

Sandra Madalena Esteves de Lima

Gaguez: estudo de caso

Universidade Fernando Pessoa

Porto

2009

Sandra Madalena Esteves de Lima

Gaguez: estudo de caso

Universidade Fernando Pessoa

Porto

2009

Sandra Madalena Esteves de Lima

Gaguez: estudo de caso

Monografia apresentada à Universidade Fernando
Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do
grau de licenciatura em Terapêutica da Fala.

SUMÁRIO

A origem do tratamento da gaguez remonta à época da Grécia clássica. Desde então surgiram várias tentativas terapêuticas para reduzir ou eliminar a gaguez. São numerosas as associações, grupos de investigação, livros, teorias, etc., tanto sobre a origem como o tratamento da gaguez (Le Huche, 2006).

A gaguez é um problema muito frequente em todo o mundo. Afecta aproximadamente 1% da população mundial. Classicamente a gaguez é definida como um problema do ritmo de fala. De uma maneira mais moderna diz-se que se trata de uma alteração da fluência verbal (Le Huche, 2006).

É importante reconhecer o esforço dos investigadores na tentativa de descobrir a causa da gaguez. A crença de que só se poderia tratar a gaguez quando fosse conhecida a sua origem motivou grandes nomes na área da investigação, sendo eles próprios gagos, como Van Riper, Johnson, Sheehan, Gregory, entre outros. Mesmo estas pesquisas não tendo atingido o principal objectivo a que se proponham, trouxeram grandes contribuições e foram muito importantes para que se chegasse às percepções que hoje temos a respeito da gaguez (Goldefeld, 2003).

A gaguez é um fenómeno muito complexo que supera a capacidade explicativa. As definições da OMS¹ ocultam a controvérsia que acompanha este problema de fala desde que se descobriu. Esta patologia surpreende pela quantidade assombrosa de excepções e irregularidades. Carece de um tratamento eficaz (Zamora, 2007).

Este trabalho assenta no estudo de caso de um adulto, detentor de gaguez desde os 5 anos de idade. Inicia com uma breve revisão bibliográfica sobre a temática em estudo e, posteriormente, é feita a descrição do caso do paciente, bem como de todos os métodos e técnicas adoptadas na intervenção terapêutica. Finalmente serão discutidos os resultados da mesma. É de realçar que um estudo de caso é apenas uma análise única e específica e, por isso, não pode ser generalizada.

¹ Organização Mundial de Saúde

ABSTRACT

The origin of the treatment of disfluency begins with the era of classical Greece. Since then there were several therapeutic attempts to reduce or eliminate disfluency. There are many associations, research groups, books, theories, etc., both related with the origin and treatment of disfluency (Le Huche, 2006).

Disfluency is a very common problem worldwide. It affects approximately 1% of world population. Classically disfluency is defined as a problem of the rhythm in speech. In a more modern way it is said that this is a change in verbal fluency (Le Huche, 2006).

It is important to recognize the efforts of researchers in an attempt to discover the cause of disfluency. The belief that a disfluency could only be treated when its origin had been found led big names in research area, being themselves stutterers, as Van Riper, Johnson, Sheehan, Gregory among others. Although these studies have not attained the main objective that was proposed, they brought great contributions and were very important to reach the perceptions that we have today about disfluency (Goldefeld, 2003).

Disfluency is a very complex phenomenon that surpasses the explanatory ability. The definitions of the OMS² hide the controversy that accompanies this problem of speech since it was discovered. This astonishing pathology surprises by the amount of exceptions and irregularities. Lacks an effective treatment (Zamora, 2007).

This work is based on case study of an adult, holding disfluency since it had 5 years of age. Begins with a brief review on the subject under study and, subsequently, is the description of the case of the patient, as well as all the methods and techniques adopted in the therapeutic intervention. Finally the results will be discussed. It is noteworthy that a case study is only a single and specific analysis and, therefore, cannot be generalized.

² Organização Mundial de Saúde (World Health Organization)

“Não basta ensinar ao homem uma especialidade, porque se tornará assim uma máquina utilizável e não uma personalidade. É necessário que adquira um sentimento, um senso prático daquilo que vale a pena ser empreendido, daquilo que é belo, do que é moralmente correcto.”

Albert Einstein, 1953, p.16 *cit in* Einstein,A. (1981)

AGRADECIMENTOS

À minha família, em especial aos meus pais que estiveram sempre presentes, dando-me toda a força, apoio e compreensão.

Ao João pela motivação e apoio constante.

À minha orientadora, Mestre Dra. Susana Vaz Freitas, que tantas vezes me apoiou e disponibilizou do seu escasso tempo, dedicando-se à realização deste trabalho. A sua experiência e conhecimento em muito me ajudaram.

Ao P. pelo interesse em participar neste estudo, pelo empenho demonstrado em todas as actividades desenvolvidas e sem o qual este trabalho não seria possível.

Índice

INTRODUÇÃO.....	1
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
CAPÍTULO I.....	3
ENQUADRAMENTO HISTÓRICO	3
TENTATIVAS DE DEFINIÇÃO	5
ETIOLOGIA E INCIDÊNCIA DA GAGUEZ.....	7
TIPOS DE GAGUEZ.....	9
Gaguez tónica	9
Gaguez clónica.....	9
Gaguez mista.....	9
Gaguez fisiológica vs Gaguez patológica ou crónica	9
Tipologia da gaguez segundo Pereira (2003)	10
CARACTERÍSTICAS DA GAGUEZ.....	17
Fenómenos observáveis, audíveis e visuais	17
Fenómenos não-observáveis	18
Fenómenos fisiológicos	18
Fenómenos psicológicos	20
CAPÍTULO II	23
AVALIAÇÃO DA GAGUEZ.....	23
FEEDBACK ACÚSTICO MODIFICADO	26
FAF (Frequency Auditory Feedback) – Técnica de Mudança de Frequência.....	27
DAF (Delayed Auditory Feedback) – Técnica de Atraso Auditivo	27
MAF (Masking Auditory Feedback) – Técnica de Mascaramento da Fala.....	28
Soluções de Software Existentes e Sua Importância	28
METODOLOGIAS DE INTERVENÇÃO DO TERAPEUTA DA FALA.....	29
Terapia de Van Riper (1972)	29
Fase de identificação.....	30
Fase de dessensibilização.....	30
Fase de modificação.....	30
Fase de estabilização.....	30

Terapia de Bohnen (2005)	31
Motivação	31
Aceitação	31
Monitorização da fala	32
A organização da fala e da conversa.....	32
Os comportamentos de evitação	32
O direito de ser ouvido.....	33
Terapia de Cupello (2007)	34
Estratégias de Intervenção	36
Fala rítmica	36
Mudança de intensidade vocal.....	36
Redução da velocidade da fala.....	36
Canto.....	36
Prolongamento dos sons	37
Técnica do “Sopro”.....	37
Fala em sombra (Shadowing)	37
Fala sem sentido.....	37
Gaguez voluntária	37
Freezing	38
Fala acompanhada de gestos.....	38
Adequação da respiração	38
Técnicas de relaxamento.....	39
A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO	41
A IMPORTÂNCIA DA NEUROLOGIA E DA FARMOCOTERAPIA.....	42
MUSICOTERAPIA, DANÇOTERAPIA E EXPRESSÃO CORPORAL.....	43
ENQUADRAMENTO EMPÍRICO	46
CAPÍTULO III.....	46
DESENHO DE ESTUDO E METODOLOGIA.....	46
Justificação do tema.....	46
Pergunta de partida	47
Objectivos do estudo.....	47
Tipo de estudo.....	48

Questões de investigação	48
Variáveis em estudo	49
Instrumentos de recolha dos dados	50
Limitações do estudo	52
CAPÍTULO IV	53
ESTUDO DE CASO	53
Dados da anamnese.....	53
Sumário da avaliação	54
Diagnóstico	54
Prognóstico	55
Plano de intervenção terapêutica	55
Meta terapêutica.....	55
Objectivos gerais.....	56
Objectivos específicos	57
Procedimentos terapêuticos	59
Estratégias terapêuticas.....	67
Materiais usados	67
Sumário da reavaliação	69
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E ANÁLISE CRÍTICA DA INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA	73
REFORMULAÇÃO DO PLANO	77
Meta terapêutica.....	77
Objectivos gerais.....	77
CONCLUSÃO	79
BIBLIOGRAFIA	81
ANEXOS.....	84
ANEXO I – Guião de anamnese do adulto (baseada nas anamneses de Nicola & Cozzi (2004); Cupello (2007) e Jakubovicz (2009))	85
ANEXO II – Avaliação da frequência dos comportamentos disfluentes de Andrews e Ingham (1964)	89

ANEXO III – Resultados da avaliação e reavaliação da frequência dos comportamentos de Andrews e Ingham (1964).....	91
ANEXO IV – Exame de gaguez de Nicola & Cozzi, (2004).....	94
ANEXO V – “Stuttering Severity Instrument – Revision 3” (SSI-3) de Riley (1972, 1980)	100
ANEXO VI – Protocolo para avaliar a frequência da Gaguez sugerido por Jakubovicz (2009).....	104
ANEXO VII – Protocolo para avaliar as reacções da pessoa em relação à Gaguez sugerido por Jakubovicz (2009).....	106
ANEXO VIII – Protocolo para avaliar aspectos da personalidade sugerido por Jakubovicz (2009)	109
ANEXO IX – Imagem do aparelho fonoarticulatório	111
ANEXO X – Planos, registos e conclusões das consultas com o estudo de caso.....	113
ANEXO XI – Gagos famosos e curiosidades	149
ANEXO XII – Termo de consentimento livre e informado	152
ANEXO XIII – Pranchas de sílabas sem sentido	154
ANEXO XIV – Prancha com numeração	158
ANEXO XV – Texto escrito de forma inversa	160
ANEXO XVI – Método de relaxamento progressivo sugerido por Edmund Jacobson (1964).....	162
ANEXO XVII – Treino autogénio sugerido por Johannes Schultz.....	165
ANEXO XVIII – Prancha de sílabas com palavras intercaladas.....	168
ANEXO XIX – Prancha com palavras associadas semanticamente	170
ANEXO XX – Prancha com texto sem pontuação nem pausas.....	172
ANEXO XXI – Lista de palavras com o grafema [h]	174
ANEXO XXII – Como falar com pessoas que gaguejam	176
ANEXO XXIII – Exercícios de respiração de Cupello (2007).....	178
ANEXO XXIV – Dados da anamnese	183
ANEXO XXV – Dados da avaliação	187
ANEXO XXVI – Dados da reavaliação	194

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Tipo de disfluências I.....	11
Tabela 2 - Tipos de disfluências II.....	11
Tabela 3 - Tipos de disfluências III	12
Tabela 4 - Prognóstico (factores positivos e negativos)	55
Tabela 5 - Avaliação da frequência dos comportamentos disfluentes de Andrews e Ingham (1964).....	70
Tabela 6 - SSI-3 Stuttering Intrument sem o feedback acústico modificado.	72
Tabela 7 - SSI-3 Stuttering Intrument com o feedback acústico modificado.....	72

INTRODUÇÃO

É conhecida por todos como gaguez, disfemia, disritmia ou disfluência da fala e, no entanto, falta muito para ser realmente entendida. É uma patologia bastante frequente na prática profissional do Terapeuta da Fala.

A gaguez é um dilema intrigante pelo facto da sua etiologia ser ainda desconhecida e ao que parece, “incurável” quando atinge a idade adulta. Não é por isso um obstáculo para atingir o sucesso (Pereira, 2003). São conhecidos, ao longo dos tempos, diversos gogos famosos que se destacaram e continuam a evidenciar-se, em diferentes áreas³.

Este distúrbio de fluência acomete pessoas independentemente da raça, de níveis socioeconómicos e culturais e de graus de escolaridade. É um problema que afecta as interacções comunicativas. Na sociedade há ainda predominância de ideias sobre a gaguez, chamadas de senso comum, este não passa de um conjunto de ideias e mitos aceites por uma determinada sociedade, numa época. Embora essas ideias e mitos sejam desfeitos pelo conhecimento científico, eles perduram na memória das pessoas e vão atravessando gerações. Este saber diz-nos que a origem da gaguez é psicológica. Seria então, resultado de um susto ou trauma em idades precoces. Estas ideias permanecem, talvez, porque não se sabe muito acerca desta problemática e por não haver respostas concretas para tantas questões, como por exemplo, a sua etiologia. Os estudos e pesquisas que se têm desenvolvido ao longo dos tempos possibilitam, cada vez mais, um melhor entendimento dos conteúdos que dividem a comunidade científica e, ao mesmo tempo, confundem o leigo (Bohnen, 2005).

As ciências médicas que estudam a gaguez (medicina, psicologia e terapia da fala principalmente) definem este fenómeno como uma alteração do ritmo linguístico, definição esta que está presente nos dicionários mais conhecidos (Zamora, 2007).

Hoje em dia sabemos que é possível prevenir a gaguez. Se for detectada atempadamente (nos primeiros estadios) é possível reverter a situação através de várias estratégias de intervenção

³ Anexo XI

focadas na fala e nas atitudes pessoais ligadas ao medo e à tensão psíquica e muscular (Touzet, 2002).

Este trabalho está dividido em duas partes principais: o enquadramento teórico e empírico. Na primeira é organizada uma revisão bibliográfica onde se evidencia, entre outras coisas: as tentativas de definição da gaguez feitas por diversos autores; a sua etiologia, os tipos de gaguez e suas características, formas de avaliação, a metodologia interventiva do Terapeuta da Fala, a importância do acompanhamento psicológico, neurologia e farmacologia, musicoterapia, dançoterapia e expressão corporal. No enquadramento empírico encontra-se o desenho de estudo e a sua metodologia, o estudo de caso e dados a ele referentes. Por fim, é apresentada a discussão dos resultados e, seguidamente, a conclusão do trabalho.

Assim, este estudo tem a pretensão de servir de base de reflexão global sobre a gaguez. O seu principal objectivo é analisar a importância da intervenção em terapia da fala, com uma duração de aproximadamente três meses, no tratamento de pessoas com gaguez. Os objectivos definidos para o caso foram os seguintes:

- Caracterizar o caso através da realização de um guião de anamnese;
- Avaliar o caso com o auxílio de protocolos de avaliação;
- Estabelecer o diagnóstico;
- Definir o prognóstico;
- Estabelecer o plano terapêutico com a definição do:
 1. Objectivo geral;
 2. Objectivos específicos (técnicas, estratégias e materiais utilizados);
- Efectuar planos e registos de sessões;
- Implementar e discutir os dados da reavaliação;
- Realizar a análise crítica da aplicação e resultados do plano;
- Reformular o plano terapêutico e proposta para o futuro

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I

ENQUADRAMENTO HISTÓRICO

Existem referências históricas que comprovam que desde sempre existiu a preocupação com a gaguez. Já os gregos e os romanos lidavam com esta perturbação da fala de uma forma atualmente considerada caricata (Bloch, 2002).

Os gregos utilizavam técnicas como colocar pedrinhas na boca, lubrificar a língua com óleos, cauterizar a língua, entre muitas intervenções cirúrgicas penosas. Estas técnicas são completamente inadequadas e não levavam a qualquer resultado positivo na fluência dos pacientes, porém esta civilização já recomendava exercícios respiratórios no tratamento desta perturbação. Os romanos, por sua vez, divertiam-se à custa da exibição pública dos gagos em jaulas (Bloch, 2002).

Mais recentemente, no século XX, emergiram várias teorias diferentes, numa tentativa de compreender a origem e o modo como se manifestava a gaguez.

Durante os anos 20 e 30 acreditava-se que a etiologia da gaguez seria devido a um problema no hemisfério cerebral dominante. O pioneiro nesta teoria foi Lee Edward Travis, 1931 (Goldfeld, 2003).

Nas duas décadas seguintes apareceram várias teorias, entre elas a de Wendell Johnson (1942) que defendia que a gaguez crónica era instalada devido à excessiva preocupação dos pais perante a gaguez fisiológica. Lee e Black (1950) referem, pela primeira vez, o feedback auditivo atrasado como a causa para esta perturbação. Joseph Sheehan (1953) defende que o gago passa pelo auto-conflito de aproximação-afastamento dos momentos de fala. Lee Edward Travis, em 1957, abandona a teoria anteriormente por ele descrita, para adotar a psiconeurose como etiologia da gaguez (Goldfeld, 2003). Com estes dois últimos autores surge a utilização da terapia que pretende modificar o comportamento disfluyente, eliminando a insegurança e a logofobia (medo de falar) (Barbosa & Chiari, 1998).

Mais tarde, nos anos 60 e 70, dá-se importância às estruturas anatómicas e à fisiologia do aparelho pneumofonoarticulatório e aos aspectos psicológicos e sociais do indivíduo (Barbosa & Chiari, 1998).

Woodruf Starkweather, em 1987, defende que a gaguez é devida a excessivas exigências e pressões na criança. Em 1995 o mesmo autor sugere que a gaguez advém da hiperactividade muscular da fala, porém, foi bastante criticado visto que esta alteração muscular não está na base etiológica, mas sim associada aos episódios de gaguez (Goldfeld, 2003).

Nos dias de hoje a definição de gaguez não está de modo algum concluída, continuando a surgir novas ideias. A terapia utilizada, actualmente, tem por base uma abordagem quantitativa e qualitativa da gaguez, visando o diagnóstico diferencial de cada paciente.

TENTATIVAS DE DEFINIÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde a gaguez é uma ruptura no ritmo da fala, na qual o indivíduo sabe precisamente o que deseja dizer, porém, ao mesmo tempo é incapaz de o fazer devido a movimentos involuntários dos órgãos fonoarticulatórios (Bohnen, 2005).

Para Jakubovicz (1992) a fala na gaguez é acompanhada por um esforço motor acentuado, estando alterada a articulação (aparecem posições articulatórias fixas), propiciando repetições, bloqueios e prolongamentos. O paciente é afectado por sentimentos negativos referentes à fala, nomeadamente medo de falar (logofobia) e ansiedade. Contudo, as características estão presentes em pessoas normais, cabendo ao terapeuta da fala distinguir o que se encontra adequado daquilo que é considerado patológico. Para tal, deve ter-se em conta o número de interrupções feitas por minuto no discurso (avaliação quantitativa).

Para Friedman (2004), as definições teóricas existentes podem dividir-se em três grandes grupos: orgânicas, psicológicas e sociais. Os autores que defendem etiologias orgânicas consideram a gaguez como um sintoma que pode pertencer a diferentes síndromes e, portanto, ter causas múltiplas actuando simultaneamente num mesmo indivíduo. As teorias psicológicas sustentam a ideia de que a gaguez resulta ou é sintoma de problemas intrapsíquicos. As teorias sociais defendem que a causa da gaguez não está no indivíduo em si, mas nas suas relações com os outros.

Jakubovicz (2009) refere que na definição de gaguez deve ter-se em conta traços distintivos. A gaguez deve ser definida tendo em conta os fenómenos observáveis e não-observáveis, uma vez que o indivíduo que fala é um todo. Mais à frente, na descrição das características da gaguez, são referidos esses factos.

Yeudall (1964), na sua teoria neuropsicológica da gaguez, sustenta que o hemisfério cerebral esquerdo, normalmente, tem a função de exercer um controlo motor da fala. Nas pessoas disfluentes a fala fluente interrompe-se quando o hemisfério cerebral direito, inapropriadamente, exerce essa tarefa. Cada hemisfério utiliza estratégias diferentes para processar a informação e é activado, em maior ou menor medida, por variados estímulos. O hemisfério esquerdo é mais eficiente para processar a informação fonológica, enquanto que o

direito actua na elaboração da informação semântica. Não deveríamos dar importância somente ao comportamento verbal nas pessoas gagas, afirma Yeudall (1964), mas sim em todas as formas primárias do processamento hemisférico da informação. Outra das conclusões da teoria de Yeudall (1964) é que, tendo em conta as investigações do sistema nervoso central, as pessoas disfluentes carecem de dominância cerebral para a fala (Touzet, 2002).

Johnson (1967) foi um dos autores que estudou a gaguez de forma aprofundada, talvez por ele próprio ser gago, e a definiu da seguinte forma:

“Gaguez é o que o falante faz quando espera gaguejar, tem medo de gaguejar e reage negativamente, normalmente ficando tenso... no esforço para evitar a gaguez” (Johnson, 1967,p249.)

A teoria criada por Johnson (1967) sustenta que a desordem começa quando os pais classificam a criança como gaga. Segundo esta visão a gaguez seria tudo o que a criança faz para evitar ser encarada e classificada como tal (Pereira, 2003).

Como se pode verificar não existe consenso entre autores para a definição de gaguez. No entanto, a teoria que até hoje se aproxima mais da definição ideal é a de Wingate (1964), que define gaguez como sendo uma interrupção na fluência caracterizada por repetições ou prolongamentos involuntários, audíveis ou silenciosos, na emissão dos elementos da fala. São por vezes acompanhados por actividades acessórias das estruturas corporais. Este autor refere ainda que, por vezes, há presença de um estado emocional (excitação ou tensão) que se altera para emoções de natureza negativa como o medo, embaraço ou irritação. A crítica refuta esta definição, pois ela fala de comportamentos observáveis já determinados pelo senso comum. Aponta ainda para o facto de apenas referir emoções negativas, e não se manifestar em relação às de carácter positivo, uma vez que estas também podem alterar o estado de disfluência da fala (Goldfeld, 2003).

ETIOLOGIA E INCIDÊNCIA DA GAGUEZ

Frequentemente ouve-se falar de indivíduos que ficaram gagos devido a um susto, a um trauma ou ainda porque conviveram ou convivem com alguém que também apresenta esta característica.

De facto a etiologia da gaguez ainda hoje é uma incógnita pois, embora sejam muitas as hipóteses dadas para o aparecimento desta perturbação, nenhuma pode ser considerada totalmente válida, na medida em que muitas destas hipóteses têm por base fenómenos que ocorrem durante os episódios de bloqueio do gago, ou então não são observáveis em toda a população gaga.

No que diz respeito à literatura, os factores mais vezes referenciados são a transmissão por hereditariedade, perturbações de lateralidade cerebral e atraso do feedback auditivo. É ainda referido o meio ambiente onde o indivíduo se insere, devido à pressão que exerce para que este fale correctamente, desencadeando emoções negativas como ansiedade, medo e stress no momento de falar, levando à disfluência (Casanova, 1997).

Entre os dois e os quatro anos de idade há uma predisposição neurológica para a aquisição e desenvolvimento da linguagem e, durante este período ocorre o pico da complexidade desse processo de aquisição. Nesta fase há imaturidade dos órgãos da fala. As estruturas responsáveis pelos movimentos da boca ainda não estão suficientemente ágeis para acompanhar o pensamento ou a fala rápida dos adultos que convivem com a criança e lhe servem de modelo. (Bohnen, 2005)

Foram efectuados vários estudos em grupos de pessoas gagas e não gagas, de forma a encontrar qualquer diferença a nível fisiológico que pudesse ser causadora da gaguez. Como tais estudos incidiram sobre comportamentos dos gagos em momentos de disfluência, as conclusões tiradas não têm interesse a nível etiológico mas sim sintomatológico e, por conseguinte, serão apresentadas mais à frente quando definirmos as características fisiológicas da gaguez (Jakubovicz, 1992).

Segundo Ribeiro (2003), acredita-se que há anormalidades no funcionamento cerebral responsáveis pelas manifestações da gaguez e que tais anomalias devem ser hereditárias, especialmente devido a estudos com gémeos e com famílias de indivíduos que gaguejam. Para esta autora a herança biológica parece ter um papel importante. No entanto, faz ainda referência a factores hormonais e à sua influência bioquímica na organização cerebral.

No que diz respeito à incidência, a gaguez está presente mais no sexo masculino do que no feminino e, geralmente, manifesta-se antes dos 8/9 anos de idade (Casanova, 1997). A proporção é de quatro homens para uma mulher. Estatísticas norte-americanas referem que a gaguez afecta 1% da população mundial (Bohnen, 2005).

TIPOS DE GAGUEZ

A gaguez é uma perturbação na fluência da fala, com alteração do ritmo da expressão verbal. A estas características associam-se irregularidades funcionais, incoordenação pneumofónica, alteração do tónus muscular, bem como estados emocionais confusos e negativos (Casanova, 1997).

Semiologicamente podem ser diferenciados três tipos de gaguez devido às diferentes características que o gago pode apresentar no momento do bloqueio, e que são:

Gaguez tónica

É caracterizada pela existência de bloqueios da fala provocados por espasmos de vários músculos envolvidos na fonação. Os gagos com este tipo de disfluência tentam terminar com o bloqueio, aumentando ainda mais a hipertonía muscular e provocando uma fala explosiva.

Gaguez clónica

Caracterizada por repetições compulsivas de sons ou sílabas conseqüentes de contracções vocais repetidas e rápidas.

Gaguez mista

É o tipo que apresenta maior incidência na população gaga. Possuem características dos dois tipos de gaguez anteriormente descritos, embora uma delas seja sempre dominante (Casanova, 1997).

Gaguez fisiológica vs Gaguez patológica ou crónica

É importante a distinção entre gaguez fisiológica e a gaguez patológica ou crónica. Tal como quando uma criança começa a andar, esta pode tropeçar e cair várias vezes até que um dia estará a correr, com a fala verifica-se um processo semelhante. A criança, quando começa a

falar, experimenta modos e pontos de articulação até conseguir encontrar o que corresponde ao som que pretende. Passa então para um período, entre os 3-4 e os 6-7 anos, demarcado por hesitações, repetições e prolongamentos. Este período é inconsciente, uma vez que a criança se preocupa mais com o que pretende dizer do que com o modo como o faz, estando portanto no período designado como gaguez fisiológica (Bloch, 2002).

Porém, a gaguez fisiológica, que à partida é normal no desenvolvimento da fala da criança, pode tornar-se em algo grave, isto é, pode evoluir para gaguez crónica ou patológica. Esta dá-se quando a criança toma consciência da sua disfluência, produzindo sentimentos de ansiedade, medo, frustração e tentando combater o problema de modo a evitá-lo ou modificá-lo (Bloch, 2002).

Os pais/cuidadores devem estar atentos à fala das crianças, mas não tornar essa atenção numa espécie de fiscalização, pois isso só irá criar tensão e inibir o seu comportamento comunicativo, tornando-as mais ansiosas, podendo mesmo vir a agravar o quadro clínico (Bloch, 2002).

Tipologia da gaguez segundo Pereira (2003)

Para Pereira (2003) são muitos os comportamentos identificados como disfluência. A sua determinação precisa em relação ao tipo e número é importante para a avaliação e o tratamento da gaguez.

No seu livro, esta autora faz referência a Johnson (1959, apud Campbell e Hill, 1987) como sendo o primeiro autor a categorizar as disfluências observadas na gaguez e que resumiu no quadro abaixo:

Tabela 1 - Tipo de disfluências I

Interjeições
Repetição de parte de palavra
Repetição de frase
Revisão
Frases incompletas
Palavras quebradas (fonação disrítica)
Prolongamentos de sons (com tensão)

Fonte – Campbell e Hill, 1987

Depois de Johnson, Riley e Riley (1983, apud Campbell e Hill, 1987) fizeram uma descrição mais detalhada do assunto, como mostra na tabela seguinte. Neste trabalho não foi descrita a duração para o prolongamento, interrupção fonatória e postura articulatória. Para a autora, um prolongamento de 0,5 segundos é suficiente para ser considerado como disfluência anormal.

Tabela 2 - Tipos de disfluências II

<i>Disfluências "normais"</i>	<i>Disfluências "anormais"</i>
Repetição de palavras monossilábicas	Repetição de parte de palavras
Repetição de frases	Prolongamento de vogais >1,5s
Interjeições não-fluentes	Postura articulatória fixa >1,5s
Pausas para efeito comunicativo	Acompanhamentos físicos

Fonte – Campbell e Hill, 1987

Por fim, Campbell e Hill, em 1987, resumiram tais comportamentos no quadro seguinte. Aqui também se encontra uma indefinição sobre a razão da escolha do índice de três momentos de repetição, para que se considere este tipo de disfluência como atípica (Pereira, 2003).

Tabela 3 - Tipos de disfluências III

<i>Disfluências "típicas"</i>	<i>Disfluências "atípicas"</i>
Hesitação	Repetição de palavras (>3 momentos, irregularidade de ritmo, velocidade)
Interjeições	Repetição de sílaba
Revisão	Repetição de som
Palavra não terminada	Prolongamento
Repetição de frase	Bloqueio
Repetição de palavra (<3 momentos, sem tensão)	Outros

Fonte – Campbell e Hill, 1987

Campbell e Hill (1987) chamam a atenção para a importância de se documentar não só os comportamentos audíveis, como as repetições e os prolongamentos, mas também aqueles que são apenas visíveis, como os bloqueios. Segundo a autora, Campbell e Hill descrevem ainda algumas características que podem acompanhar os comportamentos orais descritos acima como: tensão audível ou aumento do loudness da voz; mudança de pitch vocal; aumento na velocidade de fala; vogal neutralizada; duração do prolongamento ou número de repetições; tensão visível e palavra incompreensível (Pereira, 2003).

Wingate (1964) procurou definir minuciosamente os vários tipos de disfluência encontrados na fala de pessoas gagas e não gagas, como se pode ver de seguida:

1. *Repetições* – Existem vários tipos de repetições, como as de fonemas, sílabas, palavras e frases.
 - 1.1. *Repetições unitárias* – Incluindo as repetições de sons e sílabas;
 - 1.2. *Repetições de múltiplas unidades* – onde estariam incluídas as repetições de palavras e frases.

Na opinião de Wingate (1964), apenas as repetições unitárias são consideradas comportamentos fundamentais ou centrais da gaguez, enquanto o outro tipo de repetição pode ser encontrado nas irregularidades da fluência normal. As repetições unitárias podem ser ainda silenciosas ou audíveis. Um outro factor que indica severidade é a frequência de aparecimento e a duração das repetições.

Outros autores, como Degiovani, Chiari e Schiefer (1999), Campbell e Hill (1987), subdividem de uma maneira diferente esta categoria:

- Repetição de som: que é caracterizada pela repetição de um fonema que não pode ser considerado palavra ou sílaba. Ex: “eeeescola”;
- Repetição de parte da palavra: categoria que se inclui entre a repetição de sílaba e a repetição de palavra. Ex: “difidifidificuldade”;
- Repetição de sílaba: quando a parte da palavra repetida equivale a uma sílaba. Ex: esescola;
- Repetição de palavra. Ex: “na na panela”;
- Repetição de enunciado, também chamada de repetição de frase, onde se observa a repetição de duas ou mais palavras ou a repetição de uma palavra associada a uma repetição de parte de palavra. Ex: “Eu fui ao, eu fui ao Shopping”.

2. *Hesitações* – Intervalo silencioso no fluxo da fala. Podem ser observados quatro tipos diferentes de hesitações:

- a) Voluntária (paragem propositada);
- b) Circunstancial (paragem casual);
- c) Meditativa (intervalo de tempo utilizado para pensar ou reflectir);
- d) Involuntária (bloqueio indesejado).

Apenas o último tipo seria característica da gaguez, pois os outros três são intencionais.

3. *Prolongamentos* – Extensões audíveis de um som que excede a sua duração adequada. Trata-se também de um comportamento central e distintivo da gaguez. Possuem carácter unitário e podem ser também silenciosos, recebendo a denominação de “bloqueios”. Riley (1972), assim como Wingate, classifica o bloqueio como um prolongamento silencioso de uma postura articulatória. Já Degiovani, Chiari e Schiefer (1999) classificam o bloqueio separadamente e definem-no da seguinte forma:

“Denominamos bloqueio quando ocorre uma demora na iniciação de um fonema, sendo que a criança mantém-se numa postura articulatória fixa

para o som que quer produzir até conseguir emití-lo. Há uma interrupção abrupta na elaboração oral. Vem sempre acompanhado de tensão da musculatura facial. Geralmente ocorre nos fonemas plosivos” (Degiovani, Chiari e Schiefer, 1999, p33).

Como se pode ver, a distinção entre bloqueio e prolongamento não é muito clara, ficando na dependência de critérios subjectivos. Serão consideradas como bloqueios as posturas pré-articulatórias efectuadas com tensão, antecedendo a produção de vogais e plosivas e interferindo na sua produção.

4. *Interjeições* – Expressões extrínsecas ao fluxo da fala (bem, depois...) que podem ser consideradas como “pausas” preenchidas por sons e, portanto, hesitações audíveis, podendo ser categorizadas de maneira similar às hesitações silenciosas e voluntárias, quando são consideradas anormais. Esta categoria é chamada por Degiovani, Chiari e Shiefer (1999) de “pausa plena”, que a define como “introdução de partículas desprovidas de significado, no contexto da frase”.
5. *Palavras interrompidas (palavras não terminadas ou incompletas)* – O local impróprio da interrupção é a característica distintiva nesta irregularidade da fluência, que pode também ser considerada como um prolongamento silencioso ou bloqueio.
6. *Revisão de frases incompletas* – São caracterizadas por alterações na dicção, na estruturação gramatical ou no conteúdo de uma expressão verbal. É um tipo de disfluência considerada normal, não sendo distintiva de gaguez. Degiovani, Chiari e Shiefer (1999) diferenciam esta categoria em duas e chamam “frase incompleta” aquela que é abandonada a meio, sem que haja uma revisão. Ex: Eu fui ao (shopping)... à loja. Entre parênteses está a palavra que não pode ser articulada, a qual o falante substituiu por “loja”, mas que para isso teve também que mudar a palavra funcional “à” que a antecedia.
7. *Traços acessórios* – São maneirismos secundários. Comportamentos aprendidos, que se associam à fala do gago devido à tensão desenvolvida neste momento, sendo por isso secundários à gaguez. Estes comportamentos não são observados em todos os casos e podem ser classificados em três tipos:

- 7.1. *Movimentos ligados à fala* – movimentos dos órgãos periféricos da fala que são impróprios ou exagerados, associados a dificuldades na articulação de determinadas palavras como, por exemplo, uma pressão forte dos lábios ou protrusão excessiva da língua.
- 7.2. *Movimentos corporais auxiliares* – esta categoria inclui todos os outros movimentos corporais que podem ocorrer associados à dificuldade de articular uma palavra, como piscar ou revirar os olhos, virar a cabeça, bater com o pé, etc.
- 7.3. *Traços Verbais* – expressões verbais de uma ou mais palavras, que chamam à atenção por aparecerem em locais impróprios da mensagem e que são excessivamente repetitivas, associadas a sinais de luta ou seguidas de uma repetição ou prolongamento. Como exemplo de traços verbais é possível citar alguns sons como “hum”, usados repetidamente, ou até mesmo sons guturais sobre os quais o falante demonstra não ter controlo.

