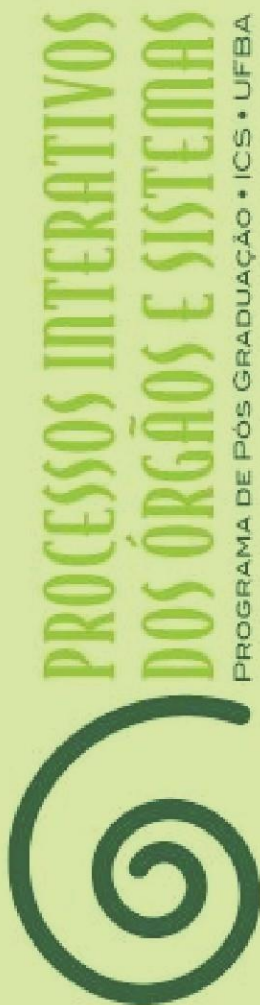


UFBA

Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Ciências da Saúde

**CÉLIA REGINA THOMÉ**

**ESTUDO COMPARATIVO ENTRE A EFICÁCIA DA TERAPIA  
COGNITIVA PROCESSUAL COM O PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA  
FLUÊNCIA E GRUPO TERAPÊUTICO EM FLUÊNCIA EM ADULTOS  
COM GAGUEIRA: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO**



**Salvador  
2019**



**PROCESSOS INTERATIVOS  
DOS ÓRGÃOS E SISTEMAS**  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO • ICS • UFBA

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROCESSOS  
INTERATIVOS DOS ÓRGÃOS E SISTEMAS**

**CÉLIA REGINA THOMÉ**

**ESTUDO COMPARATIVO ENTRE A EFICÁCIA DA TERAPIA COGNITIVA  
PROCESSUAL COM O PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA FLUÊNCIA E GRUPO  
TERAPÊUTICO EM FLUÊNCIA EM ADULTOS COM GAGUEIRA: ENSAIO CLÍNICO  
RANDOMIZADO**

Salvador  
2019

**CÉLIA REGINA THOMÉ**

**ESTUDO COMPARATIVO ENTRE A EFICÁCIA DA TERAPIA COGNITIVA  
PROCESSUAL COM O PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA FLUÊNCIA E GRUPO  
TERAPÊUTICO EM FLUÊNCIA EM ADULTOS COM GAGUEIRA: ENSAIO CLÍNICO  
RANDOMIZADO**

Tese apresentada ao Programa de Pós- graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas.

Orientador: Prof. Dr. Irismar Reis de Oliveira

Salvador  
2019

Thomé, Célia Regina

Estudo Comparativo entre a eficácia da terapia cognitiva processual com o programa de promoção da fluência e grupo terapêutico em fluência em adultos com gagueira: ensaio clínico randomizado. [Manuscrito]. Célia Regina Thomé. – Salvador, 2019.

110 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Irismar Reis de Oliveira  
Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia. Instituto de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, Salvador, 2019.

1. Gagueira 2. Ensaio Clínico Randomizado 3. Gagueira e ansiedade De Oliveira, Reis Irismar. II. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Ciência da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas. III. Título

CM- 616.8584 21. ed

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



TERMO DE APROVAÇÃO

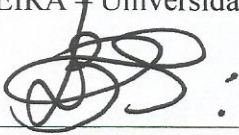
DEFESA PÚBLICA DE TESE


CÉLIA REGINA THOMÉ

**Estudo Comparativo entre a Eficácia da Terapia Cognitiva Processual com o Programa de Promoção da Fluência e Grupo Terapêutico em Fluência em adultos com gagueira: Ensaio Clínico Randomizado**  
Salvador, Bahia, 26 de fevereiro de 2019

COMISSÃO EXAMINADORA:

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. IRISMAR REIS DE OLIVEIRA – Universidade Federal da Bahia

  
\_\_\_\_\_  
Prof.ª Dr.ª LOURDES BERNADETE ROCHA DE SOUZA – Universidade Federal do Rio Gr.  
do Norte

  
\_\_\_\_\_  
Prof.ª Dr.ª NADIA PEREIRA DA SILVA GONÇALVES DE AZEVEDO – Universidade  
Católica de Pernambuco

  
\_\_\_\_\_  
Prof.ª Dr.ª ALINE SILVA LARA DE ALVARENGA – Universidade do Estado da Bahia

  
\_\_\_\_\_  
Prof.ª Dr.ª ANA CALINE NÓBREGA DA COSTA – Universidade Federal da Bahia

## **AGRADECIMENTOS**

- Ao Dr. Irismar Reis de Oliveira, gratidão por ter me incluído no seu grupo de pesquisa e pela sua contribuição para meu crescimento profissional.
- À professora Dra. Orlanda Cruz, da Universidade do Porto, pela acolhida calorosa em um país tão especial.
- Ao professor Dr. Carlos Maurício Cardeal, por me ensinar e auxiliar na análise dos dados.
- Ao Dr. Roberto Paulo Araújo, por ter acreditado no meu potencial de docente e pelo apoio nesses 20 anos de UFBA.
- Aos colegas do Departamento de Fonoaudiologia, em especial, Profa. Dra. Ana Caline Nóbrega da Costa, pelo apoio.
- Aos amigos Maria Emília, Ana Rosa e Daniel, pela acolhida calorosa em Portugal.
- Aos amigos brasileiros e portugueses, pela incrível prontidão em me ajudar.
- Aos terapeutas, monitores e estudantes que fizeram parte da equipe de pesquisa, pela dedicação e compromisso.
- Ao amigo Gilvan, por ter me incentivado ingressar no doutorado.
- À querida Nina, pela organização da pesquisa de forma dedicada e carinhosa.
- Ao amigo Orlando, que me apoiou nas traduções com muita dedicação.
- Aos participantes dessa pesquisa por aceitarem participar deste trabalho.
- À turma de mestrandos e doutorandos do programa PIOS/2015, pela oportunidade em compartilhar ótimos momentos de aprendizagem.
- A todos os professores do Programa de Pós-graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, pela dedicação.
- À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que me auxiliou com bolsa para realização do doutorado sanduíche na Universidade do Porto.

“O Silêncio é a linguagem do sagrado. Todas as outras linguagens são ecos”.

Jean Yves Leloup

THOMÉ, Célia Regina. **Estudo comparativo entre a eficácia da terapia cognitiva processual com o programa de promoção da fluência e grupo terapêutico em fluência em adultos com gagueira: ensaio clínico randomizado.** 110 f. 2019. Tese (Doutorado em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas) – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

## RESUMO

**Introdução:** A gagueira é um transtorno da linguagem muito estigmatizado em nossa sociedade. **Objetivos:** A investigação apresentada no primeiro artigo teve o objetivo de avaliar a eficácia dos modelos de Terapia Cognitiva Processual (TCP) e Programa de Promoção da Fluência (GPF) em comparação com o Grupo Terapêutico em Fluência (GTF) no tratamento da gagueira em adultos. Já o segundo artigo teve o objetivo de identificar se existe correlação entre o escore de avaliação global da experiência de gaguejar e os índices de severidade do Transtorno da Fluência, de ansiedade, de esquiva, de desconforto e de ansiedade social em adultos com gagueira. **Métodos:** O primeiro artigo trata-se de ensaio clínico randomizado, com três grupos paralelos. Foram oferecidas três formas distintas de tratamento, sendo denominados: grupo I (Terapia Cognitiva Processual – TCP); Grupo II (Promoção da Fluência – GPF) e Grupo III (Grupo Terapêutico em Fluência – GTF), sendo este último o grupo controle. Os distintos grupos de intervenção foram randomizados aleatoriamente, ficando 20 participantes em cada. Foi usada a escala SSI-3 *Stuttering Severity Instrument*, para mensurar índice de severidade da gagueira através de uma amostra de fala espontânea. Em seguida, foi aplicada a versão brasileira do instrumento *Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering – Adults* (OASES-A), sendo que ambos foram aplicados pré e pós- intervenção. O segundo artigo trata-se de estudo observacional e de delineamento transversal, em que foram aplicados os seguintes instrumentos: o questionário autoaplicado do inventário de ansiedade de Beck (BAI), Escala de Esquiva e Desconforto Social (SADS), Escala de Medo de Avaliação Negativa (FNE) e Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (LSEA), Escala SSI-3 *Stuttering Severity Instrument* e a versão brasileira do instrumento *Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering – Adults* (OASES-A). **Resultados:** Participaram deste estudo 59 indivíduos, de ambos os sexos, sendo 44 homens e 15 mulheres. Observa-se que, na pré- intervenção, havia semelhança no escore representando qualitativamente grau moderado-severo em todos os grupos e, na pós-intervenção, reduziu-se um nível na escala OASES-A, indo para o grau moderado nos três grupos. Por outro lado, a partir da análise de variância modelo de efeito misto linear, verificou-se que não houve interação entre grupo e tempo, e que apenas o tempo produziu diferença significativa ( $p < 0,05$ ) independente do grupo. Já no segundo artigo, para análise do coeficiente de correlação, foi realizada a divisão em dois grupos, sendo o primeiro constituído pelos participantes com alto impacto do escore do OASES-A ( $>$  que 3,00) e baixo impacto do escore OASES participantes ( $= <$ que 3,00). Os dados indicam que houve correlação positiva fraca entre OASES-A e BAI; houve correlação positiva fraca entre OASES-A e FNE; houve correlação positiva moderada entre OASES-A e SADS; houve também correlação positiva OASES-A e LSAS-SR; e, por fim, não houve correlação entre OASES-A e o índice que avalia a severidade da gagueira SSI-3. **Conclusão:** Todos os grupos de intervenção apresentaram modificação da pontuação do OASES-A e SSI-3, conclui-se, portanto, que houve mudanças benéficas diminuindo o impacto adverso que a gagueira tem na vida dos participantes, embora nenhum tratamento tenha se destacado como mais eficaz na comparação dentre as intervenções. No segundo artigo, os achados de dois dos quatro instrumentos demonstram correlação positiva moderada entre gagueira e ansiedade social.

**Palavras-chave:** Gagueira. Ensaio Controlado Randomizado. Ansiedade Social



THOMÉ, Célia Regina. *Comparative study between the efficacy of cognitive procedural therapy to the fluency promotion program and therapeutic group in fluency in adults with stuttering: clinical trial*. 110 f. 2019. Thesis (PhD in Interactive Processes of Organs and Systems) - Institute of Health Sciences, Federal University of Bahia, Salvador.

## ABSTRACT

**Introduction:** Stuttering is a very stigmatized fluency disorder in our society. **Objective:** The presented investigation in the first article had the objective to evaluate the efficacy of Cognitive Processual Therapy (TCP) and Fluency Promotion Program (GPF) models in comparison with the Therapeutic Fluency Group (GTF) in the treatment of persistent stuttering in adults. The second article had the objective of investigating whether there is a correlation between social anxiety disorder and anxiety and the degree of the impact on the stuttering of the participants. **Methods:** the first article is a randomized clinical trial with three parallel groups. Three different forms of treatment were offered, namely: group I Cognitive Therapy (PCT); Group II Promotion of Fluency (GPF) and Group III Therapeutic Group in Fluency (GTF), the latter was the control group. The different intervention groups were randomly disarranged, with 20 participants in each. We used the SSI-3 Stuttering Severity Instrument Ridley scale to measure stuttering severity index through a sample of spontaneous speech. Then the Brazilian version was applied to the Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering – Adults (OASES-A) both being applied prior and post intervention. The second article is an observational and cross-sectional study, where the following instruments were applied: Beck's self-applied questionnaire (BAI), the Dodge Scale and Social Discomfort Scale (SADS), Negative Fear Scale (FNE) and Liebowitz Social Anxiety Scale (LSEA) and we used the SSI-3 Stuttering Severity Instrument Ridley scale to measure stuttering severity index through a sample of spontaneous speech. Then the Brazilian version was applied to the Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering – Adults (OASES-A). **Results:** 59 individuals of both sexes participated in this study, with 44 men and 15 women. It is observed that in the pre-intervention there is similarity in the score representing qualitatively moderate-severe degree, and in the post intervention a reduced level in the OASES-A scale, going to the moderate degree in all three groups. On the other hand based on the analysis of variance model of linear mixed effect, it was verified that there was no interaction between time and group, and that only produced a significant difference ( $p < 0.05$ ) regardless of the group. In the second article for the analysis of the correlation coefficient, a division into two groups was carried out, the first was the participants with a high impact of OASES-A score greater than ( $> 3,00$ ) and with low OASES-A participant score ( $= < 3,00$ ). The data indicate that there was a weak positive correlation between OASES-A and BAI; there was a weak positive correlation between OASES-A and FNE, there was a moderate positive correlation between OASES-A and SADS; and there was also a positive correlation between OASES-A and LSAS-SR, and eventually there was a positive correlation between OASES-A and the SSI-3 index. **Conclusion:** All intervention groups showed a change in the OASES-A and SSI-3 scores, so there were beneficial changes that reduced the negative impact of stuttering on participants' lives. Although no treatment has been highlighted as more effective in comparing interventions. In the second article, the findings of two of the four instruments, demonstrate a moderate positive correlation between stuttering and social anxiety.

**Keywords:** Stuttering. Randomized Controlled Trial. Social Anxiety

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BAI	Inventário de Ansiedade de Beck
CD-Quest	Questionário de Distorções Cognitivas
CEDAF	Centro Docente Assistencial em Fonoaudiologia
DSM-V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais
FNE	Escala de medo e Avaliação Negativa
GPF	Grupo de Promoção da Fluência
GTF	Grupo Terapêutico em Fluência
LSAS-SR	Liebowitz Social Anxiety Scale Self-Report
OASES-A	Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering -Adults
SADS	Escala de Esquiva e Desconforto Social
SSI-3	Stuttering Severity Instrument
TAS	Transtorno de Ansiedade Social
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCP	Terapia Cognitiva Processual
UFBA	Universidade Federal da Bahia

Dedico a Deus, pelo dom da vida; À minha filha Amanda, pela sua dedicação e amor;  
Aos meus pais Aroldo (*in memoriam*) e Reny, pelo amor incondicional; Aos meus irmãos Ana Cristina e Luiz Augusto, pelo apoio;  
Ao querido Rocha, pela presença amorosa.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b>	Fluxograma dos participantes ao longo do estudo	42
<b>Figura 2</b>	Demonstra correlação entre OASES-A e BAI (ansiedade social)	70
<b>Figura 3</b>	Demonstra correlação entre OASES-A SADS (desconforto e esquiva social)	70
<b>Figura 4</b>	Demonstra correlação entre OASES-A e FNE (medo de avaliação negativa)	70
<b>Figura 5</b>	Demonstra correlação entre OASES-A e LSAS (ansiedade social)	71
<b>Figura 6</b>	Demonstra correlação entre OASES-S e SSI-3 (nível da severidade da gagueira)	71

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Síntese do tratamento de (TCP)	36
<b>Tabela 2</b>	Síntese do tratamento de (GPF)	37
<b>Tabela 3</b>	Síntese do tratamento de (GTF)	38
<b>Tabela 4</b>	Perfil demográfico dos participantes de acordo com os grupos de intervenção- Salvador, 2018	49
<b>Tabela 5</b>	Diferença entre pré e pós-teste no escore global OASES-A nos grupos nos grupos de intervenção	51
<b>Tabela 6</b>	Diferença entre pré e pós-teste no escore parcial OASES-A nos grupos nos grupos de intervenção	52
<b>Tabela 7</b>	Análise de variância modelo de efeito misto linear do OASES-A escore geral entre grupo e tempo e tamanho de efeito (Eta-square).	53
<b>Tabela 8</b>	Comparações múltiplas ANOVA do escore geral do OASES-A	53
<b>Tabela 9</b>	Diferença entre pré e pós-teste no índice de Severidade da gagueira SSI-3 nos grupos	54
<b>Tabela 10</b>	Análise de variância modelo de efeito misto linear do SSI-3 escore geral entre grupo e tempo e tamanho de efeito (Eta-square).	55
<b>Tabela 11</b>	Média e desvio padrão dos índices de ansiedade (BAI), medo de avaliação negativa (FNE), Esquiva e Desconforto Social (SADS), Fobia Social (LSAS-SR), avaliação impacto da avaliação global do falante (OASES-A), nível da severidade da gagueira (SSI-3)	68
<b>Tabela 12</b>	Distribuição dos participantes grupo I (= ou < que escore 3) grupo II (> que escore 3)	69
<b>Tabela 13</b>	Correlações entre o escore do OASES-A e índice BAI, FNE, SADS, LSAS-SR e SSI-3	69

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	14
1.1	OBJETIVOS	17
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	18
2.1	GAGUEIRA E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	18
2.2	GAGUEIRA E ABORDAGENS TERAPÊUTICAS	20
2.3	GAGUEIRA E ANSIEDADE	25
<b>3</b>	<b>MÉTODO</b>	31
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b>	43
	<b>ARTIGO 1 A eficácia dos modelos de Terapia Cognitiva Processual (TCP) e Programa de Promoção da Fluência (GPF) em comparação com o Grupo Terapêutico em Fluência (GTF) no tratamento da Gagueira em adultos</b>	43
	<b>ARTIGO 2 Correlação entre índice de avaliação global da gagueira através do OASES-A e os índices de ansiedade de esquiva e desconforto social em adultos com Gagueira</b>	63
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES SOBRE LIMITAÇÕES DESTE ESTUDO</b>	77
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	78
<b>7</b>	<b>REFERÊNCIAS</b>	79
	<b>APÊNDICES</b>	85
	<b>APÊNDICE 1</b> Fluxograma das atividades e avaliações	85
	<b>APÊNDICE 2</b> Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	86
	<b>APÊNDICE 3</b> Escala de Fobia Social - Liebowitz	89
	<b>APÊNDICE 4</b> Escala de medo de avaliação negativa	90
	<b>APÊNDICE 5</b> Escala de esquiva e desconforto social	92
	<b>APÊNDICE 6</b> Questionário de distorções cognitivas CD-Quest	94
	<b>APÊNDICE 7</b> Inventário de Ansiedade de Beck	100
	<b>APÊNDICE 8</b> ABFW Protocolo do Perfil de Fluência da Fala	101
	<b>APÊNDICE 9</b> Pesquisa em fluência	102
	<b>APÊNDICE 10</b> Avaliação Global da Experiência do Falante em gaguejar (OASES-A)	104
	<b>APÊNDICE 11</b> SSI – 3 Instrumento de Severidade da Gagueira	109

## 1 INTRODUÇÃO

A gagueira é um dos transtornos da linguagem mais estigmatizados em nossa sociedade. O Transtorno da Fluência com Início na Infância (Gagueira) é definido, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5<sup>1</sup>, como “uma perturbação na fluência normal e no padrão temporal da fala inapropriadas para a idade e para as habilidades linguísticas do indivíduo. É persistente e caracterizada por ocorrências frequentes e marcantes de um ou mais dentre os seguintes aspectos: (1) repetições de sons e sílabas (2) prolongamento de sons (3) interjeições (4) palavras interrompidas (p. ex., pausas dentro de uma palavra) (5) bloqueio audível ou silencioso (p. ex. pausas preenchidas ou não preenchidas na fala) (6) circunlocações (substituições de palavras para evitar as que são problemáticas) (7) palavras produzidas com um excesso de tensão física (8) repetições de palavras monossilábicas completas. A perturbação causa ansiedade em relação à fala ou limitações na comunicação efetiva, na participação social ou no desempenho acadêmico ou profissional, individualmente ou em qualquer combinação. A perturbação não é passível de ser atribuída a um déficit motor da fala ou sensorial, a disfluência associada à lesão neurológica, ou a outra condição médica, não sendo mais bem explicada por outro transtorno mental”.

