempo de 20 semanas é insuficiente para a automatização do padrão de fala e conseqüente promoção da fluência dentro do contexto de terapia de grupo.
3. Houve melhora parcial quanto aos movimentos associados, disfluências comuns e gagas, freqüência de ruptura e descontinuidade do discurso, após a intervenção de grupo.
4. Em relação às tipologias comuns, obteve-se médias de ocorrência de interjeição, repetição de palavras e hesitação maiores que as demais; houve menor ocorrência de palavras não terminadas e não ocorreu repetição de frase. Houve baixa freqüência de revisão, estatisticamente significante em relação à interjeição, repetição de palavras e repetição de segmentos. Quanto às tipologias gagas, a pausa teve menor ocorrência e o bloqueio foi mais frequente, sendo estatisticamente significante.
5. A etapa de identificação foi eficiente, sendo observada predominância de aspectos concordantes sobre os aspectos discordantes ao comparar a avaliação fonoaudiológica inicial e a autopercepção dos pacientes. Quanto aos aspectos não-verbais, observou-se um aumento da autopercepção dos mesmos pelos participantes após a etapa de identificação, porém, essa concordância entre a avaliação inicial e a auto-percepção não foi confrontada.
6. A partir da escala de percepção de melhora da qualidade de vida constatou-se melhora significativa de forma geral nos aspectos social, familiar e pessoal.

Anexo 1**Protocolo de Avaliação Objetiva de Fluência de Fala**

Nome:

Data:

Idade:

Profissão:

Escolaridade:

 Nenhuma 2º grau incompleto 1º grau incompleto 2º grau completo 1º grau completo Ensino Superior

Tipo de Controle:

 Avaliação Inicial Reavaliação 2 Reavaliação 1 Reavaliação Final

1. Tipologia das disfluências

Disfluências Comuns	Disfluências Gagas
Hesitações	Repetição de sílabas
Interjeições	Repetição de sons
Revisões	Prolongamentos
Palavras não terminadas	Bloqueios
Repetição de palavras	Pausas
Repetição de segmentos	Intrusão de sons ou segmentos
Repetição de frases	
Total	Total

2. Velocidade de fala

Fluxo de palavras por minuto	Fluxo de sílabas por minuto

3. Freqüência de rupturas

% de Descontinuidade de Fala	% de Disfluências Gagas

4. Concomitantes físicos

Tipos	Número de Ocorrências
Desvios de sons Movimentos faciais <ul style="list-style-type: none"> • Descrição: 	
Movimentos de cabeça <ul style="list-style-type: none"> • Descrição: 	
Movimentos de extremidades <ul style="list-style-type: none"> • Descrição: 	

5. Transcrição de amostra de fala:

6. Transcrição da Mensagem Expressa:

Anexo 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Sr. (a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “Terapia fonoaudiológica de grupo para gogos adolescentes e adultos: análise da eficácia”, de responsabilidade das pesquisadoras Marcella Oliveira Linhares e Patrícia Moreira Bistene, sob supervisão da fonoaudióloga Laélia Cristina C. Vicente, professora do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

O presente estudo tem como objetivo verificar a eficiência da realização do processo terapêutico de grupo na melhora da fluência de indivíduos gogos. A intervenção fonoaudiológica ocorrerá no Ambulatório de Fonoaudiologia do Hospital das Clínicas/UFMG, em dia e hora pré-estabelecidos, uma vez por semana, durante 5 meses. Os grupos terapêuticos serão compostos por 5 sujeitos cada e formados de acordo com a faixa etária: Grupo A – 16 a 20 anos; grupo B – 21 a 35 anos; grupo C – 36 a 60 anos.

A participação é voluntária, não apresenta riscos e gratificações financeiras aos indivíduos. As despesas com transporte são de responsabilidade do participante, sem qualquer ressarcimento posterior. Com a participação na pesquisa os sujeitos poderão se beneficiar com a melhora da gagueira, do contrário, voltarão à fila de espera, para o mesmo ponto em que se encontravam antes da intervenção de grupo.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG e qualquer dúvida poderá entrar em contato pelo endereço Avenida Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II, no 2º andar, sala 2005 ou por telefone (31) 3409-4592. As pesquisadoras responsáveis se disponibilizam para quaisquer esclarecimentos da pesquisa por meio dos telefones (31) 8899 – 8885 com Marcella; (31) 9311 – 6088 com Patrícia e (31) 9619 – 1875 com Laélia.