Riley (1972) nomeia os “traços acessórios” de concomitantes físicos associados à disfluência ou às tentativas para evitá-la e classifica-os da seguinte forma:

- Sons distractivos: categoria que se refere a qualquer som que acompanha a gaguez além dos fonemas e que não fazem parte da disfluência. Outros sons que podem estar incluídos nesta categoria são: respiração ruidosa e sopros, além da presença de alguns cliques.
- Trejeitos faciais distractivos: qualquer movimento ou tensão anormal na face. Ex: movimento incoordenado ou tensão de mandíbula, pressão de lábios, piscar ou fechar parcialmente os olhos ou protrusão de língua.
- Movimentos distractivos de cabeça: tipo de movimentos que consistem em virar a cabeça na direcção oposta ao falante para evitar o contacto ocular. Com este objectivo o falante pode olhar para o chão ou para o tecto.
- Movimentos distractivos das extremidades: qualquer movimento corporal como, por exemplo, mudar de posição na cadeira, mexer nos braços ou manipular excessivamente um objecto.

Andrade (2001, p.111), no seu artigo sobre a necessidade de uma padronização da terminologia utilizada na gaguez, faz uso do termo “comportamentos acessórios”, que são na maioria das vezes secundários, aprendidos e, portanto, não-centrais, para definir “o grupo de reacções, estratégias, “truques” e comportamentos de evitação ou fuga que os gagos realizam tanto quando gaguejam como quando em antecipação ou medo de gaguejar”. Esta categoria inclui vários comportamentos, segundo a autora, tais como:

- Comportamentos de evitação como, por exemplo, recusar falar em grupo, não atender o telefone ou, ainda, substituir a palavra temida por um sinónimo.
 - Artificios de atraso, utilização de palavras de preenchimento, neste estudo chamadas de “pausa plena”, ou esperar para tentar falar.
 - Artificios de tempo ou indicadores, como piscar de olhos ou suspirar antes da palavra temida.
 - Reacções de disfarce, como tossir e colocar a mão na boca.
 - Artificios de interrupção, que não antecedem a palavra temida, mas são produzidos durante um bloqueio, com o intuito de o aliviar. Como exemplos citam-se o sacudir a cabeça e fazer caretas.
 - Movimentos de busca, que seria o uso de hesitações ou de uma vogal imprópria ou até a alteração da velocidade de sons ou sílabas repetidas.
8. *Traços associados* – são reacções pessoais, como excitação, tensão, sentimentos e atitudes, vividas pelo gago quando gagueja, que podem ou não ser conscientes. Para Riley (1972), o relato dos gagos sobre esses traços é muito importante na descrição de certos comportamentos internos ou ocultos, como o evitamento, expectativa da gaguez e luta para não gaguejar (Pereira, 2003).

CARACTERÍSTICAS DA GAGUEZ

O indivíduo com disfluência tem tendência a gaguejar mais frequentemente em determinados locais da palavra e não ao acaso. Brown (1945) determinou esses locais onde ocorrem com maior incidência os bloqueios. O primeiro é o som inicial da palavra. O autor defende que tal acontece devido à maioria das palavras começarem por consoantes e estas apresentarem maior dificuldade articulatória. Os gagos apresentam, também, dificuldades em palavras gramaticais com maior importância na frase (situação em que o interlocutor estará mais atento a elas), ou seja, os substantivos, os verbos, os adjetivos e os advérbios. O local na frase em que a gaguez ocorre foi também determinado por Brown (1945) e é o início desta, porque é neste momento que o gago passa do silêncio para o momento de fala, chamando a atenção do interlocutor e desencadeando a ansiedade que sente com o bloqueio. Por último, Brown (1945) afirmou que as palavras mais compridas seriam mais susceptíveis de serem gaguejadas, devido a uma articulação ligeiramente mais complexa (Jakubovicz, 1997).

Depois de Brown, outros autores tentaram estudar o local ou *loci* da gaguez. Acrescentaram, então, mais dois: as palavras menos frequentes e nomes imprevisíveis que aparecem no discurso (Jakubovicz, 1997).

Também Ribeiro (2003), na sua obra, faz referência a Spencer Brown como sendo o primeiro a investigar a relação entre a gaguez e a linguagem. Esta autora afirma que mais de 90% dos episódios de gaguez ocorrem em sílabas iniciais. A tendência é maior quando o indivíduo tem de emitir uma palavra longa ou que comece por consoante. Quanto maiores e mais complexas gramaticalmente as palavras e frases, maior a tendência de ocorrência de episódios de disfluência (Ribeiro, 2003).

São enunciadas, de seguida, as principais características que o gago apresenta no momento de expressão oral:

Fenómenos observáveis, audíveis e visuais

- Repetição ao nível do fonema, da sílaba ou do sintagma;
- Alongamento de sons;

- Bloqueios da fonação;
- Posições articulatórias fixas;
- Pausas silenciosas;
- Frases incompletas;
- Inserção de sons estranhos à fala;
- Mudanças súbitas na tonalidade e na intensidade da voz;
- Falha do ritmo de fala;
- Falta de sincronização entre a respiração e a fonação;
- Distorções faciais e corporais;
- Introdução sistemática de pequenas frases ou interjeições;
- Esforço motor durante a fala.

(Jakubovicz, 2009)

Fenómenos não-observáveis

- Conflito entre falar e não falar;
- Medo das palavras;
- Sentimentos de frustração e vergonha;
- Falta de confiança na capacidade para falar;
- Ansiedade em situações de fala;
- Embaraço, tensão, irritação e confusão;
- Dúvidas e ambiguidades;
- Autodefesa.

(Jakubovicz, 2009)

Fenómenos fisiológicos

- Alterações no ciclo respiratório: inspirações e expirações muito prolongadas e tentativas de falar durante a inspiração;
- Movimentos anormais nos olhos: perda de contacto visual, fixação prolongada, movimentos horizontais (estrabismo temporário), dilatação e constrição da pupila;
- Fenómenos cardiovasculares anormais: aceleração dos batimentos cardíacos e alterações na pressão sanguínea;

- Tremores na mão e nas pernas;
- Alterações nos músculos: tensão exagerada no músculo masseter, no orbicularis oris, no génio-hioideu, no esternocleidomastoideu e nos músculos intercostais externos;
- Alterações nas ondas cerebrais: Travis e Orthon (1929) notaram nos seus estudos que havia nos gagos diferenças nas ondas quanto à regularidade e sincronização inter-hemisférica. Evidenciaram, também, uma actividade alfa mais intensa durante o bloqueio;
- Alterações bioquímicas: à medida que aumenta a gaguez diminuem as taxas de açúcar no sangue e o teor de proteínas. Há, ainda, um aumento exagerado de adrenalina na urina;
- Alterações na transpiração: a transpiração diminui concomitantemente à diminuição da quantidade de gaguez;
- Medicamentos (temática desenvolvida mais à frente na farmacologia);
- Movimentos associados: comportamentos adoptados aquando do momento da fala:
 - Distorções faciais: tensão visível na face como piscar ou rodar os olhos, flectir o pescoço, abrir as narinas, morder os lábios, entre outros;
 - Movimentos com o corpo: balançar o tronco, aduzir e abduzir os membros inferiores, tamborilar com os dedos, passar a mão constantemente na cabeça ou na boca, etc;
 - Tremor nos lábios: num episódio de bloqueio, por vezes, verifica-se tremor de lábios que termina logo após a produção da palavra;
 - Anormalidades vocais: pequenos espasmos ao nível da laringe, alterações na intensidade e na tonalidade da voz;
 - Adiamentos: pequenas frases ou interjeições usadas para adiar a tentativa de falar;
 - Disfarces: comportamentos adoptados, como o esconder da boca com a mão, falar a rir, virar o rosto para o lado, etc;
 - Evitar o contacto visual: usado na tentativa de não encarar o ouvinte por medo ou vergonha;
 - Repetições surdas: pequenos escapes de ar verificados antes do primeiro som da palavra;

- Falar com o ar residual dos pulmões;
- Abulia: inabilidade para tomar decisões ou para executar certos movimentos, voluntariamente. Verifica-se em casos avançados de gaguez. A pessoa adota uma posição rígida e imóvel.

Todos os movimentos supra-citados são consequências do acto de gaguejar e não podem ser vistos como desencadeadores de gaguez (Jakubovicz, 2009).

Fenómenos psicológicos

- Conflito entre falar e não falar;
- Medo das palavras;
- Peso do conteúdo da mensagem;
- Sentimento de frustração e vergonha;
- Falta de autoconfiança para falar;
- Ansiedade em situações de fala;
- Embaraço, tensão, irritação e confusão;
- Dúvidas e ambiguidade;
- Autodefesa;
- Logofobia;
- Alteração da vida social para evitar falar.

(Jakubovicz, 1997)

A atitude do interlocutor condiciona a fluência da pessoa que fala. Provavelmente na frente de pessoa com papel avaliativo do nosso discurso temos tendência a gaguejar, ficamos nervosos enquanto falamos. Para o gago este condicionalismo é muito maior e, por isso, ele tende a avaliar o interlocutor. Quando fala e sente no seu interlocutor algum desconforto perante a sua gaguez, ansiedade, paciência, piedade ou até que está a dar grande importância à disfluência, este tende a gaguejar muito mais. Por outro lado, quando fala com alguém que o aceita tal como ele é como pessoa e não o encara apenas como gago, a fluência durante a fala aumenta consideravelmente. Quando fala pela primeira vez com alguém e sabe que, provavelmente, não a voltará a ver, tem um discurso muito mais fluente uma vez que não está preocupado com a sua reacção (Jakubovicz, 1997).

Segundo Bohnen (2005), todo o adulto que é gago já o era enquanto criança. A gaguez adulta é semelhante à da infância. As diferenças prendem-se com o aumento da severidade com o passar do tempo. As repetições podem ficar mais longas, os bloqueios mais intensos e os comportamentos de evitação mais frequentes.

Para o indivíduo que gagueja, o instante do bloqueio é precedido de uma perda involuntária do controle, não conseguindo falar como desejaria. Sabe precisamente o que quer dizer mas não o consegue fazer. Esta perda de controlo voluntário é um dos aspectos mais característicos da gaguez e é impossível de ser observado ou sentido pelo ouvinte. Um indivíduo com este problema em determinadas situações apresenta fala fluente, no entanto e segundo Pereira (2003), esta fala é diferente da fala de quem não gagueja. Esta autora na sua obra refere que há pesquisas que indicam que estes dois tipos de fluência apresentam características distintas. Os indivíduos gagos manifestam reacções temporais mais lentas nos diferentes tipos de tarefas motoras. Isto corrobora a ideia de que os gagos apresentam rupturas relacionadas apenas com o controlo motor da fala. Na verdade a expressão da gaguez é motora e estes fenómenos são observáveis (Ribeiro, 2003).

Spenser Brown (1940) foi o primeiro a investigar a relação da gaguez com a linguagem. Constatou que ela acontece sistematicamente nos mesmos locais: nos fonemas iniciais da locução, na primeira palavra da frase; nas sílabas tónicas; nas palavras mais importantes da frase ou discurso e em polissílabas. Com isto acreditasse que, além da execução motora, a disfluência envolve a produção fonológica e as codificações sintácticas e semânticas contribuem para a sua manifestação (Ribeiro, 2003).

Mônica Pereira (2003) também defende que a gaguez advém de comportamentos linguísticos variados. Tal como Spenser Brown (1940), esta autora refere que estes episódios acontecem com frequência no início de estruturas linguísticas. Segundo Ratner (1997), a gaguez é o resultado de uma falha no processo de elaboração de sentenças, mais do que somente o resultado de restrições na execução motora da fala, tal como sustenta Inês Ribeiro (2003). Bloodstein (1993), é igualmente defensor de que as repetições de frases, palavras ou fonemas seriam mais sugestivas de dificuldades na elaboração de sentenças do que do processo de produção. Este autor observou ainda que nas crianças há maior incidência nos pronomes e

palavras funcionais, como conjunções e preposições, enquanto que nos adultos é predominantemente em palavras de conteúdo, como substantivos e verbos (Pereira, 2003).

Au-Yeung, Howell e Jackson (1999) verificaram que a incidência de episódios disfluentes em palavras de conteúdo aumenta com a idade. Estes dados sugerem que os indivíduos fluentes usam a repetição de palavras funcionais para adiar a produção de palavras de conteúdo subsequentes, ao passo que os gagos tentam produzir uma palavra que está apenas parcialmente preparada para a execução (Pereira, 2003). Como se pode verificar e tal como já foi referido anteriormente, a gaguez tende a evoluir com a idade.

É importante ter em conta que cada gago é um gago e, conseqüentemente, cada um apresenta as suas características específicas e estas podem modificar-se ao longo da vida, em determinadas situações ou perante determinados interlocutores.

CAPÍTULO II

AVALIAÇÃO DA GAGUEZ

Num primeiro contacto com o paciente o terapeuta da fala deve fazer uma avaliação informal do quadro clínico que tem perante si. Deve certificar-se se realmente está perante um caso de gaguez e se esse é o problema principal do paciente, ou se é apenas resultado de medo, ansiedade, insegurança, etc. O paciente nesta consulta deve receber informações sobre a sua patologia, bem como sobre o que se vai executar durante a terapia. Esta avaliação informal deve fazer-se acompanhar por uma anamnese completa, contendo informações como, por exemplo, a história da gaguez do paciente e, se for o caso, da família, o desenvolvimento da linguagem do paciente, o tipo de vida familiar, social e profissional que tem (Casanova, 1997).

A definição da tipologia de gaguez que o paciente tem pode ser classificada quantitativamente e através da análise dos comportamentos associados aos momentos de expressão oral. A avaliação deve consistir em quatro categorias diferentes (Casanova, 1997):

- Conduta verbal:
 - a. Bloqueio tónico;
 - b. Repetição clónica;
 - c. Taquilália;
 - d. Pausas e prolongamentos;
 - e. Economia da expressão.
- Conduta motora:
 - a. Esforço;
 - b. Tensão muscular;
 - c. Tiques e movimentos secundários;
 - d. Alterações pneumofónicas e fonoarticulatórias;
 - e. Ausência de gestos que acompanham a fala.

- Fenómenos Linguísticos:
 - a. Uso de sinónimos;
 - b. Perífrase, expressão redundante;
 - c. “Saltos” sintácticos;
 - d. Monotonia da fala.

- Fenómenos emocionais:
 - a. Retracção;
 - b. Logofobia;
 - c. Medo de determinadas palavras;
 - d. Ansiedade.

Cada categoria deve ser avaliada em fala espontânea, leitura e diálogo. Estes itens poderão ser repetidos para proceder à avaliação com a utilização de um dispositivo de feedback acústico modificado. Para completar a avaliação, a fim de se poder realizar um plano terapêutico adequado ao caso do paciente, podem realizar-se alguns exames complementares como o teste de inteligência, exame de lateralidade, electroencefalograma, avaliação do perfil de personalidade assim como da motivação (Casanova, 1997). Estes são levados a cabo por outros profissionais, que igualmente dever pertencer à equipa interdisciplinar que actua com os pacientes gagos.

A avaliação deve ser filmada para, posteriormente, ser mostrada ao paciente com vista à auto-consciencialização dos comportamentos que manifesta quando gagueja e quando fala fluentemente (Casanova, 1997). Para Jakubovicz (2009) deve ser realizada em duas ou mais consultas. Esta autora, tal como para a maioria dos escritores, também é apologista da ideia de filmar. Os protocolos para adultos sugeridos são: avaliação da frequência da gaguez face a situações e ouvintes; avaliação das reacções da pessoa relativa à gaguez e a avaliação de aspectos da personalidade (ver anexos⁴).

A título informativo são referidos alguns autores que elaboraram as propostas mais usadas de avaliação. Wingate, em 1976, criou uma escala que permite conhecer o grau de severidade da

⁴ Anexos VI, VII e VIII.

gaguez (Casanova, 1997). Hugo Gregory, em 1986, apresenta uma avaliação diferencial que aborda a observação informal do paciente e os seus comportamentos, o histórico do quadro clínico em questão e uma avaliação formal através de testes (Goldfeld, 2003). Andrade, em 2000, defende uma avaliação que implica dois procedimentos fundamentais: avaliação objectiva, que consistirá no levantamento de aspectos como tipologia das disfluências, velocidade da fala, frequência de rupturas (bloqueios), traços qualitativos relacionados com a fala, formulação discursiva e determinação do grau de severidade da gaguez. O outro procedimento é a avaliação subjectiva, que consistirá na identificação da percepção do indivíduo, do seu histórico, da naturalidade da fala e dos restantes aspectos por parte do terapeuta e, também, do próprio paciente (Limongi, 2003). Isis Meira (2003) avalia a gaguez em dois pontos distintos: o primeiro é a gaguez do paciente, onde o terapeuta da fala deve focar o corpo do sujeito para identificar os grupos musculares que levam à disfluência; o segundo centraliza-se no paciente na qualidade de indivíduo, onde o terapeuta deverá analisar as suas atitudes, a forma como lida com a gaguez e com os outros, bem como as suas emoções relacionadas com a perturbação (Goldfeld, 2003). Propomos ainda outros protocolos que poderão ser encontrados em anexo como o de Andrews & Ingham (1964)⁵ e Nicola & Cozzi (2004)⁶.

É complicado para os clínicos qualificarem por falta de instrumentos de medida que reúnam consenso na quantificação dos resultados. Neste estudo foi utilizado o “Stuttering Severity Instrument – Revision 3” de Riley (1972, 1980)⁷ para classificar o grau de severidade da disfluência do paciente em estudo. Na avaliação da gaguez deve-se ter em conta a expressão oral para definir o tipo e a gravidade da disfluência, quantificando a frequência e a intensidade dos erros, descrevendo as suas características, bem como todos os comportamentos associados visíveis. Como não existe consenso acerca do melhor ou mais adequado, cabe ao clínico adoptar o que melhor se ajusta ao caso ou elaborar o seu próprio guião de avaliação.

⁵ Anexo II.

⁶ Anexo IV.

⁷ Anexo V

FEEDBACK ACÚSTICO MODIFICADO

Diversos autores consideram a gaguez como uma perturbação causada pela interrupção de determinados circuitos, internos e externos, do sistema de *feedback* auditivo. Foram desenvolvidos aparelhos que modificam artificialmente a coordenação da palavra relativamente ao tempo, frequência e mascaramento. Estes permitem que o indivíduo gago tenha um *feedback* da sua fala com atraso regulável, com alteração da frequência da voz e com mascaramento (Sangorrín, 1989). Quando o gago utiliza o *feedback* acústico modificado deixa de ouvir a sua fala promovendo a diminuição da ansiedade, levando o indivíduo a abstrair-se da sua disfluência. Com o aumento da intensidade da voz verifica-se uma alteração na maneira de falar e no ritmo desta (Jakubovicz, 2009).

Segundo Le Huche (2006), quando se utiliza um aparelho que faz com que o indivíduo ouça a própria voz com um determinado atraso, a disfluência tende a diminuir ou até mesmo desaparecer. Van Riper (1973) defende que este sistema produz redução de forma notável da gaguez sem que seja preciso esforço por parte do indivíduo. Sangorrín (1989) refere que a aprendizagem baseia-se em dois factores principais que são: o gago acostumar-se a um padrão de fala mais lento e o prolongamento de unidades fónicas. Esta técnica requer treino sistemático. O tempo de atraso auditivo é ajustado (entre 50 e 100 milissegundos) de acordo com o que for mais confortável para o paciente e sendo progressivamente reduzido até prescindir do aparelho.

A estratégia básica deste modelo é a utilização da escuta do sinal de *feedback* vindo dos órgãos periféricos, com o intuito de corrigir possíveis erros e atingir os objectivos articulatórios desejados. A informação é enviada ao cérebro através do circuito de *feedback*. Para um funcionamento ideal, é preciso que o circuito seja rápido o suficiente para regular o movimento. A latência (ou atraso) do sinal do *feedback* é, portanto, uma das limitações deste tipo de modelo. Se realmente a fala está sob o comando do *feedback*, a ruptura de algum dos seus canais pode perturbar bastante a sua produção (Pereira, 2003).

O conceito de programação motora para a fala tem sido criticado em muitos aspectos: rigidez excessiva, dificuldade de explicar a correcção dos movimentos que estão em execução e negligência em relação às variáveis periféricas e ambientais, além de como tomar proveito

destas condições iniciais (Kent, Adams e Turner, 1996). No entanto, tem sido aplicado na gaguez, por ser o que melhor explica questões referentes à dificuldade na articulação de unidades mais longas e complexas e, ao mesmo tempo, de latência maior, utilizado pelo gago nas suas respostas (Pereira, 2003).

FAF (Frequency Auditory Feedback) – Técnica de Mudança de Frequência

Consiste na alteração da tonalidade vocal (ou frequência fundamental da voz designada tecnicamente de F0 ou pitch), dando a sensação de que existe alguém a replicar o discurso do orador mas com voz diferente. Esta circunstância de reforço e diversidade sonora ajuda a desbloquear as hesitações e facilita, em consequência, a fluência (www.seengal.com). Ao mudar o tom da voz o paciente adquire uma nova maneira de falar, executa adaptações fisiológicas, e mantém-se mais preocupado com a nova tonalidade do que com a gaguez, aumentando a fluência. No entanto, esta mudança tem um processo de aquisição longo e bastante difícil de manter fora da terapia (Jakubovicz, 1998).

DAF (Delayed Auditory Feedback) – Técnica de Atraso Auditivo

Consiste na introdução de um atraso deliberado e ajustável, entre o instante em que a voz é produzida e o momento em que é percebida (isto é, ouvida), o que tem como efeito instintivo a produção mais pausada e controlada da fala (www.seengal.com). Com o DAF atrasa-se o *feedback* auditivo. Assim o paciente reduz a disfluência sem esforço, porque ouve a sua voz com atraso. Ele apenas deve instalar um padrão de fala lento e prolongar as unidades tónicas. Segundo Regina Jakubovicz tal acontece devido à diminuição da velocidade da fala, ao uso da propriocepção em vez da audição. Deste modo confere maior sensibilidade aos órgãos articuladores e, conseqüente, o aumento da articulação das palavras e, ainda, a redução da ansiedade da fala do gago. À medida que vai adquirindo fluência, reduz-se o atraso até que este deixa de existir e, portanto, dispensa-se o uso do DAF (Casanova, 1997). O *Delayed Auditory Feedback* é um gravador de voz magnético que atrasa o *feedback* auditivo do indivíduo. Quando usado em pessoas fluentes estas apresentam alguma disfluência, quando é usado por disfluentes verifica-se o contrário, embora nem todos os gagos reajam do mesmo modo (Jakubovicz, 1998).

MAF (Masking Auditory Feedback) – Técnica de Mascaramento da Fala

Nesta técnica é enviado um ruído aos ouvidos do paciente de modo a que este, mantendo a intensidade normal da fala, deixe de ouvir a sua voz. O gago apenas controla a voz pela via proprioceptiva, reduzindo assim a disfluência. Permite ao paciente modificar o comportamento da fala e, portanto, conseguir melhor fluência. Este método é indicado em casos severos e no início das terapias. O ruído vai diminuindo à medida que o paciente vai adquirindo fluência (Casanova, 1997).

Soluções de Software Existentes e Sua Importância

Alguns programas comercializados de alteração do feedback acústico modificado são o *Master Pitch* (utilizado para o estudo de caso desta monografia), da *Seegnal Research* e o *Speech Easy* desenvolvido pela *Micro-DSP Technologies*. Estes servem de apoio no tratamento das disfluências. Trata-se de uma aplicação para computador que possibilita a um indivíduo ouvir a sua própria voz (*feedback* de voz) com algumas modificações (no tempo e na frequência) de modo a facilitar a correção da sua fluência, sem esforço, com conforto sonoro e com elevado grau de auto-confiança.

Através dos estudos de Levelt (1989) ficou claro que através do automonitoramento, é possível detectar os problemas no discurso interno e até encontrar uma forma de o alterar. O modelo deste autor tem fornecido base para muitos estudos nesta área. Entre os modelos que procuram explicar a produção da fala, os de programação motora são os que melhor explicam esta etapa do funcionamento linguístico. O modelo de Levelt, por ser o que melhor pormenoriza a etapa relativa à codificação fonológica e à programação articulatória, é o mais aplicado na gaguez como é possível constatar nos trabalhos de Perkins, Kent e Curlee (1991), Kolk (1991), Van Lieshout, Hulstijn e Peters, (1996). A partir deste modelo, foi possível estabelecer uma localização aproximada da obstrução à produção da fala que ocorre na disfluência, direccionando as pesquisas nesta área e transformando os seus resultados em aplicações práticas. Isto tem levado ao aparecimento de novas técnicas terapêuticas e à desmistificação da gaguez (Pereira, 2003).

METODOLOGIAS DE INTERVENÇÃO DO TERAPEUTA DA FALA

Os principais objectivos no tratamento da gaguez são o desenvolvimento de atitudes saudáveis em relação à fala, melhorar a efectividade comunicativa, diminuir a gaguez quantitativa e qualitativamente, desenvolver a fluência da fala e as habilidades para modificar os padrões de fala, voluntariamente (Bohnen, 2005).

O Terapeuta da Fala deve fazer um prognóstico relativamente à situação de cada paciente. Este não deve ser facultado ao paciente de modo a aumentar as suas expectativas, mas sim de forma a que conheça até onde poderá chegar e delimitar o sucesso ou o fracasso da terapia. Este prognóstico deve ser feito com muito cuidado, tendo por base as avaliações previamente realizadas (Casanova, 1997).

O resultado da terapia está dependente de vários factores como a consciência do paciente gago em relação ao seu problema e a gravidade do problema em si (se a gaguez for severa terá um prognóstico menos favorável). A existência de factores emocionais associados à gaguez e as expectativas referentes ao sucesso da terapia da fala podem ajudar ou tornar o processo mais moroso, assim como a idade avançada do paciente. A motivação e a colaboração, tanto do paciente como dos que o rodeiam, é o ponto mais forte para que haja um prognóstico favorável (Casanova, 1997).

O terapeuta tem também um papel fundamental no tratamento do paciente. Ele deve reger a terapia tal como um maestro dirige uma orquestra logo, no caso de conduzir mal a terapia, o paciente não obterá êxito (“a música sairá desafinada”), pelo contrário, se for bem dirigida o paciente atingirá os objectivos pretendidos. O papel que o terapeuta desempenha deve variar consoante a ocasião e, principalmente, o paciente (Jakubovicz, 1997).

Terapia de Van Riper (1972)

Considerada por muitos autores como de sucesso, a terapia de Van Riper (1972) veio colmatar as já existentes no tratamento da gaguez.

Van Riper divide o tratamento da gaguez em quatro fases distintas que deverão ser empregues passo a passo, consoante a morosidade e a necessidade do paciente (Jakubovicz, 1997).

Fase de identificação

O paciente observa os seus próprios comportamentos, analisando-os, de modo a poder classificar o seu tipo de gaguez (Jakubovicz, 1997). Este trabalho foi desenvolvido com o paciente deste estudo. Auto-identificou características linguísticas e fisiológicas da sua gaguez, presentes no momento da avaliação, através do recurso às filmagens efectuadas aquando da avaliação.

Fase de dessensibilização

O gago terá que reconhecer quais os sentimentos e reacções negativas que tem em relação à sua disfluência, de forma a conseguir enfrentá-los e lidar com eles (Jakubovicz, 1997).

Fase de modificação

O paciente aprende métodos que irão modificar a sua forma de falar. Posteriormente, deverá combater o conflito de aproximação-afastamento dos momentos de discurso e, no final, poderá adquirir uma forma menos artificial de gaguejar (Jakubovicz, 1997).

Fase de estabilização

Nesta última fase de terapia o paciente deve automatizar a fluência adquirida até então, tanto no contexto clínico como, também, noutros ambientes sociais (Jakubovicz, 1997).

O paciente, ao contrário do que diz o senso comum, não precisa de aprender a falar pois ele já o sabe e isso é observado nos seus momentos de fluência. O gago aprendeu tanto a gaguejar, como todos os comportamentos e reforços que apresenta durante a gaguez. O objectivo da terapia é desinstalar do paciente os hábitos pejorativos à sua fluência e instalar novos, que a promovam. O plano terapêutico deverá ser definido em conjunto com o paciente, para este ter

conhecimento do que precisa de aprender ou desaprender para melhorar a fluência (Jakubovicz, 1997).

Van Riper defende que o paciente deve treinar o *feedback* proprioceptivo porque, deste modo, ele sentirá a anormalidade dos seus articuladores e tal facilitará a auto-correcção. Este treino poderá ser feito com o *Delayed Auditory Feedback* (DAF), com a técnica de mascaramento, entre outros, e devendo ser usado na fase de estabilização. Van Riper aconselha a psicoterapia para modificar o auto-conceito do gago, focando os seus sentimentos para que este aprenda a lidar com eles nas situações difíceis, reduzindo a ansiedade e o desvio da comunicação (Jakubovicz, 1997).

Terapia de Bohnen (2005)

O estabelecimento de objectivos é essencial para permitir uma postura activa do sujeito, auxiliar na elaboração da estratégia de acção, além de servirem de critério para saber em que medida foram alcançados. Os seguintes factores também são críticos para o sucesso da terapia que vise à melhoria da fluência:

Motivação

No adulto advém, em geral, da soma das dificuldades encontradas no seu quotidiano ao longo da vida. Numa dada altura, a necessidade de ir em busca de ajuda supera qualquer sentimento de resistência. A motivação também deve ser encontrada no profissional que vai interagir com a pessoa que gagueja.

Aceitação

Aceitar-se como uma pessoa que gagueja e que a gaguez, provavelmente, não tenha cura num curto espaço de tempo é, em geral, difícil. É a partir da aceitação que advém todos os outros processos de melhora.

Friedman (2004) transcreve no seu livro (p.118) uma frase de Sheehan (1975) a este respeito:

“Se suas experiências como gago são similares às minhas, você gasta boa parte da sua vida tentando esquemas como relaxar, pensar o que você tem para dizer, confiar em você mesmo, respirar fundo, ou mesmo falar com pedras na boca. Agora você percebeu que isto não ajuda em nada, se faz alguma coisa é agravar o problema. Há uma boa razão pela qual estes legendários remédios falham, porque todos eles têm algo artificial como base, a supressão da gagueira, o encobri-la. Quanto mais você encobre e mais tenta evitar gaguejar, mais você gagueja” (Sheehan, 1975 cit in Friedman 2004, p.118).

Monitorização da fala

A monitorização da rapidez usada para falar é considerada um pré requisito para a melhora da fluência. Mudanças na velocidade da fala que permitam modificar a tensão muscular deveriam ser incorporadas nos planos terapêuticos e adequadas à faixa etária das pessoas que gaguejam.

A organização da fala e da conversa

Uma das maiores dificuldades apresentadas pelos gagos é o estabelecimento e a manutenção do contacto visual durante a fala. É preciso desenvolver habilidades que ajudem a construir uma conversa que transmita as intenções comunicativas, mais do que, especificamente, no entendimento das relações entre categorias linguísticas. As hesitações influenciam na organização da fala, interrompem o ritmo e interferem com a velocidade. As desatenções do ouvinte perturbam o gago, porque, muitas vezes, os turnos não são respeitados, a sequência do pensamento rompe-se e o gago desiste das suas intenções comunicativas. Para este autor a manutenção do contacto visual durante os momentos de gaguez inibe atitudes nem sempre respeitadas do ouvinte.

Os comportamentos de evitação

Evitar significa tentar impedir, fugir, desviar. Os comportamentos de evitação são aqueles que o gago adopta nos momentos de dificuldade. São comportamentos difíceis de eliminar durante

a terapia. Há diferentes tipos, como: o evitar diversas palavras, afastar-se de determinados interlocutores e rejeitar contextos comunicativos, como o falar ao telefone.

O direito de ser ouvido

O que mais incomoda os gagos são os maus ouvintes, os que não esperam, os que se riem, os que não conseguem esconder a ansiedade de estar numa situação não tão usual. Um grande objectivo na terapia é fortalecer os gagos para que contestem e busquem o seu direito de serem ouvidos.

As sugestões de Bohnen (2005) para melhorar a fluência de quem gagueja são as seguintes:

- Falar mais devagar;
- Articular de forma mais ampla;
- Manter o contacto visual durante os momentos de gaguez;
- Falar de forma objectiva e directa;
- Falar de forma clara, compatível com os gestos e com a linguagem corporal;
- Pensar sobre o que vai dizer;
- Preparar-se para enfrentar situações mais difíceis;
- Falar sobre a gaguez no trabalho, em casa, em todos os lugares;
- Não evitar situações de fala;
- Não abrir mão do seu direito de falar, mesmo com gaguez.

Posteriormente ao cumprimento destes objectivos, as etapas seguintes do processo terapêutico são a generalização e a manutenção. As habilidades desenvolvidas entretanto e as estratégias adquiridas precisam de ser generalizadas para a maioria das situações e contextos (Bohnen, 2005).