Sabe-se que a gagueira afeta aproximadamente 1% da população mundial, independentemente da cultura, classe econômica e raça<sup>2,3</sup>. Além disso, estudo revela maior prevalência do gênero masculino em uma proporção de 3,72:1<sup>3</sup>. Neumann indica também que: “Os fatores de risco para gagueira incluem sexo masculino, gagueira familiar (especialmente gagueira familiar persistente), início das disfluências há mais de 6 a 12 meses do período que está sendo investigado, idade no início da gagueira igual ou maior que 3-4 anos, sem redução na gravidade da gagueira dentro de doze meses do período inicial”<sup>3</sup>.

Estudiosos revelam a ligação entre a gagueira e a gradual manifestação de maiores níveis de ansiedade social quando a capacidade de comunicação é ameaçada e/ou comprometida, de modo que favorecem o desenvolvimento, em alguns indivíduos, dos sintomas de ansiedade e até mesmo o Transtorno de Ansiedade Social (TAS)<sup>4,5</sup>. É importante ressaltar que este transtorno tem como característica principal o medo excessivo de situações sociais e da avaliação negativa do outro gerando, assim, um sofrimento significativo para o indivíduo<sup>6</sup>.

Alguns estudos tentam compreender como se dá essa relação entre a gagueira e os níveis elevados de ansiedade e Transtorno de Ansiedade Social (TAS)<sup>4,5,7-9</sup>, porém é curiosa a conclusão de muitas dessas pesquisas, verificam que a ansiedade e a gagueira têm uma baixa associação no que se refere ao grau de severidade da gagueira<sup>4,9</sup>. Entretanto, na maioria das vezes, o perfil da fluência é aferido somente a partir da frequência das rupturas de fala comuns e atípicas em uma amostra de fala.

Diante do exposto, cabe ressaltarmos a importância de mais estudos comparando os índices que averiguam a presença do TAS e o quadro de ansiedade na população com gagueira. Estudar a relação entre o gerenciamento da ansiedade, a melhora e manutenção dos índices de fluência após intervenção fonoaudiológica em sujeitos com gagueira tem sido a temática de algumas pesquisas<sup>5,10</sup>. Nesse sentido, sabe-se que é importante termos instrumentos de aferição validados, que sejam sensíveis e que possam detectar um possível sofrimento psíquico na população com gagueira, sendo esta a melhor maneira de traçar estratégias de tratamento para gerenciar a ansiedade e os medos relacionados à fala<sup>11</sup>.

Para aprofundar nosso estudo a partir desses múltiplos olhares, incluímos em nossa pesquisa algumas medidas para identificar a pontuação dos índices de ansiedade, o medo de avaliação negativa, da esquiva e do desconforto social, com o intuito de compreender se esses achados são equivalentes ou diferem dos encontrados em outras populações. Portanto, justifica-se dessa forma este estudo, pois ele vem preencher uma lacuna na literatura nacional, devido à demanda atual e ainda atrelado ao fato de existirem poucos estudos sobre os indícios do quadro de ansiedade e TAS na população brasileira com gagueira. Contribui-se, assim, para a investigação desse tema, bem como para avaliar se existe correlação entre o grau do impacto da avaliação global da fala das pessoas que gaguejam e o TAS.

Algumas abordagens terapêuticas visam minimizar o sofrimento psíquico das pessoas que apresentam gagueira através do gerenciamento a ansiedade e do enfrentamento das atitudes negativas relacionadas a situações comunicativas e, dentre elas, podemos citar a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Esta intervenção terapêutica tem sido utilizada devido ao reconhecimento da presença de componentes cognitivos e afetivos associados à gagueira. Nela, o psicoterapeuta auxilia a pessoa que gagueja a entender como seus pensamentos automáticos negativos afetam seus sentimentos que provocam consequências físicas e influenciam de forma negativa o comportamento comunicativo<sup>12,13</sup>. Estudos atuais sugerem programas terapêuticos mistos em que, além da ênfase na



promoção da fluência, o clínico também direciona a ação terapêutica para desmistificar as crenças negativas relacionadas à imagem que a pessoa que gagueja tem de si como falante<sup>10</sup>.

Neste estudo, a conduta terapêutica utilizada foi a Terapia Cognitiva Processual (TCP)<sup>14</sup>, que é uma nova abordagem dentro do campo da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC). A TCP apresenta técnicas como a psicoeducação e reestruturação cognitiva, e foi desenvolvida pelo psiquiatra brasileiro Irismar Reis de Oliveira. Essa técnica foi inspirada no romance *O Processo*, do escritor tcheco Franz Kafka, e se apresenta como metáfora de um processo judicial, assim denominada por tratar-se da simulação de um julgamento ou júri.

Outrossim outra abordagem utilizada neste estudo foi o Programa Fonoaudiológico de Promoção da Fluência descrito por Andrade<sup>15</sup>, que se baseia no modelamento da fluência, cuja ação fonoaudiológica está centrada nos seguintes aspectos: relaxamento; respiração; voz; motricidade oral e técnicas específicas para obter a fluência.

A última abordagem de intervenção deste estudo foi nomeada e elaborada pela autora da pesquisa como Grupo Terapêutico em Fluência, por tratar-se de ação de psicoeducação em saúde através de temáticas relacionadas à gagueira e à comunicação.

Esta pesquisa tem como marco principal uma equipe multiprofissional com as seguintes áreas: Psiquiatria, Psicologia e Fonoaudiologia, que se debruçou nos desafios relacionados a diferentes abordagens na intervenção do tratamento da gagueira em adultos.

Acreditamos que a prática baseada em evidências deve ser incentivada pelos inúmeros centros de pesquisa, pois esta é a melhor forma de averiguar a efetividade de diversas abordagens de avaliação e de terapia no tratamento dos Transtornos da Fluência com Início na Infância<sup>16</sup>. Assim, justificamos a importância deste estudo, pois, uma vez demonstrado de forma empírica, esse conhecimento poderá se reverter na educação de qualidade dos terapeutas da comunicação.

A seguir, será exposto como a tese está organizada. Foi elaborado um capítulo de introdução, a seguir um de revisão de literatura que aborda os temas centrais da pesquisa: Gagueira e abordagens terapêuticas, Gagueira e instrumentos de avaliação, Gagueira e Ansiedade. Posteriormente, são apresentados os resultados da pesquisa no formato de dois artigos científicos.

O primeiro artigo original trata-se de um ensaio clínico randomizado de superioridade, cujo objetivo foi averiguar a eficácia entre diferentes abordagens de

intervenção no tratamento da gagueira em adultos. O segundo artigo foi elaborado a partir dos dados encontrados relacionados ao índice de ansiedade, de esquiva e desconforto, de ansiedade social e na identificação da correlação entre estes achados e o impacto da gagueira na vida cotidiana dos participantes da pesquisa. A tese é encerrada com as limitações do estudo e com uma conclusão geral, que abarca os dois artigos.

## 1.1 OBJETIVOS

O artigo 1, tem como objetivo determinar a eficácia dos modelos de Terapia Cognitiva Processual (TCP) e o Programa de Promoção da Fluência (GPF) em comparação com o Grupo Terapêutico em Fluência (GTF) no tratamento da gagueira em adultos.

O artigo 2, tem como objetivo identificar se existe correlação entre a autoavaliação da experiência de gaguejar com os índices de severidade da fluência, da esquiva, do desconforto e da ansiedade social em adultos com gagueira.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo, abordam-se os três focos desta pesquisa: Gagueira e Instrumentos de avaliação, Gagueira e abordagens terapêuticas, e Gagueira e Ansiedade.

### 2.1 GAGUEIRA E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

É consenso entre os estudiosos que a gagueira aparece em todas as culturas e tem sido relatada na história da humanidade há muitos séculos<sup>3</sup>. É caracterizada por uma elevada frequência de rupturas que impede o fluxo contínuo da fala. A pessoa que apresenta esse transtorno apresenta, como principais rupturas de fala, as repetições, os prolongamentos e os bloqueios de sons. Há também a presença de comportamentos secundários, que são resultantes de tentativas para escapar ou evitar as rupturas, os quais incluem concomitantes físicos de gagueira, tais como o piscar de olhos, ou concomitantes verbais, como a substituição de palavras<sup>17</sup>.

Assim sendo, estudiosos da área têm defendido uma forma mais ampla de avaliar a gagueira, incluindo não apenas os comportamentos de superfície do discurso do indivíduo, mas também os impactos psicossociais e as consequências que a gagueira tem sobre sua vida<sup>10,20</sup>.

Quanto à avaliação da gagueira, alguns instrumentos vêm sendo usados para mensurar o nível de severidade da gagueira, incluindo a frequência, a duração e os comportamentos concomitantes à fala disfluente. Dentre as escalas utilizadas para medir a severidade da fala disfluente, citamos a Stuttering Severity Instrument – SSI-3<sup>18</sup>. Este instrumento tem sido amplamente utilizado, pois constitui-se uma medida quantitativa, que avalia de forma mais abrangente a frequência de gagueira em porcentagens de sílabas gaguejadas e a duração dos maiores eventos de gagueira, além de contar com a presença de “concomitantes físicos” que podem estar associados à gagueira.

Sabe-se que avaliar a linguagem é uma tarefa complexa que requer a resposta a várias questões. A partir dessa perspectiva, alguns pesquisadores começaram a desenvolver instrumentos de avaliação voltados para atender às premissas da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), focado mais na identificação do que se constitui a saúde do que no impacto das doenças sobre a pessoa<sup>19</sup>.

No tocante aos instrumentos específicos para examinar as atitudes comunicativas

dos falantes que gaguejam, podemos citar o que foi utilizado neste estudo: o “*Overall Assessment of the Speaker’s Experience of Stuttering – Adults - OASES-A*”<sup>20</sup>. Este foi elaborado por Yaruss, Quesal<sup>23</sup> a partir das premissas propostas pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), para ser aplicado em indivíduos adultos que gaguejam, visando obter o grau do impacto da gagueira na vida das pessoas que gaguejam sob o ponto de vista do próprio sujeito. É um instrumento autoaplicável, com alternativas de respostas variando entre “sempre” a “nunca”, e consiste de quatro partes coletando informações sobre a totalidade do seu impacto em quatro áreas distintas. A seção I (informações gerais) contém 20 itens referentes à percepção da fluência e da naturalidade da fala, conhecimento sobre o tema gagueira, as abordagens terapêuticas e as percepções sobre a manifestação da gagueira. A seção II (reações emocionais) contém 30 itens sobre as reações afetivas, comportamentais e cognitivas dos falantes. A seção III (comunicação em situações diárias) contém 25 itens que avaliam o grau de dificuldade que os falantes possuem para se comunicar em situações gerais, no trabalho, em situações sociais e em casa. A seção IV possui 25 itens relacionados à qualidade de vida. Para cada item do OASES-A, as escalas de respostas são organizadas de modo que maiores pontuações significam maior grau de impacto negativo associado à gagueira e menores escores indicam menor impacto negativo. Portanto, tal instrumento permite analisar a natureza do transtorno, bem como a desvantagem social vivenciada por cada indivíduo<sup>20</sup>.

Outrora, grande número de pesquisas que investigavam a eficácia de determinadas abordagens terapêuticas usavam como desfecho primário o índice de severidade da gagueira a partir de uma amostra de fala. O fato é que não se pode ter certeza se a variação do índice de fluência pré-e pós-intervenção é devido à eficácia da intervenção ou à variabilidade da gagueira do falante na determinada situação contextual de teste. Frente a esse dilema, Ingham, Inghan, Bothe<sup>21</sup> afirmam que a forma mais assertiva para monitorar os benefícios do tratamento é preconizar medidas funcionais, que possam ser empregadas na autogestão e no monitoramento de desempenho pessoal através do *feedback* comportamental quantificado.

Os estudos atuais preconizam tanto o uso de medidas da frequência e da tipologia das rupturas de fala, quanto as medidas que investiguem o impacto que o Transtorno da Fluência exerce na vida das pessoas que gaguejam<sup>22</sup>. É importante também, no processo de avaliação, identificar a presença de níveis variados de ansiedade e medo de situações comunicativas, presente em algumas pessoas que apresentam gagueira, e assim intervir de

forma eficaz com a intenção de gerenciar o tratamento, minimizando os efeitos da ansiedade e o medo, o que pode influenciar positivamente na manutenção dos benefícios da intervenção<sup>21</sup>.

## 2.2 GAGUEIRA E ABORDAGENS TERAPÊUTICAS

Uma gama diversificada de intervenções está disponível para tratar gagueira nos últimos anos, mas não há consenso sobre o que deve objetivar um processo terapêutico. Alguns clínicos afirmam que o objetivo da terapia da gagueira é ajudar o falante a aprender a falar fluentemente e eliminar as disfluências, enquanto outros relatam que o terapeuta deve ajudar o paciente a se comunicar mais facilmente independentemente de continuar a gaguejar ou não. Outros ainda defendem uma combinação dos dois objetivos, ou seja, tratamentos mistos<sup>23</sup>.

Nas últimas décadas, preconizam-se novas formas de intervenção no tratamento da gagueira, entretanto o desafio maior é como mensurar o benefício que o indivíduo submetido a um tratamento fonoaudiológico teve a curto e a longo prazo. A literatura indica que a intervenção deve ser entendida em termos de sua eficácia (funcionalidade do tratamento), de sua eficiência (comparação entre tratamentos), e de seu efeito (de que forma o tratamento modifica o indivíduo). Nesse sentido, a pesquisa de revisão sistemática da literatura tem contribuído para nortear os terapeutas na ação reflexiva sobre a intervenção clínica.

O estudo de revisão sistemática realizado por Baxter, Johnson, Blank<sup>24</sup> teve como objetivo identificar, avaliar e sintetizar sistematicamente evidências sobre intervenções para tratar a gagueira em todas as faixas etárias. Os resultados indicaram que cada estágio da vida apresenta desafios diferentes para as pessoas que gaguejam, tais como preocupações com as interações verbais e a percepção dos outros interlocutores sobre a sua fala. Portanto, os estudiosos sugerem maior atenção dos pesquisadores na investigação dos domínios psicológico e social, pois isso leva a uma melhor compreensão de como o tratamento da gagueira deve ser abordado. Os resultados revelaram efeito positivo nas abordagens terapêuticas centradas no paciente que, de forma individualizada, mantém o foco nas necessidades práticas, emocionais e situacionais, sendo que estes aspectos aumentam a probabilidade de êxito no tratamento.

Neumann, Euler, Bosshardt<sup>3</sup>, em um recente estudo de revisão sistemática da

literatura, cuja investigação central foi a eficácia dos programas terapêuticos para o tratamento da gagueira para adolescentes e adultos, elencaram, dentre as abordagens mais indicadas, as técnicas de fala desacelerada, as técnicas que preconizam a prática da fala prolongada, suave e rítmica associada ao controle da respiração; sugerem automatizar as práticas de tal forma que a fala soe de forma natural; indicam a terapia em grupo; incentivam a transferência dos benefícios terapêuticos para situações do dia a dia; sugerem incluir nos programas terapêuticos a autoavaliação e a autogestão, bem como programas de manutenção da fluência. Por último, são também favoráveis a programas terapêuticos, que proponham mudanças de atitudes em relação às situações diversas de comunicação.

Donald<sup>25</sup> realizou uma revisão sistemática de estudos que investigou o impacto da Terapia Comportamental Cognitiva (TCC) em adultos que gaguejam. Seis estudos foram examinados. No geral, evidências sugerem que a TCC não é consistentemente eficaz na redução da frequência, que é mensurada pelo índice da gravidade da gagueira, mas mostra mudanças positivas no gerenciamento dos pensamentos disfuncionais, da atitude comportamental e também do nível de ansiedade.

Veremos, a seguir, pesquisas que abordaram formas diferenciadas de intervenção e que tiveram como desfecho primário não apenas índice de severidade da gagueira, mas também o impacto da gagueira na vida cotidiana.

O estudo de Fry, Millard, Boterrill<sup>26</sup> apresentou uma pesquisa direcionada para a intervenção de reestruturação da fala com um grupo de quinze adolescentes em um programa de tratamento com cinco semanas na fase inicial, seguido de duas semanas de tratamento intensivo e cinco semanas da fase de manutenção. Os resultados obtidos, após intervenção, demonstraram uma redução da pontuação do impacto da gagueira de moderado para leve moderado no protocolo OASES-S.

Pesquisas atuais tendem a introduzir formas diferenciadas e singulares de abordagens terapêuticas que visam às necessidades individuais e incluem práticas diferenciadas como *mindfulness*<sup>10</sup>.

O estudo de Beilby, Byrnes, Yaruss<sup>10</sup> aplicou tratamento a 20 adultos, na modalidade grupo, que apresentavam gagueira e que estavam na fila de espera da clínica escola. A abordagem terapêutica usou estratégias de tratamento direcionado para as disfluências gagas e estas foram individualmente adaptadas às necessidades específicas de cada participante, sendo que o programa de tratamento foi realizado em grupo e incluiu estratégias de modificação da gagueira, de aceitação, de autogestão, de autoavaliação e de

prática de habilidades de atenção plena com vivências de *mindfulness*. Os resultados mostraram diferenças significativas em todas as medidas nos três pontos de tempo de medição, indicando que a frequência das rupturas de fala foi reduzida e mantida significativamente ao longo do tempo. Na avaliação do instrumento OASES, as contagens médias em todas as quatro subseções no pré-tratamento estavam dentro do impacto moderado e moderado-severos. Na medida do pós-tratamento e seguimento, as pontuações médias das subseções foram reduzidas para a faixa de impacto leve/moderado.

O estudo de Huinck et al.<sup>27</sup> em pesquisa cuja intervenção abordou o aprimoramento da fluência, através da variação da tensão e estratégias de gerenciamento cognitivo do comportamento, relatam que medidas tomadas imediatamente pós-tratamento não só melhoram a fluência dos participantes, mas também suas emoções e os pensamentos relacionados à sua condição de falante. Entretanto afirmam que a não manutenção do índice de fluência durante o período de seguimento, em longo prazo, pode afetar em maior grau os participantes, que apresentam índice gagueira severa.

Everard, Howell<sup>40</sup> estudo de tratamento com oito adultos com gagueira cujo o objetivo de identificar as mudanças percebidas após a participação de uma intervenção da modificação da gagueira intensiva em grupo e seis meses em posterior participação dos em grupos focais com temáticas variadas sobre o enfrentamento da gagueira. As medidas de comparação foram realizadas através dos instrumentos OASES-A, SSI-4 e S24 em três momentos terapêuticos (antes e logo após a terapia e 6 meses após a terapia). Nos resultados os autores relatam que a terapia fez a diferença e que essas mudanças relatadas foram apoiadas pelas medidas quantitativas que demonstraram melhoria da confiança comunicativa; aumento da auto-consciência; mudanças afetivas, comportamentais e cognitivas; redução do uso de estratégias de evitação; e menor impacto da gagueira na qualidade de vida. Na conclusão os autores confirmaram mudanças de fala e atitude decorrentes do atendimento na terapia de modificação da gagueira. Estas alterações, qualitativas foram corroboradas por medidas quantitativas que foram vinculadas a relatos de melhoria da qualidade de vida dos participantes.