Os indivíduos que se dispuserem a participar deste projeto têm a liberdade de desistir a qualquer momento, sem risco de comprometer intervenções fonoaudiológicas futuras no já referido ambulatório.

Os resultados da pesquisa serão tornados públicos, a título de pesquisa, mas as informações individuais e a identidade dos participantes serão mantidas em sigilo.

Marcella Oliveira Linhares
Acadêmica de Fonoaudiologia
RG. 12855605

Patrícia Moreira Bistene
Acadêmica de Fonoaudiologia
RG. 13464854

Laélia Cristina C. Vicente
Pesquisadora responsável
RG. 17758122

Eu _____
RG _____ declaro ter sido suficientemente esclarecido (a) sobre os objetivos, os métodos e benefícios da minha participação na pesquisa “Terapia fonoaudiológica de grupo para gogos adolescentes e adultos: análise da eficácia”. Estou ciente que a participação desta pesquisa estará garantida eticamente, e poderei desistir a qualquer momento, inclusive sem motivo, bastando para isso, informar a minha decisão as pesquisadoras.

A participação é voluntária, sem interesse financeiro e estou ciente que não há riscos ou prejuízos de quaisquer naturezas. Informações referentes à identidade serão mantidas em sigilo e poderei solicitar informações a qualquer momento as pesquisadoras Marcella Oliveira Linhares, Patrícia Moreira Bistene e Laélia Cristina C. Vicente.

Assim, concordo em participar deste estudo. Consinto, também, que os resultados obtidos sejam apresentados e publicados em eventos e artigos científicos.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 200____.

Assinatura do participante

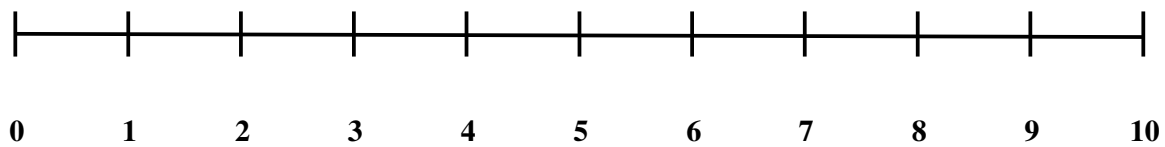
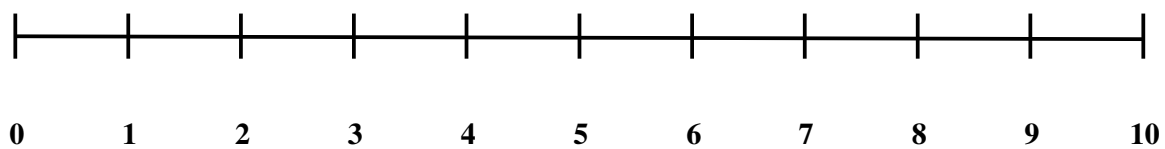
Anexo 3**Protocolo de autopercepção dos comportamentos verbais e não verbais****Paciente:** _____ **Data:** _____

1. Assinale quais os padrões de gagueira você percebe que realiza:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bloqueio | |
| <input type="checkbox"/> Hesitações | <input type="checkbox"/> Repetição de frases |
| <input type="checkbox"/> Interjeições (“É”, “Aí”, etc) | <input type="checkbox"/> Repetição de sílabas |
| <input type="checkbox"/> Revisões | <input type="checkbox"/> Repetição de sons |
| <input type="checkbox"/> Palavras não terminadas | <input type="checkbox"/> Prolongamentos |
| <input type="checkbox"/> Repetição de palavras | <input type="checkbox"/> Pausas |
| <input type="checkbox"/> Repetição de segmentos | <input type="checkbox"/> Intrusão de sons ou segmentos |