Terapia de Cupello (2007)

A metodologia que esta autora apresenta foi inspirada, inicialmente, no método Borel-Maisonny para a gaguez. O método de terapia para adultos compreende seis objectivos:

1. Controlo da tonicidade;
2. Controlo da respiração;
3. Regulação do ritmo;
4. Controlo do gesto articulatório;
5. Modificação do substrato psicolinguístico;
6. Controlo do acento melódico.

No que respeita ao primeiro objectivo, é conhecido que a tensão é uma característica associada à fala. Este trabalho é desenvolvido com exercícios de relaxamento que a autora enumera minuciosamente na sua obra (Cupello, 2007). O mais importante no entanto, para esta autora, é que o paciente consiga passar o estado de descontração muscular para o momento de fala. O controlo da tonicidade será trabalhado em duas fases: a primeira, em silêncio e, depois, é associado à fala.

Relativamente ao segundo objectivo, Cupello (2007) refere a importância do controlo respiratório, aquando da fala, adequado, sem a preocupação com o tipo respiratório em si. Há casos em que será útil o desenvolvimento de um tipo respiratório menos superior, porém, o objectivo do trabalho será o sujeito saber usar o seu ar de forma adequada para produzir uma fala fluente. A autora descreve nove etapas de exercícios⁸ para atingir este objectivo, onde a dificuldade aumenta gradualmente.

Trabalhar a regulação do ritmo tem por finalidade criar tempos óptimos para que os gestos articulatórios possam organizar-se de maneira correcta, através do treino de tempos, o que com a prática constante é capaz de criar novos comandos neuronais para a fluência desejável.

⁸ Anexo XXIII.

O controlo do gesto articulatorio é conseguido gradualmente através do treino com diadococinésias orais, séries de vogais, séries de consoantes acompanhadas de vogais, diadococinésias combinadas com vogais, “trava-línguas”, textos lidos com garrote ou rolha na boca, excertos em língua estrangeira, histórias fora de ordem, textos sem pontuação e outros redigidos na ordem inversa⁹ (leitura correcta de palavras escritas na ordem inversa).

O substrato psicolinguístico é formado pelas imagens mentais sensoriais e afectivas que estão ligadas às palavras, ligação essa que é o resultado da experiência ao longo da nossa existência. Sempre que podermos mudar essas imagens e sensações poderemos dinamizar a nossa visão do mundo pela formação de novas sinapses, o que nos confere novas perspectivas de comportamento e entendimento do mundo. O objectivo primordial na terapia da gaguez é exactamente a criação de um novo trajecto de fala e, desta forma, ajudar na formação de novas sinapses será muito importante para atingir este quinto objectivo.

Por fim, o controlo do acento melódico visa a obtenção das características da prosódia normal, o que é necessário para a obtenção da fluência. Há na prosódia uma valorização dos aspectos supra-segmentais que são: as variações de intensidade, duração e acentuação que modificam a qualidade e o sentido das mensagens. Pelas inúmeras pausas, repetições e bloqueios, os gagos têm pouca capacidade para executar as mudanças necessárias no tracto vocal e conseguem um acento melódico adequado à fluência normal.

As sessões são divididas em dois tipos de técnicas que se alternam. Quando há possibilidade de o paciente comparecer duas vezes por semana à terapia, ele terá uma sessão de exercícios de relaxamento e outra composta pelos restantes objectivos. Quando o paciente só pode comparecer a uma sessão por semana, então as sessões alternam de 15 em 15 dias. Os exercícios apresentados na terapia deverão ser feitos pelo paciente durante a semana com frequência regular (diariamente). “O cérebro só aprende por repetição” logo, quanto mais cooperação e dedicação o paciente tiver, melhor será o resultado alcançado.

(Cupello, 2007)

⁹ Anexo XV

Estratégias de Intervenção

Fala rítmica

Esta técnica consiste na introdução de um ritmo (com velocidade adequada a cada paciente) com o qual devem coincidir uma unidade vocal, podendo ser iniciado com unidades silábicas e, depois, passa-se progressivamente para o ritmo das frases. Inicialmente usa-se um metrônomo e, à medida que o procedimento vai sendo automatizado, o paciente começa a substituí-lo por batimentos do pé, mão ou dedos, até que não precisa de nenhum auxiliar. Esta técnica pode prevenir o aparecimento de bloqueios tónicos (Casanova, 1997).

Mudança de intensidade vocal

O aumento da intensidade da voz favorece em larga escala a fluência, porém não deve ser usada excessivamente pois, devido ao abuso vocal que proporciona, poderá causar disfonia. Poderá mudar-se a intensidade da voz desde que seja para uma voz suave (Jakubovicz, 1997).

Redução da velocidade da fala

Falar devagar aumenta a fluência, porém esta técnica não deve ser utilizada de modo explícito, pois quase todos os pacientes que chegam ao consultório tentaram previamente adquirir este modo de fala, sem qualquer tipo de resultado positivo. O terapeuta da fala deve conduzir o paciente a fazê-lo de um modo menos óbvio, não usando apenas a redução da velocidade como meio de diminuição da disfluência (Jakubovicz, 1997). A associação a outras técnicas que obrigam a uma redução do débito permite a aplicação desta.

Canto

Faz parte do senso comum a expressão “Fala a cantar que não gaguejas!”, embora isto não seja uma condição universal está presente em grande parte dos casos de gaguez. Além do canto ter vantagens para a fluência pelo ritmo que o constitui, tem ainda o ênfase rítmico na vogal, eliminando assim um dos *locis* da gaguez, segundo Brown (1945) (Jakubovicz, 1997).

Prolongamento dos sons

O gago deve promover uma articulação suave, encadeando o primeiro som da palavra com prolongamento. Os restantes sons da palavra deverão ser pronunciados normalmente (Goldfeld, 2003).

Técnica do “Sopro”

O paciente começa a expirar antes de iniciar a expressão oral, fazendo com que as cordas vocais aduzam ligeiramente, eliminando o bloqueio inicial da fala. Numa frase, a expiração deve ser mantida mesmo entre as palavras. Esta técnica é difícil de usar em momentos sociais, devido à pressão gerada (Casanova, 1997).

Fala em sombra (Shadowing)

Esta técnica consiste na imitação quase simultânea. O clínico fala e o paciente repete e, de seguida, invertem-se os papéis. O paciente vai desviar a atenção do seu diálogo para o do terapeuta, resultando num discurso mais fluente e entoado (Casanova, 1997).

Fala sem sentido

Nesta técnica coloca-se o gago a pronunciar palavras e frases sem qualquer sentido, mantendo apenas a prosódia normal (Goldfeld, 2003).

Gaguez voluntária

Esta técnica, inicialmente introduzida por Hull (1943), visa a consciencialização objectiva do problema, proporcionando o melhor controlo da fala. Pede-se ao paciente que imite a sua própria gaguez em todos os pontos (bloqueios, tiques, tensões, stress, entre outros). Todos os comportamentos devem ser propositados. Quando aparecer algum não controlado o exercício deve ser interrompido (Casanova, 1997).

Freezing

Para que o gago aprenda a controlar os seus bloqueios o terapeuta induz a paragem destes quando estão a meio (Goldfeld, 2003).

Fala acompanhada de gestos

Induz-se o paciente a acompanhar a fala com gestos e movimentos corporais harmónicos exagerados, assim como a empregar exagero na entoação da fala. Ao fazê-lo o paciente começa a desinibir-se, o movimento do corpo evita a rigidez característica dos músculos do paciente, o exagero da prosódia vai estimular a função da laringe e, conseqüentemente, desvia a sua atenção da gaguez para os exageros que lhe forem indicados, diminuindo a ansiedade, favorecendo a fluência (Casanova, 1997).

Adequação da respiração

A respiração é um processo essencial à vida e o seu principal objectivo é a oxigenação do organismo. Desenvolve-se em quatro fases: durante a inspiração o ar penetra nas fossas nasais e chega aos pulmões; o diafragma (músculo que separa a cavidade torácica da abdominal) contrai-se e o tórax aumenta de volume permitindo a entrada de ar nos pulmões. O oxigénio (O₂) inalado passa através dos brônquios até chegar aos alvéolos onde se difunde na corrente sanguínea. Na fase expiratória produz-se o processo inverso: o dióxido de carbono (CO₂) penetra nos alvéolos, o diafragma relaxa provocando o retrocesso das estruturas torácicas que reduzem o seu volume, o CO₂ é expulso para o exterior. A frequência dos movimentos respiratórios de inspiração e expiração constituem o ritmo respiratório (Vázquez, 2001).

Existem 3 padrões respiratórios diferentes:

- Respiração clavicular: é a mais curta e superficial, com uma baixa frequência de apresentação. Acontece quando gritamos ou em situação de necessidade de O₂
- Respiração torácica: nesta estão implicados os músculos torácicos, a intervenção do diafragma é pouco importante, sendo utilizada apenas a parte superior da capacidade funcional dos pulmões.

- Respiração diafragmática: é a mais profunda pois devido aos movimentos do diafragma permite uma maior expansão pulmonar e elevados níveis de oxigenação.

(Vázquez, 2001)

Para Cupello (2007), o principal objectivo terapêutico com gagos é controlar a respiração. Em determinados casos é essencial a instalação de um tipo respiratório mais inferior, no entanto, o importante é levar o indivíduo a saber usar o ar, adequadamente, no momento da fala.

Técnicas de relaxamento

Através do método autogénico de Schulz (1969), do relaxamento muscular progressivo de Jakobson (1970) e da respiração costodiafragmática abdominal, o paciente atinge um relaxamento muscular e a tranquilidade necessária durante o período de expressão oral. Esta técnica vem associada às de diminuição de ritmo na fala e, também, às psicoterapêuticas que visam a eliminação da ansiedade e da logofobia (Casanova, 1997).

O trabalho de Edmund Jacobson (1970) baseia-se na fusão de duas abordagens: tensão e distensão. Este autor conseguiu demonstrar que o pensamento está relacionado com o estado muscular e que as imagens mentais, particularmente as que estão associadas ao movimento, são acompanhadas por pequenos, mas detectáveis, níveis de actividade nos músculos interessados. Com isto conclui que uma musculatura descontraída seria automaticamente acompanhada pela tranquilização dos pensamentos. Ao definir relaxamento como o cessar da actividade nos músculos esqueléticos (voluntários), Jacobson (1970) desenvolveu uma técnica a que chamou de relaxamento progressivo. Consiste no trabalho sistemático ao longo dos principais grupos musculo-esqueléticos, criando e libertando a tensão. Como resultado, o praticante aprende a reconhecer a tensão muscular. Cada sessão visava a acção sobre apenas um músculo, sendo repetida uma vez. O resto do tempo era para libertar a tensão (Payne, 2003).

O treino autogénico ensina o corpo e a mente a relaxar. Este treino de Schultz & Luthe (1969) baseia-se em 4 requisitos:

1. Estímulos externos reduzidos, ou seja, pressupõe ausência de barulho, luz forte ou outros estímulos invasivos.
2. Uma atitude de concentração passiva, um estado de espírito relaxado, despreocupado com o resultado final, deixando que o exercício se desenvolva por si.
3. A repetição das frases indutoras do relaxamento; estas baseiam-se em seis temas centrais:
 - a) Peso nos braços e pernas;
 - b) Calor nos braços e nas pernas;
 - c) Batimento cardíaco calmo e regular;
 - d) Respiração calma;
 - e) Testa fresca.
4. Contacto mental com a parte do corpo a que a frase se refere.

Um aspecto central da técnica autogénica é o princípio que se relaciona com o controlo do participante: o “treinador” descreve o método, mas é o participante que o realiza. Para reforçar esta ideia, as frases são estruturadas na primeira pessoa. O instrutor lê em voz alta as frases e o participante repete-as (Payne, 2003).

As técnicas de relaxamento utilizadas no estudo de caso desta monografia encontram-se em anexo¹⁰ com o método de aplicação devidamente descrito.

São várias as técnicas para o tratamento da gaguez. As terapêuticas que passam por exercícios de relaxamento e muitas outras que visam a melhoria dos comportamentos disfluentes, as psicológicas, as farmacoterapêuticas e ainda as que se apoiam em aparelhos de modificação do feedback acústico (Casanova, 1997).

¹⁰ Anexos XVI e XVII.

A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO

Não há base para a sustentação das ideias do senso comum de que a gaguez tem causa psicológica. Alguns tipos de stress aumentam a gaguez, outros diminuem e ainda outros não causam qualquer tipo de efeito. Também é conhecido que o encarar de público aumenta a gaguez. Os aspectos abordados na terapia psicológica são, entre outros, o apoio, a orientação, o alívio das culpas, as questões de autoconhecimento, da auto-imagem e da auto-estima por parte das pessoas que gaguejam. No entanto é sabido que a psicoterapia não melhora a gaguez, apenas contribui para que o gago se disponibilize, se flexibilize e se fortaleça para encarar a gaguez e se entenda como gago. O estabelecimento de parcerias entre a psicologia e a terapia da fala tem beneficiado as pessoas com gaguez (Bohnen, 2005).

Existem factores psicológicos que favorecem o aparecimento da gaguez. Estes estão relacionados, frequentemente, com algum tipo de problemas sofridos nas primeiras fases do desenvolvimento psicológico. A gaguez afecta a função comunicativa e a relação com as outras pessoas. Podemos compreender que um sujeito com esta perturbação sente necessidade de se expressar e falar sobre o problema num lugar em que não tenha de temer a gaguez, uma vez que nele se encontra precisamente por causa dela (Le Huche, 2006).

Para o gago é difícil integrar-se na sociedade se está sempre ansioso, desajustado e inseguro. O terapeuta da fala deve ponderar se o seu paciente necessita de psicoterapia formal ou não (Jakubovicz, 2009).

A IMPORTÂNCIA DA NEUROLOGIA E DA FARMOCOTERAPIA

A colaboração do neurologista será importante para fazer diagnósticos diferenciais. Também se justifica quando há dúvidas sobre o tipo de distúrbio da fluência. As pessoas que deixam de ser fluentes exigem uma atenção imediata. A neurociência contribui para o esclarecimento do funcionamento do cérebro de pessoas que gaguejam. Esta dá-nos a possibilidade de um diagnóstico mais preciso, apesar ser muito pouco usado por ser dispendioso (Bohnen, 2005).

Segundo Bohnen (2005), existem neurocientistas que indicam que a gaguez pode estar relacionada a níveis excessivos de neurotransmissores (dopamina) nas regiões do cérebro que controlam a fala. Existem drogas que diminuem os níveis de dopamina e podem reduzir a gaguez em, aproximadamente, 45% (Bohnen, 2005).

Nos princípios do século XX administravam-se sedativos como o *Bromuro*, o *Fenobarbital*, a *Passiflora*, a *Aubepina*, etc. A partir dos anos cinquenta apareceram alguns produtos mais activos, os ansiolíticos (tranquilizanteS) e os neurolépticos que suscitaram esperança no tratamento radical da gaguez (Le Huche, 2006).

Em 2006 começou a desenvolver-se nos Estados Unidos um medicamento, o *Pagoclone* (*IndeWus Pharmaceuticals*), que se mostrou mais efectivo por ser mais bem tolerado. O *Pagoclone* é uma substância neuroquímica, conhecida como GABA, utilizada também nas pesquisas placebos-cegos em mais de 130 indivíduos. A droga não só melhora a fluência, como reduz a ansiedade (Jakubovicz, 2009).

O *Pagoclone* foi originalmente desenvolvido como uma droga para combater a ansiedade, mas nunca chegou a ser comercializado, talvez pelas dúvidas que persistem relativamente aos seus efeitos secundários.

No entanto, e uma vez que se fala na existência de efeitos colaterais perigosos (dores de cabeça, fadiga, sonolência e sedação) nos diversos fármacos sugeridos para atenuar a gaguez (alguns podem inclusive levar ao óbito), acredita-se que é preferível continuar a gaguejar do que correr os riscos (Bohnen, 2005).

MUSICOTERAPIA, DANÇOTERAPIA E EXPRESSÃO CORPORAL

Para Kay Gardner (1994), de maneira subtil ou avassaladora, a música tem grande potencial para produzir mudanças. Algumas excitam-nos, outras fazem-nos ficar mais calmos. Há aquelas que nos convidam a dançar, ao passo que outras fazem-nos adormecer. Sem darmos conta, somos todos afectados pela música a que estamos expostos todos os dias. O facto de saber o seu poder para nos afectar permite que a escolhamos conscientemente como recurso de relaxamento (Blumenfeld, 1994).

Compreender melhor a música vai-nos ajudar a ficar mais atentos ao nosso ambiente e aos sons a que estamos expostos diariamente. Hoje em dia oferecem-nos música em praticamente todos os ambientes como em casa, no trabalho, nos supermercados, nos eventos desportivos, nos hospitais e em qualquer lugar em que se juntem pessoas por qualquer motivo. Ainda que quiséssemos, não conseguiríamos evitar a música. Podemos, então, optar por usa-la para melhorar a nossa vida diária. Pode acalmar-nos e evitar que percamos o controle em situações de tensão, e pode relaxar-nos ao fim de um longo dia de trabalho. Quando ouvimos música, costumamos ouvi-la como um todo. Não analisamos todos os seus diferentes elementos a fim de perceber por que é que ela tem efeito sobre nós. Mas se a decomposermos, elemento por elemento, perceberíamos que cada um por si pode ter um efeito relaxante específico (Blumenfeld, 1994).

Quando se escolhe uma melodia para fins de relaxamento é útil saber como ela pode ser decomposta, como cada parte pode contribuir para o todo. Existem diferentes tipos de músicas que nos deixam em diferentes estados de espírito. Elas possuem ainda diferentes componentes que nos causam impacto, como sendo o zumbido, as repetições, o ritmo, harmonia, melodia, cor instrumental e som alto/ som baixo. Quando o vento sopra de modo constante nos fios telefónicos, produz-se um sussurro. Esse som ininterrupto e uniforme pode ser muito relaxante. Os ruídos criam uma vibração constante ou ressonância no corpo. Quando uma determinada parte do corpo é levada a vibrar, ela está a ser massajada a partir do interior. A repetição (refrões) faz-nos familiarizar com os sons e, quando estamos suficientemente acostumados com as coisas, sentimo-nos mais à vontade. Quando o ritmo da música que estamos a ouvir segue um padrão equivalente às pulsações do nosso corpo em repouso, chegamos ao nível máximo de relaxamento. Embora haja muitas pulsações diferentes no

nosso corpo, as mais evidentes são os batimentos cardíacos e os ciclos respiratórios. Menos evidentes, porém muito importantes, são as nossas ondas cerebrais. A harmonia é a componente da música que cria estados de espírito. Ouvir música com harmonias simples e agradáveis é muito mais relaxante do que ouvir harmonias dissonantes, desafinadas. A melodia tem o poder de nos elevar. Por isso, ouvir uma música melodiosa pode ser extremamente relaxante. Quando estamos nesse lugar elevado e transcendente, não percebemos a existência das tensões e ansiedades com as quais convivemos diariamente. Cada instrumento ou família de instrumentos toca-nos numa parte específica do nosso corpo. Tal como o zumbido, os instrumentos musicais, quando escolhidos conscientemente, podem relaxar partes específicas do nosso corpo que tendem a acumular tensão. Os sons fortes entorpecem-nos, não nos relaxam, enquanto que se optarmos por uma música relaxante, provavelmente queremos ouvi-la num volume agradável. O som não deve agredir os ouvidos de nenhuma maneira dolorosa (Blumenfeld, 1994).

Compreender e usar os elementos musicais descritos acima torna-nos aptos para escolher a música que seja mais adequada. Cada elemento isolado tem propriedades relaxantes mas, quando reunidos em canções ou composições, os vários elementos podem contribuir para um estado de relaxamento imprescindível na reabilitação da gaguez. A música é um dom que nos pode curar e acalmar. Ajuda a libertar a tensão e o *stress* para que seja possível agirmos com todo o nosso potencial (Blumenfeld, 1994).

A dançoterapia é um método terapêutico que tira partido do desejo inato do ser humano pelo movimento. Tal como o nome indica, esta é uma terapia que usa a dança para proporcionar bem-estar, quer físico quer psíquico. Permite ao indivíduo conhecer-se melhor graças ao contacto consigo mesmo e com as suas sensações. É indicada para todas as pessoas, qualquer que seja a sua idade, que procurem o equilíbrio e a harmonia e recorre a exercícios de baixo impacto, ritmos suaves e movimentos lentos, sempre de acordo com os limites de cada um. Transmite-nos paz interior e alegria, favorece a auto-estima e o auto-conhecimento além de ajudar a superar o stress da vida quotidiana. Torna-nos mais expressivos, espontâneos, criativos e afectuosos. É benéfica no combate à depressão, aos distúrbios de comunicação (gaguez) à insónia e a todas as doenças psicossomáticas (Castro, 2003).

A linguagem corporal corresponde a todos os movimentos gestuais e de postura que fazem com que a comunicação seja mais efectiva. A gesticulação foi a primeira forma de comunicação. Com o aparecimento da palavra falada os gestos tornaram-se secundários, contudo eles constituem o complemento da expressão, devendo ser coerentes com o conteúdo da mensagem.

Todos os indivíduos têm necessidade e uma forma específica de expressão e, assim, serem compreendidos por eles mesmos e pelos outros. Segundo Stokoe (1987), também através da expressão corporal o ser humano expressa sensações, emoções, sentimentos e pensamentos com o seu corpo, e o objectivo da expressão corporal é a consciencialização de si mesmo, sobre as atitudes, posturas, gestos, acções quotidianas, como das necessidades de exprimir, comunicar, criar, partilhar e interagir dentro da sociedade em que se vive. O ser humano, para expressar os seus actos, utiliza-se como um instrumento, onde pode sentir-se, perceber-se, conhecer-se e manifestar-se. Os gagos, tal como toda a gente, fazem uso da expressão corporal para se exprimir. Frequentemente os comportamentos adoptados por estes indivíduos, tal como a fala, são repetitivos, exagerados ou mesmo estáticos. A expressão corporal é considerada uma aprendizagem de si mesmo e um estilo pessoal, o que a liga directamente com a dança, no sentido de que esta pode ser considerada como um instrumento para manifestação (Stokoe, 1987).

ENQUADRAMENTO EMPÍRICO

CAPÍTULO III

DESENHO DE ESTUDO E METODOLOGIA

Este trabalho tem como tema um estudo de caso de um adulto caucasiano gago. O seu objectivo é descrever as suas dificuldades ao nível da comunicação e interacção com os outros em diferentes contextos. Para tal foi realizada a avaliação de um adulto com 21 anos, do sexo masculino que frequenta o 2º ano da licenciatura em Gestão. Com este estudo pretende-se evidenciar todo o trabalho realizado ao nível da investigação nesta área e da observação, recolha, análise, interpretação de dados e intervenção terapêutica num caso em particular.

Inicialmente é apresentada uma síntese dos dados mais relevantes da anamnese realizada com o paciente e dos dados retirados das avaliações. De seguida foi efectuado um sumário da avaliação e, por fim, é apresentado o plano terapêutico realizado, com os objectivos gerais e específicos. Este plano foi definido de acordo com a idade, as dificuldades que esta manifesta, as suas capacidades e necessidades e as suas expectativas. O plano foi ministrado e, no final, demonstra-se a eficácia da aplicação do mesmo.

O paciente em estudo consentiu a realização deste trabalho, assim como a divulgação dos resultados, através da assinatura de um termo de consentimento livre e informado¹¹.

Justificação do tema

A Gaguez é um tema explorado por diferentes autores, no entanto, na área da terapia da fala, ainda ressaltam algumas dúvidas quanto à intervenção terapêutica. Assim, considera-se importante explicitar as formas de avaliação e a metodologia interventiva no tratamento de pessoas com disfluência.

¹¹ Anexo XII.

É importante a escolha do tema, dada a necessidade de maior conhecimento sobre a gaguez, uma vez que a heterogeneidade de conceitos tem contribuído para alguma confusão neste domínio, e também para a existência de conceitos erróneos.

Esta temática sempre despertou muito interesse na autora. A gaguez é caracterizada pela incógnita, pela procura de respostas, pela ambiguidade e uma infinidade de realidades que lhe despertam curiosidade e motivação para o trabalho.

Pergunta de partida

O objectivo da formulação da pergunta de partida é tornar o tema individualizado, específico, inconfundível e relacioná-lo com uma hipótese (Carvalho, 2002). Desta forma a pergunta de partida foi formulada com a intenção de relacionar a intervenção em terapia da fala com a gaguez.

A pergunta de partida definida foi: «*O acompanhamento terapêutico, com duração de três meses em Terapia da Fala, diminui os fenómenos observáveis da gaguez, num caso adulto com gaguez ligeira do tipo mista?*»

Objectivos do estudo

O principal objectivo deste estudo é analisar a importância da intervenção de terapia da fala nas pessoas com gaguez. Assim, os objectivos definidos para o caso implicam a recolha e análise dos seguintes dados:

- Caracterizar o caso (anamnese);
- Avaliar o caso;
- Estabelecer o diagnóstico;
- Definir o prognóstico;
- Estabelecer um plano terapêutico:
 1. Objectivo Geral;
 2. Objectivos específicos:

2.1. Técnicas utilizadas;

2.2. Estratégias;

2.3. Materiais;

3. Planos e registos de consultas;

- Reavaliar o caso;
- Análise crítica da aplicação e resultados do plano;
- Reformulação do plano terapêutico e/ou propostas para o futuro.

Tipo de estudo

O tipo de estudo realizado é um estudo descritivo, exploratório e prospetivo. Descritivo, porque tem como objectivo descrever a gaguez através da realização de uma revisão bibliográfica neste domínio e o caso em análise. Exploratório, principalmente, uma vez que foi elaborado um estudo de caso, no qual se pretende verificar os resultados obtidos com a intervenção terapêutica. Prospetivo dado que serão traçados objectivos com determinadas finalidades que são definidos à partida para um determinado período temporal.

Questões de investigação

A base deste trabalho assenta nas seguintes questões:

- Será que a adopção de uma postura corporal adequada aquando da fonação diminui os fenómenos observáveis da gaguez?
- Será que a adopção de um mecanismo adequado de respiração diminui os fenómenos observáveis de gaguez?
- Será que o treino com o Master Pitch diminui os fenómenos observáveis da gaguez?
- Será que os exercícios de relaxamento adoptados diminuem os fenómenos observáveis da gaguez?

Variáveis em estudo

A descrição das variáveis é imprescindível para a elaboração do estudo, uma vez que estas permitem categoriza-lo e objectiva-lo. As variáveis deste trabalho são: a idade, o género, a etiologia, o nível de escolaridade e a intervenção terapêutica.

- **Idade**

A maioria das crianças começa a gaguejar por volta dos 2 a 5 anos. Com a maturidade modificam a forma de falar e é notório o aumento da severidade ao longo dos anos. Os bloqueios, as repetições compulsivas e os prolongamentos vão engrandecendo com o tempo e os períodos de fluência vão diminuindo. Blodstein (1960) demonstrou com as suas pesquisas que a gaguez não permanece estática. Ela muda com o passar do tempo e com o desenvolvimento do medo de falar e do *stress* comunicativo (Jakubovicz, 2009).

- **Género**

A grande maioria dos autores defende que a gaguez afecta mais o sexo masculino do que o feminino, não sendo contudo unânimes na percentagem. Para Ribeiro (2003), a proporção é entre 2,3 para 1 e 3 para 1. Há praticamente três vezes mais homens do que mulheres entre a população gaga.

Esta diferença é justificada por Pereira (2003): os homens costumam apresentar mais problemas de linguagem do que as mulheres. Esta diferença é visível desde as primeiras fases do período de aquisição de linguagem, em que geralmente a menina é mais precoce que o menino, começando a falar mais cedo.

- **Etiologia**

Como já foi referido anteriormente, não existe consenso entre os autores para a etiologia da gaguez não havendo, assim, uma resposta universalmente aceite. Para Jakubovicz (2009), a gaguez normal (gaguez fisiológica), que acontece entre os 2 e os 4 anos associa-se, em alguns

casos, a um traço de personalidade herdado ou a uma rejeição do meio, conduzindo à ideia de que para falar é preciso ter cuidado e esforçar-se para não cometer episódios de gaguez. Este esforço transforma o que era “normal” em algo “anormal”. Isto contribui para a existência de conflitos entre os canais auditivos, proprioceptivos e emocionais. Estes conflitos acabam por desregular ou quebrar o automatismo da fala. O organismo fica condicionado a falar de uma determinada maneira e deixa de saber dar respostas diferentes. A gaguez fica assim instalada e a partir daí irá crescer, em conjunto com o desenvolvimento da criança (Jakubovicz, 2009).

- **Nível de Escolaridade**

Na literatura não são comuns referências específicas para a influência do nível de escolaridade, na gaguez.

Algumas investigações que procuraram descobrir a influência da cultura na incidência da gaguez mostraram que há diferenças significativas entre as diversas civilizações. Bloodstein (1975) nas suas pesquisas concluiu que a gaguez parece ser a “expressão significativa da cultura que a produziu”, ou seja, quanto mais desenvolvida é uma sociedade mais alta é a incidência da gaguez (Friedman, 2004).

- **Intervenção Terapêutica**

É vantajoso lidar com a gaguez como um aprendiz que ignora as causas, dado que são desconhecidas. Procura-se resolver directamente e de modo objectivo o problema: eliminar o sintoma que foi aprendido no passado. Para Van Riper (1971), mudar os comportamentos de fala não é suficiente: é importante que haja uma mudança de atitudes. Para este autor, o objectivo da intervenção não é eliminar a gaguez, mas sim modificar os comportamentos da gaguez, com a finalidade de os tornar menos intensos e frequentes e, ainda, reduzir o medo da gaguez e os comportamentos de evitamento associados àquele (Jakubovicz, 2009).

Instrumentos de recolha dos dados

A recolha dos dados aconteceu num consultório terapêutico no Porto.

Foi realizada uma anamnese e executada a avaliação com o objectivo de recolher e analisar as dificuldades de fala / comunicação presentes no caso.

A anamnese¹² utilizada neste estudo foi elaborada pela autora da monografia baseada nas de Nicola & Cozzi (2004); Cupello (2007) e Jakubovicz (2009). Os dados recolhidos foram: identificação e descrição do agregado familiar; histórico da queixa; historial clínico; percepção do problema da fala; situação escolar; profissional; social e expectativas em relação à terapia.

As avaliações¹³ utilizadas foram: “Avaliação da Frequência dos Comportamentos de Andrews e Ingham (1964) ” onde serão realizadas 4 provas de fala – leitura, monólogo, diálogo e “conversa com desconhecido” – com as quais será calculada posteriormente a percentagem de sílabas gaguejadas (número de sílabas gaguejadas / número total de sílabas pronunciadas x100) e o número de sílabas por minuto (SPM = número de sílabas pronunciadas em dois minutos /2) para cada uma das provas; “Exame de Gaguez de Nicola & Cozzi (2004) ” que analisa as características linguísticas e fisiológicas aquando dos episódios de gaguez. Nesta avaliação são realizadas mais 3 provas – leitura de poesia, canto e numeral – para obtenção do tipo e das características de gaguez do paciente; “Protocolo para Avaliar a Frequência da Gaguez” sugerido por Jakubovicz (2009); “Protocolo para Avaliar as Reacções da Pessoa em Relação à Gaguez” sugerido por Jakubovicz (2009); o “Protocolo para Avaliar Aspectos da Personalidade” sugerido por Jakubovicz (2009). Com estes últimos 3 protocolos, sugeridos por Jakubovicz, é possível reunir informações importantes como: se as características do ouvinte modificam a gaguez; se a natureza da situação de fala ou as situações emocionantes alteram a disfluência; o que o paciente sente quando gagueja e o que o perturba mais nesse momento; na opinião do paciente, o que os outros pensam de si; o que incomoda mais, no paciente, como reacção da pessoa que o escuta; que expectativas que tem da terapia; entre outras informações. O “Apêndice – SSI – 3 Stuttering Severity Instrument (The Stuttering Severity Instrument, Riley, G., 1972, *A stuttering severity instrumente for children and adults. Journal of Speech and Hearing Disorders, 37, 314-322*) ” é das escalas mais utilizadas pelos clínicos e será também utilizada neste estudo de caso. São realizadas duas provas, leitura e conversa espontânea. Esta avaliação divide-se em três pontos essenciais: frequência, duração

¹² Anexo I.

¹³ Anexos II, IV, VI, VII, VIII e V.

e comportamentos associados. A frequência refere-se ao número de sílabas disfluentes divididas pelo total de sílabas faladas. Esta divisão é depois expressa em percentagem e de seguida é contabilizada e convertida numa pontuação correspondente. Para efectuar esta medição o avaliador deverá contabilizar o número de sílabas gaguejadas e o número total de palavras nas duas provas de fala. Posteriormente analisa-se a duração através da média dos três momentos disfluêntes mais longos presentes nas amostras de fala (Andrade e Juste, 2001). Também esta pontuação é convertida numa pontuação. São ainda observados os comportamentos físicos associados aos dois momentos de fala. Estes incluem: sons distractivos, movimentos faciais involuntários, movimentos da cabeça e movimentos dos membros. Para contabilizar os movimentos associados é utilizado um método de medição diferente. Em cada grupo de movimentos pontua-se de 0 a 5 de acordo com a descrição que se encontra no teste (Riley, 1972). A soma da pontuação dos quatro grupos de comportamentos dá a pontuação total dos comportamentos associados. Por fim somam-se as pontuações das três etapas de avaliação, frequência, duração e comportamentos associados, obtendo um valor final que posteriormente é convertido em percentagem. Esta é, de seguida, comparada com dados normativos que se encontram nas tabelas anexadas à escala de classificação, e que nos vão revelar o grau de severidade da disfluência do paciente em estudo (Andrade e Juste, 2001).