Algumas pesquisas tiveram o objetivo de introduzir condutas inovadoras como a Terapia Cognitivo-Comportamental. Menzies et al.<sup>13</sup>, ao realizar um estudo com adultos que apresentavam gagueira, tinham como objetivo investigar os efeitos do tratamento da reestruturação da fala e os efeitos da Terapia Cognitivo- Comportamental (TCC) na ansiedade e no perfil da fluência. Além disso, ainda investigaram, através de exame

clínico, o índice do diagnóstico de ansiedade social entre os participantes. O estudo envolveu 30 adultos com gagueira (25 homens e 5 mulheres), que foram aleatoriamente designados para um de dois grupos. O primeiro grupo recebeu 10 semanas de tratamento com TCC, seguido de 14 horas de tratamento de reestruturação de fala, enquanto o segundo grupo não recebeu nenhum tratamento durante as primeiras 10 semanas, seguidas de 14 horas de tratamento de reestruturação de fala. As medidas de resultado foram tomadas em quatro pontos durante o estudo, que consistia em uma avaliação de fala (% SS), uma avaliação cega de ansiedade completada por um psicólogo e uma bateria de seis medidas de autorrelato psicológico. Resultados das avaliações por um clínico revelaram que 60% da amostra foi diagnosticada com ansiedade social no início do estudo. Com relação aos resultados, a análise dos dados revelou que o grupo que foi exposto apenas à reestruturação da fala não teve impactos significativos no *status* de ansiedade social. Contudo, os participantes que receberam a TCC e que não tinham o diagnóstico de Ansiedade Social tiveram mudanças positivas em relação às medidas psicológicas, entretanto a intervenção de TCC não reduziu o índice de disfluências gagas a mais do que o grupo que recebeu apenas a reestruturação da fala.

Iverach et al.<sup>28</sup>, em pesquisa recente, estudaram o perfil de adultos que estavam em fila de espera para iniciar o tratamento da gagueira, a amostra constituiu-se de 275 adultos que gaguejavam (18-80 anos), incluindo 219 homens (79,6%) e 56 mulheres (20,4%). Foram feitas comparações entre os participantes diagnosticados com Transtorno de Ansiedade Social (29,8%) e aqueles sem este diagnóstico (70,2%). Os resultados revelam que os adultos gogos com Transtorno de Ansiedade Social (TAS) demonstram mais dificuldades psicológicas e com uma visão mais negativa de sua fala. Eles também relataram um impacto negativo significativamente maior da gagueira medido pelo OASES,  $t(215) = -4.943$ ,  $p < 0,001$ , com um tamanho de efeito médio (0,7), portanto as pontuações no OASES caracterizam o impacto Moderado-Severo para adultos gogos com Transtorno de Ansiedade Social e o intervalo Moderado para adultos gogos sem Transtorno de Ansiedade Social.

Reddy, Sharma, Shivashankar<sup>60</sup> apresentaram um estudo que teve como objetivo verificar a eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) na redução dos sintomas da gagueira e cognições disfuncionais, e também no aumento da assertividade e da qualidade de vida de clientes com gagueira. Cinco clientes com gagueira atenderam aos critérios de inclusão. Todos receberam intervenção cognitivo-comportamental com 16 a 18



sessões individuais com duração de 60 minutos. Os protocolos da intervenção foram compostos de psicoeducação, de relaxamento, de respiração profunda, de técnicas específicas de reestruturação cognitiva e de estratégias de resolução de problemas e assertividade. Os resultados revelaram que a TCC foi parcialmente eficaz para os clientes na redução da gagueira, reduzindo a ansiedade e as cognições disfuncionais, provocando melhoria da qualidade de vida.

Outras pesquisas abordaram formas diferenciadas de intervenção e tiveram como desfecho primário índice de severidade da gagueira como medida principal.

Andrade<sup>30</sup> realizou a intervenção em 29 adultos que apresentavam gagueira e teve como objetivo investigar os efeitos do uso da realimentação pela eletromiografia de superfície (EMGS) no tratamento de adolescentes e adultos com gagueira persistente do desenvolvimento. Os participantes foram divididos em três grupos e submetidos ao Programa de Promoção da Fluência, sendo que o primeiro grupo (GI), com 10 participantes, foi submetido ao programa de tratamento associado à eletromiografia de superfície, visando ao monitoramento simultâneo de quatro regiões musculares envolvidas na fala. O segundo grupo (GII), com 9 participantes, foi submetido ao programa de tratamento associado à eletromiografia de superfície, visando ao monitoramento apenas da região perioral, e o terceiro grupo (GIII), com 10 participantes, foi submetido ao programa de tratamento de promoção da fluência sem a associação da eletromiografia de superfície. A intervenção ocorreu de forma individual com 12 sessões semanais e com duração de 50 minutos. Resultados revelam que os grupos GI e GIII não apresentaram variações significativas para nenhum dos parâmetros nos diferentes momentos de avaliação. No GII, houve diferença estatisticamente significativa na ocorrência das disfluências gegas e comuns. Conclui-se que no grupo GIII cuja intervenção não usou o recurso da realimentação, os participantes não conseguiram desenvolver a autopercepção necessária para a aplicação eficiente das técnicas de promoção da fluência.

Para além das perspectivas positivistas que estudam a gagueira, temos alguns estudiosos que propõem a compreensão da natureza da gagueira sobre outro paradigma, dentre elas a visão dialético-histórica.

Friedman<sup>31</sup> preconiza que a origem desse transtorno se inicia na primeira infância, onde as hesitações e repetições de palavras e sílabas iniciais são vistas pelos pais, figuras de autoridade, como inadequadas e desviantes do padrão aceito pela comunidade, enfim são vistas como “erros”. Dessa forma, são prontamente pontuadas pelos adultos de diversas

maneiras: pela expressão corporal, como gestos, expressões faciais de reprovação; e pelo discurso verbal: “fale direito”, “respire antes de falar...” etc. Assim surge um paradoxo que provoca uma relação dupla com a realidade, por um lado o indivíduo tem que se comunicar falando e, por outro, este não tem permissão de se expressar de forma singular. Daí surgem crenças que deixam marcas no funcionamento psíquico e estas marcas têm efeitos no funcionamento discursivo e no corpo, e ainda podem levar o falante a construir uma imagem de mau falante. Friedman define a gagueira como “o produto ideológico da história das relações de comunicação vividas, de onde emerge a crença na incapacidade articulatória, que determina todo o processo de produção de sua manifestação externa”. A intervenção terapêutica propõe, através da interação discursiva, trabalhar a compreensão da lógica de funcionamento da fala fluente e da fala com gagueira, para que o paciente encontre as condições para sair do funcionamento gaguejante. É também indicado trabalhar a abordagem corporal, que visa desenvolver a vivência sensorial da fala com o objetivo de ressignificar a dimensão corporal e a imagem de falante.

Embora muitos estudiosos ainda debatam sobre os melhores métodos para investigar a eficácia das diversas abordagens no tratamento da gagueira, no geral, os estudos<sup>32</sup> têm identificado eficácia, mas afirmam que nem todas as pessoas que gaguejam se beneficiam do programa de tratamento de forma igual, preconizam, portanto, abordagens individualizadas com tratamento mais apropriado para cada caso<sup>23</sup>. Afirma Yaruss<sup>23</sup> que um tratamento que não resulte em mudança perceptível na fluência, mas que resulte em uma mudança de longo prazo na qualidade de vida do falante pode ser considerado como bem-sucedido.

### 2.3 GAGUEIRA E ANSIEDADE

A ansiedade é uma característica referida pelas pessoas que gaguejam em muitas pesquisas<sup>4,8,33</sup>, que têm sido realizadas com o intuito de se estabelecer uma possível relação entre gagueira e altos níveis de ansiedade.

Craig, Hancock, Tran e Craig<sup>9</sup> estudaram a manifestação da ansiedade das pessoas que gaguejam. Para tanto, selecionaram randomicamente 4689 residências e, através de uma entrevista telefônica, solicitavam ao interlocutor para que oferecesse uma descrição para a gagueira e, logo a seguir, perguntavam se havia algum indivíduo gago naquela residência. No caso de uma resposta positiva, era aplicado um questionário, mediante a

autorização de gravação da fala do indivíduo gago. Foi identificado um total de 87 pessoas que se autorreferiram como gagas, sendo que os 63 com idade acima dos 15 anos responderam a um questionário sobre ansiedade. Os resultados indicaram que as pessoas que gaguejavam apresentaram níveis de ansiedade significativamente maiores do que os geralmente achados na sociedade.

Craig, Tran<sup>34</sup> realizaram outra pesquisa, em 2006, com uma amostra de 400 indivíduos. O primeiro grupo do estudo foi composto por 200 adultos (homens e mulheres) com gagueira e um segundo grupo controle de 200 adultos (homens e mulheres) sem gagueira. Os resultados evidenciaram que o grupo composto de indivíduos com gagueira relataram menor convívio social, sugerindo que a gagueira influencia negativamente na capacidade de interação social. Além disso, identificaram também que os riscos de ansiedade nas pessoas com gagueira são maiores, quando comparados com indivíduos sem a gagueira.

Blumgart, Tran, Craig<sup>4</sup> realizam um estudo abrangente para avaliar comparativamente a ocorrência da ansiedade social em um grupo de 200 indivíduos de ambos os sexos com gagueira e um grupo controle de 200 indivíduos, de ambos os sexos, sem a gagueira. Foram mensurados o grau de severidade da gagueira e as condições de saúde geral. Também foi autorreferido o nível de ansiedade e através de entrevista estruturada e aplicação do instrumento FNE para avaliar medo da avaliação negativa. Os resultados indicaram que os indivíduos que gaguejavam apresentavam um índice de 40% de prevalência de ansiedade e maior risco para fobia social quando comparados ao grupo controle, portanto confirmaram a sua hipótese de que os indivíduos com gagueira possuíam maiores níveis de ansiedade social, com até 20 vezes mais chances de desenvolver o transtorno de ansiedade social, em comparação com o grupo controle. Observou-se ainda, nos resultados, que obtiveram a pontuação média de 15,2. SD (9,0) para o escore de FNE. No que se refere ao questionamento se haveria correlação entre o grau de severidade da gagueira com a ocorrência do Transtorno de Ansiedade Social, não foi encontrada correlação entre esses aspectos. Indivíduos com gagueira leve foram tão propensos a ter maiores níveis de ansiedade social quanto os indivíduos que apresentavam gagueira moderada/severa.

Mulcahy, Hennessey, Beilby, Byrnes<sup>35</sup> em pesquisa com 37 adolescentes entre 11 e 18 anos, divididos em dois grupos: 18 participantes que apresentavam gagueira e 16 com boa fluência, tiveram o objetivo de identificar se adolescentes que gaguejam

demonstravam níveis significativamente maiores de traços de ansiedade com uma atitude mais limitada para a comunicação diária do que os adolescentes que não gaguejam, além de também identificar se os níveis de ansiedade estavam correlacionados com dificuldade na comunicação no grupo que apresentava gagueira. Para avaliar o nível de ansiedade, utilizou-se o inventário de ansiedade de estado e de traços, e para avaliar medo de avaliação negativa, foi utilizada a escala FNE e o OASES-T para investigar a atitude do gago em relação à comunicação. A gravidade da gagueira no grupo de adolescentes com gagueira foi determinada através do programa de computador a partir de uma amostra de fala. Resultados demonstraram que adolescentes que gaguejaram obtiveram pontuação média maior nos níveis de ansiedade, maior medo de serem avaliados negativamente e maior dificuldade de comunicação funcional do que aqueles que não gaguejam. As medidas do traço e estado de ansiedade foram significativamente correlacionadas com a dificuldade percebida com a comunicação funcional para os adolescentes que gaguejam, mas estas mesmas medidas não foram correlacionadas para os controles.

Brundage<sup>36</sup>, em 2017, promoveram um estudo que incluiu 50 adultos com gagueira e 45 pessoas fluentes que compunham o grupo controle. No resultado, identificaram que não houve diferenças significativas entre os dois grupos nos escores de ameaça social. Quanto à análise do índice medo de avaliação negativa, os pesquisadores classificaram os participantes em subgrupos com base no FNE e comparando o grupo sem gagueira e sem ansiedade elevada (n = 35), com o grupo com gagueira com alta pontuação de FNE, sendo que estes tiveram escores total de ameaça social significativamente maiores que os participantes com gagueira, mas com baixo escore de FNE. A implicação é que a avaliação do FNE pode ser um fator determinante para as maneiras pelas quais pessoas com gagueira abordam diferentes tipos de situações sociais.

Diversos instrumentos são usados para mensurar os níveis de ansiedade, no entanto, poucos estudos na literatura nacional e internacional que pesquisam a gagueira utilizaram a escala de Liebowitz, que investiga a presença do medo e evitação em diversas situações de interação social. Schneier et al.<sup>37</sup> investigou a ansiedade social nos participantes de um simpósio de autoajuda com pessoas que apresentavam gagueira, por meio da escala a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz Quase 60% dos participantes (n = 13) demonstraram escores de ansiedade social semelhante a um grupo de comparação de 26 pacientes com Transtorno de Ansiedade Social (TAS) de uma clínica de especializada nos transtornos da ansiedade.

Caetano<sup>6</sup>, em um ensaio clínico com 39 pessoas, investigou o benefício da Terapia Cognitiva Processual (TCP) em indivíduos com Transtorno de Ansiedade Social (TAS) e o comparou a um grupo de 19 indivíduos saudáveis na aplicação dos instrumentos BAI, FNE e SADS, dentre outros. Em relação às características clínicas, os participantes saudáveis apresentam pontuação média obtida de 3,94 pontos na BAI; 12,63 pontos na FNE; 3,78 na SADS. Já o grupo diagnosticado com TAS apresentava pontuação média de 27,83 na BAI; 25,89 na FNE; e 25,17 na SADS.

Há inúmeros estudos sobre a ansiedade e a gagueira, e alguns pesquisadores compreendem que a ansiedade pode desempenhar um papel mediador na gagueira, quando se leva em consideração a variação do grau de apreensão e a atitude das pessoas com gagueira frente ao ato comunicativo<sup>33,39,40</sup>. Assim, Conture et al.<sup>41</sup> desenvolveu um modelo de comunicação-emocional, que sugere que a gagueira é resultado de ineficiências no planejamento e/ou na produção de fala, sofrendo influência da regulação emocional, o que envolve emoções negativas, tais como o medo e a ansiedade. Para esse autor, a ansiedade e seus determinantes podem exacerbar o aparecimento de disfluências, tanto em relação à frequência como também com o aparecimento de rupturas de fala atípicas, como bloqueios e prolongamentos, devido ao efeito da ansiedade e/ou medo que afeta controle motor da fala.

Alm et al.<sup>7</sup> um dos objetivos desse estudo foi aferir as mudanças fisiológicas associadas à ativação do ramo simpático do sistema nervoso autônomo frente às reações emocionais de indivíduos que gaguejam. Para tanto, realizou uma revisão crítica da literatura sobre a relação das emoções, gagueira e frequência cardíaca durante o evento da ansiedade antecipatória nos indivíduos gogos. A revisão dos estudos psicofisiológicos indicou que em situações de estresse, muitos adultos que gaguejam tendem a apresentar ansiedade antecipatória e leva a coativação do sistema autônomo, com elevação dos batimentos cardíacos. Os autores desses estudos, entretanto, relatam que a modulação das emoções pode estar relacionada à severidade da gagueira mas esse fato não implica necessariamente que os fatores emocionais sejam causa de base da gagueira. O aumento da ansiedade estaria mais ligado às situações de fala caracterizadas como experiências negativas de comunicação em eventos vividos anteriormente, as quais quando se repetem provocam uma reação emocional

Guntupalli et al.<sup>42</sup> investigaram se a gagueira pode provocar a formação da auto-imagem negativa em relação ao indivíduo que gagueja. Para isso analisaram as respostas fisiológicas apresentadas pelos ouvintes fluentes, durante a escuta e visualização da fala e movimentos associados do indivíduo que gagueja. Comparando as respostas emocionais e fisiológicas de indivíduos fluentes durante a escuta e observação de amostras de fala dos gagos, foram medidas a condutância da pele e a frequência cardíaca de 12 adultos. Os participantes preencheram uma escala de auto-avaliação sobre o seu estado de alerta variando de (calma a excitação) e seu estado emocional (feliz – infeliz) e responderam um questionário com uma série de adjetivos. Os resultados revelam um significativo aumento da condutância da pele, concomitante a uma diminuição da média da frequência cardíaca durante a apresentação das amostras de fala, reações encontradas em situações onde há maior demanda do sistema atencional. Os ouvintes fluentes também referiram maior estado de atenção, infelicidade, nervosismo, desconforto, tristeza, desprazer, evitação, vergonha e irritação durante a apresentação. Concluíram que a gagueira pode produzir respostas fisiológicas e emocionais nos ouvintes e que isso pode influenciar diretamente a memória emocional e no mecanismo dos neurônios-espelho do indivíduo que gagueja, contribuindo dessa forma para piorar o estereótipo negativo.

A ansiedade observada nos adultos com gagueira pode resultar das experiências negativas na primeira infância. São muito comuns os relatos entre crianças pré-escolares com gagueira que vivenciam provocações, exclusão e reações negativas relacionadas à sua fala e até mesmo evidências de *bullying*<sup>43</sup>.

Blood, Blod<sup>43</sup>, pesquisaram a relação entre a ansiedade relatada pelas pessoas que gaguejam e a condição de vulnerabilidade ao bullying, para tal avaliaram 18 crianças gagas e 18 fluentes e encontraram que as primeiras apresentavam um maior risco (61%), de experimentar o bullying do que as crianças fluentes (22%). Os autores usaram, a escala de ansiedade “Revised Children's Manifest Anxiety Scale” identificaram que quase metade das crianças gagas apresentavam escores bem acima dos níveis aceitáveis na escala de normalidade

Um aspecto que tem influência na qualidade de vida das pessoas que gaguejam é o impacto negativo que a disfluência pode causar na percepção sobre a sua competência na habilidade comunicativa.

Andrade, Sassi, Juste, Ercolin<sup>44</sup> investigaram a influência da habilidade de fala sobre a qualidade de vida em um grupo de 20 de indivíduos fluentes e 20 com gagueira que responderam ao Protocolo de Autoavaliação - versão para adultos (Campanatti e Andrade, 2000), composto por três sessões de temáticas: componentes afetivos, componentes comportamentais e componentes cognitivos. Os achados indicaram uma diferença na

percepção da fala e da fluência entre os indivíduos fluentes e os gogos. No grupo dos indivíduos com gagueira, o grau de severidade da patologia não interferiu na determinação do perfil afetivo, comportamental e cognitivo, e mesmo os indivíduos com gagueira de grau leve apresentaram os mesmos perfis de graus mais elevados. Os autores concluíram que a experiência com a gagueira gera um impacto negativo na qualidade de vida do indivíduo gago.

### **3 MÉTODO**

Trata-se de um ensaio clínico randomizado de superioridade com três grupos paralelos de intervenção. Oferecemos abordagens distintas de tratamento, sendo denominado: Grupo I - Terapia Cognitiva Processual (TCP), Grupo II - Promoção da Fluência (GPF) e o Grupo III - Grupo Terapêutico em Fluência (GTF), sendo este último o grupo controle. Depois da avaliação inicial e da certificação do cumprimento dos critérios de inclusão, foram randomizados aleatoriamente 20 participantes para cada grupo de intervenção. A duração do tratamento foi de um encontro semanal por um período de doze semanas seguidas, com duas sessões para avaliação inicial e até duas para a avaliação final. Os encontros terapêuticos tiveram duração de uma hora e meia com grupos de 3 a 5 participantes.

O cronograma de condução do estudo encontra-se detalhado no Apêndice 1. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes de qualquer conduta envolvendo avaliação e tratamento (Apêndice 2). Esta pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia (UFBA) em 19 de outubro de 2016, número: 1.781.015. CAAE 56672916.0.5662.

A maioria das pessoas contatadas estava na lista de espera da Centro Docente Assistencial em Fonoaudiologia (CEDAF) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), e algumas vieram a partir da divulgação pela mídia virtual.

Como parte das medidas de linha de base, os interessados participaram inicialmente de uma entrevista semiestruturada que investigou dados demográficos e buscou identificar a presença de sinais e sintomas que caracterizam o Transtorno da Fluência com Início na Infância baseado no DSM -5<sup>1</sup>, incluindo também perguntas que investigaram os critérios de inclusão e não inclusão desse estudo (Apêndice 9).