2. Assinale quais os movimentos e características estão presentes no momento da sua gagueira e que você os reconhece no momento da conversação:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> fechar os olhos | <input type="checkbox"/> apertar os olhos |
| <input type="checkbox"/> piscar | <input type="checkbox"/> desviar o olhar |
| <input type="checkbox"/> fugir de uma situação de comunicação | <input type="checkbox"/> não atender o telefone |
| <input type="checkbox"/> não falar com estranhos | <input type="checkbox"/> medo de certas palavras |
| <input type="checkbox"/> coração dispara | <input type="checkbox"/> sente dor na barriga |
| <input type="checkbox"/> tem tremor em membros superiores ou inferiores | <input type="checkbox"/> tensão muscular (face, região do pescoço e ombros) |
| <input type="checkbox"/> mão fica suada | <input type="checkbox"/> balançar o corpo |
| <input type="checkbox"/> movimentar as pernas, mãos e braços | <input type="checkbox"/> passar a mão constantemente na cabeça ou nos cabelos |
| <input type="checkbox"/> tamborilar com os dedos | <input type="checkbox"/> tremer os lábios |
| <input type="checkbox"/> abrir exageradamente a boca | <input type="checkbox"/> virar o rosto para falar |
| <input type="checkbox"/> alterar a intensidade da fala | <input type="checkbox"/> ajeitar os óculos |
| <input type="checkbox"/> falar com a mão na boca | <input type="checkbox"/> outros |

ESCALA ANALÓGICA**Aspectos verbais****Aspectos não - verbais**

Anexo 4**Questionário sobre a percepção do participante quanto à melhora da fluência e da qualidade de vida após intervenção fonoaudiológica de grupo****Paciente:****Data da Aplicação:**

1. O quanto você acredita que sua gagueira melhorou com a intervenção fonoaudiológica de grupo?

Muito Razoavelmente Pouco Nada Não sei

2. Caso você ache que houve melhora na sua gagueira, seja muito ou razoavelmente, identifique em quais aspectos: *(Pode ter mais de uma opção)*

Identificação dos momentos de gagueira

Identificação do tipo de gagueira

Identificação dos movimentos corporais

Redução dos movimentos corporais

Melhora na auto imagem como falante

Melhora na fluência

Fala de forma mais relaxada

Não utiliza mais estratégias para promover a fluência

A gagueira não o incomoda mais

Outras: _____

3. Caso você ache que não houve melhora na sua gagueira ou foi pouca, identifique em quais aspectos não evoluiu: *(Pode ter mais de uma opção)*

Identificação dos momentos de gagueira

Identificação do tipo de gagueira

Identificação dos movimentos corporais

Redução dos movimentos corporais

- () Melhora na auto imagem como falante
- () Melhora na fluência
- () Fala mais relaxada
- () Na utilização estratégias para promover a fluência
- () A gagueira ainda o incomoda
- () Outras: _____

4. Quais aspectos trabalhados durante a intervenção foram mais difíceis para você?
(*Pode escolher mais de uma opção*)

- () Identificação
- () Redução da tensão e fragmentação (prática negativa)
- () Suavização de movimentos e fala relaxada
- () Resistência ao tempo de pressão e suavização de movimentos
- () Redução da tensão, suavização dos movimentos e resistência ao tempo de pressão.

5. Quais aspectos trabalhados durante a intervenção foram mais fáceis para você?
(*Pode escolher mais de uma opção*)

- () Identificação
- () Redução da tensão e fragmentação (prática negativa)
- () Suavização de movimentos e fala relaxada
- () Resistência ao tempo de pressão e suavização de movimentos
- () Redução da tensão, suavização dos movimentos e resistência ao tempo de pressão.

6. Você acha que o trabalho de grupo foi eficaz para a evolução de sua fluência?

() Sim

() Não

() Parcialmente

- Se sim, por quê?

- Se não, por quê?

- Se parcialmente, por quê?

7. A intervenção fonoaudiológica de grupo melhorou sua qualidade de vida quanto à:

Aspectos sociais

Muito Razoavelmente Pouco Nada Não sei

Aspectos familiares

Muito Razoavelmente Pouco Nada Não sei

Aspectos pessoais

Muito Razoavelmente Pouco Nada Não sei

8 REFERÊNCIAS

Andrade CRF. Protocolo para avaliação da fluência da fala. *Pró Fono*. 2000 set; 12(2): 131-4.