Limitações do estudo

Relativamente à concretização deste estudo, foram encontrados alguns obstáculos ou limitações à sua realização. Devido ao facto de se ter realizado um estudo de caso, não nos é possível generalizar os resultados obtidos. Por outro lado, devido à temática escolhida, e à sua extensa exploração científica, foi difícil realizar a selecção bibliográfica, dada a falta de consenso existente neste domínio.

Outra limitação foi o facto de este estudo decorrer numa época complicada na vida de um estudante que é o caso do paciente em questão. Este tempo de intervenção coincidiu com a época festiva em termos académicos e com o período de exames. Era difícil para o paciente articular a terapia com estes acontecimentos por falta de tempo, sendo várias vezes prejudicada a continuidade dos procedimentos terapêuticos em contexto extra-consulta.

CAPÍTULO IV

ESTUDO DE CASO

Dados da anamnese

A anamnese foi realizada com o P. no dia 28 de Fevereiro de 2009.

Segundo os dados fornecidos pelo paciente, este começou a gaguejar por volta dos seis anos de idade. Fez terapia da fala durante três meses e referiu que surtiu efeitos. A partir dos 18 anos referiu um agravamento do problema. A sua fluência varia com o contexto em que se encontra.

O P. encontra-se a frequentar o 2º ano do curso de Gestão. Neste contexto, o P. referiu que a apresentação de trabalhos escolares perante a turma é das situações que mais constrangimento (embaraço) lhe causa.

Por vezes o paciente desenvolve trabalhos em situação de “part-time”. Quando tem de falar com pessoas que desconhece, reconhece que a severidade da gaguez aumenta significativamente.

É um jovem com bastantes amigos e uma vida social intensa. Mantém uma boa relação com todos os amigos e familiares. Segundo os seus relatos, neste contexto, os episódios de gaguez são raros ou inexistentes.

Durante a entrevista, o P. manteve-se calmo, inicialmente os episódios de gaguez eram raros mas foram aumentando à medida que o tema gaguez era mais explorado. Fez ainda referência ao facto de ter consciência de que gagueja sempre nas palavras que se iniciam pelo grafema [h].

Sumário da avaliação

No que respeita à leitura (texto e poesia), monólogo e canto, o P. revelou valores pouco relevantes de comportamentos disfluentes. As suas dificuldades prendem-se, sobretudo, com os diálogos e, principalmente, nas conversas com desconhecidos. O paciente revela ter bastantes dificuldades na coordenação fono-respiratória. Verificaram-se diversos ataques glóticos e tensão muscular (nomeadamente nos músculos do pescoço e nos lábios), aquando da fala. Com a utilização do feedback acústico modificado foi possível verificar uma ligeira diminuição da frequência de episódios de gaguez, no entanto, a duração média destes aumentou consideravelmente, cerca de 320%. Foi possível verificar diversos comportamentos associados utilizados pelo paciente, no momento da fala, ao longo das avaliações como: o estremecer da perna e balancear do corpo na cadeira, piscar dos olhos aquando dos bloqueios, movimentar um objecto ininterruptamente com as mãos, mover de forma constante a cabeça, franzir da testa, morder o lábio inferior e elevar as sobrancelhas. Com a utilização do feedback acústico modificado, os comportamentos associados reduziram-se consideravelmente, cerca de 43%.

No que diz respeito aos episódios de gaguez, aquando da produção de palavras começadas por [h], confirma-se a presença de problemas, sendo evidentes os bloqueios. Lê com facilidade tais palavras, excepto quando as produz em contexto de fala espontânea. O P. não apresenta bloqueios em qualquer outra palavra que, oral e graficamente, comece por vogal.

Diagnóstico

O paciente apresenta uma gaguez ligeira. Segundo a avaliação SSS-3 (Riley, G., 1972) e a tabela de severidade presente no teste,¹⁴ a gravidade é fraca. De acordo com Wingate (1964), o tipo de gaguez é pautado com repetições (unitárias e de múltiplas unidades), hesitações (involuntárias), prolongamentos (bloqueios), interjeições esporádicas e traços acessórios (movimentos corporais e ligados à fala).

¹⁴ Anexo V.

Prognóstico

O prognóstico traçado para esta situação é favorável. O paciente revela-se motivado sendo este um factor muito importante na terapia. Revelou, ao longo da anamnese e da avaliação, ser uma pessoa aplicada para o trabalho, pelo que é de esperar que se esforce por seguir tudo o que lhe será recomendado ao longo da terapia. Como o grau de severidade de gaguez que o paciente apresenta é leve, é esperada uma fácil correcção dos diversos episódios observáveis de gaguez que actualmente manifesta.

Tabela 4 - Prognóstico (factores positivos e negativos)

Factores Positivos	Factores Negativos
Importância da gaguez na sua vida.	O facto de o P. ser estudante e ter pouco tempo diário para o treino dos exercícios.
Boa relação familiar e social.	Época do ano (período das festas académicas e dos exames).
Motivação para a terapia.	Distância do local onde reside ao consultório da terapia (poderá levar ao cansaço por causa das viagens).
Grau de severidade de gaguez ser fraco.	
Aproximação do estágio inerente ao curso que está a frequentar na universidade.	Antecedentes familiares.
Gosto por informática (mais-valia para o treino com o <i>Master Pitch</i>).	Tempo de instalação das queixas (desde os 5 anos).
Boa cultura-geral e curiosidade por diversos temas (mais-valia para a aquisição de conhecimentos relacionados com a gaguez).	Antecedentes de acompanhamento terapêutico sem resultados.
Conclusão do Prognóstico: Favorável	

Plano de intervenção terapêutica

Meta terapêutica

Reduzir ao máximo os fenómenos linguísticos e os fenómenos observáveis, audíveis e visuais da gaguez.

Objectivos gerais

1. O P. deverá ser capaz de colaborar no fornecimento de dados da anamnese para adultos;
2. O P. deverá ser capaz de colaborar no fornecimento de dados durante as avaliações dos aspectos linguísticos e dos fenómenos observáveis, audíveis e visuais que lhe serão feitas, com a ajuda dos protocolos que se encontram em anexo¹⁵;
3. O P. deverá identificar, com a técnica de *feedback* acústico modificado, os valores de FAF e DAF com que se sente mais confortável, no treino que fará com o *Master Pitch*;
4. O P. deverá ser capaz de descrever, por palavras suas, as principais características linguísticas (tudo o que respeita aos conceitos linguísticos como as repetições, prolongamentos, entre outras) e fisiológicas (todos os fenómenos que o paciente adopta fisicamente no momento de fala) da gaguez no adulto;
5. O P. deverá saber definir a postura corporal adequada para a fala;
6. O P. deverá ser capaz de explicar o mecanismo de respiração, no que diz respeito ao tipo e ao modo;
7. O P. deverá ser capaz de explicar o mecanismo de produção de fala (coordenação fono-articulatória);
8. O P. deverá auto-identificar características linguísticas e fisiológicas da gaguez, alterações de postura, de respiração e produção de fala, presentes no momento da avaliação, com recurso às filmagens;
9. O P. deverá ser capaz de descrever a distinção entre “tensão muscular” de “relaxamento muscular”;

¹⁵ Anexos II, IV, V, VI, VII, VIII e XXI.

10. O P. deverá ser capaz de controlar a respiração aquando da fonação em diferentes tipos de situações;
11. O P. deverá ser capaz de produzir, sem repetições ou hesitações, em contexto de fala espontânea, palavras que contenham o grafema [h] na posição inicial da palavra;
12. O P. deverá ser capaz de colaborar no fornecimento de dados durante a reavaliação dos aspectos linguísticos e dos fenómenos observáveis, audíveis e visuais que lhe será feita com a ajuda dos protocolos que se encontram em anexo¹⁶;

Objectivos específicos

1. Para o objectivo geral 1:
 - 1.1. Explicar ao doente o objectivo e a importância da anamnese na recolha de dados;
 - 1.2. Adquirir o máximo de conhecimentos possíveis em relação à gaguez do paciente;
 - 1.3. Compreender as preocupações do paciente e procurar identificar as suas expectativas em relação à terapia da fala.
2. Para o objectivo geral 2:
 - 2.1. O P. deverá ser capaz de colaborar no fornecimento de dados ao longo da avaliação;
 - 2.2. O P. deverá compreender a importância da filmagem no decorrer da avaliação.
3. Para o objectivo geral 3:
 - 3.1. O P. deverá identificar, com a técnica do *feedback* acústico modificado, os valores de FAF e DAF com que se sente mais confortável;
 - 3.2. O P. deverá utilizar o *Master Pitch* diariamente com uma duração de aproximadamente 15 minutos, em diferentes situações como leitura e conversa espontânea.
4. Para o objectivo geral 4:

¹⁶ Anexos II, IV e V.

- 4.1. Explicar ao paciente e enumerar as principais características linguísticas e fisiológicas, comuns de se encontrar entre a população gaga;
 - 4.2. O P. deverá saber identificar, por palavras suas, as principais características linguísticas da gaguez;
 - 4.3. O P. deverá saber identificar, por palavras suas, as principais características fisiológicas da gaguez, como sendo os fenómenos que se adoptam fisicamente no momento da fala.
5. Para o objectivo geral 5:
- 5.1. O P. deverá conseguir adoptar postura corporal adequada de acordo com o que lhe será explicado, em contexto terapêutico, e exemplificado em frente ao espelho.
6. Para o objectivo geral 6:
- 6.1. O P. deverá ser capaz de explicar o mecanismo de respiração de acordo com o que lhe será explicado, em contexto terapêutico, e exemplificado em frente ao espelho.
7. Para o objectivo geral 7:
- 7.1. O P. deverá ser capaz de explicar o mecanismo de produção de fala, de acordo com o que lhe será explicado em contexto terapêutico.
8. Para o objectivo geral 8:
- 8.1. O P. deverá auto-identificar características linguísticas da sua gaguez, auto-avaliar a respiração e a fala, durante a avaliação, através do recurso às filmagens efectuadas aquando da avaliação, de acordo com o que foi estudado relativamente a estes pontos;
 - 8.2. O P. deverá auto-identificar características fisiológicas da sua gaguez, presentes no momento da avaliação, através do recurso às filmagens efectuadas, de acordo com o que foi estudado relativamente a estes pontos.
9. Para o objectivo geral 9:
- 9.1. O P. deverá ser capaz de distinguir, “tensão muscular” de “relaxamento muscular”, de acordo com os protocolos que lhe serão fornecidos;
 - 9.2. O P. deverá praticar diariamente, com uma duração de 15 minutos, os exercícios para o “relaxamento muscular”.

10. Para o objectivo geral 10:

- 10.1. O P. deverá ser capaz de controlar a respiração, em contexto terapêutico, aquando da fonação de sílabas sem sentido;
- 10.2. O P. deverá ser capaz de controlar a respiração, em contexto terapêutico, aquando da fonação através da contagem de números;
- 10.3. O paciente deverá ser capaz de controlar a respiração, em contexto terapêutico, aquando da fonação de consoantes fricativas;
- 10.4. O paciente deverá ser capaz de controlar a respiração, em contexto terapêutico, aquando da fonação de palavras entre sílabas sem sentido;
- 10.5. O P. deverá ser capaz de controlar a respiração, em contexto terapêutico, aquando da fonação de palavras associadas semanticamente;
- 10.6. O P. deverá ser capaz de controlar a respiração, em contexto terapêutico, aquando da fonação de frases que vão sendo aumentadas com uma palavra de cada vez, de forma intercalada, pelo terapeuta e pelo paciente;
- 10.7. O P. deverá ser capaz de controlar a respiração, em contexto terapêutico, na leitura de trechos, com pontuação e pausas obrigatórias, até esgotar o ar de fonação. Posteriormente com trechos sem pontuação nem pausas;
- 10.8. O paciente deverá ser capaz de controlar a respiração, em contexto terapêutico, à medida que são exigidas pausas correctas no decurso da leitura de uma história.

11. Para o objectivo geral 11:

- 11.1. O paciente deverá ser capaz de produzir, sem repetições ou hesitações, palavras que contenham o grafema [h] em posição inicial da palavra e em contexto de linguagem espontânea.

12. Para o objectivo geral 12:

- 12.1. O P. deverá ser capaz de colaborar no fornecimento de dados ao longo da reavaliação.

Procedimentos terapêuticos

As sessões realizar-se-ão semanalmente e terão a duração de aproximadamente 45 minutos.

1. Para o objectivo geral 1:

- 1.1. Criar um ambiente confortável para que o paciente se expresse com tranquilidade nas respostas às questões que lhe serão colocadas;
- 1.2. Seguir o protocolo de anamnese para colocar as questões ao paciente¹⁷.

2. Para o objectivo geral 2:

- 2.1. Colocar a câmara de vídeo num local propício à captação total do paciente, mas sem que este esteja a vê-la constantemente. Para isso a câmara de vídeo deverá ser colocada ao lado do paciente e não à frente deste;
- 2.2. Explicar todos os objectivos da avaliação e no que consistem;
- 2.3. Aplicar os protocolos de avaliação na ordem em que se encontram em anexos;
- 2.4. Fornecer um jornal actual para que o paciente tenha possibilidade de escolha de um texto para proceder à leitura em voz audível;
- 2.5. Seleccionar, em conjunto com o paciente, um tema para ser discutido entre o terapeuta e o paciente;
- 2.6. Utilizar um telemóvel para realizar a tarefa de “falar com uma pessoa desconhecida”;
- 2.7. Pedir ao paciente para recitar o poema que lhe será fornecido;
- 2.8. Fornecer ao paciente uma pequena lista de músicas, para que este seleccione uma para cantar;
- 2.9. Pedir ao paciente que coloque os auscultadores para que, com o Master Pitch, repita as provas de leitura e de diálogo;
- 2.10. Fornecer ao paciente uma lista¹⁸ com palavras começadas pela letra h para proceder à leitura. Por fim, pedir ao paciente para construir frases contendo algumas dessas palavras.

3. Para o objectivo geral 3:

¹⁷ Anexo I.

¹⁸ Anexo XXI

- 3.1. Explicar no que consiste este trabalho e a sua importância, recorrendo a bibliografia que desenvolve este tema;
 - 3.2. Descrever ao paciente o método de funcionamento do Master Pitch;
 - 3.3. Instalar o programa no seu computador portátil para que o paciente possa fazer o treino no conforto do seu lar;
 - 3.4. Explicar os períodos de tempo que deve ser usado e com que frequência.
 - 3.5. Procurar valores de FAF e DAF mais confortáveis no treino que fará em diferentes situações como leitura e conversa espontânea.
4. Para o objectivo geral 4:
 - 4.1. Expor bibliografia que contenha esta temática;
 - 4.2. Enumerar e explicar as principais características linguísticas da gaguez, como sendo as repetições, acréscimos, bloqueios, prolongamentos, substituições e os artifícios;
 - 4.3. Enumerar e explicar as principais características fisiológicas como o piscar dos olhos, usar o ar residual ou contrair os lábios.
 5. Para o objectivo geral 5:
 - 5.1. Será explicado ao paciente qual a postura adequada para a fonação e exemplificado em frente ao espelho. Desta forma o paciente tem a pista visual da forma correcta da postura corporal, exemplificada pelo terapeuta.
 6. Para o objectivo geral 6:
 - 6.1. Utilizar uma folha de papel para desenhar e explicar o mecanismo que o aparelho respiratório adopta na inspiração e expiração, bem como, para explicar no que consiste o “ar residual” e “ ar excedentário”;
 - 6.2. Fazer uso do espelho para o paciente se poder observar, bem como identificar possíveis alterações respiratórias e facilitar a correcção das mesmas.
 7. Para o objectivo geral 7:
 - 7.1. Utilizar uma imagem do aparelho fonador para nomear os principais intervenientes na produção da fala e explicar a forma como eles interagem.
 8. Para o objectivo geral 8:

- 8.1. Explicar o objectivo da exploração e interpretação dos vídeos captados aquando da avaliação;
 - 8.2. Utilizar o computador para visualizar os filmes e facilitar a repetição de determinadas partes;
 - 8.3. Com a ajuda dos textos produzidos nas quatro principais provas (a leitura que efectuou, o monólogo que produziu, o diálogo que manteve com a terapeuta e a conversa que teve com uma pessoa estranha pelo telemóvel, todos eles com as pausas, repetições e prolongamentos devidamente assinalados), enumerar as principais características do texto:
 - 8.3.1. Repetições silábicas e posição da sílaba repetida, na palavra;
 - 8.3.2. Repetição de palavras e posição da palavra repetida, na frase;
 - 8.3.3. Número de repetições e sua frequência;
 - 8.3.4. Duração dos prolongamentos;
 - 8.3.5. Identificar possíveis alterações de conteúdo devido às substituições de palavras.
 - 8.4. Enumerar os movimentos associados e repetitivos que adopta durante o momento da avaliação.
- 9. Para o objectivo geral 9:**
- 9.1. Serão explicados os objectivos deste treino recorrendo a bibliografia que refira a importância dos exercícios de relaxamento no trabalho com gaguez;
 - 9.2. Serão expostas e explicadas todas as tarefas e actividades¹⁹ para identificação de “tenção muscular” e “relaxamento muscular” e, posteriormente, serão fornecidas ao paciente com o intuito de dar continuidade ao trabalho, mas de forma isolada, no conforto da sua casa;
 - 9.3. Criar as condições ideais para o relaxamento progressivo sugerido por Edmund Jacobson (1964);
 - 9.4. Treinar o procedimento do método de relaxamento progressivo sugerido por Edmund Jacobson (1964);

¹⁹ Anexo XVI.

- 9.5. Explicar os princípios do treino autogénio sugerido por Johannes Schultz;
- 9.6. Criar condições ideais para o treino autogénio sugerido por Johannes Schultz. Ambiente deve ser tranquilo e sombrio. O treinador deve usar um tom de voz lento, calmo e suave. É preferível que o paciente esteja deitado do que sentado;
- 9.7. Explicar a importância da continuidade deste trabalho de forma autónoma. Fornecer uma tabela²⁰ com as ideias gerais do trabalho que deverá desenvolver em casa, em substituição do método de relaxamento progressivo sugerido por Edmund Jacobson (1964).

10. Para o objectivo geral 10:

- 10.1. Desenvolver a técnica com sílabas sem sentido²¹. De início com sons mais fáceis de produzir como os sons fricativos e gradualmente inserir todos os outros sons deixando para uma fase final os sons plosivos (aplicar as tabelas na ordem em que se encontram em anexos);
- 10.2. Descrição da técnica ao paciente e exemplificação da mesma por parte do terapeuta:
 - 10.2.1. O terapeuta executa a preparação respiratória: deixa sair o ar dos pulmões, inspira e inicia a leitura;
 - 10.2.2. Esta preparação respiratória será mantida em todos os próximos exercícios.
- 10.3. As sílabas deverão ser emitidas num ritmo marcado por metrónomo de 80 a 200 de velocidade;
- 10.4. O terapeuta executa a preparação respiratória e a leitura em uníssono com o paciente;
- 10.5. O paciente executa sozinho a preparação respiratória e a leitura das sílabas;
- 10.6. Desenvolver a técnica de contagem de 1 a 21 e de 21 a 1, com a ajuda de um cartaz²² e com controlo respiratório;
- 10.7. Descrição da técnica ao paciente e exemplificação da mesma por parte do terapeuta;

²⁰ Anexo XVII.

²¹ Anexo XIII.

²² Anexo XIV.

- 10.8. O terapeuta deverá ler os números de 1 a 21 enquanto o paciente marca o tempo. Em seguida, deverá ler de 1 a 15 no mesmo tempo que levou até 21 e, por último, de 1 a 7 no mesmo tempo que levou de 1 a 21;
- 10.9. O paciente fará o mesmo que o terapeuta, procurando manter o tempo igual para as três leituras;
- 10.10. O terapeuta lê de 21 a 1. Depois de 21 a 8 e por fim de 21 a 15, mantendo o tempo;
- 10.11. O paciente lê de 21 a 1. Depois de 21 a 8 e por fim de 21 a 15, mantendo o tempo tal como executou o terapeuta anteriormente;
- 10.12. O terapeuta executa a preparação respiratória adequada e de seguida começa a sonorização ininterrupta de cada uma das fricativas surdas (/s/, /f/ e [x]) repetindo cada uma três vezes, mantendo o tempo de sonorização. Enquanto isto, o paciente marcará o tempo de sonorização de cada emissão, podendo observar a precisão do terapeuta. Por fim, o paciente executa o que o terapeuta acabou de fazer;
- 10.13. O terapeuta juntará à emissão das consoantes, movimentos lentos da cabeça, indo de um ombro até ao outro. A consoante deverá durar o mesmo tempo que a cabeça demora a ir de um ombro ao outro, havendo sincronia absoluta entre o movimento relaxado da cabeça e a sonorização do fonema. Cada consoante deverá ser repetida 3 vezes. Por fim o paciente executa o que o terapeuta acabou de fazer;
- 10.14. O terapeuta fará a emissão das consoantes com pausas, sendo cada consoante dividida em 3 partes iguais. Seguidamente, o paciente fará o mesmo que o terapeuta;
- 10.15. O terapeuta fará a emissão de consoantes de forma alternada e com movimentos da cabeça. Ou seja, inicia a emissão do /s/ levando a cabeça do ombro direito até ao esquerdo, quando voltar para o direito já emitirá o /f/ e depois o [x]. Cada consoante deverá ser repetida 3 vezes de forma alternada. Por fim, o paciente executa o mesmo que o terapeuta;
- 10.16. Refazer os tópicos 10.12; 10.13; 10.14 e 10.15 mas agora com as fricativas sonoras (/z/, /v/ e [j]);
- 10.17. Trabalhar as seis consoantes e misturá-las de forma alternada como na alínea 10.15;

- 10.18. Apresentar uma prancha com sílabas²³ que deverão ser emitidas num ritmo marcado como se fosse por um metrônomo de 80 a 200 de velocidade, tendo-se, no entanto, o cuidado de formar algumas palavras com a junção de algumas sílabas;
- 10.19. Depois da preparação respiratória o paciente lê o grupo de sílabas sem dar conta que existem palavras no meio das sílabas;
- 10.20. O terapeuta sublinha as palavras que existem no grupo de sílabas, pedindo ao paciente que interrompa o ritmo regular nos momentos que defrontar com as palavras embutidas nas sílabas;
- 10.21. Usar um grupo de palavras associadas semanticamente de 3 em 3 palavras²⁴. Depois da preparação respiratória, o paciente deverá memorizar o primeiro grupo de 3 e deverá dizê-las. A seguir, memoriza o segundo grupo de 3 e então diz as 6 palavras e assim sucessivamente até que o ar seja suficiente para uma emissão sem esforço;
- 10.22. Para formar frases que vão sendo aumentadas com uma palavra de cada vez, de forma intercalada, pelo terapeuta e pelo paciente, o terapeuta faz a preparação respiratória e diz o início da frase. De seguida, o paciente faz a preparação respiratória e diz a frase dita pelo terapeuta acrescentando uma palavra e assim sucessivamente, até que o grupo de palavras seja suficiente para gastar todo o ar de fonação;
- 10.23. Praticar a leitura de trechos com pontuação e pausas obrigatórias;
- 10.24. Para treinar leitura de trechos sem pontuação, nem pausas, mostrar uma cartolina com trechos com mais ou menos 30 a 40 sílabas e com as palavras ligadas²⁵. Pede-se ao paciente que as leia depois da preparação respiratória e sem interromper a leitura;
- 10.25. Usando os trechos do exercício anterior, o terapeuta deverá pedir ao paciente que, enquanto estiver a ler, ele bata palmas aleatoriamente, nesse momento o terapeuta estancará a fonação, mantendo, no entanto, a forma bucal da última

²³ Anexo XVIII.

²⁴ Anexo XIX.

²⁵ Anexo XX.

sílaba produzida. Isto permitirá que o ar saia, num sopro absolutamente áfono e com fisionomia bastante relaxada. A seguir, faz nova inspiração e continua a leitura do ponto interrompido. No fim o paciente fará o mesmo que o terapeuta demonstrou anteriormente;

10.26. Explicar ao paciente que nas vírgulas não há necessariamente necessidade de fazer nova inspiração. As vírgulas marcam apenas uma pequena interrupção de fonação. Nos pontos é que se deve fazer o reabastecimento respiratório sem que seja necessário fechar-se a boca pois, a inspiração, tanto na fala como no canto, é geralmente mista. Neste exercício não se faz a preparação respiratória como nos anteriores;

10.27. O terapeuta lê uma pequena história com voz monótona, embora respeitando as pausas tanto das vírgulas, como dos pontos. Posteriormente o paciente repete o que o terapeuta acabou de fazer;

10.28. O terapeuta lê uma pequena história²⁶, escrita de forma inversa, respeitando a pontuação. Posteriormente o paciente repete o que o terapeuta acabou de fazer.

11. Objectivo geral 11:

11.1. O terapeuta fornece uma lista²⁷ de palavras iniciadas pela letra h. Depois solicita ao paciente que escolha algumas dessas palavras. Posteriormente pede para construir frases contendo essas mesmas palavras;

11.2. O terapeuta segura na mão as frases formadas pelo paciente. Pede-lhe que se recorde e diga quais foram as frases que ele escreveu, dando no máximo a pista da palavra escolhida, caso não se recorde de alguma.

12. Para o objectivo geral 12:

12.1. Explicar os objectivos da reavaliação e no que consistem;

12.2. Aplicar o teste SSI-3²⁸ e posteriormente os protocolos para a reavaliação²⁹;

²⁶ Anexo XV.

²⁷ Anexo XXI.

²⁸ Anexo V.

²⁹ Anexos II e IV.

- 12.3. Fornecer um jornal actual para que o paciente tenha possibilidade de escolha de um texto para proceder à leitura em voz audível;
- 12.4. Seleccionar em conjunto com o paciente um tema para ser discutido entre o terapeuta e o paciente;
- 12.5. Utilizar um telemóvel para realizar a tarefa de “falar com uma pessoa desconhecida”;
- 12.6. Pedir ao paciente para recitar o poema que lhe será fornecido;
- 12.7. Fornecer ao paciente uma pequena lista de músicas, para que este seleccione uma para cantar.

Estratégias terapêuticas

1. Estabelecer uma relação de empatia com o paciente;
2. Proporcionar um ambiente calmo / tranquilo;
3. Adoptar postura ao nível do paciente;
4. Adaptar vocabulário;
5. Espera estruturada;
6. Pergunta / resposta;
7. Comando verbal.

Materiais usados

1. Protocolo de anamnese³⁰ contendo todas as questões que o terapeuta pretenda colocar;
2. Protocolos para a avaliação e a reavaliação³¹;
3. Câmara de vídeo;
4. Jornal actual;
5. Telemóvel;
6. Poema;
7. Pequena lista de músicas;

³⁰ Anexo I.

³¹ Anexos II, IV, V, VI, VII e XXI.

8. Software Master Pitch + computador portátil + auscultadores;
9. Aparelho de música (rádio leitor de CDs);
10. Metrónomo;
11. Livro de leitura;
12. Lista de palavras começadas pela letra [h]³²;
13. Espelho;
14. Esquema do aparelho fonador.

³² Anexo XXI.

Sumário da reavaliação

A avaliação decorreu no dia 16 de Maio de 2009 num gabinete clínico no Porto. As provas utilizadas foram a “Avaliação da frequência dos comportamentos disfluentes de Andrews e Ingham, (1964) ”, “Exame de gaguez de Nicola e Cozzi, (2004) ” e “Stuttering Severity Instrument – Revision 3 de Riley, (1972, 1980).

No que respeita à leitura (texto e poesia), monólogo e canto o P. continua a revelar valores insignificantes de episódios de gaguez. As suas dificuldades continuam a ser maiores nos diálogos e, principalmente, nas conversas com desconhecidos. O paciente revela ter adquirido bastantes estratégias para a coordenação fono-respiratória, uma vez que diminuíram as dificuldades. O número de ataques glóticos reduziu bem como a tensão muscular (nomeadamente nos músculos do pescoço e nos lábios) aquando da fala. Na aplicação da prova de Andrews e Ingham (1964)³³ o P. começou por ler um texto de 300 sílabas. Depois de calculada a percentagem de sílabas gaguejadas o resultado foi de 1,19%. Houve um aumento de 48,75%. De seguida pediu-se para fazer um monólogo de cerca de três minutos. Nesta tarefa a percentagem de sílabas gaguejadas foi de 2,73%. Reduziu 36,51%. Posteriormente estabeleceu-se um diálogo com o P. de, aproximadamente, quatro minutos. Nesta questão a percentagem ficou-se por 2,47% (na primeira avaliação apresentou 21,7%, pelo que reduziu o número de sílabas gaguejadas, exactamente 88,72%). Por fim, o paciente usou o telefone para falar com uma pessoa desconhecida. O objectivo era fazê-lo o máximo de tempo possível. O P. desta vez não hesitou, pois havia pensado no que haveria de dizer. A percentagem de sílabas gaguejadas nesta actividade baixou consideravelmente: 63,35%, face aos valores registados na primeira avaliação, para os 8,76%. Quanto ao número de sílabas pronunciadas por minuto, o P. apresentou os seguintes resultados: na leitura do texto 336 sílabas por minuto; no monólogo 196,5 sílabas por minuto; no diálogo 230 sílabas por minuto e, por fim, na conversa ao telefone 178 sílabas por minuto. Os resultados podem ser analisados na seguinte tabela:

³³ Anexo II.

Tabela 5 - Avaliação da frequência dos comportamentos disfluentes de Andrews e Ingham (1964)

Avaliação		Reavaliação	
% Sílabas Gaguejadas	SPM	% Sílabas Gaguejadas	SPM
8%	375,2	1,19%	336
4,30%	186	2,73%	196,5
21,70%	204	2,47%	230
23,90%	133	8,76%	178

Com a aplicação do exame de gaguez de Nicola e Cozzi (2004)³⁴ foi possível verificar o seguinte: 1 - Conversa Informal: o P. mantém os bloqueios, repetições e prolongamentos em posição inicial da palavra, independentemente do tamanho das palavras (mono ou polissílabas) e do primeiro grafema das palavras, ou seja, é indiferente se a palavra começa por vogal, por uma consoante plosiva ou fricativa. Estas repetições acontecem em diferentes posições da frase. No entanto foi visível a redução no número de fenómenos linguísticos, observáveis, audíveis e visuais da gaguez. O paciente fez mais pausas para respirar e procurava falar no momento da expiração. 2 - Leitura de Texto: nesta tarefa o P. gagueja esporadicamente e apenas em fonemas no início da palavra (ex: [E-eram]; [s-seguidamente] e [d-depois]). Lê sem esforço e dentro padrões esperados (o normal seria entre 210 - 265SPM e o P. fá-lo agora a 230 SPM quando anteriormente, aquando da primeira avaliação, apresentou 375,2 SPM). Não comete bloqueios, prolongamentos nem nenhum tipo de artifício. 3 - Leitura de Poesia e Canto: nestas tarefas o P. não manifestou qualquer fenómeno relacionado com a gaguez. Leu pausadamente, sem esforço e procurando controlar a respiração. Cantou ao ritmo exigido pela melodia e respirou nos tempos certos. 4 - Numeral: Nesta prova o P. adoptou uma postura diferente da utilizada no primeiro momento de avaliação. Contou pausadamente de cinco em cinco, até 100. Inspirava ao fim de cada cinco números mas, no primeiro que produzia a seguir à inspiração despendia demasiado ar, chegando ao quinto número com algumas dificuldades. Isto foi mais visível a partir do 60, demonstrando cansaço e tensão muscular. Não cometeu qualquer repetição, bloqueio ou prolongamento de sílabas.

³⁴ Anexo IV

De acordo com o SSI-3³⁵, a frequência dos bloqueios, prolongamentos e repetições diminuiu 1 valor (de 12 para 11). Verificou-se um aumento da pontuação (de 6 para 7) na “fala espontânea” e uma redução na leitura (de 6 para 4). A duração média dos bloqueios manteve-se em meio segundo, continuando assim com pontuação 4. Os comportamentos associados reduziram-se. Os sons distractivos voltaram a não se verificar (mantendo pontuação 4), os movimentos faciais involuntários mantiveram-se (pontuação 2) e não foram visíveis movimentos da cabeça (pontuação 0). Quanto aos movimentos dos membros também se registaram descidas na pontuação (de 4 para 3). A pontuação final, segundo esta escala de classificação, diminuiu de 23 para 20 pontos, mantendo-se no entanto a designação de Gravidade Fraca. Com a utilização do *Master Pitch* a frequência na “fala espontânea” aumentou de 0,8% para 2,8% provocando um aumento da pontuação para 3 valores. Na leitura diminuiu substancialmente (de 7,2% para 1,5%) obtendo agora 2 valores. No total a pontuação da frequência foi de 5 verificando-se um decréscimo de 3 pontos. A duração dos episódios diminuiu de 2,1 segundos para 1,9 segundos, apresentando agora a pontuação de 6. Com a utilização do *Master Pitch* não foram visíveis comportamentos associados com a excepção de movimentos da cabeça que obtiveram pontuação 1. A pontuação total foi então de 12, atribuindo-se assim a classificação de Gravidade Muito Fraca (no primeiro momento de avaliação foi Gravidade Fraca). Estes dados encontram-se expostos nas seguintes tabelas de forma a ser possível analisar e comparar os dados dos dois momentos avaliativos.

³⁵ Anexo V.

Tabela 6 - SSI-3 Stuttering Intrument sem o feedback acústico modificado.

		Avaliação		Reavaliação	
			Pontuação		Pontuação
F r e q u ê n c i a	Fala Espônânea	7%	6	8,90%	7
	Leitura	5%	6	2,50%	4
	TOTAL		12		11
Duração		0,5 seg.	4	0,5 seg.	4
C o m p · A s s o c i a d o s	Sons Distractivos		0		0
	Movimentos Faciais Involuntários		2		2
	Movimentos da Cabeça		1		0
	Movimentos dos Membros		4		3
	TOTAL		7		5
Pontuação Total		12+4+7	23	11+4+5	20
Gravidade		Gravidade Fraca		Gravidade Fraca	

Tabela 7 - SSI-3 Stuttering Intrument com o feedback acústico modificado.