#### **Critérios de inclusão**

Os critérios de inclusão no estudo foram: ter idade a partir de 18 anos, ter o português como língua nativa, se julgar capaz de escrever e seguir as instruções do protocolo e das orientações fornecidas no tratamento. Além disso, apresentar gagueira classificada no mínimo de grau leve de acordo com o Instrumento de Severidade da Gagueira (SSI-3)<sup>18</sup>.



### **Crêterios de não inclusão**

Deve-se ressaltar que não foram incluídas pessoas que referissem apresentar Transtorno de Tourette; Depressão moderada a grave; Esquizofrenia; Transtorno Bipolar; referir consumo diário de álcool e drogas nos últimos 6 meses ou ainda se declarassem estar sendo acompanhados em psicoterapia e/ou fonoterapia, ou ter tido este acompanhamento há, no mínimo, seis meses anterior   coleta de dados.

### **Cr terio de exclusão**

Como cr terio de exclusão foi definido que o participante, após ter sido randomizado para um dos grupos de interven o, não comparecesse às quatro sessões iniciais.

### **Procedimentos**

O participante que se encaixou dentro dos cr terios definidos acima foi encaminhado para grava o em vídeo da amostra de fala. Para a coleta de dados foi realizada uma filmagem para registro da fala espontânea que deveria conter 200 sílabas expressas, ou seja, aquelas em que o participante fluiu a partir da seguinte indaga o: “O que   a gagueira para você?”. Logo em seguida, essa amostra de fala foi transcrita e analisada a partir dos cr terios da escala *Stuttering Severity Instrument SSI-3*<sup>18</sup> para assim mensurar o  ndice de severidade da gagueira. Esta escala avalia quatro áreas de comportamento de fluência do discurso: (1) de frequência, (2) dura o, (3) concomitantes físicos, e (4) naturalidade da fala do indivíduo. Foi observada e registrada a média da dura o dos três maiores bloqueios ou prolongamentos na amostra de fala. Ademais, realizou-se o registro da presença de concomitantes físicos associados   fala através da observa o do vídeo.

A amostra de fala dos participantes foi analisada por fonoaudiólogos com expertise na área dos Transtornos da Fluência, então foi realizada a transcri o ortográfica, as primeiras duzentas sílabas expressas da amostra de fala foram analisadas, sinalizadas em negrito e posteriormente categorizadas como disfluência comum e gaga. A partir da categoriza o, a frequência da porcentagem de descontinuidade de fala e porcentagem de

disfluência gaga foi obtida. A seguir calculou-se a média da duração dos três maiores eventos de bloqueio e prolongamento, e também registrado os concomitantes físicos associados à fala. No caso de dúvida sobre algum episódio de gagueira, recorreu-se a um fonoaudiólogo sênior com mais de 20 anos de experiência na área. Os episódios de gagueira foram identificados usando a escala *Stuttering Severity Instrument*<sup>18</sup>, que define o grau de severidade do seguinte modo: pontuação de 10-12 muito leve; 13-17 muito leve a leve; 18-20 leve; 21-24 leve a moderado; 25-27 moderado; 28-31 moderado severo; 32-34 severo; 35-36 severo a muito severo; 37-46 muito severo. Ressaltamos que esse dado foi utilizado para averiguar um dos desfechos primários da intervenção.

### **Instrumentos de pesquisa**

A partir da inserção dos participantes no estudo, foi aplicado o protocolo da Avaliação Global da Experiência do falante em Gaguejar (OASES-A) – *Overall Assessment of the Speakers Experience of Stuttering – Adults*<sup>20</sup>. Este instrumento foi criado com o objetivo de coletar informações sobre a experiência de gaguejar, conforme delineado pela Classificação Internacional do Funcionamento, da Incapacidade e da Saúde da Organização Mundial da Saúde<sup>19</sup>. Em 2010, Bragato<sup>17</sup> elaborou a versão brasileira, portanto esse instrumento apresenta equivalência semântica, conceitual, cultural e idiomática. Segundo Yaruss, Quesal<sup>20</sup>, esse protocolo busca medir o impacto geral da gagueira por meio da análise de diferentes aspectos desse transtorno. É um instrumento autoaplicável, com alternativas de respostas variando dos valores de 1 a 5 caracterizados entre "sempre" a "nunca", e consiste de quatro partes coletando informações sobre a totalidade do seu impacto em quatro áreas distintas. A seção I (informações gerais) contém 20 itens referentes à percepção da fluência e da naturalidade da fala, conhecimento sobre o tema gagueira, as abordagens terapêuticas e as percepções sobre a manifestação da gagueira. A seção II (reações emocionais) contém 30 itens sobre as reações afetivas, comportamentais e cognitivas dos falantes. A seção III (comunicação em situações diárias) contém 25 itens que avaliam o grau de dificuldade que os falantes possuem para se comunicar em situações gerais, no trabalho, em situações sociais e em casa. A seção IV possui 25 itens relacionados à qualidade de vida.

Para cada item do OASES-A, as escalas de respostas são organizadas de modo que maiores pontuações significam maior grau de impacto negativo associado à gagueira e

menores escores indicam menor impacto negativo<sup>20</sup>. Tal instrumento permite analisar a natureza do transtorno, bem como a desvantagem social vivenciada por cada indivíduo<sup>20</sup>. Esse protocolo foi usado para averiguar o desfecho primário das intervenções, sendo que o grau do impacto da gagueira é definido assim: pontuação de 1-1,49 leve; 1,30-2,24 leve moderado; 2,25-2,99 moderado; 3- 3,74 moderado severo; 3,75-5,0 severo.

Foi ainda aplicado o protocolo Escala de ansiedade social de Liebowitz - versão de autorrelato<sup>38</sup> (LSAS-SR) – Liebowitz Social Anxiety Scale - Self-Report, que foi validado para o contexto brasileiro por Dos Santos<sup>45</sup>. É composto por 24 itens que avaliam ansiedade ou mal-estar, por um lado e, por outro, evitação de situações sociais específicas. O mal-estar ou ansiedade é avaliado em uma escala de tipo Likert que varia de 0 ("Nenhum") a 4 ("Intenso") e a evitação de tais situações de 0 ("Nunca - 0%") a 4 ("Geralmente - 100%"). A pontuação total é obtida pela soma da pontuação das subescalas de mal-estar ou ansiedade e a de evitação. Somando todos os itens do LSAS, é criada uma pontuação total que determinará o grau de ansiedade social do indivíduo, de acordo com os intervalos apresentados (55-65: Fobia Social Moderada; 66-80: Fobia Social Média; 91-95: Fobia Social Grave e > 95: Fobia Social Muito Grave).

O Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) se configura como uma escala de autorrelato criada por Beck, Epstein, Brown, Steer<sup>46</sup>, traduzida e validada para o contexto brasileiro por Cunha<sup>47</sup>. É composta por 21 itens que são afirmações descritivas de sintomas de ansiedade, em que o participante deve avaliar, em uma escala de quatro pontos, o nível de severidade de cada um dos sintomas percebidos na semana anterior à avaliação. O escore total corresponde ao somatório dos escores de cada um dos 21 itens individuais e pode variar de 0 a 63. O BAI permite classificar os respondentes em diferentes níveis de intensidade da ansiedade, sendo que escores com pontuação de até 10 pontos indicam ausência de sintomas de ansiedade (ou presença mínima); de 11 a 19 pontos, intensidade leve; escores entre 20 a 30 pontos, ansiedade moderada; e, por fim, escores entre 31 a 63, intensidade grave de ansiedade.

O instrumento da Escala de Esquiva e Desconforto Social (SADS) é autoaplicável e foi desenvolvido por Watson, Friend<sup>48</sup>, traduzido e adaptado para o contexto brasileiro por Levitan et al.<sup>49</sup>. Tal instrumento avalia a evitação que o indivíduo apresenta em situações sociais e o desconforto sentido em tais situações, sendo composto por 28 itens com respostas do tipo verdadeiro ou falso. A escala SADS foi utilizada no presente estudo para avaliar possíveis mudanças nas respostas de esquiva de situações sociais e o mal-estar

associado a tais situações, haja vista que estas também são características marcantes em pessoas que apresentam gagueira.

Foi aplicado o protocolo da Escala de Medo de Avaliação Negativa (FNE), escala de autorrelato criada por Watson, Friend<sup>48</sup>, traduzida e adaptada para o contexto brasileiro por Silva, Nardi<sup>50</sup>. O instrumento tem como objetivo avaliar o medo relacionado a avaliações sociais, sendo composto por 30 itens, que permitem respostas do tipo verdadeiro ou falso. Uma vez que a presente pesquisa avalia uma nova intervenção em população com gagueira, mensurar o medo da avaliação negativa é uma das principais características do quadro e é útil para fornecer dados sobre a efetividade do tratamento na diminuição dos sintomas de ansiedade social.

Os instrumentos de avaliação acima descritos foram aplicados por avaliador independente, em uma ordem de sequência variada, durante as duas sessões iniciais. Em seguida, foram iniciadas as sessões de intervenção terapêutica com frequência semanal, totalizando 12 (doze) encontros. Caso o participante faltasse a uma sessão, ele remarcava para a semana seguinte um encontro individual extra, ou em um grupo similar, admitindo-se até quatro faltas não sucessivas. Cada participante tinha uma agenda em que anotava as dúvidas e registrava a frequência em que fazia os exercícios indicados semanalmente. As escalas de medida primária de eficácia foram comparadas entre valores finais e basais, bem como na comparação entre as intervenções testadas.

### **Randomização**

Cada grupo de intervenção foi randomizado aleatoriamente com 20 pessoas cada um. Foi realizada a estratificação por seleção em blocos conforme a classificação do impacto da gagueira, aferida através do protocolo OASES-A, portanto os grupos foram randomizados a partir da seguinte proporção: sendo leve-moderada e moderada (n=23); moderada severa (n=27) e severa (n=10).

Deve-se ressaltar que, após a randomização, um participante desistiu do tratamento, pois mudou de cidade, portanto o GTF ficou com 19 participantes e o TCP e GPF com 20 participantes cada.

As ações de intervenção foram executadas em três períodos distintos ao longo do estudo, sendo que o primeiro momento de intervenção iniciou em novembro de 2016 e constou 01 grupo (GPF); 01 grupo (GTF) e 02 grupos (TCP). O segundo momento iniciou em abril de 2017 e constou de 01 grupo (GPF). No terceiro momento iniciou em dezembro

de 2017 e constou de 03 grupos (TCP), 03 grupos (GPF) e 03 grupos (GTF).

### **Intervenção**

Os grupos de intervenção foram os seguintes:

Grupo I- 05 grupos submetidos à Terapia Cognitiva Processual (TCP)

Grupo II- 05 grupos submetidos ao Programa de Promoção da Fluência (GPF)

Grupo III- 04 grupos submetidos Grupo Terapêutico em Fluência (GTF)

### **Descrição da Psicoterapia: Terapia Cognitiva Processual (TCP)**

A Terapia Cognitiva Processual (TCP) é uma nova abordagem dentro do campo da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e foi desenvolvida pelo psiquiatra brasileiro Irismar Reis de Oliveira. Apresenta técnicas como psicoeducação, reestruturação cognitiva, exposições ao longo do tratamento e tarefas de casa, partilhando assim dos mesmos pressupostos teóricos da TCC padrão. Entretanto, essa abordagem apresenta características próprias, com conceitualização cognitiva, questionários e técnicas específicas<sup>14</sup>. A TCP foi inspirada no romance *O Processo*, do escritor tcheco Franz Kafka, e algumas de suas técnicas se apresentam como metáforas de um processo judicial, sendo assim denominada por tratar-se de simulações de julgamentos ou júris. A TCP foi conduzida através de três conjuntos de técnicas, aplicadas de modo correspondente aos três níveis de cognição que reestruturam pensamentos automáticos (1º nível), pressupostos subjacentes (2º nível) e crenças nucleares (3º nível). Os participantes receberam também uma ficha em que registraram os dias e horários nos quais fizeram os exercícios propostos pelo psicoterapeuta.

Na tabela 1 foi descrito o resumo das ações de intervenção TCP.

**Tabela 1** - Síntese do tratamento (TCP)

Encontro	Tema
Sessão 1 e 2	Psicoeducação no modelo cognitivo com base no diagrama de conceituação e distorções cognitivas

Sessões 3 e 4	Identificar as distorções cognitivas e introduzir Registro de Pensamentos Intrapessoal (RPIntra). Avaliação de pensamentos automáticos: utilização do RP-Intra.
Sessões 5	Hierarquização dos sintomas codificados por cores e psicoeducação sobre exposição. Introduzir <i>Role-Play Racional Emotivo Consensual</i> RPC
Sessões 6	Discussão sobre estratégia compensatória e seus pressupostos subjacentes, uso da técnica <i>Role-Play Racional Emotivo Consensual</i> RPC
Sessões 7	Conceituação através do diagrama, focar as crenças nucleares (nível 3) e preenchimento do instrumento OASES-A
Sessão 8 e 9	Aplicação do Registro de Pensamentos com Base no Processo ou “Processo”; Tarefa: “preparo para o Recurso”
Sessão 10 e 11	Metacognição: utilização do Processo II. Relaxamento (metáfora do barco a vela)
Sessão 12	Encerramento avaliação final

Fonte: Autoria própria

### Descrição do Programa Fonoaudiológico de Promoção da Fluência (GPF)

O Grupo de Promoção da Fluência foi aplicado de acordo com o Manual do Programa Fonoaudiológico de Promoção da Fluência descrito por Andrade<sup>15</sup>, módulo I em 12 sessões. Os participantes receberam, em cada sessão, a sequência de exercícios semanais e uma ficha em que registraram os dias e os horários que fizeram os exercícios propostos. Segue o resumo das ações de intervenção na tabela 2.

**Tabela 2** - Síntese do tratamento (GPF)

Encontro	Tema
Sessão 1 a 3	Exercícios de relaxamento corporal; exercícios de respiração, inspiração e expiração nasal associado a som de consoante/s/; Em exercícios de motricidade oral foi trabalhada a mobilidade do órgão fonoarticulatório; técnica específica em que foi realizada a identificação das características da fala e prática negativa.
Sessões 4 a 6	Exercícios de relaxamento corporal; exercícios de respiração, inspiração e expiração nasal associado a som de consoante/s/; Em exercícios de motricidade oral foi trabalhada a mobilidade do órgão fonoarticulatório; técnica específica em que foi realizada a feita relaxamento e suavização dos movimentos de fala.

Sessões 7 a 9	Exercícios de relaxamento corporal; exercícios de respiração, inspiração e expiração nasal associado a som de consoante/s/; Em exercícios de motricidade oral foi trabalhada a mobilidade do órgão fonoarticulatório; técnica específica em que se incentivou a resistir ao tempo de pressão usando relaxamento e suavização dos movimentos de fala.
Sessões 10 a 12	Exercícios de relaxamento corporal; exercícios de respiração, inspiração e expiração nasal associado a som de consoante/s/; Em exercícios de motricidade oral foi trabalhada a mobilidade do órgão fonoarticulatório; técnica específica em que se incentivou a aumentar a flexibilidade pelo uso da disfluência voluntária usando a resistência à pressão e a suavização dos movimentos.

---

Fonte: Autoria própria

### Descrição do Grupo Terapêutico em Fluência (GTF)

Deve-se ressaltar que esse grupo de participantes teve psicoeducação sobre tema relacionado à gagueira, com apresentação da temática por uma fonoaudióloga, seguida de uma discussão em uma roda de conversa sobre a temática estabelecida inicialmente. Nos quinze minutos finais foi aplicada uma vivência relacionada ao relaxamento e uma dinâmica respiratória e fonatória. Essa ação de intervenção foi elaborada pela própria autora da pesquisa a partir da experiência em grupos de adultos com gagueira que ocorrem desde 2011 na Universidade Federal da Bahia. Os participantes receberam também uma ficha em que registraram os dias e horários nos quais fizeram os exercícios propostos pelo terapeuta. Segue o resumo das ações de intervenção na tabela 3.

**Tabela 3** - Síntese do tratamento (GTF)

---

Encontro	Tema
Sessão 1	Conceituação da fluência e disfluência e aspectos suprasegmentais da fala; relaxamento global do corpo e respiração costo-diafragmática com emissão de sons facilitadores.
Sessão 2	Conceituação da gagueira, aspectos sinais e sintomas da gagueira; relaxamento global do corpo e exercício de respiração com emissão de sons facilitadores.
Sessão 3	Classificação dos tipos de gagueira; relaxamento global do corpo e exercício de respiração com emissão de sons facilitadores.

Sessão 4	Etiologia da gagueira; relaxamento global do corpo e respiração com emissão de sons facilitadores.
Sessão 5	A dinâmica fonatória, aspectos anatomo-fisiológicos do trato fonatório; relaxamento global do corpo e respiração com emissão de sons facilitadores.
Sessão 6	A dinâmica respiratória, aspectos anatomo-fisiológicos do trato respiratório; relaxamento global do corpo e respiração com emissão de sons facilitadores.
Sessão 7	Rupturas da fala comuns e atípicas, como se caracterizam; relaxamento global do corpo e respiração com emissão de sons facilitadores <i>humming</i> .
Sessão 8	A gagueira e o impacto na família; relaxamento global do corpo e respiração com emissão de sons facilitadores <i>humming</i> .
Sessão 9	A gagueira e o impacto na escola e no aprendizado; relaxamento global do corpo e respiração com emissão de sons facilitadores com emissão de sons facilitadores nasais <i>humming</i> e voz salmodiada.
Sessão 10	Comorbidades associadas à gagueira, ansiedade, como enfrentar medo de palavras marcadas; relaxamento global do corpo e respiração com emissão de sons facilitadores com emissão de sons facilitadores nasais <i>humming</i> e voz salmodiada.
Sessão 11	Aspectos verbais e não verbais da comunicação; relaxamento global do corpo e respiração com emissão de sons facilitadores com emissão de sons facilitadores nasais <i>humming</i> e voz salmodiada.
Sessão 12	Encerramento do grupo

---

Fonte: Autoria própria

## **Análise Estatística**

### **Cálculo amostral**

Considerando o tamanho de efeito esperado de Cohen de 4.1 para três grupos independentes, com nível de confiança de 95 e poder de 80 e, para realização de análise de variância ONE WAY, o tamanho da amostra estimada foi de pelo menos 20 para cada grupo do estudo.

Uma amostra de 20 participantes em cada grupo seria suficiente para detectar uma



diferença pós-tratamento de 4.1 pontos, para três grupos independentes, um poder de 80% e nível de significância de 5%, com nível de confiança de 95%. Foi, portanto, sugerido grupos de 20 pacientes em cada condição de intervenção e permitido uma taxa de *dropout* de 3%. Então se estabeleceu  $n = 20$  para cada grupo e o total  $n = 60$ .

### **Análise de dados**

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados em planilha Excel. Em um primeiro momento, utilizou-se a estatística descritiva para a análise do perfil sociodemográfico, e este foi descrito através de proporção, média e desvio padrão, nas variáveis de natureza variadas. Em seguida, foram calculadas as médias e desvio padrão do escore geral e parcial do OASES-A de acordo com os grupos antes e após a intervenção, uma vez que as médias representavam adequadamente as distribuições do OASES-A, devido ao alto grau de homogeneidade das medidas em torno das mesmas. Estas medidas foram calculadas através do coeficiente de variação e foi considerado como desfecho primário o índice geral do OASES-A. Em seguida, para avaliar a eficácia da intervenção, realizou-se a análise de variância paramétrica (ANOVA) com modelo linear de efeito misto. Além disso, foi efetuada a análise *post hoc test* comparando-se dois a dois, todos os grupos entre si através do teste Tukey. Finalmente, calculou-se o Eta-square parcial como medida de tamanho de efeito da intervenção. Foi adotada a estatística Eta-squared para mensuração do tamanho de efeito nas diversas análises inferenciais realizadas, sendo considerado um tamanho de efeito pequeno os valores de até 0,02; médio, valores entre 0,13 a 0,25; e, por fim, tamanho de efeito grande valores iguais ou acima de 0,26<sup>51</sup>. Foi considerado o nível de significância valores de  $p < 0,05$ . Deve-se ressaltar que as análises foram efetuadas no pacote estatístico R versão 3.44.