Andrade, CRF. Fluência. In: Andrade, CRF; Béfi-lobes, DM; Wertzner, HF; Fernandes, FDM. ABFW - teste de linguagem infantil: nas áreas de fonologia, vocabulário, fluência e pragmática. *Pró Fono*. 2. ed. Barueri (SP); 2004. p 71-94.

Andrade CRF, Sassi FC, Juste FS, Ercolin B. Qualidade de vida em indivíduos com gagueira desenvolvimental persistente. *Pró Fono*. 2008; 20(4):219-24.

Barbosa, LMG; Chiari, BM. Gagueira: possíveis aproximações com o enfoque sócio-histórico de Vygotsky. *ConScientiae Saúde*. São Paulo. 2005; v.4, p.43-54.

Carroll REO; Smith K; Couston N; Cossar JA; Hayes PC. A comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-bref in detecting change in quality of life following liver transplantation. *Quality of life research*. 2000; 9:121-4.

Forestier R, Francon A, Graber-Duvernay B. Validity parameters of clinical trial and their influence on evidence based medicine conception: a review. *Ann Readapt Med Phys*. 2005; 48(5):250-8.

Friedman, S. Gagueira: origem e tratamento. 4a ed. Rev.atual. São Paulo: Plexus Editora; 2004. p. 114-20.

Gargantini, MBM. Fluência e Disfluência. *Informativo ABRAPEE*. São Paulo. 1995. v.4 (2): 3.

Gomes, MJC, Scrochio, EF. Tratamento da gagueira em adulto: Terapia comportamental integrada à atuação fonoaudiológica. In: VIII Encontro da Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental; 1999 Set 2-5; Campinas; Anais

eletrônicos. Campinas; 1999 [citado 1999 Set 2]. Disponível em:
<http://www.abpmc.org.br/historia.htm>

Ijuim JO. Terapia de grupo: uma alternativa de atendimento para gagueira. In: Meira I, organizadora. Tratando gagueira: diferentes abordagens. São Paulo: Cortez; 2002. p.113-23.

Instituto Brasileiro de Fluência [text on the Internet]. Available from:
<http://www.gagueira.org.br/index.shtml>

Juste F, Andrade CRF. Tipologia das rupturas de fala e classes gramaticais em crianças gagas e fluentes. Pró Fono. 2006; 18(2):129-40.

Juste, FS; Andrade, CRF. Tipologias de rupturas de fala em indivíduos gagos e fluentes: diferenças entre faixas etárias. In: 17º Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia; 2009 Out 21-24; Salvador. Anais eletrônicos. Salvador; 2009 [citado 2009 Out 22]. Disponível em:
http://www.sbfa.org.br/portal/anais2009/anais_select.php?op=PR&cid=1471&tid=1

Lopes-Herrera, SA; Duarte, TF; Crenitte, PAP. Caracterização dos indivíduos com distúrbios da fluência, atendidos na clínica-escola do curso de Fonoaudiologia da USP-Bauru. Rev. CEFAC. São Paulo. 2009;11 ,(3): 396-405,

Martins VO, Andrade CRF. Perfil evolutivo da fluência da fala de falantes do Português brasileiro. Pró Fono. 2008;20(1):7-12.

Meira, I. Tratando a Gagueira: diferentes abordagens. São Paulo: Cortez; 2002. p.113-23

Meira, I. Gagueira: do Fato para o Fenômeno (1986) apud Oliveira PS. Gagueira: a teoria na prática. São Paulo: CEFAC; 1998.

Oliveira, MHMA; Gargantini, MBM. Comunicação e gagueira. *Estud. psicol.* [periódico na internet] 2003 [citado 2003 Jan]; 20(1): 51-60. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2003000100005&script=sci_arttext&tlng=pt

Oliveira BFV, Soares EQW, Azevedo LL, Britto DBO. Análise de parâmetros perceptivo-auditivos e acústicos em indivíduos gagos. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2009;14(3):323-31

Panhoca, I; Leite, APD. A constituição de sujeitos no grupo terapêutico fonoaudiológico – identidade e subjetividade no universo da clínica fonoaudiológica. *Rev Distúrbios da Comunicação.* São Paulo; 2003; 15(2): 289-308.

Panhoca, I; Penteadó, RZ. Grupo Terapêutico – Fonoaudiológico: a construção (conjunta) da linguagem e da subjetividade. *Pró Fono.* 2003; 15(3): 259-66.