		Avaliação		Reavaliação	
			Pontuação		Pontuação
F r e q u ê n c i a	Fala Espônânea	0,6%	2	2,80%	3
	Leitura	7,2%	6	1,50%	2
	TOTAL		8		5
Duração		2,1 seg.	8	1,9 seg.	6
C o m p · A s s o c i a d o s	Sons Distractivos		2		0
	Movimentos Faciais Involuntários		0		0
	Movimentos da Cabeça		1		1
	Movimentos dos Membros		1		0
	TOTAL		4		1
Pontuação Total		8+8+4	20	5+6+1	12
Gravidade		Gravidade Fraca		Gravidade Muito Fraca	

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E ANÁLISE CRÍTICA DA INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

Após análise de todos os dados obtidos na anamnese e avaliação do P. e de toda a informação recolhida através da revisão bibliográfica, é possível delinear a seguinte discussão:

No que diz respeito ao histórico da queixa, o paciente não sente desconforto com a gaguez por causa do seu interlocutor. Este refere inquietação consigo próprio, ou seja, sente frustração por não conseguir falar normalmente e por ser difícil exprimir-se em determinadas situações, nomeadamente na presença de pessoas desconhecidas. Isto vem contrariar a teoria de Jakubovicz (1997) que defende que quando um gago fala pela primeira vez com alguém e sabe que, provavelmente, não o voltará a ver, tem um discurso fluente uma vez que não está preocupado com a sua reacção. A percepção que o P. tem do seu problema de fala é de uma gaguez moderada a severa, quando de facto se trata de uma ligeira. No entanto, quando se encontra em contexto social ou familiar o P. refere que raramente gagueja. Isto deve-se ao facto de se sentir tranquilo e não observado/avaliado, uma vez que os episódios de gaguez são constantes em todas as situações, embora se acentuem em duas específicas, como sendo: o diálogo (que pode acontecer com pessoas com quem mantém uma boa relação) e a conversa com desconhecidos.

O paciente manteve, desde o início, expectativas altas em relação à terapia. Demonstrou sempre muita curiosidade com todos os temas que eram abordados e motivação para o trabalho. Questionou frequentemente os exercícios e aplicava-se ao máximo na realização destes. Este factor influenciou em muito no sucesso da intervenção. Embora o tempo muitas vezes fosse escasso, o facto de ter consciência das situações/problemas privilegiou o trabalho.

Relativamente aos dados da reavaliação verificaram-se reduções significativas dos episódios de gaguez. No que se refere à leitura houve um agravamento da situação. Isto deve-se ao facto de, no primeiro momento de avaliação, o paciente ter apresentado um número de disfluências muito reduzido (0,8% SG³⁶) ou seja, não tinha problemas na leitura. No segundo momento o P. procurou ler e incutir nesta prova uma respiração adequada e evitou produzir ataque glótico brusco. Estas preocupações reflectiram-se num aumento (48,75%), embora pouco

³⁶ Sílabas Gaguejada

significativo, dos episódios de gaguez (1,19% SG). Quando realizou pela segunda vez a prova do monólogo o paciente estava muito concentrado para expor tudo o que tinha aprendido. Procurou sempre uma postura corporal adequada, manter os membros relaxados e, principalmente, controlar a respiração aquando da fonação. O empenho dele era evidente na reavaliação tal como no decorrer das sessões, o que também contribuiu para os resultados obtidos. Verificou-se um decréscimo de 36,51% de sílabas gaguejadas. No diálogo que manteve com a terapeuta foram mais difíceis de controlar os movimentos associados. O P. manifestou alguma tensão na articulação das palavras fazendo linguoversão do lábio superior. Também manipulou um objecto com as mãos, local para onde desviava o olhar esporadicamente. No entanto, foi nesta tarefa que se verificou o maior decréscimo da disfluência (88,62%). Na prova de conversação com desconhecido o paciente continuou a manifestar diversos problemas como tensão muscular, incoordenação fonorespiratória e ataque glótico. Embora os episódios se reduzissem substancialmente, 63,35%, deve-se ter em conta o que de facto aconteceu. Como era a segunda vez que era submetido a esta prova o paciente delineou previamente um tema para discutir com a pessoa. O assunto que abordou foi a gaguez. Falou ao “desconhecido” que era gago e que estava a fazer um estudo acerca deste problema e pediu-lhe para responder a algumas questões. Isto levou o paciente a não temer que desligassem o telefone, bem como, a assumir a sua problemática. Ficou tranquilo para falar. Esta postura de assumir o seu problema poderá estar na causa de diminuição das sílabas gaguejadas. Bohnen (2005) também considera importante o gago aceitar-se como pessoa que gagueja. O autor afirma que é a partir da aceitação que advêm todos os outros processos de melhoria.

No que se refere à recitação de poemas, canto e contagem numérica o P. não apresentou qualquer momento de disfluência. Na contagem de números até 100, no primeiro momento de avaliação, apresentou cansaço à medida que a contagem ia decorrendo devido à incoordenação fonorespiratória. Nesta segunda avaliação optou por contar de 5 em 5 números de início ao fim, fazendo pausas para respirar. Desta vez não revelou qualquer tensão ou cansaço.

Quanto à aplicação do teste “Stuttering Severity Instrument – Revision 3 (SSI-3) de Riley (1972, 1980) foi possível verificar o seguinte: sem a utilização do *feedback* acústico modificado (FAM) a frequência dos bloqueios, prolongamentos e repetições diminuiu comparativamente ao primeiro momento de avaliação. A duração média dos bloqueios

manteve-se e os comportamentos associados reduziram. A pontuação final, segundo esta escala de classificação, diminuiu embora a classificação se mantenha como Gravidade Fraca. Com a utilização do FAM a frequência dos episódios de gaguez diminuiu bem como a duração média dos mesmos. No entanto, deve salientar-se o facto de que na “fala espontânea” houve um aumento significativo (3 valores), que poderá ser explicado pelo facto de, tal como Le Huche (2006) refere, o atraso do FAM numa pessoa fluente provocar o aparecimento de comportamentos muito semelhantes aos da gaguez. Desta forma, e porque o paciente apresentava um grau de disfluência baixo, o FAM perturbou a fala provocando um aumento desta frequência. Relativamente aos comportamentos associados apenas se verificaram movimentos da cabeça que obtiveram a pontuação mínima. Com a utilização do *Master Pitch* e, neste segundo momento avaliativo, a classificação alterou-se para Gravidade Muito Fraca. Assim, devido à classificação quantitativa e qualitativa, bem como a classificação do grau de severidade, é possível constatar que se verificou uma melhoria da fluência no paciente com a terapia decorrida nos últimos três meses.

Como já foi referido anteriormente, durante todo o processo de intervenção terapêutica o paciente mostrou-se activo, desenvolvendo todas as actividades propostas e respeitando as indicações que foram sugeridas ao longo dos três meses. Procurou praticar os exercícios diariamente em casa, como lhe foi sugerido, embora em três semanas isto não acontecesse (uma devido a eventos académicos da sua universidade e, depois, os 15 dias em que decorreram os exames inerentes ao curso). Bohnen (2005) faz referência à motivação como sendo um requisito fundamental para a reabilitação. Segundo o autor, numa dada altura a necessidade, para o gago, de ir em busca de ajuda supera qualquer sentimento de resistência. A motivação também deve ser encontrada no profissional que vai interagir com a pessoa que gagueja. De facto, aquando das sessões realizadas com o estudo de caso foi notória a importância do empenho e motivação existente por parte da terapeuta em questão.

Ao longo da terapia o P. adquiriu conhecimentos acerca das suas características linguísticas e fisiológicas aquando da fala. Aprendeu o conceito de postura corporal adequada e percebeu o mecanismo de respiração e de produção de fala. Cupello (2007) relata como sendo muito importante o sujeito saber usar o ar de forma adequada para produzir uma fala fluente.

Casanova (1997) chama a atenção para a importância de filmar a avaliação para, posteriormente, ser mostrada ao paciente com vista à auto-consciencialização dos

comportamentos que manifesta quando gagueja e quando fala fluentemente. De facto, através do recurso às filmagens o P. auto-identificava todas estas características no seu discurso e procurava corrigir-se constantemente.

Quando iniciou os exercícios de relaxamento muscular mostrou-se renitente, mas depois percebeu a sua importância e procurou desempenhá-los da melhor forma possível. De acordo com Casanova (1997) esta técnica vem associada às de diminuição do ritmo da fala e, também, às psicoterapêuticas que visam a eliminação da ansiedade e da logofobia. O paciente não efectuou intervenção a este nível devido à escassez de tempo de que disponha.

No que respeita às palavras iniciadas com o grafema [h] compreendeu que o problema não está na forma como se articulam as palavras, mas sim no receio de falhar, que ele manifesta com estas. Lê com facilidade todas, excepto quando as produz em contexto de fala espontânea. É uma situação nova e inesperada. As palavras que começam por [h] na forma escrita, oralmente iniciam-se por uma vogal. O P. não apresenta bloqueios em qualquer outra palavra que, oral e graficamente, comecem por vogal. Não foram encontradas referências na bibliografia para este tipo de situações.

REFORMULAÇÃO DO PLANO

É importante salientar possíveis alterações que se fariam se eventualmente o trabalho estivesse no princípio. Ao longo da intervenção terapêutica, por vezes, deparamo-nos com limitações que ao início não são tidas em conta. Como tal, a reformulação do plano proposta será a seguinte:

Meta terapêutica

Reduzir ao máximo os fenómenos linguísticos e os observáveis, audíveis e visuais da gaguez.

Objectivos gerais

Se o tempo para a terapia se conservasse (3 meses) bem como a periodicidade (semanalmente), os objectivos gerais seriam:

1. O P. deverá ser capaz de colaborar no fornecimento de dados da anamnese para adultos;
2. O P. deverá ser capaz de colaborar no fornecimento de dados durante as avaliações dos aspectos linguísticos e dos fenómenos observáveis, audíveis e visuais que lhe serão feitas, com a ajuda dos protocolos que se encontram em anexo³⁷;
3. O P. deverá identificar, com a técnica de feedback acústico modificado, os valores de FAF e DAF com que se sente mais confortável, no treino que fará com o *Master Pitch*;
4. O P. deverá ser capaz de descrever, por palavras suas, as principais características linguísticas (tudo o que respeita aos conceitos linguísticos como as repetições, prolongamentos, entre outras) e fisiológicas (todos os fenómenos que o paciente adopta fisicamente no momento de fala) da gaguez no adulto;
5. O P. deverá saber definir a postura corporal adequada para a fala;
6. O P. deverá ser capaz de explicar o mecanismo de respiração no, que diz respeito ao tipo e ao modo;

³⁷ Anexos II, IV, V, VI, VII, VIII e XXI.

7. O P. deverá ser capaz de explicar o mecanismo de produção de fala (coordenação fono-articulatória);
8. O P. deverá auto-identificar características linguísticas e fisiológicas da gaguez, alterações de postura, de respiração e produção de fala, presentes no momento da avaliação, com recurso às filmagens;
9. O P. deverá ser capaz de descrever a distinção entre “tensão muscular” de “relaxamento muscular”;
10. O P. deverá ser capaz de controlar a respiração aquando da fonação em diferentes tipos de situações;
11. O P. deverá ser capaz de produzir, sem repetições ou hesitações, em contexto de fala espontânea, palavras que contenham o grafema [h] em posição inicial da palavra.

No entanto, seria importante que as sessões fossem bissemanais para um melhor acompanhamento do trabalho. Assim poderia ser possível desenvolver mais e diferentes exercícios. Como com o aumento de treino e de exercitação a tendência é obter resultados melhores, seria uma mais-valia para o desenvolvimento da fluência. Cupello (2007) refere também a importância das sessões acontecerem duas vezes por semana. Seriam divididas em dois tipos de técnicas que se alternariam: uma sessão com exercícios de relaxamento e outra composta pelos restantes objectivos. Como “o cérebro só aprende por repetição” logo, quanto mais treino e dedicação de tempo o paciente tivesse, melhor seria o resultado.

Também seria importante o acompanhamento psicológico. O P., por vezes, tinha dificuldades em aceitar, de início, alguns exercícios que lhe eram pedidos para cumprir e com isto exigia diversas explicações e questionava a sua importância. De acordo com determinados dados que foram recolhidos durante a anamnese e avaliação, e mesmo à medida que a terapia decorreu, foi-se evidenciando essa necessidade (Ex: o problema demonstrado e comprovado com as palavras que se iniciam com o grafema [h]).

CONCLUSÃO

Após uma revisão bibliográfica necessária para a realização deste trabalho é possível referir que a Gaguez é um tema que ainda necessita de ser explorado na medida em que não há um consenso entre os autores. Embora seja já bastante explorado, o facto de se desconhecer a etiologia e um tratamento eficaz leva à existência de múltiplas teorias em redor deste problema.

Dado que não existe nenhuma forma de avaliação formal totalmente aceite na comunidade científica, a avaliação e classificação da gaguez pode ser um procedimento bastante impreciso. O método utilizado neste estudo para a avaliação do paciente não será assim o único. Na classificação do grau de severidade são definidos parâmetros como fraco, moderado e grave, estes poderão ter interpretações diferentes, consoante o avaliador. A classificação dos comportamentos observados também está relacionada com a percepção do avaliador, dado que as classificações apresentadas têm uma conotação subjectiva.

Seria uma mais-valia a existência de uma avaliação formal e precisa para a gaguez, dado que os profissionais que trabalham com esta problemática se deparam com inúmeras dificuldades, tanto na avaliação como no processo interventivo. No entanto, existem diversos tratamentos a adoptar que combinados entre si conduzem, na maioria das vezes, a bons resultados como foi o caso do paciente que fez parte deste trabalho.

A análise quantitativa é sem dúvida importante para este tipo de trabalho, para nos informar da percentagem de ocorrência de um determinado comportamento ou facto. Assim é-nos possível classificar a severidade da gaguez. No entanto, e como foi visível neste estudo, é imprescindível uma avaliação qualitativa para que se conheça a disfluência com a qual se vai lidar no processo da terapia.

Pelos resultados obtidos neste estudo podemos concluir que: quando se trata da gaguez adulta temos um factor importante a favor, a idade e a maturidade para compreender o que realmente se passa no momento de disfluência. O trabalho é executado com seriedade e rigor. No entanto é sabido que nesta fase não existe cura, e a tendência é aumentar com o decorrer dos anos. Daí a importância de aprender a controlar a fala e compreender as estratégias para a

diminuição dos episódios disfluentes. A consciencialização e o assumir da problemática, por parte do paciente, também é fulcral no tratamento.

O uso do *Master Pitch* acompanhado dos exercícios de relaxamento, ao longo do processo terapêutico, foi também uma mais-valia. O paciente desenvolveu a consciência de como falar mais pausadamente e sem tensão. A utilização do metrónomo na conversação facilitou e proporcionou uma fala mais pausada. O P. adaptou-se com bastante facilidade a todas estas técnicas. Embora de início o fizesse de forma artificial, em situações de conversa espontânea foram visíveis os efeitos deste trabalho. Procurava empregar todas estas técnicas e, quando falhava, estava consciente da lacuna e fazia referência a isso.

A meta terapêutica para este estudo foi assim atingida. O paciente reduziu significativamente os fenómenos linguísticos, observáveis, audíveis e visuais da gaguez.

Seria pertinente a existência de um estudo relacionado especificamente com os exercícios de relaxamento na gaguez e que reunisse consenso entre os autores. É vasta a literatura que aborde o relaxamento, no entanto nenhum se refere à disfluência na fala de forma directa. O trabalho de selecção dos exercícios é feito pelos terapeutas não existindo normas, universalmente aceites, nem sugestões de como deve ser feito. O facto é que vários autores fazem referência à importância deste trabalho na reabilitação da gaguez, devido aos resultados positivos alcançados nas suas práticas clínicas. Tal como neste estudo, os exercícios foram seleccionados pela autora e adequados ao estudo de caso em questão. Mais uma vez foi possível constatar a eficácia destes na reabilitação do paciente.

BIBLIOGRAFIA

Andrade e Juste (2001). “Aplicação de um teste americano de severidade da gagueira (SSI) em crianças fluentes falantes do português brasileiro”. In: Pró-fono, 13(2), pp 177-180. [Em linha]. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=362959&indexSearch=ID>>. [Consultado em 06/02/2009].

Barbosa, L. & Chiari, B. (1998). *Gagueira: etiologia, prevenção e tratamento*. São Paulo. Pró Fono.

Bloch, P. (2002). *Comunicação Oral – Da Criança e do Adulto*. Rio de Janeiro. Revinter.

Bloch, P. (2002). *Seu Filho Fala Bem?*. 6ª Ed. Rio de Janeiro. Revinter.

Blumenfeld, L. (1994). *Relaxamento Holístico. Técnicas simples para controlar o excesso de stress na sua vida*. São Paulo. Cultrix.

Bohnen, A. J. (2005). *Sobre a gagueira*. Rio Grande do Sul. Unisinos.

Carvalho, J. E. (2002). *Metodologia do Trabalho Científico – Saber-Fazer da investigação para dissertação e teses*. Lisboa. Escolar.

Casanova, P. *et al.* (1997). *Manual de Fonoaudiologia*. 2ª Ed. Porto Alegre. Artes Médicas.

Castro, A. M. (2003). *Dança e Psicoterapia. Levantamento e Análise da Situação da Dançoterapia em Portugal*. [Em Linha]. Disponível em <<http://dited.bn.pt:80/29958>>. [Consultado em 22/03/2009].

Cupello, R. (2007). *GAGUEIRA. Uma visão Neuropsicológica: Avaliação e Tratamento*. Rio de Janeiro. Revinter.

- Einstein, A. (1981). *Como eu vejo o mundo*. Rio de Janeiro. Nova Fronteira
- Fernandes, M. (2007). *100 Fábulas Fabulosas*. Rio de Janeiro. 4ª Ed. Record.
- Friedman, S. (2004). *Gagueira: origem e tratamento*. 4ª Ed. São Paulo. Plexus.
- Goldfeld, M. (2003). *Fundamentos em Fonoaudiologia: Linguagem*. 2ª Ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan.
- Jakubovicz, R. (1992). *A Gagueira: Teoria e Tratamento de Adultos e Crianças*. 4ª Ed. Rio de Janeiro. Revinter.
- Jakubovicz, R. (1997). *A Gagueira: Teoria e Tratamento de Adultos e Crianças*. 5ª Ed. Rio de Janeiro. Revinter.
- Jakubovicz, R. (2009). *Gagueira*. 6ª Ed. Rio de Janeiro. Revinter.
- La Fontaine, J. (2008). *As Mais Belas Fábulas de La Fontaine*. Porto. Civilização Editora.
- Le Huche, F. (2006). *La Tartamudez: opción curación*. Barcelona. Masson.
- Limongi, S. (2003). Fonoaudiologia informação para a formação. Linguagem: desenvolvimento normal, alterações e distúrbios. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan.
- Marchesan, I. Q. et alii. (1994). *Tópicos em Fonoaudiologia*. São Paulo. Lovise.
- Nicola, M. & Cozzi, T. (2004). *Manual de Avaliação Fonoaudiológica*. Rio de Janeiro. Revinter.
- Payne, R. A. (2003). *TÉCNICAS DE RELAXAMENTO. Um Guia Prático para Profissionais de Saúde*. 2ª Ed. Loures. Lusociência.

Pereira, M. M. de Britto. (2003). *Análise Linguística da Gagueira*. São Paulo. AM3 Artes.

Puyuelo, M. (2001). *Casos clínicos en logopedia 1*. Barcelona. Masson.

Ribeiro, I. M. (2003). *Conhecimentos essenciais para atender bem a pessoa com queixa de Gagueira*. São José dos Campos. Pulso.

Saint-Exupéry, A. (1996). *O Príncipezinho*. 3ª Ed. Mem Martins. Europa-América.

Stokoe, P. (1987). *Expresión corporal en el jardín de infantes: como soy y como era*. Barcelona. Paidós.

The Seegnal Research Home Page. [Em linha]. Disponível em <http://www.seegnal.pt/products/masterpitch.php#masterpitch_therapy>. [Consultado em 15/04/2009].

Touzet, B. B. (2002). *Tartamudez. Una disfluencia con cuerpo y alma*. 1ª Ed. Buenos Aires. Paidós.

Turnbull, J. & Stewart, T. (1999). *The Dysfluency Resource Book*. United Kingdom. Winslow.

Vázquez, M. I. (2001). *Técnicas de relajación e respiracion*. Madrid. Editorial Síntesis.

Zamora, C. L. (2007). *Antropología de la tartamudez. Etnografía y propuestas*. Barcelona. Edicions Bellaterra.

ANEXOS

ANEXO I – Guião de anamnese do adulto (baseada nas anamneses de Nicola & Cozzi (2004); Cupello (2007) e Jakubovicz (2009))

Nome: _____ Data: ___/___/___

Data de Nascimento: ___/___/___ Estado Civil: _____

Habilitações literárias: _____ Diagnóstico: _____

Agregado Familiar

Nome: _____

Idade: _____ Grau de Parentesco _____

Profissão: _____

Nome: _____

Idade: _____ Grau de Parentesco _____

Profissão: _____

Nome: _____

Idade: _____ Grau de Parentesco _____

Profissão: _____

Nome: _____

Idade: _____ Grau de Parentesco _____

Profissão: _____

Histórico da queixa

Motivo da consulta: _____

Há quanto tempo apareceu o problema? _____

Relaciona este acontecimento com algo? _____

Antecedentes familiares? _____

Já alguma vez frequentou terapia da fala? _____

Motivo? _____ Quanto tempo? _____

Resultados obtidos: _____

A vinda à terapia da fala foi iniciativa de quem? _____

Porquê? _____

Já alguma vez teve outro tipo de problema de comunicação? _____

Qual? _____

Outro(s) apoio(s)? _____

Historial Clínico

Antecedentes cirúrgicos? _____

Sofre de algum problema de saúde? _____ Qual? _____

Acompanhamento: _____

Medicação: _____

Percepção do problema de fala

Como define a sua fala? _____

Há alguma situação em que se sinta bem a falar? _____

Qual? _____

Há algumas situações em que evite falar? _____

Quais? _____

Há alguém com quem fale sem gaguejar? _____ Quem? _____

Há alguém com quem evite falar? _____ Quem? _____

Quando gagueja existe alguma estratégia que use como forma de o ajudar?

Já teve alguma situação embaraçosa devido à sua disfluência?

Situação Escolar (caso ainda frequente a escola)

Ano de escolaridade: _____ Idade de entrada: _____

Qual o aproveitamento escolar? _____

Qual a disciplina com mais dificuldade? _____

E com menos? _____

Qual a atitude do(a) professor (a) em relação à perturbação da fala? _____

Comportamento adoptado: _____

Alguma situação escolar privilegiada? _____

Alguma situação escolar Evitada? _____

Situação Profissional

Neste momento em que trabalha? _____

O seu problema de fala influencia na sua situação profissional? _____

Se sim, porquê? _____

Como é os seus colegas de trabalho encaram o seu problema? _____

Situação Social

Como caracteriza a sua vida social? _____

Tem muitos amigos? _____

Como é que eles encaram o seu problema? _____

Há algum momento que deseje evitar o contacto com as pessoas? _____

Qual? _____

Pratica algum desporto? _____

Qual? _____ Comportamento? _____

Relaciona-se bem com quem mora? _____

Com quem tem melhor relação? _____

Com quem tem pior relação? _____

Porquê? _____

Como é os seus familiares encaram o seu problema? _____

Expectativas em Relação à Terapia

Em que é que acha que a terapia da fala pode mudar do seu problema? _____

Em que é que a sua vida seria diferente se não gaguejasse? _____

Observações:

ANEXO II – Avaliação da frequência dos comportamentos disfluentes de Andrews e Ingham (1964)

Avaliação da frequência dos comportamentos disfluentes de Andrews e Ingham (1964)

- 1 – Preparar um vídeo ou uma gravação áudio.
- 2 – Explicar ao paciente o que vai ser feito e o motivo.
- 3 – Pedir ao paciente para ler em voz “alta” um excerto de, aproximadamente, 300 sílabas. O motivo de incluir a leitura deve-se ao facto de podermos controlar se o paciente evita ou não certas palavras.
- 4 – Pedir para fazer um monólogo de 2 a 3 minutos usando diferentes temas segundo a sua preferência, como por exemplo futebol e cinema (no mínimo de 300 a 500 sílabas).
- 5 – Pedir para dialogar com o terapeuta durante 2 a 3 minutos (no mínimo de 300 a 500 sílabas).
- 6 – Pedir para usar o telefone e falar com outra pessoa que lhe seja desconhecida (este comportamento nem sempre é realizado, porque é muitas vezes evitado pelo paciente).
- 7 – Contabilizar a frequência da gaguez em cada um dos casos anteriores, usando a seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Número de sílabas gaguejadas}}{\text{N.º total de sílabas pronunciadas}} \times 100 = \quad \% \text{ de sílabas gaguejadas}$$

(Tanto podem ser usadas sílabas como palavras na contagem, desde que essa unidade seja mantida. São contabilizadas como episódios de gaguez as repetições, prolongamentos e bloqueios.

- 8 – Para obtermos o grau de severidade temos também que ter em conta a duração de cada episódio.
- 9 – Para obter o número de sílabas por minuto:

$$\text{SPM (Sílabas Por Minuto)} = \frac{\text{N.º de sílabas pronunciadas em 2 minutos}}{2}$$

A fala normal deve situar-se entre as 162 – 230 SPM (sendo a média 196 SPM). Na leitura deve situar-se entre 210 – 265 SPM.

ANEXO III – Resultados da avaliação e reavaliação da frequência dos comportamentos de Andrews e Ingham (1964)

Avaliação

Frequência da gaguez

$$\frac{\text{Número de sílabas gaguejadas}}{\text{N.º total de sílabas pronunciadas}} \times 100 = \% \text{ de sílabas gaguejadas}$$

Leitura de texto:

$$\frac{6}{751} \times 100 = 0,8 \% \text{ de sílabas gaguejadas}$$

Monólogo:

$$\frac{16}{372} \times 100 = 4,3 \% \text{ de sílabas gaguejadas}$$

Diálogo:

$$\frac{74}{341} \times 100 = 21,7 \% \text{ de sílabas gaguejadas}$$

Conversa ao telefone com uma pessoa desconhecida:

$$\frac{76}{318} \times 100 = 23,9 \% \text{ de sílabas gaguejadas}$$

Número de sílabas por minuto

$$\text{SPM} = \frac{\text{N.º de sílabas pronunciadas em 2 minutos}}{2}$$

Leitura de texto:

$$\text{SPM} = \frac{751}{2} = 375,2$$

Monólogo:

$$\text{SPM} = \frac{372}{2} = 186$$

Diálogo:

$$\text{SPM} = \frac{409}{2} = 204$$

Conversa ao telefone com uma pessoa desconhecida:

$$\text{SPM} = \frac{266}{2} = 133$$

Reavaliação

Frequência da gaguez

$$\frac{\text{Número de sílabas gaguejadas}}{\text{N.º total de sílabas pronunciadas}} \times 100 = \% \text{ de sílabas gaguejadas}$$

Leitura de texto:

$$\frac{9}{751} \times 100 = 1,19 \% \text{ de sílabas gaguejadas}$$

Monólogo:

$$\frac{19}{697} \times 100 = 2,73 \% \text{ de sílabas gaguejadas}$$

Diálogo:

$$\frac{22}{890} \times 100 = 2,47 \% \text{ de sílabas gaguejadas}$$

Conversa ao telefone com uma pessoa desconhecida:

$$\frac{38}{434} \times 100 = 8,76 \% \text{ de sílabas gaguejadas}$$

Número de sílabas por minuto

$$\text{SPM} = \frac{\text{N.º de sílabas pronunciadas em 2 minutos}}{2}$$

Leitura de texto:

$$\text{SPM} = \frac{672}{2} = 336$$

Monólogo:

$$\text{SPM} = \frac{393}{2} = 196,5$$

Diálogo:

$$\text{SPM} = \frac{460}{2} = 230$$

Conversa ao telefone com uma pessoa desconhecida:

$$\text{SPM} = \frac{357}{2} = 178$$

ANEXO IV – Exame de gaguez de Nicola & Cozzi, (2004)

Nome: _____ Idade: _____ Data: _____

Informações		Conversa Informal	Leitura de Texto	Leitura de Poesia	Canto	Numeral	Obs.
Repetição							
1	Sintagma						
	Palavra						
	Sílaba						
	Sons						
2	Início						
	Meio						
	Fim						
3	C/ Esforço						
	S/ Esforço						
	Lento						
	Acelerado						
Acréscimos							
Início							
Meio							
Fim							
Desordenados							
Bloqueios		(S) (N)	(S) (N)	(S) (N)	(S) (N)	(S) (N)	
Tipo							
Prolongamentos		(S) (N)	(S) (N)	(S) (N)	(S) (N)	(S) (N)	
Tipo							
Substituição		(S) (N)	(S) (N)	(S) (N)	(S) (N)	(S) (N)	
Tipo							
Artifícios		(S) (N)	(S) (N)	(S) (N)	(S) (N)	(S) (N)	
Tipo							

Linguagem

Obs.: deve observar-se qual o tipo utilizado pelo paciente na repetição: palavras/sílabas ou sons; em que ponto de fala incide a repetição: início, meio ou fim; e de como é realizado: com esforço, sem esforço, lento ou acelerado. O mesmo procedimento deve ser observado nos acréscimos.

Mecanismo

A – De libertação

- () Apoia-se em alguma coisa
- () Pára de falar. Pausa e recomeça
- () Fala a cantar ou com ritmo

B – De Iniciação

- () Trejeitos para ganhar tempo
- () Pisca os olhos
- () Aumenta a velocidade da fala
- () Aumenta o tom
- () Inicia com “ah”, “oh” e “hum”
- () Aumenta subitamente a tensão

Tensão

A – De acordo com a respiração

- () Pausas exageradas
- () Usa o ar residual

() Fala Ofegante

B – De Acordo com a Fonação

() Ataque glótico brusco

() Tremor / Instabilidade vocal

() Pressão fraca (voz soprada)

C – De Acordo com a Face

() Pisca os olhos

() Aperta os olhos

() Vira os olhos

() Franze as sobrancelhas

() Contraí o queixo

() Retorce os lábios

() Contraí os lábios

() Abre as narinas

() Retrai as bochechas

D – De Acordo com as Extremidades

() Cerra os punhos

() Segura o queixo

() Bate os pés

() Bate com a ponta do dedo

E – De Acordo com o Dorso

() Curva o corpo

() Contraí o corpo

() Fica rígido

() Relaxa certas partes

F – De Acordo com a Cabeça

() Movimenta para cima (extensão)

() Movimenta para baixo (flexão)

() Movimenta para o lado esquerdo (rotação)

() Movimenta para o lado direito (rotação)

() Pende para a frente (protusão)

Realização Linguística

A – Problemas de origem gramatical e/ou concordância verbal (s) (n) Quais? _____

B – Coerência e coesão do discurso _____

C – Desejo de comunicação _____

Percepção

A – Auto-percepção da audição da gaguez: _____

B – Auto-percepção da visualização da gaguez: _____

C – Sentimentos associados à gaguez: _____

Exames Complementares

Observações gerais: _____

Impressão diagnóstica: _____

Terapeuta da Fala: _____

ANEXO V – “Stuttering Severity Instrument – Revision 3” (SSI-3) de Riley (1972, 1980)

(The Stuttering Severity Instrument, Riley, G., 1972, **A stuttering severity instrument for children and adults**. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 37, 314-322)

Identificação

Nome _____

Sexo _____ Escolaridade _____ Idade _____

Data _____ Data de nascimento _____

Escola _____

Examinador _____

Pré-escolar ___ Idade escolar ___ Adulto: Letrado ___ Iletrado ___

Frequência (utilizar apenas a tabela letrada ou iletrada, não ambas)

Tabela de letrados

1. Tarefa de fala espontânea		2. Tarefa de leitura	
Porcentagem	Pontuação	Porcentagem	Pontuação
1	2	1	2
2	3	2	4
3	4	3 -- 4	5
4 -- 5	5	5 -- 7	6
6 -- 7	6	8 -- 12	7
8 -- 11	7	13 -- 20	8
12 -- 21	8	>21	9

Tabela de iletrados

3. Tarefa de fala espontânea	
Porcentagem	Pontuação
1	4
2	6
3	8
64 -- 5	10
6 -- 7	12
8 -- 11	14
12 -- 21	16

Pontuação da frequência (usar 1+2 ou 3) _____

Duração

Duração dos três momentos em que a gaguez é maior Tempo aproximado entre 1º - 10º seg	Escala de Pontuação
Muito rápido (0,5 seg. ou menos)	2
Meio segundo (0,5 - 0,9 seg.)	4
1 segundo (1,0 - 1,9 seg.)	6
2 segundo (2,0 - 2,9 seg.)	8
3 segundo (3,0 - 3,9 seg.)	10
5 segundo (5,0 - 9,9 seg.)	12
10 segundo (10,0 - 29,9 seg.)	14
30 segundo (30,0 - 59,9 seg.)	16

Pontuação da duração (2 – 18) _____

Comportamentos associados

Escala de Avaliação

0 = nenhum

1 = não visível a não ser que estejamos a observar

2 = mal se nota a um observador casual

3 = distractivo (o que o gago faz com que não consigamos desviar a atenção dele)

4 = muito distractivo

5 = grave e doloroso ao olhar

Sons distractivos	Respiração ofegante, sussurrar, snifar, soprar, clics com a língua	0 1 2 3 4 5
Movimentos facieais involuntários	Esgares, protrusão da língua, pressão labial, musculatura mandibular tensa	0 1 2 3 4 5
Movimentos com a cabeça	Para trás, para a frente, rotação, olhar de esgalha, olhar em redor	0 1 2 3 4 5
Movimentos dos membros	Movimentos dos Braços e das mãos, mãos na cara, movimento do dorso, movimento das pernas, bater com o pé e movimento alternado dos pés	0 1 2 3 4 5

Pontuação dos comportamentos associados _____

Pontuação total	Percentagem	Gravidade
10 -- 12	1 -- 4	Muito fraca
13 -- 17	5 -- 11	
18 -- 20	12 -- 23	Fraca
21 -- 24	24 -- 40	
25 -- 27	41 -- 60	Moderada
28 -- 31	61 -- 77	
32 -- 34	78 -- 88	Grave
35 -- 36	89 -- 95	
37 -- 46	96 -- 99	Muito Grave

Pontuação final

Frequência _____ + Duração _____ + Comportamentos associados _____ = _____

Percentagem _____ Gravidade _____

ANEXO VI – Protocolo para avaliar a frequência da Gaguez sugerido por Jakubovicz (2009)

Terapeuta da Fala: _____ Data: ___ / ___ / ___ Diagnóstico: _____

Nome: _____ D. N.: ___ / ___ / ___ Habilitações literárias: _____

- O número de ouvintes modifica a sua gaguez? Quantos?