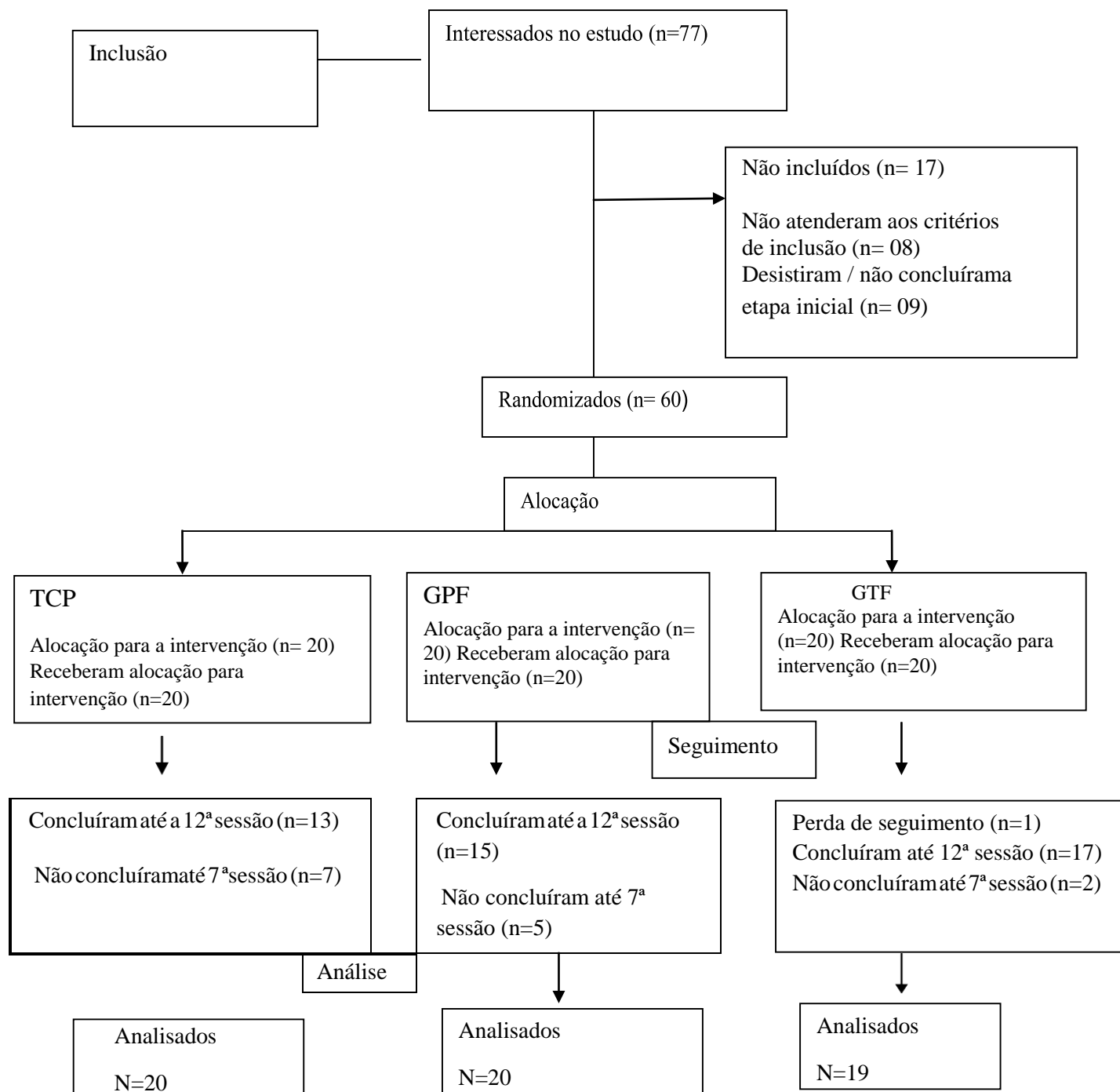
### **Participantes**

Foram 77 participantes que expressaram interesse em participar do estudo, todos foram entrevistados, sendo que 09 não concluíram a avaliação inicial e 08 não preencheram os critérios de inclusão da pesquisa, portanto 60 participantes foram randomizados para a condição TCP ( $n = 20$ ) para GPF ( $n=20$ ) e GTF ( $n=20$ ). Houve uma perda amostral de 01 (um) participante do grupo controle após a randomização e, do grupo

de participantes do TCP, 07 participantes não completaram as doze sessões. No GPF, 05 não completaram as doze sessões e, do GTF, 02 não completaram as doze sessões, recebendo até pelo menos de 60% do tratamento. Assim, deve-se ressaltar que estes foram incluídos na análise com a intenção de tratar os dados de *base line* foram repetidos. A figura 1 apresenta o fluxograma dos participantes com gagueira ao longo do estudo.

O método de imputação adotado foi uma especificação totalmente condicional, sem restrições em termos do alcance dos valores contínuos imputados (resultados primários e secundários, ou seja, a avaliação das subescalas), assumindo-se o mecanismo de perdas devido ao acaso (*missing at random* – MAR). Foi realizada a repetição do valor de base da avaliação inicial.

**Figura 1-** Fluxograma dos participantes com gagueira ao longo do estudo



Fonte: Autoria própria

## 4 RESULTADOS

Apresentam-se, seguir, os dois artigos referentes ao objeto desta pesquisa.

### ARTIGO 1

#### **Estudo comparativo entre a eficácia de três abordagens terapêuticas para adultos com gagueira: ensaio clínico randomizado**

### INTRODUÇÃO

A gagueira é um dos transtornos da comunicação mais estigmatizados em nossa sociedade. Pode ser definido pela interrupção do fluxo contínuo e suave da fala, e é caracterizada por bloqueio ou prolongamentos frequentes de sons ou sílabas, bem como repetição de palavras, frases sons e sílabas.

Além das manifestações visíveis, a gagueira é marcada pelo sofrimento que incide particularmente nas ações comportamentais causadas por inúmeras tentativas de minimizar ou evitar rupturas; sentimentos e atitudes que refletem reações emocionais às experiências negativas de falta de fluência na fala<sup>17,31</sup>.

Na atualidade, os estudos sobre o tratamento da gagueira abarcam diversas abordagens; uma delas relacionada ao modelamento da fluência, que utiliza práticas que visam reforçar a fluência e eliminar a gagueira através do reforço e correção<sup>15</sup>, outra, nomeada modificação da gagueira, além do foco exclusivo na redução das disfluências, atua no impacto que a gagueira tem nas percepções negativas e os sentimentos relacionados à experiência de gaguejar na vida das pessoas e de seus familiares<sup>53,54</sup>.

Programas com tratamentos mistos para a gagueira que têm como base técnicas em modelagem de fluência e modificação de gagueira<sup>52</sup> são usuais. Entretanto o maior desafio que os pesquisadores encontram na atualidade é fazer com que o discurso após a intervenção pareça natural para o indivíduo que passou pelo tratamento e também para os seus interlocutores, e que esses benefícios se mantenham com o passar do tempo<sup>3</sup>. Portanto estudar sobre a eficácia do tratamento e a manutenção dos índices de fluência em pacientes com gagueira tem sido uma demanda atual<sup>5,53,54</sup>.

Nessa pesquisa destacamos três intervenções terapêuticas, sendo a primeira a Terapia Cognitiva Processual (TCP)<sup>14</sup> que é uma nova abordagem dentro do campo da

Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), em que o terapeuta auxilia a pessoa que gagueja a entender como seus pensamentos automáticos negativos afetam os sentimentos, que provocam consequências físicas e influenciam de forma negativa o comportamento Comunicativo<sup>14</sup>.

Outrossim, o Programa Fonoaudiológico de Promoção da Fluência descrito por Andrade<sup>15</sup> foi utilizado nesse estudo e se baseia no modelamento da fluência, cuja ação fonoaudiológica está centrada nos seguintes aspectos: relaxamento; respiração; voz; motricidade oral e técnicas específicas para obter a fluência.

A terceira abordagem de intervenção desse estudo foi nomeada pela autora da pesquisa como Grupo Terapêutico em Fluência, por tratar-se de ação de psicoeducação em saúde em que, em grupo, várias temáticas relacionadas à gagueira e à comunicação foram debatidas.

Nesse sentido, o objetivo desse estudo foi determinar a eficácia dos modelos de Terapia Cognitiva Processual (TCP) e o Programa de Promoção da Fluência (GPF) em comparação com o Grupo Terapêutico em Fluência (GTF) no tratamento da gagueira em adultos.

## **MÉTODOS**

Trata-se de ensaio clínico randomizado de superioridade com três grupos paralelos de intervenção. Foram oferecidas abordagens distintas de tratamento em três grupos, assim determinados: grupo I - Grupo Terapia Cognitiva Processual (TCP), Grupo II - Grupo Promoção da Fluência (GPF) e Grupo III - Grupo Terapêutico em Fluência (GTF), sendo este último o grupo controle. Depois da avaliação inicial e certificação do cumprimento dos critérios de inclusão e não inclusão, foram randomizados aleatoriamente 20 participantes para cada grupo de intervenção. A duração do tratamento foi de um encontro semanal de uma hora e meia por um período de doze semanas seguidas, com duas sessões para avaliação inicial e até duas para avaliação final. Os grupos tiveram de 3 a 5 participantes.

A maioria das pessoas contatadas estavam na lista de espera da Centro Docente Assistencial em Fonoaudiologia (CEDAF) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), e algumas vieram a partir da divulgação pela mídia virtual. Todos os participantes assinaram

o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes de qualquer conduta envolvendo avaliação e tratamento. Esta pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia (UFBA) em 19 de outubro de 2016, número: 1.781.015.CAAE 56672916.0.5662.

Como parte das medidas de linha de base, os interessados foram convidados a participar de uma entrevista semiestruturada que investigou dados demográficos, além de identificar a presença de sinais e sintomas que caracterizam o Transtorno da Fluência com Início na Infância baseado no DSM -5<sup>1</sup> que também incluiu perguntas que investigaram os critérios de inclusão e não inclusão desse estudo.

Os critérios de inclusão no estudo foram os seguintes: ter idade a partir de 18 anos, ter o português como língua nativa, se julgar capaz de escrever e seguir as instruções do protocolo e das orientações fornecidas no tratamento, e apresentar o escore pelo menos muito leve detectado pela análise de gravação em vídeo de uma amostra de fala espontânea, segundo os critérios da escala SSI-3 *Stuttering Severity Instrument*<sup>18</sup>.

Deve-se ressaltar que não foram incluídas pessoas que referissem apresentar Transtorno de Tourette; Depressão moderada a grave; Esquizofrenia; Transtorno Bipolar; referir consumo diário de álcool e drogas nos últimos 6 meses ou ainda se declarassem estar sendo acompanhados em psicoterapia e/ou fonoterapia, ou ter tido esse acompanhamento há, no mínimo, seis meses anterior à coleta de dados. Foram excluídos os participantes que após a randomização não compareceram às quatro primeiras sessões do tratamento.

Para a coleta de dados foi realizada uma filmagem para registro da fala espontânea que deveria conter 200 sílabas expressas, ou seja, aquelas em que o participante fluiu a partir da seguinte indagação: “O que é a gagueira para você?”. Logo em seguida, essa amostra de fala foi transcrita e analisada a partir dos critérios da escala *Stuttering Severity Instrument* SSI-3<sup>18</sup> para assim mensurar o índice de severidade da gagueira. Foi também registrada a média da duração dos três maiores bloqueios ou prolongamentos na amostra de fala. Realizou-se também o registro da presença de concomitantes físicos associados à fala através da observação do vídeo. Essa escala avalia quatro áreas de comportamento de fluência do discurso: (1) de frequência, (2) duração, (3) concomitantes físicos, e (4) naturalidade da fala do indivíduo.

A amostra de fala dos participantes foi analisada por três fonoaudiólogos expertises na área dos Transtornos da Fluência. Realizada a transcrição ortográfica, as primeiras

duzentas sílabas expressas da amostra de fala foram analisadas, sinalizadas em negrito e posteriormente categorizadas como disfluência comum e gaga. A partir da categorização, a frequência da porcentagem de descontinuidade de fala e porcentagem de disfluência gaga foi obtida. A seguir calculou-se a média da duração dos três maiores eventos de bloqueio e prolongamento, e também registrados os concomitantes físicos associados à fala. No caso de dúvida sobre algum episódio de gagueira, recorreu-se a um fonoaudiólogo sênior com mais de 20 anos de experiência na área. Calculou-se também a média da duração dos eventos de bloqueios e prolongamentos. Os episódios de gagueira foram identificados usando a escala *Stuttering Severity Instrument*<sup>18</sup> que define o grau de severidade assim: pontuação de 10-12 muito leve; 13-17 muito leve a leve; 18-20 leve; 21-24 leve a moderado; 25-27 moderado; 28-31 moderado severo; 32-34 severo; 35-36 severo a muito severo; 37-46 muito severo. Ressaltamos que esse dado foi utilizado para averiguar um dos desfechos primários da intervenção.

A partir da inserção dos participantes no estudo, foi aplicado o protocolo da Avaliação Global da Experiência do falante em Gaguejar (OASES-A) – *Overall Assessment of the Speakers Experience of Stuttering – Adults*<sup>20</sup>, que foi criado com o objetivo de coletar informações sobre a experiência de gaguejar, conforme delineado pela Classificação Internacional do Funcionamento, da Incapacidade e da Saúde da Organização Mundial da Saúde<sup>19</sup>. Em 2010, Bragato<sup>17</sup> elaborou a versão brasileira, portanto esse instrumento apresenta equivalência semântica, conceitual, cultural e idiomática. Segundo Yaruss<sup>20</sup>, esse protocolo busca medir o impacto geral da gagueira por meio da análise de diferentes aspectos desse transtorno, e é um instrumento autoaplicável, com alternativas de respostas variando de valores de 1 a 5 caracterizados qualitativamente de "sempre" a "nunca". Além disso, consiste de quatro partes coletando informações sobre a totalidade do seu impacto em quatro áreas distintas. A seção I (informações gerais) contém 20 itens referentes à percepção da fluência, da naturalidade da fala, o conhecimento sobre o tema gagueira, sobre abordagens terapêuticas e as percepções sobre as manifestações desse transtorno da fluência. A seção II (reações emocionais) contém 30 itens sobre reações afetivas, comportamentais e cognitivas dos falantes. A seção III (comunicação em situações diárias) contém 25 itens que avaliam o grau de dificuldade que os falantes possuem para se comunicar em situações gerais, no trabalho, em situações sociais e em casa. A seção IV possui 25 itens relacionados à qualidade de vida.

Para cada item do OASES-A, as escalas de respostas são organizadas de modo que

maiores pontuações significam maior grau de impacto negativo associado à gagueira e menores escores indicam menor impacto negativo<sup>20</sup>. Tal instrumento permite analisar a natureza da deficiência e a desvantagem social vivenciada por cada indivíduo<sup>32</sup>. Esse protocolo foi usado para averiguar o desfecho primário das intervenções, sendo que o grau do impacto da gagueira é assim definido: pontuação de 1-1,49 leve; 1,30-2,24 leve moderado; 2,25-2,99 moderado; 3- 3,74 moderado severo; 3,75-5,0 severo.

Os instrumentos de avaliação acima descritos foram aplicados, por avaliador independente, em uma sequência variada, durante as duas sessões iniciais. As escalas de medida primária de eficácia foram comparadas entre valores finais e basais, bem como na comparação entre as intervenções testadas.

Cada grupo de intervenção foi randomizado aleatoriamente com 20 pessoas cada um. Foi realizada a estratificação por seleção em blocos conforme a classificação do impacto da gagueira aferido através do protocolo OASES-A, portanto cada grupo foi randomizado a partir da seguinte proporção: sendo leve-moderada e moderada (n=23; moderada severa (n=27) e severa (n=10). Deve-se ressaltar que, após a randomização, um participante desistiu do tratamento, pois mudou de cidade, portanto o GTF ficou com 19 participantes e o TCP e GPF com 20 participantes cada.

## **Intervenção**

No grupo de GPF, o Programa Fonoaudiológico de Promoção da Fluência (PFPPF), proposto por Andrade<sup>15</sup>, apresenta quatro módulos com níveis progressivos de complexidade. A intervenção foi realizada por um fonoaudiólogo treinado no programa. Utilizou-se, na primeira parte da sessão, um relaxamento corporal; na segunda, a respiração e voz; na terceira, a mobilização dos órgãos fonoarticulatórios; e a quarta parte da sessão consistiu na aplicação das técnicas específicas de promoção da fluência, ou seja, a prática negativa, a suavização da fala, a temporalização da fala e a flexibilização da fala. Os participantes receberam, em cada sessão, a sequência de exercícios semanais e uma ficha, em que registraram os dias e horários que fizeram os exercícios propostos.

O GTF teve psicoeducação sobre tema relacionado à gagueira, com apresentação da temática por uma fonoaudióloga, seguida da discussão de uma roda de conversa sobre a temática estabelecida inicialmente. Os temas foram: conceito de gagueira; etiologia, comorbidades, a classificação de sinais e sintomas dos Transtornos da Fluência com Início



na Infância; o impacto da gagueira na família e na escola e no trabalho; o conceito de fluência, os aspectos suprasegmentais da fala, a anatomo-fisiologia do trato fonatório. Na parte final da sessão foi aplicada vivência relacionada ao relaxamento, à dinâmica respiratória e fonatória. Os participantes receberam, em cada sessão, a sequência de exercícios semanais e uma ficha, em que registraram os dias e horários que fizeram os exercícios propostos.

O grupo de TCP, por sua vez, foi mediado por psicólogos certificados no programa. Usaram-se técnicas, como a psicoeducação no modelo cognitivo com base no diagrama de conceitualização e identificação das distorções cognitivas, e foi proposta a reestruturação cognitiva através da metacognição, além de técnicas de relaxamento. Essa nova abordagem apresenta características próprias, como conceitualização cognitiva, questionários e técnicas próprias<sup>14</sup>. Os participantes receberam, em cada sessão, a sequência de exercícios semanais e uma ficha, em que registraram os dias e horários que fizeram os exercícios propostos.

Considerando o tamanho de efeito esperado de Cohen de 4.1 para três grupos independentes com nível de confiança de 95 e poder de 80, e para realização de análise de variância ONEWAY, o tamanho da amostra estimada foi de pelo menos 20 para cada grupo do estudo.

Uma amostra de 20 participantes em cada grupo seria suficiente para detectar uma diferença pós-tratamento de 4.1 pontos, para três grupos independentes, um poder de 80% e nível de significância de 5% com nível de confiança de 95%. Definiram-se então grupos de 20 pacientes em cada condição para permitir um taxa de *dropout* de 3%. Foi decidido estabelecer  $n=20$  para cada grupo e o total  $N=60$ .