Perkins WH, Kent RD, Curlee RF. A theory of neuropsycholinguistic function in stuttering. *Journal of Speech, Language and Hearing Research.* 1991; 34:734-52

Pinto, JCBR; Andrade, CRF; Juste, FS. Análise das rupturas de fala de gagos em diferentes tarefas. In: 17º Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia; 2009 Out 21-24; Salvador. *Anais eletrônicos.* Salvador; 2009 [citado 2009 Out 22]. Disponível em: http://www.sbfa.org.br/portal/anais2009/anais_select.php?op=PR&cid=1466&tid=1

Sheehan, J. Mensagem ao gago. In: Friedman S; Cunha, MC. *Gagueira e Subjetividade.* Porto Alegre: Artmed; 2001; 15-32.

Stewart T, Richardson GA. Qualitative study of therapeutic effect from a user's perspective. *Journal of Fluency Disorders.* 2004; 29(2):95-108

Yairi, E, Ambrose, N. Stuttering: recent developments and future directions. *The ASHA Leader.* 2004; 14 (5):4-5

Yaruss JS, Quesal RW. Overall assessment of the speaker's experience of Stuttering (OASES): documenting multiple outcomes in stuttering treatment. *Journal of Fluency Disorders*. 2006; 31:90-115.

Abstract

Objective: The accomplishment of the therapeutical process of group encloses different objectives of the individual therapy, aiming at the exchange of experiences between its components. Thus, this work had as objective to identify if the group therapy makes possible to maximize the fluency; to recognize which time of duration of the same one makes possible the promotion of the fluency; to identify if to movements associates, typology, frequency of ruptures and discontinuity of the speech they improve with the intervention of group; to compare the averages of occurrence of the common and stammering typologies in the group throughout the treatment; to identify the efficiency of the phase of the identification in the group therapy how much to the self perception of the verbal and not-verbal behaviors and to verify the perception of the participants how much to the improvement of the fluency and the quality of life after the speech therapy intervention of group. **Method:** The sample was composed for four citizens of the queue of the Clinic of Fonoaudiologia of the Hospital of the Clinics of the UFMG, in the age band of 20 the 46 years, average of 32,8 years, both the sorts, and that they presented stammering of diverse degrees. All the participants had been submitted to the intervention based on the objectives of the Therapeutical Program of Promotion of the Fluency - High Risk, of Claude Furquim de Andrade (1999), with adequacy of the procedures for adults. To verify the efficiency of the accomplishment of the group therapy how much to the phase of the identification a protocol of self perception of the verbal and not verbal behaviors was applied. Moreover, to the end of the intervention, a questionnaire with the intention was applied to after identify to the perception of the participants in relation to the improvement of the fluency and the quality of life the speech therapy intervention of group. **Results:** How much to the percentage of discontinuity of she speaks, she had reduction of the values gotten in 75% of the individuals, and in 25% they had remained themselves in the final reevaluation. In 50% of the sample she had reduction of the percentage of stammering and in the others 50% this value if she kept to the end of the process. She had increase of the flow of words per minute in 50% of the sample, considering first and last the evaluations; in the others 50%, had reduction of the speed of speak. How much to the flow of syllables per minute, 50% of the citizens had gotten, with 16 weeks of intervention, similar values to the found ones in literature for fluent speakers; however, these values had not been remained to the end of the treatment. In relation to the common typologies, one observed bigger occurrence of hesitation, interjection and repetition of words and minor of not-finished word, beyond not the occurrence of phrase repetition. Of the stammering typologies, blockade and intrusion of sounds or segments had been of bigger occurrence and pause to less frequent between the citizens, in first and last the evaluations. When collating the protocol of self perception of the verbal aspects of the stammering for the citizens with the clinical evaluation, had 53.85% of concordant aspects against 46,15% opponents. Finally, of a general form, all the citizens had presented partial or total improvement of the movements associates. **Conclusion:** The speech therapy of group allowed improvement of the stammering, the self perception and the quality of life, despite if it has not gotten next parameters the fluent speakers.

Bibliografia Consultada

Rother, ET; Braga, MERB. Como elaborar sua tese: estrutura e referências. 2a ed.
São Paulo, 2005.