Um () Dois () Um grupo ()

- As características do ouvinte modificam alguma coisa? Quais?

Homem () Mulher ()

Pessoas mais velhas () Pessoas mais jovens ()

Amigos () Estranhos ()

- A Natureza da situação de fala tem alguma influência? Quando?

Pergunta () Responde ()

Diante de perguntas directas () Dando respostas curtas ()

Explicando algo () Dando informações ()

- Certas situações emocionantes alteram a gaguez? Em que circunstâncias?

Em um papel de inferioridade () Em um papel de superioridade ()

Com raiva () Muito contente () Muito triste ()

- Certas situações específicas produzem mais gaguez, quais?

Apresentar-se a alguém () Dizer o seu nome ()

Telefonar () Dar o seu endereço ()

ANEXO VII – Protocolo para avaliar as reacções da pessoa em relação à Gaguez sugerido por Jakubovicz (2009)

Terapeuta da Fala: _____ Data: ___ / ___ / _____

Nome: _____ Sexo: F__ M__

Idade: _____ Data de Nascimento: ___ / ___ / _____ Estado Civil: _____

Habilitações literárias: _____ Diagnóstico: _____

Responda sim ou não

➤ O que é mais importante quando gagueja:

() A reacção dos outros? () A sua própria reacção?

➤ O que sente quando gagueja:

() Vazio no estômago? () Vergonha? () Um aperto na garganta?

➤ O que o perturba mais quando gagueja:

() A impossibilidade de falar? () Não conseguir terminar a frase?

➤ O que acha que os outros pensam de si:

() Têm pena? () Não gostam de o ouvir a falar?

() Divertem-se com a sua maneira de falar?

() Acham-no pouco inteligente só porque gagueja?

- O que pensa de si quando gagueja:
 - () Acha que tem uma doença incurável?
 - () Acha que é incapaz de se dominar?
 - () Acha que é diferente dos outros?

- O que o incomoda mais da reacção da pessoa que o escuta:
 - () Medo que riam? () Medo de chamar a atenção?
 - () Medo que digam as coisas por si?
 - () Medo de não ter tempo de falar o que pretendia?

- Acha que as pessoas evitam falar consigo por causa da gaguez?
 - () Sim () Não

ANEXO VIII – Protocolo para avaliar aspectos da personalidade sugerido por Jakubovicz (2009)

Terapeuta da Fala: _____ Data: ___ / ___ / _____

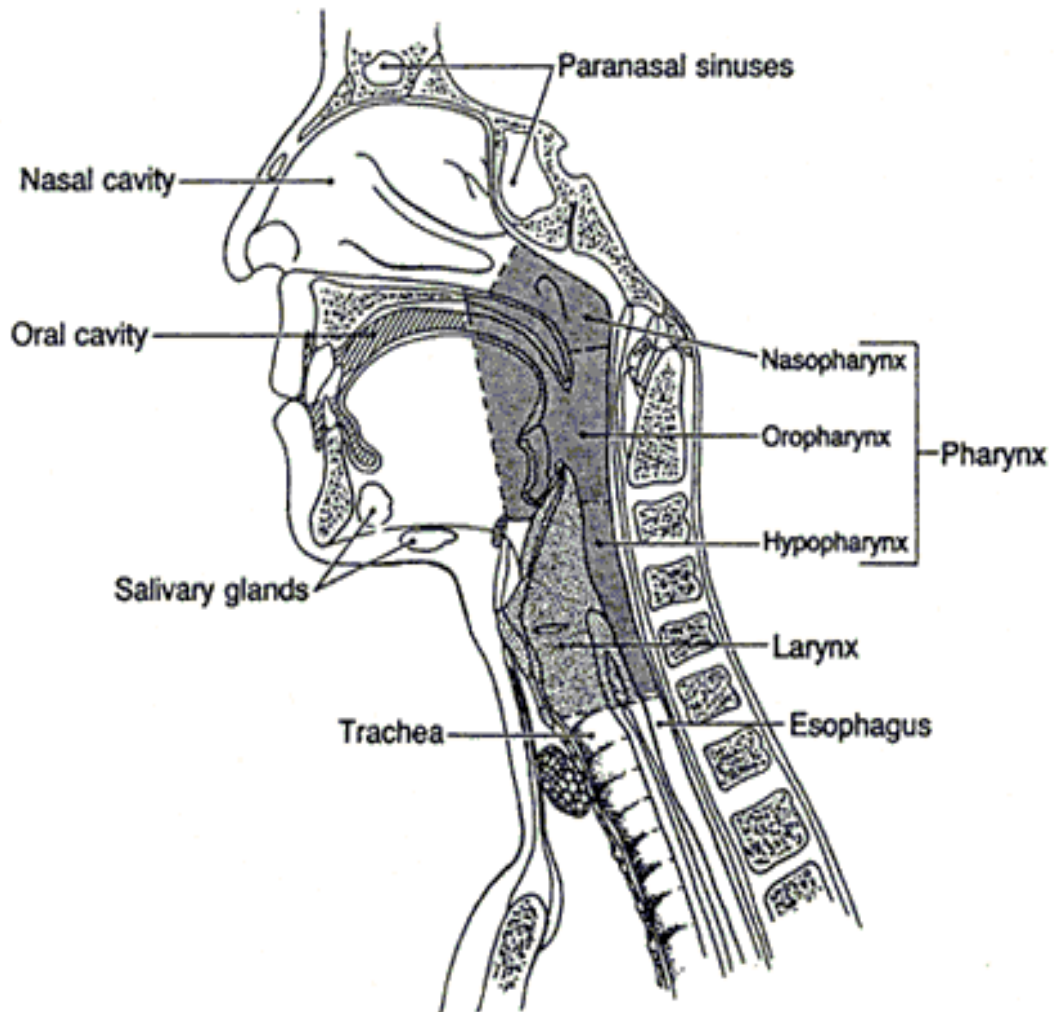
Nome: _____ Sexo: F__ M__

Idade: _____ Data de Nascimento: ___ / ___ / _____ Estado Civil: _____

Habilitações literárias: _____ Diagnóstico: _____

- Quer ser ajudado?
- Como espera que seja essa ajuda?
- Como costuma resolver os seus problemas:
 com perseverança? com desânimo?
- Como enfrenta os problemas:
 escolares, no desporto, familiares, amorosos?
- É independente ou espera que os outros façam as coisas por si?
- O que lhe está a suscitar mais interesse na terapia que vamos fazer:
 O que vai ter de fazer para melhorar a sua gaguez?
 O que o terapeuta vai fazer para melhorar a sua gaguez?

ANEXO IX – Imagem do aparelho fonoarticulatório



ANEXO X – Planos, registos e conclusões das consultas com o estudo de caso

PLANEAMENTO DE SESSÃO**Data:** 28 /02 /2009**Terapeuta Orientadora:** Mestre Dra. Susana Vaz Freitas**Terapeuta:** Sandra Lima**Nome:** P. A. F. **Idade:** 20**Diagnóstico:** Gaguez Ligeira**Sessão nº** 1

Objetivos Específicos	Procedimentos Terapêuticos (Métodos e Técnicas)	Estratégias	Material
<ul style="list-style-type: none"> • Explicar ao paciente o objectivo e a importância da anamnese na recolha de dados; • Adquirir o máximo de dados em relação à gaguez do paciente; • Compreender as preocupações do paciente e procurar identificar as suas expectativas em relação à Terapia da Fala. 	<ul style="list-style-type: none"> • Criar um ambiente confortável (música ambiente) para que o paciente se expresse com tranquilidade nas respostas às questões que lhe serão colocadas; • Seguir o protocolo de anamnese³⁸ para colocar as questões ao paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer uma relação de empatia com o paciente; • Proporcionar um ambiente calmo / tranquilo; • Adoptar postura ao nível do paciente; • Adaptar vocabulário; • Espera estruturada; • Pergunta / resposta; • Comando verbal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo de anamnese³⁹ para adulto.

³⁸ Anexo I.³⁹ Anexo I.

REGISTO DE SESSÃO**Data:** 28 /02/2009**Terapeuta Orientadora:** Mestre Dra. Susana Vaz Freitas**Terapeuta:** Sandra Lima**Nome:** P. A. F. **Idade:** 20 **Diagnóstico:** Gaguez Ligeira **Sessão nº** 1

No decorrer da sessão adoptei uma postura ao nível do paciente para que este se sentisse confortável e desinibido, para se expor em relação à gaguez. Segui o protocolo de avaliação como guia da entrevista, embora procurasse sempre adaptar o vocabulário para que o paciente percebesse o que realmente estava a questionar. Recorri várias vezes a exemplos hipotéticos, de acordo com o que estava a ser discutido, para o paciente desenvolver mais as suas respostas e perceber que tínhamos tempo para falar de tudo com clareza.

O paciente colaborou de forma positiva durante toda a sessão, respondendo, sem hesitações ou constrangimentos, a todas as questões que lhe foram colocadas. Respondeu a tudo com muita clareza e procurou fazer-se entender de várias formas, mesmo quando não conseguia explicar determinados comportamentos ou situações. Recorria a exemplos de situações vividas e contava pequenas histórias porque passara. O P. fez parecer que na sua vida não costuma falar da gaguez que possui, talvez porque, até há algum tempo atrás não tinha qualquer tipo de problemas com isso. Segundo o paciente, a gaguez “era um problema só da sua cabeça” e que, no entanto, gaguejava pouco. Hoje em dia tem noção que é gago e que a gaguez tem piorado, não conseguindo ocultar este fenómeno das pessoas com quem se relaciona.

O paciente demonstrou ser meigo, carinhoso e principalmente muito tímido no que respeita a determinados assuntos. No entanto, tem uma vida social bastante activa. Participa em todos os eventos e festas que seja possível. Tem um grupo de amigos bastante alargado e procura estar regularmente com os seus amigos.

Demonstrou ainda bastantes expectativas em relação à terapia, embora soubesse da inexistência de “cura” para a gaguez. As suas expectativas prendem-se com o facto de que, com terapia da fala, poderá desmistificar este assunto, adquirir conhecimentos e estratégias que o possam levar a reduzir os episódios de gaguez.

PLANEAMENTO DE SESSÃO**Data:** 07/03/2009**Terapeuta Orientadora:** Mestre Dra. Susana Vaz Freitas**Terapeuta:** Sandra Lima**Nome:** P. A. F. **Idade:** 20 **Diagnóstico:** Gaguez Ligeira **Sessão nº** 2

Objectivos Específicos	Procedimentos Terapêuticos (Métodos e Técnicas)	Estratégias	Material
<ul style="list-style-type: none"> O P. deverá ser capaz de colaborar no fornecimento de dados ao longo das diferentes etapas requeridas do protocolo de avaliação; O P. deverá compreender a importância da filmagem no decorrer da avaliação. 	<ul style="list-style-type: none"> Colocar a câmara de vídeo num local propício à captação total do paciente, mas sem que este esteja a vê-la constantemente. Para isso a câmara de vídeo deverá ser colocada ao lado do paciente e não à frente; Explicar todos os objectivos da avaliação e em que consistem; Aplicar os protocolos de avaliação na ordem em que se encontram em anexo. Ser-lhe-á explicado as provas que terá que efectuar e o interesse nesta recolha de dados para elaboração do plano terapêutico; Fornecer um jornal actual para que o paciente tenha possibilidade de escolha de um texto 	<ul style="list-style-type: none"> Adoptar postura ao nível do paciente; Adaptar vocabulário; Espera estruturada; Pergunta / resposta; Comando verbal. 	<ul style="list-style-type: none"> Protocolos de Avaliação: <ol style="list-style-type: none"> Anexo II; Anexo IV; Anexo V; Anexo VI; Anexo VII; Anexo VIII; Anexo XXI. Câmara de vídeo; Jornal; Poema; Lista de músicas; Telemóvel.

	<p>para proceder à leitura em voz audível;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selecionar, em conjunto com o paciente, um tema para ser discutido entre o paciente e a terapeuta; • Fazer uso de um telemóvel para realizar a tarefa de “falar com uma pessoa que lhe seja desconhecida”; • Fornecer um poema para o paciente recitar; • Fornecer uma pequena lista de músicas, para que este seleccione uma para cantar; • Pedir ao paciente que coloque os auscultadores para que, com o Master Pitch, repita as provas de leitura e de diálogo; • Fornecer ao paciente uma lista⁴⁰ com palavras começadas com o [h] para proceder à leitura. <p>Por fim, pedir ao paciente para construir frases contendo algumas dessas palavras.</p>	
--	---	--

⁴⁰ Anexo XXI.

REGISTO DE SESSÃO**Data:** 07/03/2009**Terapeuta Orientadora:** Mestre Dra. Susana Vaz Freitas**Terapeuta:** Sandra Lima**Nome:** P. A. F. **Idade:** 20 **Diagnóstico:** Gaguez Ligeira **Sessão nº** 2

O P. questionou várias vezes a importância das tarefas e prontamente lhe voltava a explicar de forma mais desenvolvida e específica as vantagens de uma boa avaliação. A título de exemplo, quando lhe foi solicitado para falar com uma pessoa que não conhecia, através do telemóvel, mostrou-se renitente e sem coragem para levar a cabo esta tarefa. Então informei-o das diferenças entre falar com alguém desconhecido e falar com alguém que já conhece e tem uma relação. Recorri a assuntos de que me tinha falado aquando da anamnese, onde ele referiu que quando fazia trabalhos “part-time” e tinha de falar com pessoas desconhecidas, lhe era mais difícil e, segundo ele, os episódios de gaguez eram mais frequentes. Daí a importância de uma avaliação neste domínio. Referi ainda, o facto de ele ter de improvisar um assunto e de ter que argumentar para que a pessoa não desligasse o telemóvel.

O paciente colaborou no fornecimento de dados, agiu com naturalidade embora, por vezes, hesitasse no cumprimento de algumas tarefas como sendo o monólogo e telefonar a alguém desconhecido. Mas depois consciencializava-se de que eram importantes estes registos e fazia-o de forma empenhada.

Foi possível verificar ao longo das avaliações que as suas dificuldades se prendem mais e são mais visíveis em situações como o monólogo, diálogo e conversa com uma pessoa desconhecida. Nos restantes itens avaliados os episódios de gaguez (fenómenos linguísticos, fenómenos observáveis, audíveis e visuais da gaguez) são raros. Com a utilização do feedback acústico modificado foi possível verificar uma ligeira diminuição da frequência de episódios de gaguez, no entanto, a duração média de cada episódio aumentou consideravelmente, cerca de 320%.

Com o Master Pitch também os comportamentos associados reduziram consideravelmente, cerca de 43%.

Por fim, manifestou vontade em saber, de imediato, o que se passava com ele nos momentos de disfluência. Mantém uma postura de empenho, e interesse em progredir.

PLANEAMENTO DE SESSÃO**Data:** 14/03/2009**Terapeuta Orientadora:** Mestre Dra. Susana Vaz Freitas**Terapeuta:** Sandra Lima**Nome:** P. A. F. **Idade:** 20 **Diagnóstico:** Gaguez Ligeira **Sessão nº** 3

Objectivos Específicos	Procedimentos Terapêuticos (Métodos e Técnicas)	Estratégias	Material
<ul style="list-style-type: none"> • O P. deverá identificar, com a técnica de feedback acústico modificado, os valores de FAF e DAF com que se sente mais confortável, no treino que fará com o Master Pitch, em diferentes situações como leitura e conversa espontânea. 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar no que consiste este trabalho e a sua importância, recorrendo a bibliografia que desenvolve este tema; • Descrever o modo de funcionamento do Master Pitch; • Instalar o programa no computador portátil do paciente para que possa fazer o treino no conforto do seu lar; • Explicar os períodos de tempo em que deve ser usado e com que frequência; • Procurar valores de FAF e DAF mais confortáveis no treino que fará em diferentes situações como leitura e conversa espontânea Exemplo: 	<ul style="list-style-type: none"> • Adoptar postura ao nível do paciente; • Adaptar vocabulário; • Espera estruturada; • Comando verbal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bibliografia contendo explicações e outras informações acerca do MasterPitch; • Programa Master Pitch; • Computador; • Auricular.

	<ol style="list-style-type: none">1. Fazer leitura alternando valores para o DAF e FAF;2. Manter uma conversa alternando os valores de FAF e DAF;<ul style="list-style-type: none">• Explicar os períodos de tempo e frequência (todos os dias por períodos de, aproximadamente, 15 minutos) do treino com o <i>Master Pitch</i>.		
--	--	--	--

REGISTO DE SESSÃO

Data: 14/03/2009

Terapeuta Orientadora: Mestre Dra. Susana Vaz Freitas

Terapeuta: Sandra Lima

Nome: P. A. F. **Idade:** 20 **Diagnóstico:** Gaguez Ligeira **Sessão nº** 3

O P. mostrou-se receptivo a este programa e captou toda a informação de forma correcta e com rapidez.

Como se verificou aquando da avaliação, este programa diminui os episódios de gaguez do paciente. O mesmo aconteceu e foi visível durante esta sessão. No decorrer do treino, e à medida que o paciente treinava e procurava valores confortáveis de FAF e DAF, era possível verificar a diminuição dos episódios de gaguez, uma vez que estes surgiam em número muito reduzido (comparando com os valores verificados na avaliação) e por períodos muito curtos de tempo (bloqueios de meio segundo).

Nesta sessão o paciente continuou a demonstrar empenho e interesse em progredir. Colocou bastantes questões acerca de diversos assuntos: interessa-se por saber tudo que diga respeito à gaguez e mostra muito entusiasmo em fazer parte deste trabalho e, assim, poder ficar a par de “tudo” o que consta na bibliografia que diz respeito à gaguez.

PLANEAMENTO DE SESSÃO**Data:** 21/03/2009**Terapeuta Orientadora:** Mestre Dra. Susana Vaz Freitas**Terapeuta:** Sandra Lima**Nome:** P. A. F. **Idade:** 20**Diagnóstico:** Gaguez Ligeira**Sessão nº** 4

Objectivos Específicos	Procedimentos Terapêuticos (Métodos e Técnicas)	Estratégias	Material
<ul style="list-style-type: none"> • Explicar ao paciente e enumerar as principais características linguísticas e fisiológicas, comuns entre a população gaga; • O P. deverá ser capaz de identificar, por palavras suas, as principais características linguísticas e fisiológicas da gaguez; • O P. deverá conseguir adoptar uma postura 	<ul style="list-style-type: none"> • Expor bibliografia seleccionada que contenha as temáticas a discutir nos 4 objectivos específicos desta sessão; • Enumerar e explicar as principais características linguísticas (repetições, acréscimos, bloqueios, prolongamentos, substituição e artificios) e fisiológicas (piscar os olhos, usar o ar residual, contrair os lábios, entre outros); • Aquando da explicação referente à postura adequada, exemplificar recorrendo ao espelho. Desta forma o paciente tem a pista 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicação clara e sucinta dos objectivos; • Adoptar postura ao nível do paciente; • Adaptar vocabulário; • Espera estruturada; • Comando verbal; • Pista visual; • Pista auditiva; • Reforço positivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bibliografia com os temas em debate; • Espelho; • Folha de papel; • Esquema do aparelho fonador⁴¹.

⁴¹ Anexo IX.

<p>corporal adequada, de acordo com aquilo que lhe será explicado e exemplificado em frente ao espelho;</p> <ul style="list-style-type: none"> • O P. deverá ser capaz de explicar o mecanismo de respiração de acordo com o que lhe será explicado e exemplificado em frente ao espelho. • O P. deverá ser capaz de explicar o mecanismo de produção de fala, de acordo com o que lhe será explicado. 	<p>visual da correcta postura corporal;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desenhar e expor noções de “ar residual” e “ar excedentário”; • A par da explicação referente à respiração exemplificar, em frente ao espelho, para o paciente se poder observar, bem como identificar possíveis alterações respiratórias e facilitar a correcção das mesmas; • Enumerar, de forma sucinta, os órgãos intervenientes na produção de fala, com a ajuda de um esquema do aparelho fonador; • Explicar a interacção da postura com a respiração, na produção da fala. 	
--	---	--

REGISTO DE SESSÃO

Data: 21/03/2009

Terapeuta Orientadora: Mestre Dra. Susana Vaz Freitas

Terapeuta: Sandra Lima

Nome: P. A. F. **Idade:** 20 **Diagnóstico:** Gaguez Ligeira **Sessão nº** 4

O P. é uma pessoa que tem vindo a demonstrar muito interesse por tudo o que diz respeito à gaguez. Nesta sessão, mais uma vez, evidenciou-se esta característica. O P. esteve sempre atento a tudo o que lhe era exposto e explicado. Interrompia com frequência para colocar questões referentes ao assunto que estava a ser discutido. Procurava aprofundar conhecimentos, mesmo que não estejam propriamente relacionados com a sua problemática. Posteriormente percebi que o seu interesse passava ainda por poder ajudar, no que pudesse, um amigo que possui uma gaguez severa.

Devo referir que esta sessão foi compilada de acordo com as exigências e questões que o P. vinha a colocar nas sessões anteriores. Posteriormente pensei que esta sessão seria maçuda e cansativa para o paciente e temia desmotivá-lo. Porém, isso não aconteceu. Como previsto inicialmente, o paciente demonstrou muito interesse, empenho e satisfação por compreender um pouco mais o “mundo da gaguez”.

O P. esteve sempre muito atento a todas as explicações que lhe foram prestadas. Conseguiu memorizar e enumerar as características linguísticas e fisiológicas que lhe referi, bem como explicar, de forma sucinta mas clara, o mecanismo de respiração e de produção de fala. Tudo isto adoptando uma postura corporal correcta. O paciente conseguiu, assim, captar toda a informação atingindo os objectivos propostos para esta sessão.

PLANEAMENTO DE SESSÃO**Data:** 28/03/2009**Terapeuta Orientadora:** Mestre Dra. Susana Vaz Freitas**Terapeuta:** Sandra Lima**Nome:** P. A. F. **Idade:** 20**Diagnóstico:** Gaguez Ligeira**Sessão nº** 5

Objectivos Específicos	Procedimentos Terapêuticos (Métodos e Técnicas)	Estratégias	Material
<ul style="list-style-type: none"> O P. deverá auto-identificar características fisiológicas da sua gaguez, através da observação das filmagens efectuadas aquando da avaliação, e de acordo com o que foi estudado relativamente a estes pontos. O P. deverá auto-identificar as 	<ul style="list-style-type: none"> Explicar o objectivo da exploração e interpretação dos vídeos captados aquando da avaliação; Utilizar o computador para visualizar os filmes e facilitar a repetição de partes dos mesmos; Enumerar, em conjunto (terapeuta e paciente), os movimentos associados e repetitivos que adoptava durante o momento da avaliação; <ol style="list-style-type: none"> Repetições silábicas e posição da sílaba repetida, na palavra; Repetição de palavras e posição da palavra repetida, na frase; Número de repetições e sua frequência; 	<ul style="list-style-type: none"> Adoptar postura ao nível do paciente; Adaptar o vocabulário; Espera estruturada; Comando verbal; Pista visual; Pista auditiva; Reforço positivo. 	<ul style="list-style-type: none"> Vídeo com a gravação da avaliação; Computador; Papel e caneta; Textos compostos a partir do que o paciente falou no momento em que estava a ser avaliado.

<p>características linguísticas da sua gaguez, auto-avaliar a respiração e a forma de produção da fala, presentes no momento da avaliação, através da observação das filmagens efectuadas aquando da avaliação, e de acordo com o que foi estudado relativamente a estes pontos.</p>	<p>4. Duração dos prolongamentos; 5. Identificar possíveis alterações de conteúdo, devido às substituições de palavras.</p>	
--	---	--

REGISTO DE SESSÃO

Data: 28/03/2009

Terapeuta Orientadora: Mestre Dra. Susana Vaz Freitas

Terapeuta: Sandra Lima

Nome: P. A. F. **Idade:** 20 **Diagnóstico:** Gaguez Ligeira **Sessão nº** 5

O paciente colaborou ao longo de toda a sessão. Achou “divertido” transcrever tudo o que disse e contar as repetições que efectuava. Identificava, de forma espontânea, os comportamentos associados à gaguez e as alterações de postura e de respiração que manifestou aquando da avaliação. Depois, com os textos transcritos, o P. pode aperceber-se das substituições e omissões de ideias desencadeadas nos momentos de bloqueio.

Nesta sessão foi possível para o P. auto-consciencializar-se, de forma mais específica, acerca do seu tipo de gaguez. Pôde verificar e analisar quais os fenómenos - linguísticos, fisiológicos, visuais e audíveis - que mais vezes se verificam no seu discurso.

O P. manteve o entusiasmo e o interesse pela terapia que tem vindo a demonstrar desde o início. Referiu ainda que o trabalho que tem vindo a desenvolver, em casa, com o Master Pitch o tem ajudado a falar mais pausadamente em contexto de discurso espontâneo, em diferentes situações como o contexto escolar, familiar e social.

PLANEAMENTO DE SESSÃO**Data:** 04/04/2009**Terapeuta Orientadora:** Mestre Dra. Susana Vaz Freitas **Terapeuta:** Sandra Lima

Nome: P. A. F.	Idade: 20	Diagnóstico: Gaguez Ligeira	Sessão nº 6
Objectivos Específicos	Procedimentos Terapêuticos (Métodos e Técnicas)		
<ul style="list-style-type: none"> • O P. deverá ser capaz de distinguir “tensão muscular” de “relaxamento muscular”, de acordo com os protocolos que lhe serão fornecidos; • O P. deverá praticar diariamente, com uma duração de 15 minutos, os exercícios para o “relaxamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Serão explicados os objectivos deste treino recorrendo a bibliografia que refira a importância dos exercícios de relaxamento no trabalho com gaguez; • Serão expostas todas as tarefas e actividades⁴² para identificação de “tensão muscular” e “relaxamento muscular” e, posteriormente, serão fornecidas ao paciente com o intuito de dar continuidade ao trabalho, mas de forma isolada, em casa; • Criar as condições ideais para o relaxamento progressivo sugerido por Edmund Jacobson 		
	Estratégias		Material
	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar condições ideais para esta prática do relaxamento; • Adaptar o vocabulário; • Espera estruturada; • Comando verbal. 		<ul style="list-style-type: none"> • Lista de actividades; • Colchão de praia ou cama; • Almofada; • Rádio leitor de CD’s.

⁴² Anexo XVI.

muscular”;	<p>(1964): quarto com ambiente tranquilo; local para deitar, uma almofada para a cabeça e música ambiente;</p> <ul style="list-style-type: none">• Treinar o procedimento do método de relaxamento progressivo sugerido por Edmund Jacobson (1964) para os braços, pernas e tronco⁴³.		
------------	--	--	--

⁴³ Anexo XVI.

REGISTO DE SESSÃO

Data: 04/04/2009

Terapeuta Orientadora: Mestre Dra. Susana Vaz Freitas

Terapeuta: Sandra Lima

Nome: P. A. F. **Idade:** 20 **Diagnóstico:** Gaguez Ligeira **Sessão** nº 6

Depois de lhe explicar a importância deste trabalho, mostrei-lhe a lista das actividades⁴⁴ que deverá fazer em casa e preparamo-nos para o treino. Como estávamos na casa do paciente (residência no tempo em que está na faculdade), solicitei-lhe que se deitasse na cama. Estava sol intenso e optei por baixar um pouco as persianas. Liguei o rádio e coloquei um CD com músicas calmas e posteriormente demos início ao treino e segui a lista dos exercícios propostos.

O paciente manifestou muito interesse por este trabalho. Compreendeu a necessidade e a importância desta actividade e mostrou muita força de vontade em realizá-lo da melhor forma possível. No entanto, o P. exteriorizou tensão durante a realização desta actividade. Não conseguia concentrar-se e interrompia os momentos de silêncio para colocar questões.

O P. procurou fazer tudo de forma correcta, mas o facto é que não conseguiu atingir os objectivos propostos para esta sessão. Percebeu o que era pretendido mas também estava consciencializado de que não se conseguia concentrar o necessário para sentir a tensão e o relaxamento, como era pretendido.

⁴⁴ Anexo XVI.

PLANEAMENTO DE SESSÃO**Data:** 11/04/2009**Terapeuta Orientadora:** Mestre Dra. Susana Vaz Freitas**Terapeuta:** Sandra Lima**Nome:** P. A. F. **Idade:** 21 **Diagnóstico:** Gaguez Ligeira **Sessão nº** 7

Objectivos Específicos	Procedimentos Terapêuticos (Métodos e Técnicas)	Estratégias	Material
<ul style="list-style-type: none"> O P. deverá ser capaz de distinguir “tensão muscular” de “relaxamento muscular” de acordo com os protocolos que lhe serão fornecidos; O P. deverá praticar diariamente, com uma duração de 15 minutos, os exercícios para o “relaxamento muscular”; 	<ul style="list-style-type: none"> Explicar os princípios do treino autogénio sugerido por Johannes Schultz; Criar condições ideais para o treino autogénio sugerido por Johannes Schultz. O ambiente deve ser tranquilo e sombrio. É preferível que o paciente esteja deitado do que sentado; Explicar a importância da continuidade deste trabalho de forma autónoma. Fornecer uma tabela⁴⁵ com as ideias gerais do trabalho que deverá desenvolver em casa, em substituição do método de relaxamento progressivo sugerido por Edmund Jacobson; 	<ul style="list-style-type: none"> Proporcionar condições ideais para esta prática do relaxamento; Adaptar o vocabulário; Espera estruturada; Comando verbal. 	<ul style="list-style-type: none"> Lista de actividades; Colchão de praia ou cama; Almofada.

⁴⁵ Anexo XVII.

REGISTO DE SESSÃO

Data: 11/04/2009

Terapeuta Orientadora: Mestre Dra. Susana Vaz Freitas

Terapeuta: Sandra Lima

Nome: P. A. F. **Idade:** 21 **Diagnóstico:** Gaguez Ligeira **Sessão** nº 7

Depois de lhe explicar a importância deste trabalho, mostrei-lhe a lista das actividades⁴⁶ que deverá fazer em casa e preparamo-nos para o treino. Pedi-lhe para se deitar na marquesa, baixei um pouco a persiana e demos início ao treino da forma como aparece na lista proposta.

O P. apresentou-se mais descontraído para a prática do relaxamento. Durante a última semana procurou praticar sozinho as actividades que tínhamos trabalhado na última sessão. Foi notória a concentração do paciente naquilo que lhe era pedido. Quando lhe pedi que se comesse a virar de lado e para se levantar vagarosamente, ele descreveu sensações como de preguiça e fraqueza.

Segundo o paciente, os períodos de gaguez têm reduzido com o uso do *Master Pitch*. Nota algumas diferenças e sente-se mais consciencializado de que tem que falar mais devagar. Não tem conseguido fazer os exercícios de relaxamento diariamente, devido à ocupação com a faculdade, no entanto, fá-los com bastante regularidade (na última semana praticou quatro dias).

⁴⁶ Anexo XVII.

PLANEAMENTO DE SESSÃO**Data:** 18/04/2009**Terapeuta Orientadora:** Mestre Dra. Susana Vaz Freitas**Terapeuta:** Sandra Lima**Nome:** P. A. F. **Idade:** 21 **Diagnóstico:** Gaguez Ligeira **Sessão nº** 8

Objectivos Específicos	Procedimentos Terapêuticos (Métodos e Técnicas)	Estratégias	Material
<ul style="list-style-type: none"> O P. deverá ser capaz de controlar a respiração, em contexto terapêutico, aquando da fonação com sílabas sem sentido; O P. deverá ser capaz de controlar a respiração, em contexto 	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver a técnica com sílabas⁴⁷ sem sentido. De início com sons mais fáceis de produzir, como os sons fricativos (primeira tabela) e, gradualmente, inserir todos os outros sons (segunda tabela) deixando para uma fase final os sons plosivos (terceira tabela); Descrição da técnica ao paciente e exemplificação da mesma por parte do terapeuta: <ol style="list-style-type: none"> O terapeuta executa a preparação respiratória: deixa sair o ar dos pulmões, inspira e inicia a leitura; Esta preparação respiratória será mantida em todos os próximos exercícios. As sílabas deverão ser emitidas num ritmo marcado por metrônomo 	<ul style="list-style-type: none"> Adoptar postura ao nível do paciente; Adaptar vocabulário; Espera estruturada; Comando verbal. 	<ul style="list-style-type: none"> Metrônomo; Cronómetro; Cartaz com sílabas⁴⁷ sem sentido; Cartaz⁴⁸ com os números de 1 a 21.