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados em planilha Excel. Em um primeiro momento, utilizou-se a estatística descritiva para a análise do perfil sociodemográfico, que foi descrito através de proporção, média e desvio padrão, nas variáveis de natureza variadas. Em seguida, foram calculadas as médias e desvio padrão do escore geral e parcial do OASES-A de acordo com os grupos antes e após a intervenção, uma vez que as médias representavam adequadamente as distribuições do OASES-A devido ao alto grau de homogeneidade das medidas em torno das mesmas. Estas medidas foram calculadas através do coeficiente de variação e foi considerado como desfecho primário o índice geral do OASES-A. Em seguida, para avaliar a eficácia da intervenção, realizou-se a análise de variância paramétrica (ANOVA) com modelo linear

de efeito misto. Além disso, foi efetuada a análise *post hoc test* comparando-se dois a dois, todos os grupos entre si através do teste Tukey. Finalmente, calculou-se o Eta-square parcial como medida de tamanho de efeito da intervenção. Foi adotada a estatística Eta-squared para a mensuração do tamanho de efeito nas diversas análises inferenciais realizadas, sendo considerado um tamanho de efeito pequeno os valores de até 0,02; médio, valores entre 0,13 a 0,25; e, por fim, tamanho de efeito grande valores iguais ou acima de 0,26 (Cohen, 1988)<sup>51</sup>. Deve-se ressaltar que foram calculadas as médias e o desvio padrão do escore geral do protocolo SSI-3 de acordo com os grupos antes e após a intervenção, uma vez que as médias representavam adequadamente as distribuições do SSI-3, graças ao alto grau de homogeneidade das medidas em torno das mesmas. Foi considerado o nível de significância valores de  $p < 0,05$ . Deve-se ressaltar que as análises foram efetuadas no pacote estatístico R

versão 3.44

## RESULTADOS

Participaram deste estudo 59 indivíduos, de ambos os sexos, 44 homens e 15 mulheres, com idades entre 18 e 58 anos, e média de idade de 31,5 anos DP (9,97), com predomínio do sexo masculino 74,6% (n=41).

No que tange ao perfil desses participantes, a maioria veio da fila de espera do Centro Docente Assistencial do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA). O grupo de participantes caracteriza-se pela presença de adultos jovens, em sua maioria do sexo masculino, dados que corroboram com a literatura que indica que há uma prevalência da gagueira no sexo masculino<sup>2,3</sup>.

**Tabela 4** - Perfil demográfico dos participantes de acordo com os grupos de intervenção – Salvador, 2018

	<b>GTF</b>	%	<b>GPF</b>	%	<b>TCP</b>	%	<b>Total</b>	%
	n=19		n=20		n=20		n=59	
	(controle)							
<b>Sexo</b>								
Masculino	18	(94,7)	13	(65,0)	13	(65,0)	44	(74,6)
Feminino	1	(5,3)	7	(35,0)	7	(35,0)	15	(25,4)

<b>Cor da pele</b>								
Preta	5	(26,3)	8	(40,0)	8	(40,0)	21	(35,6)
Parda	11	(57,9)	10	(50,0)	8	(40,0)	29	(49,2)
Branca	3	(15,8)	2	(10,0)	4	(10,0)	9	(15,3)
<b>Situação conjugal</b>								
Solteiro	13	(68,4)	12	(60,0)	16	(80,0)	41	(69,4)
Casado	6	(31,6)	8	(40,0)	4	(20,0)	18	(30,8)
<b>Grau</b>								
<b>Instrução</b>								
Ensino médio	4	(21,1)	9	(45,0)	5	(25,0)	18	(30,5)
Ensino técnico	2	(10,5)	1	(5,0)	1	(5,0)	4	(6,8)
Ensino Superior em curso	7	(36,8)	4	(20,0)	9	(45,0)	20	(33,9)
Ensino Superior Completo	6	31,6	3	(15,0)	3	(15,0)	12	(20,3)
Especialização	0	(0,0)	3	(15,0)	2	(10,0)	5	(8,5)
<b>Trabalha</b>								
Sim	14	(73,7)	13	(65,0)	13	(65,0)	40	(67,8)
Não	5	(26,3)	7	(35,0)	7	(35,0)	19	(32,2)
<b>Tratamento</b>								
Nunca fez fonoterapia	15	(78,9)	12	(60,0)	16	(80,0)	59	(100,0)
Nunca fez psicoterapia	15	(78,9)	16	(80,0)	18	(90,0)	59	(100,0)
<b>Idade</b>								
Media	31,8		32,3		30,4			
(DP)	(11,1)		(10,4)		(8,8)			

Fonte: Dados da pesquisa

Antes da intervenção, constatou-se que os grupos de intervenção apresentavam uma situação de quase homogeneidade, em relação ao escore do OASES-A conforme pode ser observado na tabela 5.

Quanto à distribuição das medidas do escore OASES-A pré e pós-teste, verifica-se

que os escores são maiores na seleção pré-teste nos três grupos, sendo que o grupo menos homogêneo foi o grupo de promoção de fluência. Na pré-intervenção, há semelhança no escore, representando qualitativamente grau moderado-severo e, após a intervenção, reduziu um nível na escala OASES-A, indo para o grau moderado nos três grupos.

**Tabela 5-** Diferença entre pré e pós-teste no escore global OASES-A nos grupos de intervenção. Salvador 2018

Grupos	Pré-teste			Pós-teste		
	Média	DP	CV(%)	Média	DP	CV(%)
GTF (controle)	3,16	(0,63)	19,9	2,67	(0,69)	25,5
GPF	3,17	(0,71)	22,3	2,30	(0,55)	23,9
TCP	3,24	(0,65)	20,0	2,71	(0,65)	23,9
Total	3,19	(0,65)	20,3	2,56	(0,65)	25,3

Legenda: DP: desvio Padrão; CV: coeficiente de variação

Fonte: dados da Pesquisa

Já na pontuação do OASES-A, segundo o escore parcial, verifica-se que na parte I, no pré-teste, os grupos estavam quase similares qualitativamente ao apresentar o escore moderado-severo e, no pós-teste, os grupos GTF e GPF obtiveram modificação maior, tendo uma redução de um nível na escala OASES-A.

Na parte II do OASES-A, observa-se que, no pré-teste, os grupos estavam quase similares qualitativamente no escore moderado-severo, sendo que a média maior estava no grupo TCP e, no pós-teste, os grupos GTF e GPF tiveram modificação maior, tendo uma redução de um nível na escala OASES-A.

Na parte III do OASES-A, percebe-se que os grupos GTF e TCP apresentaram em média maior escore moderado-severo, enquanto que GPF apresentou escore moderado, no pós-teste, todos os grupos obtiveram redução de um nível na escala OASES-A.

Na parte IV do OASES-A, verificou-se que o grupo GPF apresentou a média de maiores pontuações, significando maior grau de impacto negativo na percepção da qualidade de vida nos participantes desse grupo na condição inicial. Verifica-se que, no pós-teste, o GPF passou a ter a menor média dentre os grupos de intervenção, significando que reduziu a percepção do impacto negativo da gagueira na qualidade de vida. Deve-se

ressaltar que, no pós-teste, todos os grupos obtiveram uma redução de um nível na escala OASES-A.

**Tabela 6-** Diferença entre pré e pós-teste no escore parcial OASES-A nos grupos de intervenção

OASES-A			GTF	GPF	TCP	Total
Parte I	Pré	Média	3,34	3,23	3,50	3,36
		DP	(0,50)	0,52)	(0,51)	( 0,51)
		CV %	14,9	16,0	14,5	15,1
	Pós	Média	2,81	2,41	3,10	2,77
		DP	(0,55)	(0,60)	(0,54)	(0,62)
		CV	19,5	24,8	17,4	22,3
Parte II	Pré	Média	3,25	3,27	3,41	3,31
		DP	(0,70)	(0,71)	(0,71)	(0,70)
		CV%	21,5	21,7	20,8	21,1
Parte III	Pré	Média	3,13	2,87	3,08	3,03
		DP	(0,62)	(0,85)	(0,78)	(0,76)
		CV%	19,8	29,6	25,3	25,0
	Pós	Média	2,66	2,01	2,57	2,41
		DP	(0,64)	(0,57)	(0,73)	(0,70)
		CV%	24,0	28,3	28,4	29,0
Parte IV	Pré	Média	2,92	3,19	2,90	3,00
		DP	(0,91)	(0,83)	(0,88)	(0,87)
		CV%	31,1	26,0	30,3	29
	Pós	Média	2,40	2,36	2,43	2,40
		DP	(0,94)	(0,80)	(0,95)	(0,88)
		CV%	39,1	33,8	39,0	36,6

Fonte: Dados da pesquisa

A tabela 7 indica que no escore geral do OASE-A não houve interação entre grupo tempo e que apenas o tempo produziu diferença significativa ( $p < 0,05$ ), independente do grupo.

Por outro lado, observa-se que não houve um tamanho de efeito (eficácia) das intervenções sobre o OASES-A final ajustado pelo inicial  $\eta^2=(0,025)$ ; ( $p=0,771$ ), explicando a intervenção, portanto apenas 2,05% da variabilidade final do escore OASES- A, sendo que o tempo explicou 19,9% da variação final da pontuação do protocolo OASE- A,  $\eta^2=(0,199)$   $p<0,0001$ .

**Tabela 7-** Análise de variância do modelo de efeito misto linear do OASES-A escore geral entre grupo e tempo e tamanho de efeito (Eta-square)

	Eta	coeficiente	Std.error	valor t	p valor
(intercept)		3,7722	0,23984	15,7280	0,0000**
Grupo	0,025	0,0537	0,18422	0,2915	0,7717
tempo	0,199	-0,6194	0,13928	-4,4469	0,0000**
Interação Grupo*tempo	_____	-0,0158	0,10699	-0,1474	0,8834

Legenda: =\*\*  $p < 0,001$  em relação ao teste T com medidas repetidas -interação grupo \* tempo. Eta- squared parcial  $\eta^2=($ tamanho de efeito).

Fonte: Dados da pesquisa

A tabela 8 foi apresentada como confirmação dos achados anteriores, observa-se que não há diferença entre os grupos de intervenção calculados dois a dois na eficácia sobre o OASES-A.

**Tabela 8-** Comparações múltiplas pós-ANOVA do escore geral do OASES-A

	Estimate	Std. Error	Z valor	Pr(> z )
--	----------	------------	---------	----------

GPF-GTF (controle)	-0,1816	0,1796	1,01	0,57
TCP- GTF (controle)	0,0564	0,1796	0,31	0,95
TCP-GPF	0,2380	0,1773	1,34	0,37

Legenda: Comparações múltiplas de médias e contrastes de Tukey

Fonte: Dados da pesquisa

A tabela 9, por sua vez, indica a distribuição das medidas do escore geral SSI-3 pré e pós-teste, em que se verifica que os escores são maiores na seleção pré-teste nos três grupos.

Na pós-intervenção, houve redução de um nível na escala do SSI-3 nos grupos TCP e GPF, e dois níveis na escala do SSI-3 no grupo GTF. A redução da gravidade da gagueira está diretamente associada à redução do número de disfluências gegas, uma vez que este é um dos parâmetros pontuados pelo teste SSI, e representa diminuição das SS% nos três grupos de intervenção.

**Tabela 9-** Diferença entre pré e pós-teste no índice de Severidade da gagueira SSI-3 nos grupos

Grupo	Pré-teste			Pós-teste		
	Média	DP	CV%	Média	DP	CV%
GTF	21,32	(8,43)	39,5	14,84	(6,47)	43,5
GPF	17,10	(6,68)	39,0	12,95	(6,27)	48,4
TCP	20,35	(8,11)	39,8	16,70	(9,25)	55,3

Legenda: Média; DP= desvio padrão; CV= coeficiente de variação

Fonte: Dados da pesquisa

A tabela 10 demonstra que no escore geral do SSI-3 não houve interação entre grupo tempo e que apenas o tempo produziu diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ), independente do grupo.

Por outro lado, observa-se que não houve um tamanho de efeito (eficácia) das intervenções sobre o SSI-3 final ajustado pelo inicial  $\eta^2 = (0,011)$ ; ( $p = 0,3152$ ), sendo que o tempo foi responsável pela variação final do SSI-3, sendo essa medida estatisticamente significativa  $\eta^2 = (0,052)$   $p < 0,0001$ .

**Tabela 10-** Análise de variância do modelo de efeito misto linear do SSI-3 escore geral entre grupo e o tempo e tamanho de efeito (Eta-square.)

		coeficiente	Std.error	valor t	p valor
(intercept)		26,173 9	0,2382 4	10,9861	0,0000**
Grupo	0,011	-1,8543	0,1830 0	-1,0133	0,3152
tempo	0,052	-6,1565	1,2360 0	-4,9810	0,0000**
Interação Grupo*tempo	0,005	1,4039	0,9493 9	- 0,14788	0,1447

Legenda: =\*\*  $p < 0,001$  em relação ao teste T com medidas repetidas -interação grupo \* tempo. Eta-squared parcial,  $\eta^2$ =(tamanho de efeito).

Fonte: Dados da pesquisa

## DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo determinar a eficácia de três diferentes intervenções em grupo para pessoas que apresentam gagueira por meio do impacto da avaliação global da gagueira na vida cotidiana dos participantes e na variação da fluência na fala espontânea. As intervenções foram realizadas em 3 grupos utilizando-se das seguintes abordagens: Terapia Cognitiva Processual (TCP), apresentou como foco a Psicoeducação e a reestruturação cognitiva; o Programa de Promoção de Fluência (GPF), com objetivo promover o modelamento da fluência através de técnicas específicas e Grupo Terapêutico em Fluência (GTF), por meio da Psicoeducação em temáticas relacionadas à gagueira associada a exercícios da dinâmica fonatória.

As três intervenções realizadas apresentaram resultados estaticamente significantes ao longo do tempo, no entanto, não foi encontrada diferença entre as três modalidades de tratamento.

Em relação à efetividade das intervenções, os dados obtidos revelam que a média dos três grupos no momento inicial tinha semelhança na escala do OASES-A, sendo



caracterizada qualitativamente como moderado-severo. Verifica-se, no pós-teste, que todos os grupos tiveram a redução de um nível na escala geral do OASES-A, entretanto o GPF passou a ter a maior redução comparando as médias inicial e final, dentre os grupos de intervenção, isso mostra que os participantes dos três grupos experimentaram reduções no impacto adverso da gagueira (OASES) nos diversos aspectos da vida cotidiana e uma redução na frequência geral da gagueira (SSI-3).

No que tange à diminuição do escore OASES-A, o estudo de Fry, Millard, Boterrill<sup>26</sup> corrobora com nosso estudo tendo em vista os resultados da intervenção de reestruturação da fala com um grupo quinze adolescentes em um programa de tratamento de doze semanas. Houve redução da pontuação de classificação de impacto da gagueira de moderado para leve moderado no protocolo OASES-S após a intervenção. A pesquisa de Fry e colaboradores se diferencia de nosso estudo, pois estes usaram apenas uma forma de intervenção e as cinco semanas finais foram caracterizadas como manutenção.

O estudo de Beilby, Byrnes, Yaruss<sup>10</sup> usou as mesmas medidas de avaliação de nosso estudo e as contribuições finais foram maiores tanto com relação à diminuição do índice de rupturas de fala e também nos índices do protocolo OASES-A. Observamos que tem similaridades com o nosso estudo, tendo em vista que foi aplicado tratamento em adultos, na modalidade grupo, que apresentavam gagueira e que estavam na fila de espera da clínica-escola. Ainda assim, a abordagem terapêutica diferenciou-se, pois as estratégias de tratamento direcionado para as disfluências gegas foram individualmente adaptadas às necessidades específicas de cada participante. É importante salientar que o programa de tratamento incluiu estratégias de modificação da gagueira, bem como estratégias da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), que preconizam a aceitação, a autoavaliação e a prática de habilidades de atenção com vivências de *mindfulness*. Os resultados mostram diferenças significativas, indicando que a frequência das rupturas de fala foi reduzida e mantida significativamente ao longo do tempo. Na avaliação do instrumento OASES, as contagens médias no pré-tratamento estavam dentro do impacto moderado e moderado-severos. Na medida do pós-tratamento e seguimento, as pontuações médias das subseções foram reduzidas para a faixa de impacto leve/moderado. Este estudo traz uma importante reflexão sobre o direcionamento das ações terapêuticas que incluiu tanto a estratégias de fala, quanto da aceitação e vivência de atenção focada, o que pode ter contribuído para a uma melhor obtenção dos resultados, diferenciando-se de nosso estudo.

Em relação à efetividade das intervenções, os resultados indicam que no escore

geral do OASE-A não houve interação entre grupo e tempo, e que apenas o tempo produziu diferença significativa ( $p < 0,05$ ) independente do grupo. Em pesquisa de revisão sistemática e meta-análise, estudos clínicos randomizados<sup>24</sup> investigaram diferentes abordagens sobre os tratamentos da gagueira e os resultados indicaram um efeito geral positivo, sem que tenha sido demonstrado que uma determinada abordagem de tratamento tenha apresentado efeito maior sobre os demais estudos. Essa revisão demonstra resultados que coadunam com o ocorrido em nosso ensaio clínico. Deve-se destacar, entretanto, que, diferentemente de nosso estudo, inúmeras pesquisas investigam a eficácia de uma única forma de intervenção.

Como o protocolo OASES-A é constituído de quatro partes foi possível averiguar a modificação da pontuação de cada uma delas nas diversas formas de intervenção. Na pontuação do OASES-A, segundo o escore parcial, verifica-se, na parte I, a percepção que os participantes tinham sobre a fluência, a naturalidade de fala, o conhecimento sobre gagueira e suas percepções em geral. Observa-se que, no pré-teste, os grupos estavam quase similares qualitativamente no escore moderado-severo. No pós-teste, os grupos GTF e GPF tiveram modificação maior, tendo uma redução de um nível na escala OASES-A. A justificativa para este resultado pode levar em consideração que as ações terapêuticas do GPF interviram na modificação da fala através da abordagem do modelamento da fluência e o GTF teve como ação Psicoeducação em temas relacionados à gagueira. Já o grupo TCP, provavelmente, não obteve a redução esperada nesse item, tendo em vista que essa intervenção tinha como objetivo compreender o desenvolvimento do repertório comportamental e das cognições dos indivíduos. É importante destacar que se entende como cognição, nessa vertente, a organização de pensamentos, de memórias e de expectativas e, em um conceito mais abrangente, as habilidades mais complexas, como as capacidades de resolução de problemas, as de comunicação e as de linguagem que afetam diretamente os comportamentos dos indivíduos<sup>6</sup>.

Na parte II do OASES-A, que trata das reações afetivas, comportamentais e cognitivas dos falantes frente a situações de gagueira, observa-se que, no pré-teste, os grupos estavam quase similares qualitativamente no escore moderado-severo, sendo que a média maior estava no grupo TCP e, no pós-teste, os grupos GTF e GPF tiveram modificação maior, tendo uma redução de um nível na escala OASES-A. O grupo TCP provavelmente não reduziu um ponto na escala, pois os valores médios desse grupo foram maiores no pré-teste e, embora tenha tido redução, esta não foi suficiente para modificação

qualitativa do escore. Embora muitos estudiosos discutam desenhos e métodos para investigar a eficácia nas diversas abordagens no tratamento da gagueira, no geral, os estudos têm identificado eficácia, mas afirmam que nem todas as pessoas que gaguejam se beneficiam igualmente do mesmo programa de tratamento<sup>23</sup>.

Na parte III do OASES-A, os resultados demonstraram que os grupos GTF e TCP apresentaram maior escore em média qualitativamente (escore moderado-severo), enquanto que GPF apresentou escore moderado. No pós-teste, todos os grupos obtiveram uma redução de um nível na escala OASES-A. Nos três grupos, os participantes, com o passar do tempo, relataram percepção de melhora no enfrentamento da comunicação nas situações sociais, nas relações comunicativas no cotidiano e nas relações com os familiares.

Na parte IV do OASES-A, que avaliou a percepção sobre a qualidade de vida, o grupo GPF obteve a média de maiores pontuações, significando maior grau de impacto negativo na percepção da qualidade de vida nos participantes desse grupo na condição inicial. Os resultados demonstraram, no pós-teste, que o GPF passou a ter a menor média dentre os grupos de intervenção, significando que reduziu a percepção do impacto negativo sobre a qualidade de vida. Deve-se ressaltar que, no pós-teste, todos os grupos obtiveram redução de um nível na escala OASES-A. Pode-se sugerir que um tratamento que não resulte em mudança perceptível na fluência, mas que resulte em uma mudança de longo prazo na qualidade de vida do falante pode ser considerado como bem-sucedido<sup>23,32</sup>. Em nosso estudo, observaram-se resultados perceptíveis nos dois parâmetros tanto nos índices da fluência como na melhora na percepção da qualidade de vida.