⁴⁷ Anexo XIII

<p>terapêutico, aquando da fonação através da contagem de números.</p>	<p>de 80 a 200 de velocidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> • O terapeuta executa a preparação respiratória e a leitura das sílabas em unísono com o paciente; • O paciente executa sozinho a preparação respiratória e a leitura das sílabas; • Desenvolver a técnica de contagem de 1 a 21 e de 21 a 1, com a ajuda de um cartaz⁴⁸ e com controlo respiratório; • Descrição desta técnica ao paciente e exemplificação da mesma por parte do terapeuta; • O terapeuta deverá ler os números de 1 a 21 enquanto o paciente marca o tempo. Em seguida, deverá ler de 1 a 15 no mesmo tempo que levou até 21 e, por último, de 1 a 7 no mesmo tempo que levou de 1 a 21; • O paciente fará o mesmo que o terapeuta, procurando manter o tempo igual para as três leituras; • O terapeuta lê de 21 a 1. Depois de 21 a 8 e, por fim, de 21 a 15, mantendo o tempo; • O paciente lê de 21 a 1. Depois de 21 a 8 e por fim de 21 a 15, mantendo o tempo tal como executou o terapeuta anteriormente. 	
--	--	--

⁴⁸ Anexo XIV

REGISTO DE SESSÃO

Data: 18/04/2009

Terapeuta Orientadora: Mestre Dra. Susana Vaz Freitas

Terapeuta: Sandra Lima

Nome: P. A. F. **Idade:** 21 **Diagnóstico:** Gaguez Ligeira **Sessão nº** 8

De início expliquei-lhe de forma sucinta as actividades que iríamos realizar nesta sessão. Posteriormente iniciei a exemplificação. O P. adquiriu bem a técnica respiratória. Ao início foi complicado acompanhar a fala com o metrónomo mas, com o empenho que o caracteriza, rapidamente superou as dificuldades. Há medida que o grau de dificuldade ia aumentando o paciente adquiriu o ritmo e facilmente cumpriu todas as actividades propostas.

Durante a sessão também foi possível verificar, ao longo dos momentos de conversa que surgiam, que o paciente se esforça e procura falar de forma mais lenta, pausada e, principalmente, com uma regular coordenação fonorespiratória.

PLANEAMENTO DE SESSÃO**Data:** 25/04/2009**Terapeuta Orientadora:** Mestre Dra. Susana Vaz Freitas **Terapeuta:** Sandra Lima**Nome:** P. A. F. **Idade:** 21 **Diagnóstico:** Gaguez Ligeira **Sessão nº** 9

Objectivos Específicos	Procedimentos Terapêuticos (Métodos e Técnicas)	Estratégias	Material
<ul style="list-style-type: none"> • O paciente deverá ser capaz de controlar a respiração, em contexto terapêutico, aquando da fonação de consoantes fricativas; • O paciente deverá ser capaz de controlar a respiração, em contexto terapêutico, aquando da fonação de palavras entre sílabas sem sentido; • O P. deverá ser capaz 	<ul style="list-style-type: none"> • O terapeuta executa a preparação respiratória adequada e, de seguida, começa a sonorização ininterrupta de cada uma das fricativas surdas (/s/; /f/ e [x]) repetindo cada uma três vezes, mantendo o tempo de sonorização. Enquanto isto, o paciente marcará o tempo de sonorização de cada emissão, podendo observar a precisão do terapeuta. Por fim, o paciente executa o que o terapeuta acabou de fazer; • Deverá repetir o exercício até que o consiga fazer correctamente, bem como os que se encontram descritos de seguida; • O terapeuta juntará à emissão das consoantes, movimentos lentos da cabeça, inclinando-a para um ombro e depois para o outro. A consoante deverá durar 	<ul style="list-style-type: none"> • Adoptar postura ao nível do paciente; • Adaptar vocabulário; • Espera estruturada; • Comando verbal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cronómetro.

<p>de controlar a respiração, em contexto terapêutico, aquando da fonação de palavras associadas semanticamente.</p>	<p>o mesmo tempo que a cabeça demora a ir de um ombro ao outro, havendo sincronia absoluta entre o movimento relaxado da cabeça e a sonorização do fonema. Cada consoante deverá ser repetida três vezes. Por fim, o paciente executa o que o terapeuta acabou de fazer;</p> <ul style="list-style-type: none"> • O terapeuta fará a emissão das consoantes com pausas, sendo cada uma dividida em três partes iguais. Seguidamente o paciente fará o mesmo que o terapeuta; • O terapeuta fará a emissão de consoantes de forma alternada e com movimentos da cabeça. Ou seja, inicia a emissão do /s/ levando a cabeça do ombro direito até ao esquerdo, quando voltar para o direito já emitirá o /f/ e depois o [x]. Cada consoante deverá ser repetida três vezes de forma alternada. Por fim, o paciente executa o mesmo que o terapeuta; • Refazer os tópicos anteriores mas agora com as fricativas sonoras (/z/; /v/ e [j]); • Trabalhar as seis consoantes e misturá-las de forma alternada, como no antepenúltimo tópico. 	
--	--	--

REGISTO DE SESSÃO

Data: 25/04/2009

Terapeuta Orientadora: Mestre Dra. Susana Vaz Freitas

Terapeuta: Sandra Lima

Nome: P. A. F. **Idade:** 21 **Diagnóstico:** Gaguez Ligeira **Sessão** nº 9

Depois de explicada a actividade proposta para esta sessão demos início ao trabalho. O paciente cumpriu o primeiro procedimento sem qualquer obstáculo. No segundo revelou algumas dificuldades. Era uma situação nova e, para ele, difícil de coordenar o movimento da cabeça sem descurar aquilo que falava. Para estar atento ao movimento da cabeça, por vezes, interrompia a fonação. Optei, então, por trabalhar separadamente os movimentos da cabeça. Posteriormente é que os conciliou com a fonação. A partir daí não se verificaram mais dificuldades. Por vezes distraía-se e não cumpria com rigor aquilo que lhe era pedido mas, quando retomava o trabalho, fazia-o de forma correcta.

O paciente referiu que tem tido pouco tempo para refazer os exercícios durante a semana e, de futuro o tempo reduzirá substancialmente devido às festas académicas que se avizinham e, posteriormente os exames finais da faculdade.

PLANEAMENTO DE SESSÃO**Data:** 02/05/2009**Terapeuta Orientadora:** Mestre Dra. Susana Vaz Freitas**Terapeuta:** Sandra Lima**Nome:** P. A. F. **Idade:** 21 **Diagnóstico:** Gaguez Ligeira **Sessão nº** 10

Objectivos Específicos	Procedimentos Terapêuticos (Métodos e Técnicas)	Estratégias	Material
<ul style="list-style-type: none"> • O P. deverá ser capaz de controlar a respiração, em contexto terapêutico, aquando da fonação de frases que vão sendo aumentadas com uma palavra de cada vez, de forma intercalada, pelo terapeuta e pelo paciente; 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar uma prancha com sílabas⁴⁹ que deverão ser emitidas num ritmo marcado como se fosse por um metrónomo de 80 a 200 de velocidade tendo-se, no entanto, o cuidado de formar palavras com a junção de sílabas; • Depois da preparação respiratória o paciente lê o grupo de sílabas sem dar conta que existem palavras no meio; • O terapeuta sublinha as palavras que existem no grupo de sílabas, pedindo ao paciente que interrompa o ritmo regular nos momentos em que se defrontar com as palavras embutidas nas sílabas; • Usar um grupo de palavras⁵⁰ associadas semanticamente de 3 em 3. Depois da preparação respiratória o paciente deverá memorizar o 	<ul style="list-style-type: none"> • Adopitar postura ao nível do paciente; • Adaptar vocabulário; • Espera estruturada; • Comando verbal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prancha com sílabas⁴⁹; • Metrónomo; • Grupos de palavras⁵⁰; • Treichos sem pontuação⁵¹; • Texto escrito de forma inversa⁵².

⁴⁹ Anexo XVIII.⁵⁰ Anexo XIX.

<ul style="list-style-type: none"> • O P. deverá ser capaz de controlar a respiração, em contexto terapêutico, na leitura de trechos, com pontuação e pausas obrigatórias, até esgotar o ar de fonação. • Posteriormente com trechos sem pontuação nem pausas; • O paciente deverá ser capaz de controlar a respiração, em contexto terapêutico, à medida que são exigidas pausas correctas no decurso 	<p>primeiro grupo de 3 e dizê-las. A seguir, memoriza o segundo grupo de 3 e então diz as 6 palavras, e assim sucessivamente até que o ar seja suficiente para uma emissão sem esforço;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para formar frases que vão sendo aumentadas com uma palavra de cada vez, de forma intercalada, pelo terapeuta e pelo paciente, o terapeuta faz a preparação respiratória e diz o início da frase. De seguida, o paciente faz a preparação respiratória e diz a frase dita pelo terapeuta acrescentando uma palavra e assim sucessivamente, até que o grupo de palavras seja suficiente para gastar todo o ar expiratório; • Praticar a leitura de trechos com pontuação e pausas obrigatórias; • Para treinar leitura de trechos sem pontuação, nem pausas, mostrar uma cartolina⁵¹ com trechos com mais ou menos 30 a 40 sílabas e com as palavras ligadas. Pede-se ao paciente que as leia depois da preparação respiratória e sem interromper a leitura; • Usando os trechos do exercício anterior, o terapeuta deverá pedir ao paciente que, enquanto estiver a ler, bata palmas aleatoriamente, nesse momento o terapeuta estancará a fonação mantendo, no entanto, a forma bucal da última sílaba produzida. Isto permitirá que o ar saia, num sopro absolutamente áfono e com fisionomia bastante relaxada. A
---	--

⁵¹ Anexo XX.

<p>da leitura de uma história.</p>	<p>seguir, faz nova inspiração e continua a leitura do ponto interrompido.</p> <p>No fim o paciente fará o mesmo que o terapeuta demonstrou;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar ao paciente que nas vírgulas não há necessariamente necessidade de fazer nova inspiração. As vírgulas marcam apenas uma pequena interrupção de fonação. Nos pontos é que se deve fazer o reabastecimento respiratório sem que seja necessário fechar a boca pois a inspiração, tanto na fala como no canto, é geralmente mista. Neste exercício não se faz a preparação respiratória como nos anteriores; • O terapeuta lê uma pequena história com voz monótona, embora respeitando as pausas tanto das vírgulas, como dos pontos. Posteriormente o paciente repete o que o terapeuta acabou de fazer; • O terapeuta lê uma pequena história, escrita de forma inversa⁵², respeitando a pontuação. Posteriormente o paciente repete o que o terapeuta acabou de fazer. 	
------------------------------------	--	--

⁵² Anexo XV.

REGISTO DE SESSÃO**Data:** 02/05/2009**Terapeuta Orientadora:** Mestre Dra. Susana Vaz Freitas**Terapeuta:** Sandra Lima**Nome:** P. A. F. **Idade:** 21 **Diagnóstico:** Gaguez Ligeira **Sessão nº** 10

No início foram explicados, de forma sucinta, os vários procedimentos propostos para esta sessão. O paciente cumpriu com facilidade o primeiro procedimento. No segundo demonstrou alguma distração pois não estava a memorizar as palavras. Concentrou-se demasiado na respiração e na emissão vocálica para não usar o “ar residual” e não profériu as palavras pretendidas. Voltamos a repetir a actividade do princípio e cumpriu o procedimento de forma correcta. Na composição de frases também não foram visíveis dificuldades, cumprindo a tarefa com alguma facilidade. Aquando da leitura de textos sem pontuação já surtiu alguns problemas, talvez por ser uma novidade para o paciente. O P., de início, não conseguiu controlar o ar e por vezes usava o ar residual. No entanto e depois de compreender correctamente o que era exigido cumpriu a actividade de forma correcta. Na leitura de uma história em voz monótona mais uma vez não foram visíveis dificuldades, enquanto que, na leitura de uma história escrita de forma inversa as dificuldades foram notórias no princípio. Prenderam-se, sobretudo, com o facto de o P. não estar a entender a forma como o texto estava redigido e não o conseguia ler. Depois de explicado o que estava escrito e exemplificada a leitura, compreendeu o que era pretendido e reiniciou a actividade. Efectuou a leitura de forma pausada, como a actividade assim o exige, mas não cometeu qualquer episódio de disfluência.

Esta sessão foi um pouco cansativa, talvez devido à diversidade de actividades. No entanto o P. demonstrou-se sempre apto e disposto a cumprir qualquer trabalho da melhor forma que lhe fosse possível.

PLANEAMENTO DE SESSÃO**Data:** 09/05/2009**Terapeuta Orientadora:** Mestre Dra. Susana Vaz Freitas**Terapeuta:** Sandra Lima**Nome:** P. A. F. **Idade:** 21**Diagnóstico:** Gaguez Ligeira**Sessão** nº 11

Objectivos Específicos	Procedimentos Terapêuticos (Métodos e Técnicas)	Estratégias	Material
<ul style="list-style-type: none"> O paciente deverá ser capaz de produzir, sem repetições ou hesitações, palavras que contêm a “letra” [h] em posição inicial da palavra; Dar a conhecer o trabalho que tem sido desenvolvido sobre gaguez e mostrar a monografia que se encontra em fase de conclusão. 	<ul style="list-style-type: none"> O terapeuta fornece uma lista de palavras iniciadas pela “letra” [h]. Depois solicita ao paciente que escolha algumas. Posteriormente pede para construir frases contendo essas mesmas palavras que foram seleccionadas pelo paciente; O terapeuta segura na mão as frases formadas pelo paciente. Pede-lhe que se recorde e diga quais foram as frases que ele escreveu, dando no máximo a pista da palavra escolhida, caso não se recorde de alguma; Mostrar a monografia ao P. para que possa ler e questionar se assim o entender. 	<ul style="list-style-type: none"> Adoptar postura ao nível do paciente; Adaptar vocabulário; Espera estruturada; Comando verbal. 	<ul style="list-style-type: none"> Lista de palavras⁵³ com a letra h; Monografia impressa (encontrando-se em fase final, faltando os dados da reavaliação e respectiva discussão dos resultados e conclusão).

⁵³ Anexo XXI.

REGISTO DE SESSÃO**Data:** 09/05/2009**Terapeuta Orientadora:** Mestre Dra. Susana Vaz Freitas**Terapeuta:** Sandra Lima**Nome:** P. A. F. **Idade:** 21 **Diagnóstico:** Gaguez Ligeira **Sessão nº** 11

O P. fez a leitura em voz audível de todas as palavras presentes na lista. Posteriormente dedicou-se à composição das frases. Fez nove frases e depois procedeu à leitura destas. Não cometeu qualquer disfluência durante a leitura. Posteriormente pedi-lhe a folha onde tinha redigido as frases e pedi-lhe para as dizer. Lembrou-se de três frases apenas e cometeu pequenos bloqueios em palavras que antecediam a que continha o grafema [h]. Depois dava as pistas das palavras que tinha utilizado para compor as frases e o P. facilmente se recordava daquelas. No entanto, produzia a frase pausadamente e concentrado para não cometer qualquer episódio de disfluência. O paciente patenteia receio das palavras com o grafema [h]. Isso é notório pela posição de desconforto que adopta quando trabalhamos este tema. Embora ele ache caricato, afirma o receio que estas palavras lhe causam. Então repetimos toda a actividade de forma a familiarizá-lo com essas palavras. Desta vez as frases teriam de conter, não uma mas duas palavras da grelha. O P. escreveu dez frases e proferiu-as em voz audível sem cometer disfluências mas a um ritmo como se fosse marcado por metrónomo. Posteriormente voltei a retirar-lhe a folha com as frases e repetimos o que tínhamos feito anteriormente. O P. já se apresentava mais relaxado e sem medo para proferir as palavras. Quando peguei na monografia para lhe mostrar ele ficou surpreso. Não estava à espera de a poder consultar já nesta altura. Optei por mostra-la uma vez que me perguntava em todas as sessões como corria o meu trabalho de pesquisa para a monografia. Sempre demonstrou curiosidade para a ver/ler. Como esta seria a última consulta de reabilitação em que discutiríamos o tema gaguez, pensei que seria uma maneira de terminar os tratamentos da forma como começamos, ou seja, falando sobre a monografia e o estudo que decorreu nestes últimos três meses. Manuseou de imediato a monografia demonstrando satisfação por também ele ter contribuído para este trabalho. Embora o seu grande interesse fosse melhorar a fluência, também foi evidente ao longo dos tratamentos a preocupação com a monografia e com o cumprimento de todas as datas de sessões para não existirem alterações imprevistas nos resultados.

PLANEAMENTO DE SESSÃO**Data:** 16/05/2009**Terapeuta Orientadora:** Mestre Dra. Susana Vaz Freitas**Terapeuta:** Sandra Lima**Nome:** P. A. F. **Idade:** 21 **Diagnóstico:** Gaguez Ligeira **Sessão nº** 12

Objectivos Específicos	Procedimentos Terapêuticos (Métodos e Técnicas)	Estratégias	Material
<ul style="list-style-type: none"> • O P. deverá ser capaz de colaborar no fornecimento de dados ao longo da reavaliação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar os objectivos da reavaliação e no que consistem; • Fornecer um jornal actual para que o paciente tenha possibilidade de escolha de um texto para proceder à leitura em voz audível; • Seleccionar em conjunto com o paciente um tema para ser discutido entre o terapeuta e o paciente; • Utilizar um telemóvel para realizar a tarefa de “falar com uma pessoa desconhecida”; • Pedir ao paciente para recitar o poema que lhe será fornecido; • Fornecer ao paciente uma pequena lista de músicas, para que este seleccione uma para cantar; • Realizar prova de leitura e conversação para posterior classificação com o SSS-3⁵⁴. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adoptar postura ao nível do paciente; • Adaptar vocabulário; • Espera estruturada; • Pergunta/resposta; • Comando verbal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolos de Avaliação: 8. Anexo II; 9. Anexo IV; 10. Anexo V. • Câmara de vídeo; • Jornal; • Poema; • Lista de músicas; • Telemóvel.

⁵⁴ Anexo V.

REGISTO DE SESSÃO

Data: 16/05/2009

Terapeuta Orientadora: Mestre Dra. Susana Vaz Freitas

Terapeuta: Sandra Lima

Nome: P. A. F. **Idade:** 21 **Diagnóstico:** Gaguez Ligeira **Sessão** nº 12

Ao contrário do primeiro momento de avaliação, o P. não questionou nenhuma das actividades propostas. Aceitou tudo com muita naturalidade demonstrando a sua “familiaridade” com a terapia e preparação para momentos avaliativos.

Foi possível verificar ao longo da reavaliação que as suas dificuldades se reduziram significativamente. Mantém ainda algumas no diálogo com “pessoas desconhecidas”. No entanto foi possível verificar e avaliar o facto de o P. assumir a sua gaguez com os outros. Iniciou a conversa com o “desconhecido” informando-o de que era gago e estava a fazer um estudo acerca deste problema. Nos restantes itens avaliados os episódios de gaguez (fenómenos linguísticos, observáveis, audíveis e visuais da gaguez) foram raros. Com a utilização do feedback acústico modificado foi possível verificar, neste segundo momento avaliativo, um decréscimo significativo da gaguez, nomeadamente no que respeita à duração dos bloqueios e comportamentos associados. Estes dados estão rigorosamente descritos no anexo XXVI.

Por fim, manifestou vontade em saber, de imediato, os resultados da avaliação. Mantém uma postura de empenho e interesse em progredir cada vez mais.

ANEXO XI – Gagos famosos e curiosidades

- Moisés, condutor do povo de Israel no êxodo do Egipto até Canã;
- Demóstenes, orador famoso na antiga Grécia;
- Aristóteles, Filósofo da antiguidade grega;
- Isaac Newton, matemático e físico que viveu no século XVII;
- Erasmus Darwin, Físico e naturalista, avô de Charles Darwin;
- Charles Darwin, naturalista que escreveu a obra fundamental “*A origem das espécies*” (1859);
- Winston Churchill, jornalista, estadista de importante participação na Segunda Guerra Mundial, foi um orador brilhante;
- George VI, rei da Inglaterra;
- Charles I, rei da Inglaterra, Escócia e Irlanda morto em 1949;
- Príncipe Alberto do Mónaco;
- Lewis Carroll, autor de “Alice no país das maravilhas”;
- Marilyn Monroe, atriz americana;
- Rowan Atkinson – Actor Britânico, conhecido pelo seu papel como Mr. Bean;
- Samuel L. Jackson – Estrela de cinema, um artigo da revista Chill Factor descreve a sua gaguez;
- Bruce Willis – Actor. (Jak, 2006);
- Julia Roberts, atriz;

- Carly Simon, cantora;
- José Saramago (escritor português) – A gaguez em criança ditou-lhe um temperamento reservado e contemplativo, comportamento que o Nobel português justifica ser a causa dos atributos que comumente lhe destinam, como antipatia, cara fechada, orgulho ou vaidade (Basílio, 2007);
- Sam Neill, actor australiano, fez o “Jurassic Park”;
- Noel Gallagher (músico britânico, vocalista dos Oasis) – Com 14 anos Noel era um menino fechado, deprimido que sofria de dislexia e com uma gaguez, pela qual ele tinha tratamento especial. Noel Thomas David Gallagher é um músico britânico. Líder, guitarrista e principal compositor do grupo britânico Oásis (Biografia de Noel Gallagher disponível na Wikipédia);
- Raul Solnado – actor português conceituado.

(Bohnen, 2005)

ANEXO XII – Termo de consentimento livre e informado

Termo de consentimento livre e informado

ANEXO XIII – Pranchas de sílabas sem sentido

sá	Fí	chu	zé	jó
ver	sé	fim	cham	zi
zól	sir	vri	far	xá
vei	fes	xeu	zul	ju
fá	vol	zor	xes	vê
cír	si	vei	fré	ce
sei	fãõ	chi	jôr	for
chãõ	gi	vá	sá	jui

Sons Fricativos

xá	rí	lu	lé	só
ler	fé	nim	mem	chi
fól	sir	fri	sar	vá
vei	res	zeu	sul	nu
zá	sol	lôr	ges	lei
cír	lhi	lai	vré	ce
mei	Im	chi	lar	mór
chão	gi	há	nhá	ju

Todos os sons excepto consoantes plosivas

pá	rí	cu	lé	só
ler	bé	nim	tem	xi
fól	sir	tri	car	xá
vei	res	peu	úl	du
zá	vol	bor	des	que
cír	lhi	lei	pré	ce
quei	im	chi	dor	gór
cão	gi	há	nhá	ju

Todos os sons

ANEXO XIV – Prancha com numeração

1 2 3 4 5 6 7

8 9 10 11 12 13 14

15 16 17 18 19 20 21

ANEXO XV – Texto escrito de forma inversa

o oãel e o ohnitar

otrec aid, avatse mu oãel a rimrod a atses odnauq mu ohnitar uoçemoc a rerroc rop amic eled. o oãel uodroca , ehl-sôp a atap me amic, uirba a arracob e es-uoraperp arap o rilogne.

- em-aodrep! – uotirg o ohnitar - em-aodrep atsed zev e ue acnun o iereceuqse. meuq ebas es mu aid oãñ sárasicerp ed mim?

o oãel uocif oãt oditrevid moc atse aiedi euq uotnavel a atap e o uoxied ritrap.

said sioped o oãel uiac amun ahlidamra. omoc so serodaçac o maireuq recerefo oviv ao ier, on-mararrama a amu erovrá e maritrap à arucorp ed mu oiem arap o meratropsnart.

otsin, uecerapa o ohnitar. odnev a etsirt oãçautis me euq o oãel es avartnocne, ueor sa sadroc euq o maidnerp.

e iof missa euq um ohnitar onineuqep uovlas o ier sod siamina.

Jean de la Fontaine, 2008

**ANEXO XVI – Método de relaxamento progressivo sugerido por Edmund Jacobson
(1964)**

Método de relaxamento progressivo sugerido por Edmund Jacobson (1964)

Condições ideais:

Quarto com ambiente tranquilo. Local para deitar e uma almofada para a cabeça. A posição eleita é deitado.

Procedimento:

Distinção entre “tensão muscular” e “relaxamento muscular”

Mãos:

- Dobrar a mão esquerda para trás, pelo punho, com firmeza. Evitar levantar o antebraço, mantendo essa posição durante um minuto (concentrar a atenção na sensação de tensão). Passado um minuto suspender a acção. Deixar a mão cair com o seu próprio peso. Reparar nas sensações que se vai obtendo. Depois, libertar essa tensão acumulada, continuar a relaxar durante três minutos enquanto elimina qualquer tensão residual. Dobrar novamente o punho para trás para sentir o esforço e repetir a actividade novamente. Um minuto em tensão e três minutos para relaxar;
- Refazer o procedimento anterior, mas agora com a mão direita;
- Dobrar a mão esquerda para a frente (flectir o punho). Esta acção segue o mesmo padrão que a anterior, embora o punho esteja agora dobrado para a frente em vez de para trás;
- Repetir a acção anterior de flexão do punho, mas agora com a mão direita.

Os exercícios seguintes não incluem qualquer componente de tensão. O tempo é inteiramente destinado a libertar tensão.

Braços (para os dois):

- Alongar o pulso (dobrar a mão para trás), flectir o pulso (dobrar para a frente), relaxar;
- Flectir o cotovelo, alongar o cotovelo, relaxar;
- Alongar o braço.

Pernas (para as duas):

- Flectir o pé para cima ao nível da articulação do tornozelo e depois para baixo, relaxar;
- Alongar (esticar) o joelho a partir de uma posição de flexão e depois flectir (dobrar) o joelho arrastando o pé pelo chão, relaxar;
- Flectir a anca, ou seja, erguer o joelho em flexão em direcção ao peito e depois, alongar a anca pressionando a coxa em direcção ao chão, relaxar;
- Alongar a perna inteira.

Tronco:

- Contrair (puxar para dentro) o abdómen, alongar a coluna arqueando ligeiramente para trás, relaxar;
- Observar a acção da respiração, empurrar os ombros para trás, relaxar;
- Flectir a articulação do ombro cruzando à frente o braço em flexão;
- Repetir o item anterior mas no outro braço, relaxar;
- Erguer (levantar) os ombros e deitar, voltar à posição neutra.

Pescoço:

- Empurrar a cabeça contra a almofada, levantar a cabeça da almofada, relaxar;
- Virar a cabeça para a direita, depois para a esquerda, relaxar.

Região ocular:

- Erguer as sobrancelhas, franzir as sobrancelhas, relaxar.
- Fechar os olhos com força e depois voltar à posição neutra, relaxar;
- Olhar para a esquerda com os olhos fechados, relaxar;
- Olhar para a direita com os olhos fechados, olhar para cima com os olhos fechados, relaxar;
- Olhar para a frente com os olhos fechados, relaxar.

Visualização:

- Imaginar uma caneta a deslizar devagar e depois depressa;
- Imaginar um comboio a passar, uma pessoa a passar, relaxar os olhos;
- Imaginar um pássaro a voar e a pousar;
- Imaginar uma bola a rolar, relaxe os olhos;
- Imaginar um cavalo a pastar, um carrinho de linhas, relaxe os olhos.

Boca, voz e imaginação auditiva:

- Cerrar a boca com firmeza, abrir a boca, relaxar;
- Descobrir os dentes, cerrar os lábios, relaxar;
- Pressionar a língua contra os dentes, empurrar a língua para trás, relaxar;
- Contar até 10 alto, contar a meia voz até 10, relaxar;
- Imaginar que está a contar (contar em silêncio), imaginar que está a recitar o alfabeto, relaxar;
- Imaginar que diz (com movimentos articulatórios lentos e excessivos sem som): o nome três vezes; a morada três vezes; o nome do Presidente da Republica três vezes, relaxar.

ANEXO XVII – Treino autogénio sugerido por Johannes Schultz

Treino autogénio sugerido por Johannes Schultz

O método consiste em breves frases que descrevem sensações de peso e calor nos membros. Os participantes devem sentir-se passivos e despreocupados face aos exercícios, e não tentar forçar quaisquer respostas.

Condições ideais:

O ambiente deve ser tranquilo e sombrio. O treinador deve usar falar de forma lenta, calma e suave. É preferível que o participante esteja deitado do que sentado.

Procedimento:

O treinador pede ao paciente que feche os olhos. Pede-lhe para imaginar que se encontra num local que o faz sentir relaxado (por exemplo uma planície quente e solarenga, imaginar-se deitado nessa planície). Passado alguns segundos informa o paciente que lhe irá pedir para se concentrar em diferentes partes do corpo.

Cada frase que se segue é lida pelo instrutor e repetida mental e oralmente pelo aprendiz. São atribuídos cerca de 30 segundos para cada exercício e mais 30 segundos para que o praticante continue a focar a atenção

Exercício 1: Começar pelo braço dominante. /sinto-me em paz/ /sinto o braço direito pesado/ /sinto o braço direito pesado/ / sinto-me em paz/ /sinto o braço direito pesado/ / sinto o braço direito pesado/ Deitado na planície cheia de sol, continuar a pensar no peso do braço.

Exercício 2: /sinto-me em paz/ / sinto o braço esquerdo pesado/ /sinto o braço esquerdo pesado/ /sinto-me em paz/ /sinto o braço esquerdo pesado/ Imaginar que o braço está pesado como chumbo.

Exercício 3: /sinto-me em paz/ /sinto os dois braços pesados/ /sinto os dois braços pesados/ /sinto-me em paz/ /sinto os dois braços pesados/ sinto os dois braços pesados/ Imaginar-se deitado na planície, com os braços repousados pesadamente na erva fresca.

Exercício 4: /sinto-me em paz/ /sinto a perna direita pesada/ / sinto a perna direita pesada/ /sinto-me em paz/ /sinto a perna direita pesada/ /sinto a perna direita pesada/ Imaginar que a perna está pesada como chumbo.

Exercício 5: /sinto-me em paz/ /sinto a perna esquerda pesada/ / sinto a perna esquerda pesada/ /sinto-me em paz/ /sinto a perna esquerda pesada/ / sinto a perna esquerda pesada/

Exercício 6: /sinto-me em paz/ /sinto as duas pernas pesadas/ /sinto as duas pernas pesadas/ /sinto-me em paz/ /sinto as duas pernas pesadas/ /sinto as duas pernas pesadas/ Sentir as pernas a afundarem-se no chão.

Exercício 7: /sinto-me em paz/ /sinto os braços e as pernas pesados/ /sinto os braços e as pernas pesados/ /sinto-me em paz/ /sinto os braços e as pernas pesados/ /sinto os braços e as pernas pesados/ Deitado na planície cheia de sol, continuar a imaginar o peso nos braços e nas pernas.

Exercício 8-14: São similares aos exercícios 1-7, mas o calor substitui o peso. O efeito pode ser intensificado através do recurso a imagens de calor do sol.

Exercício 15: /sinto-me em paz/ /sinto os braços e as pernas pesados e quentes/ /o meu batimento cardíaco está calmo e regular/ /o meu batimento cardíaco está calmo e regular/ /sinto-me em paz/ /o meu batimento cardíaco está calmo e regular/ /o meu batimento cardíaco está calmo e regular/

Exercício 16: /sinto-me calmo/ /sinto os braços e as pernas pesados e quentes/ /o meu batimento cardíaco está calmo e regular/ /a minha respiração está calma/ /a minha respiração está calma/ /sinto-me calmo/ /a minha respiração está calma/ /a minha respiração está calma/

Exercício 17: (As frases relativas ao abdómen são eliminadas caso o participante sofra de qualquer tipo de inflamação abdominal) /sinto-me em paz/ /os meus braços e as minhas pernas estão pesados e quentes/ /o meu batimento cardíaco está calmo e regular/ /a minha respiração está calma/ /o meu abdómen está quente/ /sinto-me em paz/ /o meu abdómen está quente/ /o meu abdómen está quente/

Exercício 18: /sinto-me em paz/ /os meus braços e as minhas pernas estão pesados e quentes/ /o meu batimento cardíaco está calmo e regular/ /a minha respiração está calma/ /o meu abdómen está quente/ /a minha testa está fresca/ /a minha testa está fresca/ /sinto-me em paz/ /a minha testa está fresca/ /sinto-me em paz/ /a minha testa está fresca/ /a minha testa está fresca/.

A finalização permite ao indivíduo voltar gradualmente à actividade normal. Informa-se o participante que quando estiver preparado, lentamente, se deixe voltar a ter consciência da sala em que se encontra e, posteriormente, abra os olhos. Pede-se que feche e abra as mãos levemente, dobre e estique os braços, alongue suavemente o corpo, vire-se de lado e se levante devagar.

ANEXO XVIII – Prancha de sílabas com palavras intercaladas

Diahapiviamolarridosupaiúlcaticamaamitagadeiji
xanbadosozinhasiparendesoupelossoasemque
contiareemluaoreordacataformigavaosmuilosin
fornúniossaiapãoporbaquipacassaratranovésdo
sanospeixebrimirohatimonadoumfipalhojanela
dehapoisooufroquanindaramcriançasxosterior
çamendepalhaçoomapeixeridoseguipododeum
atiradeumairtamãedetelemóveltovadososviolas
euspabotarentesumaumgoárvorererapataviglimor

- Dia;
- Pai;
- Sozinha;
- Tia;
- Formiga;
- Pão;
- Janela;
- Peixe;
- Crianças;
- Palhaço;
- Peixe;
- Telemóvel;
- Violas;
- Árvore;
- Lua

ANEXO XIX – Prancha com palavras associadas semanticamente

escola	lápiz	caneta	borracha
	estojo	caderno	livro
	papel	cola	régua
quarto	cama	cadeira	candeeiro
	secretária	tapete	armário
	estante	janela	almofada
Verão	sol	areia	mar
	toalha	gelado	bronzeador
	chapéu	biquini	Agosto

ANEXO XX – Prancha com texto sem pontuação nem pausas.