Outra tendência é que a maioria dos estudos usa o índice de porcentagem de disfluências gags (SS%) como medida de desfecho principal para indicar a efetividade de uma determinada intervenção. Nesse sentido, Ingham, Inghan, Bothe<sup>21</sup> questionam se uma amostra de fala reflete a realidade de diversas situações comunicativas no dia a dia da pessoa que gagueja. Em consonância com essa reflexão, Constantino, Leslie, Quesal, Yaruss<sup>22</sup> estudaram recentemente a variabilidade do índice de fluência ao longo de um dia em pessoas com gagueira, com o objetivo de investigar a variabilidade da frequência e a duração das disfluências gags e comuns ao longo dos dias, em cinco tarefas de fala distintas para falantes adultos. Os autores usaram os mesmos instrumentos que nossa pesquisa e chegaram à conclusão que a frequência da gagueira varia significativamente de situação para situação e dia para dia. Perceberam ainda que essa variabilidade não foi observada na pontuação do instrumento OASES-A que investiga o impacto que a gagueira

tem na vida cotidiana dos sujeitos, o que traz mais consistência para nosso estudo.

No que tange à redução do índice de severidade SSI-3, comparando-se as medidas pré e pós- intervenção, reduziu-se um nível na escala nos grupos TCP e GPF, visto que o GTF reduziu dois níveis na escala do SSI-3, assim esses dados demonstram que houve redução de disfluências gegas, do tempo de duração das disfluências e também dos concomitantes físicos nos três grupos de intervenção. A maior redução foi no grupo GTF de aproximadamente 30,5 %, de 24,2% no GPF e 17,9% no TCP, e isso é indicativo de que, após a intervenção, os participantes dos grupos GTF e GPF demonstraram maior índice de fluência. Esse achado ocorreu nos grupos mediados por fonoaudiólogos, cujas ações terapêuticas estavam relacionadas à modificação do comportamento fala, do padrão respiratório de conscientização do padrão de tensão e de técnicas específicas para suavizar a produção de fala.

Já o grupo TCP não foi submetido à intervenção direcionada à modificação do comportamento de fala, incidindo no menor desempenho ao comparar os índices pré e pós-teste do perfil da fluência, entretanto com avanços nos índices do impacto da gagueira na vida cotidiana e na melhoria da qualidade de vida. Este achado corrobora com a literatura<sup>13,25,60</sup>, que demonstra que na intervenção, cuja modalidade de terapia Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) foi aplicada para adultos que apresentavam gagueira, o tratamento mostrou um efeito claro sobre a ansiedade social e o bem-estar psicológico, mas não demonstrou efeito no aumento da fluência.

É importante citar o estudo de Andrade<sup>30</sup>, que usou em um dos grupos o mesmo programa de promoção da Fluência deste estudo e aferiu os resultados a partir do índice de severidade da gagueira (*Stuttering Severity Instrument – SSI-3*). Tal estudo realizou a intervenção em 29 adultos que apresentavam gagueira e tinha como objetivo investigar os efeitos do uso da realimentação pela eletromiografia de superfície (EMGS) no tratamento de adolescentes e adultos com gagueira persistente do desenvolvimento. Por fim, concluiu que, nas sessões em que o recurso da realimentação não esteve presente, os participantes não conseguiram desenvolver a autopercepção necessária para a aplicação eficiente das técnicas de promoção da fluência. Esse estudo diferiu do nosso, tendo em vista que as modificações que obtivemos no grupo GPF, que teve a mesma intervenção terapêutica, foram estatisticamente significantes no aspecto do tempo.

No GTF, o maior foco das ações foi a psicoeducação em temas relacionados à gagueira e no tempo final da sessão realizaram-se vivências de consciência corporal

associadas ao equilíbrio do padrão respiratório. Portanto, surpreendentemente, verificou-se modificação maior nesse índice, o que pode se justificar pela maior aderência ao tratamento concomitantemente com a adesão ao grupo e o tempo de discussão sobre determinado tema. Temos por hipótese que a identificação dos participantes com os relatos feitos pelos pares, provavelmente, tenha se sobressaído para o melhor resultado comparativamente dos outros grupos. Glick, Burti, Okonogi, Sacks<sup>61</sup> relevam que a psicoeducação é considerada como prática usual em saúde, tem caráter educacional e se propõe aumentar o conhecimento sobre saúde e adoecimento, dessa forma, implica o sujeito no próprio processo de cura. Essa prática está frequentemente associada ao aumento da aderência ao tratamento e à diminuição da frequência e/ou intensidade das crises afetivas<sup>61</sup>. O estudo de Everard, Howell<sup>40</sup> está em consonância com os nossos achados, esses autores em pesquisa com oito adultos que apresentavam gagueira com o objetivo de identificar as mudanças percebidas após a participação de uma intervenção inicial com foco na modificação da gagueira intensiva em terapia de grupo e posterior grupos focais com temáticas variadas sobre o enfrentamento da gagueira e os resultados demonstraram melhoria da confiança comunicativa; aumentada autoconsciência; mudanças afetivas, comportamentais e cognitivas; redução do uso de estratégias de evitação; e menor impacto de gaguejando na qualidade de vida.

Em relação à efetividade das intervenções, os resultados indicam que, no escore geral do SSI-3, não houve interação entre grupo e tempo, e apenas o tempo produziu diferença significativa, independente do grupo.

Além disso, em consonância com o estudo prévio, Neumann, Euler<sup>3</sup>, em um cuidadoso estudo de revisão sistemática de literatura, investigaram a eficácia dos programas terapêuticos para o tratamento da gagueira em adolescentes. Dentre as ações mais eficazes descritas na análise, os pesquisadores indicam a prática de fala desacelerada, a inclusão de terapia de grupo, a prática da transferência dos benefícios terapêuticos para situações do dia a dia, a inclusão nos programas autoavaliação/autogestão, o incentivo da prática para que a fala soe de forma natural e o incentivo de programas de manutenção. Como pode ser visto no estudo acima, nossos resultados podem ser justificados, pois tivemos, no GPF, o uso do modelamento da fluência, no GTF, a atuação em psicoeducação em grupos e, na intervenção TCP, tivemos ações que incentivavam mudanças de atitude e de enfrentamento em relação a diversas situações comunicativas. Obtivemos modificação da pontuação do OASES-A em todos os grupos, sendo que no GPF houve leve melhora na

pontuação em comparação aos outros dois grupos.

Tendo em vista que as ações terapêuticas em cada grupo de intervenção, neste estudo, tiveram objetivos distintos, justifica-se o fato de termos usado medidas que detectem tanto a modificação no perfil da fluência, como o impacto da gagueira na vida cotidiana dos participantes. Mas, ainda assim, vem à reflexão se esses instrumentos de medição usados foram realmente sensíveis o suficiente para detectar todas as dimensões responsáveis pelos efeitos ocorridos nesse tempo nos diferentes grupos de intervenção. Esta questão é discutida por Ingram<sup>21</sup>, que revela que os pesquisadores devem usar novas estratégias para medidas funcionais de variáveis relevantes que possam ser utilizadas ao longo do tratamento, não apenas para avaliação diagnóstica, mas para gerenciar diretamente o andamento do tratamento.

Os dados sugerem que há um conjunto de fatores que moderam os resultados das diferentes abordagens. Dentre eles, podemos citar a aliança terapêutica e o processo terapêutico em grupo. A aliança terapêutica demonstra ser o melhor preditor de resultados bem-sucedidos para a modificação de comportamentos nas intervenções em saúde<sup>62</sup>. Talvez esse também seja o caso deste estudo, em que a força da relação entre o terapeuta e os demais participantes do grupo pode ser um forte indicador das mudanças, independente da abordagem. Estudos que tratam do processo de vínculo ou os sentimentos que os participantes têm em relação uns aos outros, o nível de acordo existente entre eles sobre os objetivos da terapia e o modo como irão alcançar esses objetivos é um fato comprovado<sup>62</sup>.

Outro aspecto importante a se destacar é o desenvolvimento da colaboração entre os parceiros do grupo terapêutico, este aspecto tem sido considerado fundamental na relação terapêutica. Desse modo, é importante criar um clima emocional que proporcione um vínculo caloroso de confiança, estabelecendo uma aliança colaborativa com os participantes do grupo ao longo do tempo de terapia<sup>62</sup>. O grupo GTF (controle) foi submetido a uma intervenção com Psicoeducação em temas ligados à gagueira. Assim verificou-se que os resultados indicaram um efeito positivo nessa intervenção. Talvez a aliança terapêutica associada à psicoeducação tenha sido responsável pela modificação de comportamento da fala e do impacto da gagueira na vida cotidiana nesse grupo.

Os presentes achados precisam ser interpretados no contexto de algumas limitações e é válido destacar que o tamanho amostral e as taxas de perdas de seguimento de participantes desta pesquisa ao total, somando os três grupos, teve um índice de perda de seguimento de 23%, sendo que o grupo de TCP teve o maior índice perda e o de GTF, o

menor, portanto, o poder estatístico para demonstrar diferenças pode ter sido comprometido. Pode-se explicar tal fato tendo em vista a expectativa inicial dos participantes que era de melhorar a taxa de locução verbal e o TCP tinha outros objetivos, o que pode ter desmotivado alguns participantes. Já o GTF, apresentou como objetivo a psicoeducação com temática em gagueira, o que despertou grande interesse dos participantes.

Este estudo é o primeiro ensaio clínico randomizado que avaliou a eficácia entre a intervenção de Terapia Cognitiva Processual e a terapia fonoaudiológica com ênfase no modelamento da fluência na população brasileira, com a participação de uma equipe multiprofissional composta por fonoaudiólogos, psicólogos e um psiquiatra, sendo este aspecto uma vantagem do estudo que pode ser citada.

## **CONCLUSÃO**

Pode-se concluir que a maioria dos participantes do estudo apresentou reduções significativas no impacto adverso da gagueira em suas vidas, embora nenhum tratamento tenha se destacado como eficaz na comparação dentre as intervenções. Sugerem-se programas terapêuticos com paradigma mais flexível, que agregue ações conjuntas de intervenção, propiciando a vivência do bem falar, associado ao gerenciamento da ansiedade, e incorporando ações com mudanças de atitude e comportamentais relacionadas ao enfrentamento de diversas situações comunicativas.

## ARTIGO 2

### **A correlação entre índice de avaliação global da gagueira OASES- A e os índices de severidade da gagueira, ansiedade, de esquivas e desconforto social**

#### **INTRODUÇÃO**

A capacidade de comunicação é muito valorizada da em nossa sociedade e é parte integrante da vida de um indivíduo, conseqüentemente a Gagueira tem grande impacto na vida das pessoas que gaguejam<sup>23</sup>.

O Transtorno da Fluência com Início na Infância, denominado pelo DSM-5, consiste em muito mais do que comportamentos de repetição de sílabas de sons e palavras, prolongamentos, bloqueios, dentre outras manifestações, muitos outros fatores estão envolvidos, incluindo os fatores intrínsecos, tais como reações comportamentais, emocionais e cognitivas. A gagueira está associada a vários fatores de risco para o desenvolvimento de ansiedade social, associada à baixa autoestima<sup>59</sup>, ao desempenho escolar reduzido e o medo de avaliação negativa<sup>12,68</sup>.

A ansiedade observada nos adultos com gagueira geralmente se manifesta como pensamentos negativos antecipados que o indivíduo tem sobre experiências e eventos, além da esquivas de determinadas ações comunicativas e/ou situações que envolvam a socialização<sup>11</sup>.

O indivíduo com gagueira possui riscos significativos de apresentar ansiedade social com redução da qualidade de vida<sup>9,32,39,44</sup>. O transtorno de ansiedade social (TAS) foi definido pela *American Psychiatric Association* como um medo excessivo, intenso e irracional de negativa avaliação social<sup>1</sup>, pode ter início precoce, curso crônico e acarreta inúmeros prejuízos no desempenho educacional, pessoal e profissional<sup>6</sup>. Deve-se ressaltar que este é um quadro subdiagnosticado e pouco conhecido entre os profissionais da saúde<sup>6</sup>. Outrora o diagnóstico do Transtorno de Ansiedade Social (TAS) foi excluído quando a gagueira estava presente na *American Psychiatric Association* no DSM-IV<sup>69</sup>, mas essa resolução foi revista em 2013 em resposta à crescente evidência de que o TAS pode ser diagnosticado quando outra condição, no caso a gagueira, está presente, desde que o medo ou ansiedade seja desproporcional ao que seria esperado, levando em consideração os índices normativos.

A maior parte das pesquisas recentes avalia a relação entre a gagueira e níveis



elevados de ansiedade e transtorno de ansiedade social, com o objetivo de compreender como se dá essa relação<sup>4,5,9,33,39</sup>. Porém, é curiosa a conclusão de que a ansiedade e gagueira têm uma baixa associação no que se refere ao grau severidade da gagueira<sup>70</sup>. Em reflexão sobre esse aspecto, Beilby<sup>70</sup> revela que uma análise superficial pode ser enganosa, pois, aquele indivíduo que apresenta uma gagueira mensurada, através de uma amostra de fala com o grau de severidade leve, pode sofrer tanto ou mais do que aqueles cujo discurso evidencia maior quantidade de disfluência, referindo-se ao impacto que a gagueira possui na vida cotidiana, independente da frequência e da tipologia de sua manifestação, portanto pode-se concluir que o sofrimento e suas manifestações dependem da singularidade de cada sujeito<sup>31</sup>.

Daí surge o diferencial de nosso estudo em relação aos demais citados, pois para identificar a correlação entre ansiedade e gagueira usamos a pontuação média obtida através do instrumento OASES-A, que investiga o impacto que a gagueira tem nas mais variadas dimensões da vida cotidiana, tendo em vista que o estudo de Constantino, Leslie, Quesal, Yaruss<sup>22</sup> atesta que o índice do OASES-A apresenta baixa variabilidade se comparado à alta variabilidade que as medidas que aferem o escore das disfluências gags apresentam ao longo de um determinado período de tempo.

Uma vez que atualmente surgem no cenário mundial inúmeras abordagens de intervenção para as pessoas que apresentam gagueira, mensurar sintomas de ansiedade social é útil e pode fornecer dados sobre a efetividade do tratamento, bem como da manutenção dos benefícios de forma duradoura. Portanto, este estudo tem como objetivos identificar como alto e baixo nível de pontuações da avaliação global da experiência de gaguejar aferido pelo OASES-A se correlacionam com os índices de severidade da fluência, da esquivia, do desconforto e da ansiedade social em adultos com gagueira.

## **MÉTODOS**

Esta pesquisa configura-se como um estudo observacional e de delineamento transversal, sendo composto por 59 participantes de 18 a 58 anos que apresentavam gagueira. A maioria veio da fila de espera da Centro Docente Assistencial em Fonoaudiologia (CEDAF) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), sendo 44 homens e 15 mulheres (média=31,5 anos; desvio padrão - DP=10,1).

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes de qualquer conduta envolvendo avaliação e tratamento. Esta pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia (UFBA) em 19 de outubro de 2016, número: 1.781.015.CAAE 56672916.0.5662.

Os requisitos de inclusão foram: ser falante nativo do Português Brasileiro e ter idade entre 18 e 60 anos, se julgar capaz de escrever e seguir as instruções do protocolo e apresentar gagueira classificada no mínimo de grau leve de acordo com o Instrumento de Severidade da Gagueira (SSI- 3)<sup>18</sup>.

Deve-se ressaltar que não foram incluídas pessoas que referissem apresentar Transtorno de Tourette; Depressão moderada a grave; Esquizofrenia; Transtorno Bipolar; referir o consumo de álcool e drogas nos últimos 6 meses ou ainda se declarassem estar sendo acompanhados em psicoterapia e/ou fonoterapia, ou ter tido esse acompanhamento há, no mínimo, seis meses anterior à coleta de dados.

Inicialmente, foi realizado o registro audiovisual de uma amostra de fala autoexpressiva dos participantes composta de 200 sílabas fluentes. A transcrição e análise da fala foram realizadas de acordo com o Teste Perfil da Fluência que considera a tipologia das disfluências, a velocidade de fala e a frequência das rupturas. Posteriormente, o SSI-3<sup>18</sup> foi aplicado para classificar o grau de comprometimento da gagueira em leve, moderada, severa ou muito severa.

No segundo momento, foi aplicado o protocolo da Avaliação Global da Experiência do falante em Gaguejar (OASES-A) – *Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering – Adults*<sup>20</sup>, validado para o português brasileiro por Bragato<sup>17</sup> e objetiva coletar informações sobre a experiência do gaguejar, conforme delineado pela Classificação Internacional do Funcionamento, da Incapacidade e da Saúde da Organização Mundial da Saúde<sup>19</sup>. É um instrumento autoaplicável, com alternativas de respostas variando entre "sempre" e "nunca", proporciona informações sobre a totalidade dos impactos em quatro áreas distintas: a seção I investiga a percepção da fluência e da naturalidade dos falantes, o conhecimento sobre o tema gagueira e sobre abordagens terapêuticas, e percepções sobre a sua gagueira. A seção II avalia as reações afetivas, comportamentais e cognitivas dos falantes. A seção III avalia o grau de dificuldade que os falantes possuem para se comunicar em situações gerais, no trabalho, em situações sociais e em casa, por fim, a seção IV averigua a qualidade de vida.

Esse instrumento permite ampliar a avaliação da experiência de gagueira, analisando a natureza da deficiência e a desvantagem social vivenciada por cada indivíduo<sup>74</sup>. Esse protocolo foi usado para averiguar o grau do impacto da gagueira que pode ser graduado de leve a severo.

Foi ainda aplicado o protocolo Escala de ansiedade social de Liebowitz - versão de autorrelato<sup>38</sup> (LSAS-SR) – Liebowitz Social Anxiety Scale - Self-Report, que foi validado para o contexto brasileiro por Dos Santos<sup>45</sup>. É composto por 24 itens que avaliam ansiedade ou mal-estar, por um lado e, por outro, evitação de situações sociais específicas. O mal-estar ou ansiedade é avaliado em uma escala de tipo Likert que varia de 0 ("Nenhum") a 4 ("Intenso") e a evitação de tais situações de 0 ("Nunca - 0%") a 4 ("Geralmente - 100%"). Somando todos os itens do LSAS, é criada uma pontuação total que determinará o grau de ansiedade social do indivíduo que pode ser graduada de moderada a muito grave.

Os participantes também foram convidados a responder ao Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), que se configura como uma escala de autorrelato criada por Beck, Epstein, Brown, Steer<sup>46</sup>, traduzido e validado para o contexto brasileiro por Cunha<sup>47</sup>. É composto de afirmações descritivas de sintomas de ansiedade, em que o participante deve avaliar, em uma escala de quatro pontos, o nível de severidade de cada um dos sintomas percebidos na semana anterior à avaliação. O escore total permite classificar os respondentes em diferentes níveis de intensidade da ansiedade.

Foi oferecido aos participantes o instrumento autoaplicável Escala de Esquiva e Desconforto Social (SADS), desenvolvido por Watson, Friend<sup>48</sup>, traduzido e adaptado para o contexto brasileiro por Levitan et al.<sup>49</sup>, com o objetivo de avaliar a evitação que o indivíduo apresenta em situações sociais e o desconforto sentido em tais situações e é composta por 28 itens, com respostas do tipo verdadeiro ou falso.

O protocolo da Escala de Medo de Avaliação Negativa (FNE) foi aplicado, sendo esta escala de autorrelato criada por Watson e Friend<sup>4</sup>, traduzida e adaptada para o contexto brasileiro por Silva, Nardi<sup>50</sup>. O instrumento tem como objetivo avaliar o medo relacionado a avaliações sociais, sendo composto por 30 itens, que permitem respostas do tipo verdadeiro ou falso.