O Príncipezinho

“(…)Paramim tunãopassasdeumrapazitosemelhanteacemmiloutrosrapazitosNãoprecisodetiEtut ambémnãoprecisademinParatieusouumaraposasemelhanteacemmilraposasMassetiveresintimidadecomigoprecisaremosumdooutroTuseráparamimúniconomundoEeusereparatiúnicanomundo(…)AminhavidáémonótonaCaçogalinhaseshomenscaçammeTodasasgalinhasseassemelhametodososhomensseassemelhamPorissoaborreçomeumpoucoMassetiveresintimidadecomigoaminhavidáencherseádesolPassareiadistinguirumruídodepassosdiferentesdetodososoutrosOsoutros passosfazemmesconderdebaixodaterraOsteuscomoumamelodiaconvidarmeãoaairdatocaE depoisolhaVêsalémoscamposdetrigoEunãomealimentodepãoOtrigoparamimparanadaprestaOs camposdetrigonadameevocamEistoétristeMasoteucabeloédacordoouroSetiveresintimidadecomigoserámaravilhosoOtrigoloirofarmeálembrardetiApreciarei os sussurradoventoporentreostrigais(…)”

Saint-Exupéry in *O Príncipezinho*, 1996, p.59

ANEXO XXI – Lista de palavras com o grafema [h]

- Humano
- Hostil
- Histologia
- Hoje
- Hidratação
- Hamster
- Helicóptero
- Homem
- Humor
- Hibernar
- Hipoteca
- Honesto
- Hotel
- Hipismo
- Habitação
- Herança
- Hierarquia
- Horário
- Homólogo
- Harmonia
- Hospital
- Herói
- Harpa
- Humilde
- Hélice
- Halogéneo
- Hiena
- Hipotermia
- História
- Hipopótamo
- Hora
- Horrível

ANEXO XXII – Como falar com pessoas que gaguejam

1. Não concluir frases ou palavras. Isso prejudica uma vez que nem sempre a ajuda ou está de acordo com o que era para ser dito;
2. Não aconselhar a ter calma, a falar devagar, a estar à vontade;
3. Esperar pacientemente que o gago termine de falar e não se desconcentrar do conteúdo da mensagem;
4. Manter o contacto visual e não demonstrar constrangimento;
5. Falar abertamente acerca da gaguez;
6. Quando não se entende a mensagem é preferível pedir delicadamente para repetir o que havia dito a responder algo descontextualizado;
7. Falar um pouco mais devagar;
8. Evitar interromper o gago quando este está a falar;
9. Nunca criticar a forma de falar da outra pessoa.

(Bohnen, 2005)

ANEXO XXIII – Exercícios de respiração de Cupello (2007)

Controle da respiração

Objectivo central

Controle fonorrespiratório adequado, sem preocupação com o tipo respiratório em si. Há casos em que pode ser útil a colocação de um tipo respiratório menos superior, porém a ênfase do trabalho está em levar o sujeito a saber usar o seu ar de maneira adequada, para a fala fluente.

1º) Sílabas sem sentido

Descrição da técnica:

Escreve-se um quadro ou cartaz um grupo de sílabas que deverão ser emitidas num ritmo marcado por metrónomo de 80 a 200 de velocidade.

- Primeira parte: o terapeuta executa a leitura sozinho. Antes de iniciar a leitura o terapeuta sopra de maneira enérgica; a seguir faz uma inspiração nasal profunda e silenciosa e só depois inicia a leitura. Essa preparação respiratória adequada - sopro e inspiração nasal profunda e silenciosa - será mantida em todos os exercícios deste bloco.
- Segunda parte: o terapeuta executa a preparação respiratória e a leitura em uníssono com o paciente.
- Terceira parte: o paciente executa sozinho a preparação respiratória e a leitura das sílabas.

2º) Contar de 1 a 21 e de 21 a 1, com controle respiratório

Descrição da técnica:

Escreve-se num quadro ou cartaz os números de 1 a 21, conforme se pode verificar no anexo⁵⁵.

- a) O terapeuta deverá ler os números de 1 a 21, enquanto o paciente marca o tempo que levou. Em seguida, ele deverá ler de 1 a 15 no mesmo tempo que levou até 21 e por último de 1 a 7, no mesmo tempo que levou de 1 a 21.
- b) O paciente fará o mesmo que o terapeuta, procurando manter o tempo igual nas 3 leituras.
- c) O terapeuta lê de 21 a 1. Depois de 21 a 8 e, por último, de 21 a 15: o tempo deverá ser sempre mantido.

⁵⁵ Anexo XIV.

d) O paciente faz o mesmo que o terapeuta.

3º) Exercícios das consoantes fricativas

Descrição da técnica:

- a) O terapeuta executa a preparação respiratória adequada e, em seguida, começa a sonorização ininterrupta de cada uma das fricativas surdas (/s/, /f/ e [x]) repetindo cada uma 3 vezes, mantendo o tempo de sonorização.
- O paciente marcará o tempo de sonorização de cada emissão, podendo observar e precisão do terapeuta. Em seguida, o paciente executa o mesmo que o terapeuta.
- b) O terapeuta agora juntará à emissão das consoantes movimentos lentos de lateralização da cabeça, indo de um ombro até o outro. A consoante deverá demorar o mesmo tempo que a cabeça, havendo sincronia absoluta entre o movimento relaxado da cabeça e a sonorização do fonema. Cada consoante será repetida 3 vezes (caso o terapeuta ache que não é necessário, poderá fazer apenas uma vez. Em casos de maior dificuldade o terapeuta também poderá fazer esse exercício em uníssono com o paciente). Em seguida, o paciente fará o mesmo que o terapeuta.
- c) O terapeuta fará a emissão das consoantes com pausas, sendo cada consoante dividida em 3 partes iguais. O paciente fará o mesmo que o terapeuta.
- d) O terapeuta fará a emissão das consoantes de forma alternada e com movimentos de cabeça, como no item “b”. Ou seja, iniciada a emissão do /s/ levando a cabeça do ombro direito até ao esquerdo, quando voltar para o direito já emitirá o /f/ e depois o /x/. Cada consoante será repetida 3 vezes de forma alternada. O paciente executa o mesmo que o terapeuta.
- e) Todos os itens anteriores, mas com as consoantes fricativas sonoras (/z/, /v/ e [j]).
- f) Depois de trabalhar as 6 consoantes, podem misturar-se de forma alternada como no item “d”.

4º) Introdução de palavras entre as sílabas sem sentido

Descrição da técnica:

Escreve-se num quadro ou cartaz um grupo de sílabas que deverão ser emitidas num ritmo marcado, como se fosse um metrónomo de 80 a 200 de velocidade tendo-se, no entanto, o cuidado de formar algumas palavras com a junção de sílabas.

- a) Depois da preparação respiratória o paciente lê o grupo de sílabas como no 1º exercício, sem se dar conta que existem palavras no meio de sílabas. Exemplo:
EBILEMIFALAMONOCASATOTELAÇOPALUMONTE

- b) O terapeuta sublinha as palavras que existem no grupo de sílabas, pedindo ao paciente que interrompa o ritmo regular nos momentos em que se defrontar com as palavras embutidas nas sílabas. Exemplo: EBILEMIFALAMONOCASATOTELAÇOPALU

5º) Emissão de palavras associadas

Descrição da técnica:

Formam-se grupos de palavras associadas semanticamente, de 3 em 3 palavras. Depois da preparação respiratória o paciente deverá memorizar o primeiro grupo de 3 (como por exemplo: pé, meia, sapato) e dizê-las. A seguir, memoriza o segundo grupo de 3 (como por exemplo: anel, dedo, mão) e então diz as 6 palavras e, assim, deverá ir acrescentando palavras até que o seu ar seja suficiente para uma emissão sem esforço.

- 6º) Emissão de frases que vão sendo aumentadas com uma palavra de cada vez, de forma intercalada, pelo terapeuta e pelo paciente.

Descrição da técnica:

O terapeuta faz a preparação respiratória e diz um início da frase, como por exemplo, “o pássaro pousou...”

O paciente, também fazendo a preparação respiratória, deverá repetir o início da frase e acrescentar uma palavra, como por exemplo, “o pássaro pousou no...” e assim sucessivamente, até que o grupo de palavras seja suficiente para gastar todo o suporte de ar expiratório.

- 7º) Leitura de trechos sem pontuação, nem pausas, até esgotar o ar.

Descrição da técnica:

Escrevem-se trechos (num quadro, cartaz ou numa folha de papel) com mais ou menos 30 a 40 sílabas com as palavras ligadas (como no exemplo seguinte) e pede-se ao paciente que as leia depois da preparação respiratória, sem interromper a leitura.

EUFUIÀCIDADEDESÃOPAULOASSEARDECARROEDEMETROEVIMUITASLOJAS.

8º) Introdução de pausas arbitrárias

Descrição da técnica:

- a) Usando os mesmos trechos do exercício anterior o terapeuta deverá pedir ao paciente que, enquanto estiver a ler, bata palmas aleatoriamente, nesse momento o terapeuta estancará a fonação mantendo, no entanto, a forma bucal da última sílaba lida e permitirá que o ar saia, num sopro absolutamente áfono e com fisionomia bastante relaxada. A seguir, faz nova inspiração e continua a leitura do ponto interrompido.
- b) O paciente agora fará o mesmo que o terapeuta demonstrou anteriormente.

9º) Introdução de pausas correctas

Descrição da técnica:

Usam-se pequenas crónicas.

a) O terapeuta lê o trecho com voz monótona, porém respeitando as pausas tanto das vírgulas, como dos pontos. Deverá explicar ao paciente que nas vírgulas, necessariamente, não há necessidade de fazer nova inspiração, elas apenas marcam uma interrupção da fonação. Nos pontos é que se deve fazer o reabastecimento respiratório, não é necessário fechar a boca, pois a inspiração tanto na fala como no canto é geralmente de modo misto. Neste exercício não se faz a preparação respiratória dos exercícios anteriores.

- Texto: “O Caracol de Pitanga”
- Há dois dias/o caracol galgava lentamente o tronco da pitangueira,/subindo e parando,/parando e subindo./Quarenta e oito horas de esforço tranquilo,/de caminhar quase filosófico./De repente,/enquanto ele fazia mais um movimento para avançar,/desceu pelo tronco,/apressadamente,/no seu passo fustigado e ágil,/uma formiga maluca,/dessas que vão e vêm/mais rápidas que coelho de desenho animado./Parou um instantinho,/olhou zombeteira o caracol e/disse:”Volta, volta, velho!/Que é que você vai fazer lá cima?/Não é tempo de pitanga”./”Vou indo, vou indo”/- respondeu calmamente o caracol./-“Quando eu chegar lá em cima/vai ser tempo de pitanga”.
- Moral: Devagar se vai ao longe!
- O texto “O Caracol e a Pitanga” foi retirado do livro “100 Fábulas Fabulosas” de Millôr Fernandes.

ANEXO XXIV – Dados da anamnese

Dados da anamnese

A Anamnese foi realizada com o P. no dia 28 de Fevereiro de 2009

Identificação

Nome: P.A.S.F. Sexo: Masculino; Data de Nascimento: 11 de Abril de 1988; Idade: 21

Filiação

Pai: A.M.S.C. Data de nascimento: 19 de Março de 1955; Idade: 54 anos; Habilitações Literárias: 1º ciclo; Profissão: Comerciante Industrial. Mãe: M.F.F.R.S. Data de nascimento: 8 de Setembro de 1960; Idade: 49 anos; Habilitações Literárias: 2º ciclo; Profissão: Doméstica. Irmão: J.F.S.F. Data de nascimento: 18 de Agosto de 1982; Idade: 26 anos; Situação escolar: 5º ano do ensino superior.

Histórico da queixa

O P. relata que os episódios de gaguez se iniciaram por volta dos 6 anos de idade. Não relaciona este acontecimento com nenhuma ocorrência ou situação por que passara. Na sua família há um tio que tem a mesma problemática. O P. fez Terapia da Fala quando tinha 7 anos, durante 3 meses. Notou diferenças e pensa que gaguejava menos. No entanto, continuou a manifestar-se e, de forma gradual, foi-se agravando. Acrescenta ainda que a partir dos 18 anos tem sentido mais essa piora. A iniciativa actual para procurar ajuda foi sua. “Porque quero ser normal, a falar normal e não consigo”. O P. nunca teve outro problema de comunicação nem mais nenhum tipo de apoio.

Historial clínico

A este nível o P. apenas sofreu uma pequena cirurgia dermatológica, em criança, por causa de um parasita que se alojou no couro cabeludo. De resto, não tem qualquer queixa de saúde nem toma medicação regular.

Percepção do problema da fala

O P. define a sua fala como sendo normal ou não, dependendo da situação ou contexto em que se encontra. Acha que quando “está bem consigo próprio” ou distraído, os episódios de bloqueios ou repetições são mais raros. Com as pessoas que conhece (família e amigos mais próximos) refere que não gagueja, ou raramente isso acontece. Há situações que evita porque sabe que vai gaguejar, como sendo: na sala de aula e em locais que esteja presente muita gente. Evita de todo falar com estranhos e quando o tem de fazer faz uso de várias estratégias. Essas consistem na alteração da estrutura frásica, “arranjar um modo diferente de colocar as palavras” ou mesmo substituí-las. Contudo, quando estas situações acontecem sente-se “um besta a falar”. O P. relatou uma situação muito específica e que desencadeou a mais recente procura de ajuda. Conta que trabalhou três fins-de-semana para uma empresa no ramo publicitário. Tinha de lidar directamente com pessoas desconhecidas e falar com elas de forma clara e persuasiva. Não conseguiu. Conta que chegava a estar 5 segundos sem dizer nada e deixou de se aproximar das pessoas com medo de falar.

Situação escolar

O P. encontra-se a frequentar o 2ºano do curso de Gestão. Ingressou no ensino superior com 18 anos. É um aluno razoável, gosta das ciências exactas como Cálculo Económico. Não se interessa tanto por disciplinas como Gestão de Empresas e Recursos Humanos. Em contexto de sala de aula o P. não tem qualquer problema à excepção de situações pontuais como apresentações de trabalhos de grupo e provas orais. Quando é solicitado pelo docente para falar e não está à espera refere que gagueja menos. No entanto, se tiver que estar à espera do seu momento de falar, a gaguez acentua-se mais.

Situação profissional

O P. para além de estudar, por vezes, faz diversos trabalhos em situação de “part-time”. É nestas situações, no exercício do trabalho (em que tem que falar com pessoas que desconhece), que os episódios de gaguez se manifestam de forma mais acentuada. Com os colegas de trabalho não há problema algum porque, segundo o P., eles não fazem caso. Apenas “uma ou outra brincadeira esporádica e bem-intencionada”.

Situação social

O P. é um jovem com muitos amigos e com uma vida social bastante intensa. A este nível o P. não refere qualquer problema com a gaguez. Segundo ele, raramente gagueja com os amigos, e quando isso acontece eles ignoram. Pratica desporto, nomeadamente natação e ginásio. Nesta situação a gaguez também não o afecta.

Mantém uma boa relação com as pessoas com quem vive, quer durante o fim-de-semana; com a família; quer durante a semana (estuda longe da sua área de residência e vive com dois amigos), com as pessoas com quem partilha a casa. Segundo o P. a sua família aceita a gaguez sem qualquer problema. Não criticam e, de vez em quando, aconselham-no “a falar com mais calma”.

Expectativas em relação à terapia

Tem expectativas, embora já seja sabedor de que a gaguez não tem cura. No entanto, vai “tentar tirar o máximo de proveito possível”. Relata que se não fosse este problema - a gaguez - seria muito mais falador, conheceria muitas mais pessoas. Quando chegasse perto de alguém falaria logo. A nível profissional e académico, “seria muito mais proveitoso” e os seus resultados seriam bem melhores.

Observações

Durante a entrevista o P. manteve-se calmo. De início as respostas eram curtas e os episódios de gaguez foram raros. A partir da altura em que se começou a falar especificamente da gaguez foi-se acentuando e manifestou incoordenação ao nível da respiração e do comportamento linguístico, problemas esses que, estão especificados nos dados da avaliação⁵⁶. De salientar que, durante a entrevista, o P. referiu que tem muitas dificuldades com palavras que comecem pelo grafema [h]

⁵⁶ Anexo XXV

ANEXO XXV – Dados da avaliação

No início expliquei-lhe tudo o que consta nos protocolos de avaliação, o que iria ser feito e a sua importância.

Durante todo o processo o P. permaneceu interessado, comunicativo, colaborante nas tarefas, e compreendia as instruções na primeira explicação. Contudo, revelou alguma ansiedade face ao seu desempenho. Aceitou muito bem o facto de se filmar a sessão de avaliação.

Avaliação da frequência dos comportamentos de Andrews e Ingham (1964)⁵⁷

Esta avaliação tem dois objectivos principais. O primeiro é saber a percentagem de sílabas gaguejadas em quatro situações diferentes. O segundo é obter o número de sílabas por minuto (SPM) que o P. produz, nessas quatro formas de produção linguística.

Frequência da gaguez

$$\frac{\text{Número de sílabas gaguejadas}}{\text{N.º total de sílabas pronunciadas}} \times 100 = \% \text{ de sílabas gaguejadas}$$

Leitura de texto:

$$\frac{6}{751} \times 100 = 0,8 \% \text{ de sílabas gaguejadas}$$

Monólogo:

$$\frac{16}{372} \times 100 = 4,3 \% \text{ de sílabas gaguejadas}$$

Diálogo:

$$\frac{74}{341} \times 100 = 21,7 \% \text{ de sílabas gaguejadas}$$

Conversa ao telefone com uma pessoa desconhecida:

$$\frac{76}{318} \times 100 = 23,9 \% \text{ de sílabas gaguejadas}$$

⁵⁷ Anexo II.

Número de sílabas por minuto

$$\text{SPM} = \frac{\text{N.}^{\circ} \text{ de sílabas pronunciadas em 2 minutos}}{2}$$

Leitura de texto:

$$\text{SPM} = \frac{751}{2} = 375,2$$

Monólogo:

$$\text{SPM} = \frac{372}{2} = 186$$

Diálogo:

$$\text{SPM} = \frac{409}{2} = 204$$

Conversa ao telefone com uma pessoa desconhecida:

$$\text{SPM} = \frac{266}{2} = 133$$

O P. começou por ler um texto de 300 sílabas. Depois de calculada a percentagem de sílabas gaguejadas o resultado foi de 0,8%. De seguida pediu-se para falar, fazer um monólogo de cerca de três minutos. Nesta tarefa a percentagem de sílabas gaguejadas foi de 4,3%. Posteriormente estabeleceu-se um diálogo com o P. de, aproximadamente, três minutos. Nesta questão a percentagem elevou-se para os 21,7%. Por fim o paciente usou o telefone para falar com uma pessoa desconhecida. O objectivo era estabelecer um diálogo durante o máximo de tempo possível. O P. hesitou porque “não sabia o que haveria de dizer” mas, por fim, tentou e conseguiu. Improvisou um tema e conseguiu estar ao telefone 2 minutos e 23 segundos (a prova exigia um mínimo de 2 minutos). A percentagem de sílabas gaguejadas nesta actividade voltou a subir, atingindo agora os 23,9%.

Quanto ao número de sílabas pronunciadas por minuto, o P. apresentou os seguintes resultados: na leitura do texto 375,2 sílabas por minuto; no monólogo 186 sílabas por minuto; no diálogo 204 sílabas por minuto e, por fim, na conversa ao telefone 133 sílabas por minuto. Os valores esperados estão expostos no protocolo de avaliação⁵⁸.

⁵⁸ Anexo II.

Exame de Gaguez de Nicola & Cozzi (2004)⁵⁹

1. Conversa informal: o P. comete várias repetições silábicas sistematicamente em posição inicial da palavra, como por exemplo: “mu_muita”; “vô_vou” e “pa-p’ra”. Comete também muitas repetições de monossílabos como: “eu”; “de” e “mas”. Estas acontecem nas diferentes posições da frase. Faz esforço para falar e fá-lo num ritmo acelerado. Os bloqueios acontecem tanto em palavras curtas, monossilábicas, como em polissilábicas. De salientar que, segundo o P., é indiferente a familiaridade das palavras. Para o paciente, a incidência da gaguez é semelhante nas palavras desconhecidas e nas vulgarmente usadas.
2. Leitura de texto: nesta tarefa o P. gagueja esporadicamente e apenas em sílabas no início da palavra. Lê sem esforço e num ritmo um pouco acima dos padrões normais (o normal seria entre 210 - 265SPM (Sílabas Por Minuto) e o P. fá-lo a 375,2 SPM). Não comete bloqueios, prolongamentos nem nenhum tipo de artifício.
3. Leitura de poesia: nesta tarefa o P. manifestou várias repetições de sílabas no início das palavras (ex: [te-tirou]) e nas palavras iniciais da frase (ex: [Se se fosse]). Leu em ritmo acelerado, mas sem esforço.
4. Canto: o P. não manifestou qualquer repetição ou bloqueio. Fez a prova com a respiração adequada (sem uso do ar excedentário ou residual), melodia e ritmos adaptados ao exigido pela música.
5. Série ou discurso automático (contagem): o P. fez apenas repetição de sílabas iniciais em 2 números, sendo eles o 14 e 61 (“ca_catorze” e “se-sessenta e um”). A respiração sofreu algumas alterações a partir do meio da contagem (número 50), ou seja, o P. começou, à medida que ia avançando na contagem, a dizer menos números por respiração, aparentando cansaço.

⁵⁹ Anexo IV.

SSI – 3 Stuttering Instrument (traduzido)⁶⁰

Resultados sem o feedback acústico modificado

- a. Frequência (1+2) (tabela dos letrados)
 1. Fala espontânea $35 / 499 * 100 = 7\%$ Pontuação 6
 2. Leitura $17 / 320 * 100 = 5\%$ Pontuação 6Pontuação $6 + 6 =$ 12
- b. Duração: meio segundo correspondente à pontuação 4
- c. Comportamentos associados
 - Sons distractivos – 0
 - Movimentos faciais involuntários – 2
 - Movimentos com a cabeça – 1
 - Movimentos dos membros – 4Pontuação total 7

Pontuação Final

Frequência 12 + Duração 4 + Comportamentos Associados 7 = 23 Gravidade Fraca

Resultados com o feedback acústico modificado

- a. Frequência (1+2) (tabela dos letrados)
 1. Fala espontânea $2 / 327 * 100 = 0,6\%$ Pontuação 2
 2. Leitura $22 / 304 * 100 = 7,2\%$ Pontuação 6Pontuação $2 + 6 =$ 8
- b. Duração: 2,1 segundos correspondentes à pontuação 8
- c. Comportamentos associados
 - Sons distractivos – 2
 - Movimentos faciais involuntários – 0
 - Movimentos com a cabeça – 1
 - Movimentos dos membros – 1Pontuação total 4

Pontuação Final

Frequência 8 + Duração 8 + Comportamentos Associados 4 = 20 Gravidade Fraca

⁶⁰ Anexo V.

Protocolo para Avaliar a Frequência da Gaguez (sugerido por Jakubovicz, 2009)⁶¹

Com os dados recolhidos nesta avaliação ficamos a saber que o número de ouvintes modifica a gaguez do paciente. À medida que o número de ouvintes aumenta, segundo o paciente, aumentam os episódios de gaguez. O facto de as pessoas serem estranhas ou mais velhas também prejudica a fluência da fala. O paciente referiu ainda que, quando se encontra num papel de inferioridade ou mesmo quando está triste, a gaguez tende a aumentar. Quando está ao telefone, principalmente com pessoas estranhas, ou quando simplesmente tem de dizer o seu nome, o paciente mencionou que os episódios de gaguez aumentam.

Protocolo para Avaliar as Reacções da Pessoa em Relação à Gaguez (sugerido por Jakubovicz, 2009)⁶²

Com a ajuda deste protocolo foi possível averiguar as reacções do P. em relação à gaguez. Sendo assim, e segundo os dados fornecidos pelo paciente, o que mais o incomoda e o que para ele é mais importante quando gagueja é a sua própria reacção. Não tem qualquer tipo de sentimento pela gaguez porque, segundo ele, o que o revolta é não conseguir falar e dominar a gaguez. Não o perturba a impossibilidade de falar mas sim o facto de, por vezes, não conseguir terminar uma frase ou uma ideia e pensar que não terá tempo para dizer tudo o que pretendia. Refere que os outros não têm qualquer tipo de sentimento por ele como de pena, de gozo, menosprezo, entre outros. Refere que ignoram a sua forma de falar ou que, pelo menos, passam essa ideia através das atitudes que adoptam. Conclui, expressando que não se sente tratado como gago por ninguém.

Protocolo Para Avaliar Aspectos da Personalidade (sugerido por Jakubovicz, 2009)⁶³

O paciente expressou querer muito ser ajudado. Referiu que se sente confiante, motivado e, principalmente, ansioso por saber o que realmente se passa com ele e o que acontece nele para ficar gago. Descreveu-se como sendo uma pessoa tranquila e sem receios para resolver

⁶¹ Anexo VI.

⁶² Anexo VII.

⁶³ Anexo XVIII.

problemas quer a nível social, familiar ou amoroso. No entanto, tal nem sempre acontece em contexto escolar. O P. sente receio e medo de falhar em determinadas situações de sala de aula, como apresentações de trabalhos e exames orais.

O P. está curioso com a terapia e interessado em saber o que ele terá que fazer para reduzir a gaguez, bem como, saber o que a terapeuta fará para o ajudar.

Ficha com Palavras Começadas pela Letra H⁶⁴

O paciente leu com muita facilidade todas as palavras que constavam na lista. Curiosamente, quando lhe era solicitado para compor uma frase com alguma das palavras daquela, produzia-a com bastante facilidade, no entanto, bloqueava no início da palavra que continha o grafema [h], tal como referira durante a entrevista inicial.

⁶⁴ Anexo XXI.

ANEXO XXVI – Dados da reavaliação

Avaliação da frequência dos comportamentos de Andrews and Ingham (1964)⁶⁵

Esta avaliação tem dois objectivos principais. O primeiro é saber a percentagem de sílabas gaguejadas em quatro situações diferentes. O segundo é obter o número de sílabas por minuto (SPM) que o P. produz, nessas quatro situações diferentes.

Frequência da gaguez

$$\frac{\text{Número de sílabas gaguejadas}}{\text{N.º total de sílabas pronunciadas}} \times 100 = \% \text{ de sílabas gaguejadas}$$

Leitura de texto:

$$\frac{9}{751} \times 100 = 1,19 \% \text{ de sílabas gaguejadas}$$

Monólogo:

$$\frac{19}{697} \times 100 = 2,73 \% \text{ de sílabas gaguejadas}$$

Diálogo:

$$\frac{22}{890} \times 100 = 2,47 \% \text{ de sílabas gaguejadas}$$

Conversa ao telefone com uma pessoa desconhecida:

$$\frac{38}{434} \times 100 = 8,76 \% \text{ de sílabas gaguejadas}$$

Número de sílabas por minuto

$$\text{SPM} = \frac{\text{N.º de sílabas pronunciadas em 2 minutos}}{2}$$

Leitura de texto:

$$\text{SPM} = \frac{672}{2} = 336$$

Monólogo:

$$\text{SPM} = \frac{393}{2} = 196,5$$

⁶⁵ Anexo II.

Diálogo:

$$\text{SPM} = \frac{460}{2} = 230$$

Conversa ao telefone com uma pessoa desconhecida:

$$\text{SPM} = \frac{357}{2} = 178$$

O P. começou por ler um texto de 300 sílabas. Depois de calculada a percentagem de sílabas gaguejadas o resultado foi de 1,19%. Houve um aumento de 48,75%. De seguida pediu-se para falar, fazer um monólogo de cerca de três minutos. Nesta tarefa a percentagem de sílabas gaguejadas foi de 2,73%. Reduziu 36,51%. Posteriormente estabeleceu-se um diálogo com o P. de, aproximadamente, quatro minutos. Nesta questão a percentagem ficou-se por 2,47% (na primeira avaliação apresentou 21,7%, pelo que reduziu bastante o número de sílabas gaguejadas, exactamente 88,72%). Por fim o paciente usou o telefone para falar com uma pessoa desconhecida. O objectivo era falar o máximo de tempo possível. O P. desta vez não hesitou, pois havia pensado no que haveria de falar. A percentagem de sílabas gaguejadas nesta actividade baixou consideravelmente, precisamente 63,35%, face aos valores registados na primeira avaliação, para os 8,76%.

Quanto ao número de sílabas pronunciadas por minuto, o P. apresentou os seguintes resultados: na leitura do texto 336 sílabas por minuto; no monólogo 196,5 sílabas por minuto; no diálogo 230 sílabas por minuto e, por fim, na conversa ao telefone 178 sílabas por minuto.

Exame de Gaguez de Nicola & Cozzi (2004)⁶⁶

1. Conversa Informal: o P. mantém os bloqueios, repetições e prolongamentos em posição inicial da palavra e, independentemente das palavras (monossílabos ou polissílabos) e da primeira letra das palavras, ou seja, é indiferente se a palavra começa por vogal, por uma consoante plosiva ou fricativa. Estas repetições acontecem em diferentes posições da frase. No entanto foi visível a redução no número de fenómenos linguísticos, fenómenos observáveis, audíveis e visuais da gaguez. O paciente fez mais pausas para respirar e procurava falar no momento da expiração.

⁶⁶ Anexo IV.

2. Leitura de Texto: nesta tarefa o P. gagueja esporadicamente e apenas em sílabas no início da palavra (ex: [E-eram]; [se-seguidamente] e [de-depois]). Lê sem esforço e num ritmo um pouco acima ao dos padrões esperados (o normal seria entre 210 - 265SPM e o P. fá-lo agora a 230 SPM quando anteriormente, aquando da primeira avaliação, apresentou 375,2 SPM). Não comete bloqueios, prolongamentos nem nenhum tipo de artifício.
3. Leitura de Poesia e Canto: nestas tarefas o P. não manifestou qualquer fenómeno relacionado com a gaguez. Leu pausadamente, sem esforço e procurando controlar a respiração. Cantou ao ritmo exigido pela canção e respirou nos tempos certos.
4. Numeral: Nesta prova o P. adoptou uma postura diferente da utilizada no primeiro momento de avaliação. Contou pausadamente de cinco em cinco, até 100. Inspirava ao fim de cada cinco mas, no primeiro número que produzia a seguir à inspiração despendia demasiado ar, chegando ao quinto número com algumas dificuldades. Isto foi mais visível a partir do 60, demonstrando cansaço e tensão muscular. Não cometeu qualquer repetição, bloqueio ou prolongamento de sílabas.

Apêndice – SSI – 3 Stuttering Instrument (traduzido)⁶⁷

Resultados sem o feedback acústico modificado

- a) Frequência (1+2) (tabela dos letrados)
 1. Fala espontânea $53 / 590 * 100 = 8,9\%$ Pontuação 7
 2. Leitura $8 / 320 * 100 = 2,5\%$ Pontuação 4Pontuação $7 + 4 =$ 11
- b) Duração: meio segundo correspondente à pontuação 4
- c) Comportamentos associados
 - Sons distractivos – 0
 - Movimentos faciais involuntários – 2
 - Movimentos com a cabeça – 0
 - Movimentos dos membros – 3Pontuação total 5

⁶⁷ Anexo V.

Pontuação Final

Frequência 11 + Duração 4 + Comportamentos associados 5 = 20 Gravidade Fraca

Resultados com o feedback acústico modificado

- a) Frequência (1+2) (tabela dos letrados)
3. Fala espontânea $19 / 668 * 100 = 2,8\%$ Pontuação 3
4. Leitura $5 / 326 * 100 = 1,5\%$ Pontuação 2
- Pontuação $3 + 2 = \underline{5}$
- b) Duração: 1,9 segundos correspondentes à pontuação 6
- c) Comportamentos associados
- Sons distractivos – 0
- Movimentos faciais involuntários – 0
- Movimentos com a cabeça – 1
- Movimentos dos membros – 0
- Pontuação total 1

Pontuação Final

Frequência 5 + Duração 6 + Comportamentos associados 1 = 12 Gravidade Muito Fraca

Sem a utilização do feedback acústico modificado a frequência dos bloqueios, prolongamentos e repetições diminuiu 1 valor (de 12 para 11). Verificou-se um aumento da pontuação (de 6 para 7) na “fala espontânea” e uma redução na leitura (de 6 para 4). A duração média dos bloqueios manteve-se em meio segundo continuando assim com pontuação 4. Os comportamentos associados reduziram-se. Os sons distractivos voltaram a não se verificar (mantendo pontuação 4), os movimentos faciais involuntários mantiveram-se (pontuação 2) e não se verificaram movimentos da cabeça (pontuação 0). Quanto aos movimentos dos membros também se verificaram descidas na pontuação (de 4 para 3). A pontuação final, segundo esta escala de classificação, diminuiu de 23 para 20 pontos, mantendo-se no entanto a designação de Gravidade Fraca.

Com a utilização do feedback acústico modificado a frequência na “fala espontânea” aumentou de 0,8% para 2,8% provocando um aumento da pontuação para 3 valores. Na leitura diminuiu substancialmente (de 7,2% para 1,5%) obtendo agora 2 valores. No total a

pontuação da frequência foi de 5 verificando-se um decréscimo de 3 pontos. A duração dos episódios diminuiu de 2,1 segundos para 1,9 segundos apresentando agora a pontuação de 6 pontos. Com a utilização do *Master Pitch* não foram visíveis comportamentos associados com a exceção de movimentos da cabeça que obtiveram pontuação 1. A pontuação total foi então de 12 atribuindo-se assim a classificação de Gravidade Muito Fraca (no primeiro momento de avaliação foi Gravidade Fraca).