Os instrumentos de avaliação acima descritos foram aplicados por avaliador independente, em uma ordem de sequência variada, durante dois encontros.

Os dados foram armazenados e tabulados. Em um primeiro momento, utilizou-se a estatística descritiva para a análise do perfil sociodemográfico da população, que foi descrito através de proporção, média e desvio padrão, segundo as naturezas variadas.

A seguir, foram calculadas as medidas e o desvio padrão do escore geral e parcial do OASES-A de todos os participantes, em que foi identificado que as medidas eram representativas e estavam bem distribuídas devido ao alto grau de homogeneidade.

Foram calculadas as medidas e desvio padrão do escore geral de severidade da gagueira. Em seguida, foram calculadas as médias e desvio padrão do escore e coeficiente de variação dos seguintes instrumentos: LSAS, FNE, SADS e BAI.

Depois, os participantes foram divididos em dois grupos, sendo que foi considerado o grupo de alto impacto da gagueira os participantes que apresentavam o protocolo OASES-A com escore acima de 3,00 e outro grupo considerado de baixo impacto da gagueira, sendo assim considerados aqueles participantes que tinham escore abaixo de 3,00. Por último, foi feita a análise, empregando-se o coeficiente de correlação de Pearson entre os escores do OASES-A de alto e baixo impacto, e a proporção média dos resultados dos seguintes protocolos: LSAS, FNE, SADS, BAI.

Foi considerado o nível de significância de  $p < 0,05$ . Ressalta-se que valores são assim considerados: 0,10 e 0,19 são correlação bem fraca; entre 0,20 e 0,39 fraca; entre 0,40 e 0,69 moderada; entre 0,7 a 0,89 forte, e entre 0,90 a 1,00 interpretados como muito forte<sup>51</sup>. As análises foram efetuadas no pacote estatístico R versão 3.44.

## **RESULTADOS**

A amostra foi formada por 59 participantes de 18 a 58 anos que apresentavam gagueira, sendo 44 (74,6%) homens e 15 (25,4%) mulheres. Observou-se que 41 (69,4%) eram solteiros, 29 (49,2%) se declararam pardos, 20 (33,9%) estavam completando o nível superior e 40 (67,8%), trabalhavam 43 (72,9%) nunca fizeram tratamento fonoaudiológico e 49 (82,9%) nunca realizaram tratamento psicoterápico.

Quanto ao índice do impacto global da gagueira aferido pelo OASES-A verifica-se que 26 (44,0%) são classificados como moderado-severo, 22 (37,2%) moderado, 08 (13,5%) severo e 03 (5,0%) de leve-moderado. Observa-se que a maioria está entre moderado-severo e moderado, e nenhum participante na condição leve.

Quanto à classificação da severidade da gagueira, aferida pelo instrumento SSI-3,

observa-se que 13 (22,0%) foram classificados como muito-leve; 21 (35,5%) foram classificados de muito leve/leve a leve; verifica-se que 16 (27,0%) dos participantes foram classificados como leve-moderado a moderado; 04 (6,7%) estão na condição de moderado a severo; 04 (6,7%) severo e a muito severo.

Quanto à classificação da ansiedade social aferida pelo instrumento LSAS-SR, foi possível observar que 14 apresentaram (23,7%) fobia social moderada; 06 (10,1%) foram caracterizados com fobia social média; 03 (5,08 %) apresentaram fobia social grave e 05 (8,4%) com fobia social muito grave. Portanto 31 (52%) não foram caracterizados com ansiedade social e 28 (47,4%) apresentam algum grau de ansiedade social.

No que concerne às médias demonstradas na tabela 11 apresentada seguir, pode-se verificar a pontuação do escore geral dos seguintes instrumentos: BAI, FNE, SADS, LSAS-SR, SSI-3 e OASES-

O último apresenta o menor coeficiente de variação, representando apenas 20,3 % e os demais apresentam maior índice de variação.

**Tabela 11-** Média e desvio padrão dos índices de ansiedade, (BAI), medo de avaliação negativa (FNE), Esquiva e Desconforto Social (SADs), Fobia Social (LSAS-SR), avaliação impacto da avaliação global do falante (OASES-A), nível da severidade da gagueira (SSI-3).

	Mínimo	Máximo	Média	DP	CV%
BAI	0	39	12,5	8,6	68,8
FNE	7	36	11,47	7,6	66,2
SADS	1	28	14,7	7,6	51,7
LSAS-SR	7	120	53,0	27,6	52,0
OASES-A	1,69	4,81	3,19	0,65	20,3
SSI-3	10	39	19,56	7,9	40,3

Legenda: DP= desvio padrão; CV = coeficiente de variação

Fonte: Dados da pesquisa

Para análise do coeficiente de correlação foi realizada a divisão em dois grupos, sendo o primeiro os participantes com alto impacto do escore do OASES-A maior que (> que 3,00) e participantes igual ou menor que escore (= <que 3,00).

Observa-se na tabela 12 que 34 (57%) apresentam alto impacto no protocolo OASES-A, sendo classificado como moderado-severo e severo, e que índice de 25 (42,3%)

apresentam baixo impacto no protocolo OASES-A, sendo classificado como moderado, leve-moderado e leve.

**Tabela 12-** Distribuição dos participantes grupo I (= ou < que escore 3) grupo II (> que escore 3)

OASES-A	N=59	%
Grupo I(=<escore 3)	25	42,3
Grupo II (> escore 3)	34	57,6

Fonte: Dados da pesquisa

Os dados indicam que houve correlação positiva fraca entre OASES-A e BAI, escala de Ansiedade de Beck, também indicam que houve correlação positiva fraca entre OASES-A e FNE, escala Medo de Avaliação Negativa. Entretanto houve correlação positiva moderada entre OASES-A e SADS, escala de Esquiva e Desconforto Social.

Houve também correlação positiva moderada entre o escore OASES-A e LSAS-SR, escala de Ansiedade Social de Liebowitz. Não houve correlação entre OASES-A e SSI-3, nível de severidade da gagueira.

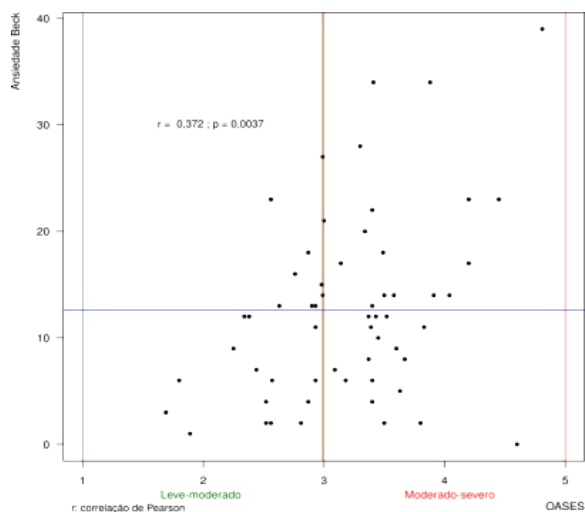
**Tabela 13-** Correlações entre o escore do OASES-A e índice de BAI, FNE, SADS, LSAS-SR, SSI-3.

	Média N=59	Desvio padrão	Coefficiente de correlação (r)	Valor de p
BAI	12,58	(8,6)	+0,372	0,00371**
FNE	11,47	(7,6)	+0,372	0,00371**
SADS	14,71	(7,6)	+0,554	0,00001**
LSAS-SR	53,05	(27,6)	+0,481	0,0001**
SSI-3	19,56	(7,9)	+0,161	0,2233

\* Valores significativos\*  $p < 0.05$  e \*\*  $p < 0.01$  - análise de Correlação de Pearson

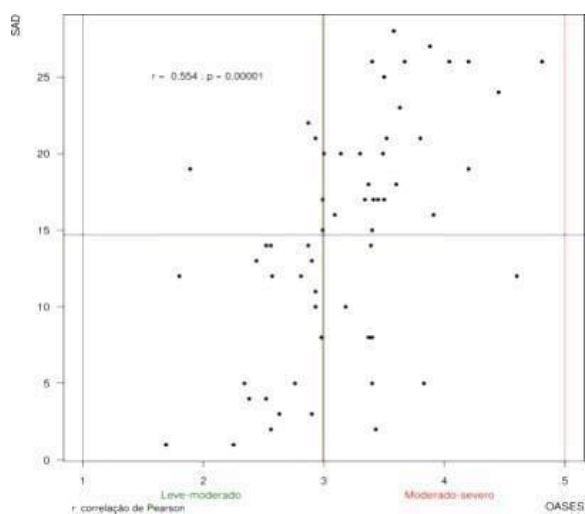
Fonte: Dados da pesquisa

**Figura 2-** Demonstra correlação entre OASES-A e BAI (ansiedade social)



Fonte: Autoria própria

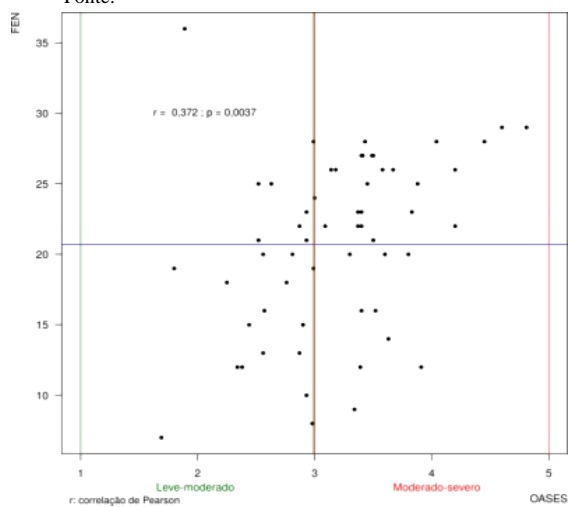
**Figura 3-** Demonstra correlação entre OASES-A e SADS (desconforto e esquivas sociais)



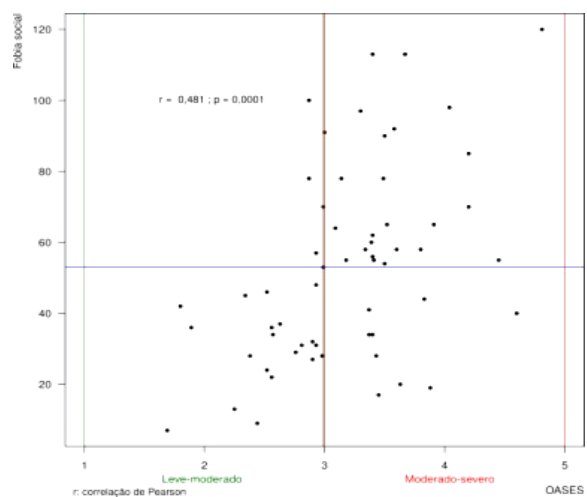
Fonte: Autoria própria

**Figura 4-** Demonstra correlação entre OASES-A e FNE (medo de avaliação negativa)

Fonte:

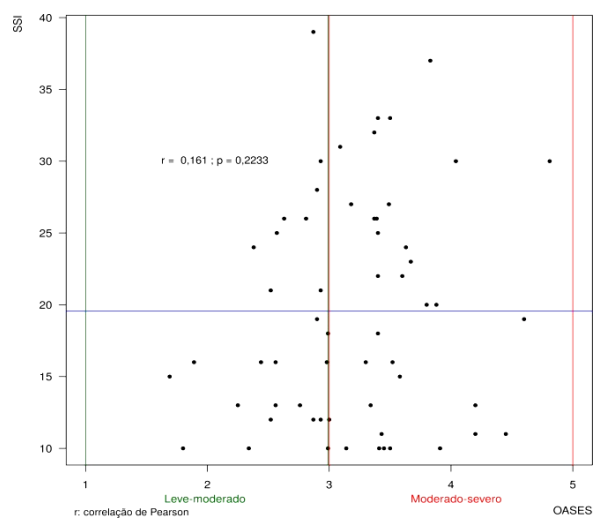


**Figura 5-** Demonstra correlação entre OASES-A e LSAS-SR (ansiedade social)



Fonte: Autoria própria

**Figura 6-** Demonstra correlação entre OASES-A e SSI-3 (nível da severidade da gagueira)



Fonte Autoria própria



## DISCUSSÃO

A discussão dos dados obtidos tem como finalidade responder ao objetivo principal desta pesquisa: verificar se existe correlação entre o alto e baixo nível da percepção sobre o impacto da gagueira na vida cotidiana de adultos aferido pelo OASES-A os índices de ansiedade, de esquiva, de desconforto e de ansiedade social e o grau de severidade da gagueira.

As medidas de ansiedade e medo de avaliação negativa demonstrada na (tabela 11) que apresenta os escores médios no BAI, FNE e SAD para adultos com gagueira foram maiores quando comparados com escores de controle da comunidade saudável, mas são inferiores aos participantes considerados com Transtorno de Ansiedade Social, estando em uma posição intermediária, como se pode verificar no estudo de Caetano<sup>6</sup> que investigou o benefício da Terapia Cognitiva Processual (TCP) em indivíduos com Transtorno de Ansiedade Social (TAS), comparando com um grupo controle de pessoas saudáveis, e usando os mesmos instrumentos de avaliação. Esses achados corroboram com Iverach et al.<sup>71</sup> que afirmam que adultos que gaguejam apresentam níveis elevados de ansiedade e medo de avaliação negativa quando comparados com dados normativos e amostras controle. Portanto, ratificam que esses níveis podem não ser tão altos quanto os achados em pessoas com Ansiedade Social típica.

Com relação às características de ansiedade e transtorno de ansiedade social aferido pela escala LSAS, os resultados indicam que quase a metade dos participantes (47,4 %) apresentou escores que variam de fobia social moderada a muito grave. Schneier<sup>37</sup>, investigando a ansiedade social nos participantes de um simpósio de autoajuda com pessoas que apresentavam gagueira, usou essa escala e identificou que maior parte demonstrou escores de altos de ansiedade social. Portanto nosso estudo está coincidente com o de Schneier, pois quase metade dos participantes apresentou graus variados de ansiedade social, mas é preciso ressaltar que o nosso tamanho amostral é maior e também que os participantes de nossa pesquisa não estavam realizando qualquer atividade de intervenção terapêutica no âmbito da psicologia e fonoaudiologia. Dessa forma, o achado de ansiedade corrobora a literatura ao constatar alta taxa de ansiedade social entre adultos que gaguejam<sup>71,72</sup>.

Ainda com relação à investigação da ansiedade social e gagueira, Menzies et al.<sup>72</sup> em 2008 realizaram um estudo em que investigaram, através de exame clínico, a taxa de ansiedade social entre adultos que gaguejavam. Resultados das avaliações por um clínico revelaram que 60% da amostra foi diagnosticada com ansiedade social.

Os participantes mostraram grau de correlação positiva moderada entre o alto impacto da gagueira na vida funcional, obtido pelo escore do OASES-A, com índices de ansiedade obtidos com a Escala de LSAS. Tal resultado pressupõe a relação entre fatores de ansiedade e alto impacto da gagueira na vida cotidiana. Esse achado pode ser justificado, pois a alta ocorrência das disfluências que ocorrem em pessoas gagas é situacional, ou seja, determinada situação comunicativa pode desencadear maior ou menor índice de porcentagem de disfluência gaga (SS%) e conseqüentemente ter maior impacto na autoavaliação global da fala, o instrumento LSAS investiga a presença de ansiedade em inúmeras situações comunicativas no âmbito social. Pode-se inferir que esse instrumento conseguiu detectar níveis variados de ansiedade nessa amostra populacional.

Foi observado também grau de correlação positiva moderada entre o alto impacto da gagueira na vida dos participantes, obtido pelo escore do OASES-A, com índices de ansiedade e o desconforto social aferido pelo com índices de SADS. Em estudo recente, Iverach et al.<sup>28</sup> realizaram pesquisa com 275 adultos que gaguejavam e que estavam em fila de espera para iniciar o tratamento da fala para gagueira, e um terço dos participantes foi diagnosticado com Transtorno de Ansiedade Social. Os resultados revelam que os adultos com TAS que gaguejavam demonstraram maiores dificuldades psicológicas e têm uma imagem negativa de sua fala. Estes achados coadunam com o nosso estudo no que se refere à correlação moderada entre o alto impacto da gagueira na vida funcional, obtido pelo escore do OASES-A com índices de ansiedade e desconforto social, aferido pelo protocolo SAD esse instrumento SADS permite uma análise da ansiedade social de um ponto de vista mais comportamental<sup>73</sup>. Entretanto são discordantes com certos resultados encontrados em nosso estudo, pois identificamos maior porcentagem de participantes que obtiveram escore correspondente à ansiedade social.

Pressupõe-se que os instrumentos SADS e LSAS foram mais sensíveis para detectar a ansiedade relacionada a situações comunicativas e no âmbito comportamental, justificando a obtenção moderada da correlação entre o impacto da gagueira na vida cotidiana das pessoas que gaguejam e ansiedade social.

Comparando-se a média geral encontrada na variável Medo de Avaliação Negativa

com outros estudos referente ao mesmo construto e usando o instrumento FNE, identificou-se que a pontuação média foi similar ao encontrado na literatura <sup>4</sup>. Resultado similar, referente à pontuação do escore do FNE, foi encontrado por Blumgart, Tran, Craig<sup>4</sup>, cuja investigação contou com tamanho amostral maior e com grupo de comparação de pessoas saudáveis. Eles concluíram que os indivíduos com gagueira possuíam maiores níveis de ansiedade social, com até 20 vezes mais chances de desenvolver o transtorno de ansiedade social, em comparação com o grupo controle. A pontuação do escore do FNE está em concordância com nossos achados, entretanto, no que se refere ao questionamento se haveria correlação entre o grau de severidade da gagueira com a ocorrência do transtorno de ansiedade social não encontraram correlação entre esses aspectos. Indivíduos com gagueira leve foram tão propensos a ter maiores níveis de ansiedade social quanto os indivíduos que apresentavam gagueira moderada/severa segundo o critério SS%. Importante ressaltar que nosso estudo se diferencia, pois teve como comparação a autopercepção do impacto da gagueira na vida cotidiana.

Foi identificada fraca correlação entre o alto impacto da gagueira e o Medo de Avaliação Negativa aferido pelo FNE, podendo-se inferir que o enfrentamento de situações comunicativas desafiadoras tem maior impacto do que ser avaliado negativamente pelos outros interlocutores.

Nosso estudo encontrou resultado similar ao de Mulcahy, Hennessey, Beilby, Byrnes<sup>35</sup> que utilizaram o protocolo FNE, instrumento de mensuração do medo de avaliação negativa e da avaliação global da experiência de falante (OASES-T) em uma população de adolescentes. No entanto, a investigação deles contou com tamanho amostral menor e com grupo de comparação de pessoas saudáveis. Resultados demonstram que adolescentes que gaguejaram obtiveram pontuação média maior nos níveis de ansiedade, maior medo de serem avaliados negativamente e maior dificuldade de comunicação funcional do que aqueles que não gaguejam. Nossa pesquisa corrobora parcialmente com o estudo de Mulcahy<sup>35</sup>, pois a pontuação obtida do OASES-A teve correlação positiva, entretanto, fraca para o índice do protocolo FNE. Pode-se inferir uma correlação mais forte desses dois índices em adolescentes, podendo ser justificada pelos desafios naturais e a importância de pertencimento a um grupo pelos quais os jovens passam nessa fase da vida.

Os resultados indicam que houve correlação fraca entre o alto impacto da gagueira, verificado pelo escore do OASES-A, e o índice positivo de Ansiedade de Beck (BAI), que investiga os sintomas físicos da ansiedade identificados na última semana. Podemos

pressupor, frente a esses achados, que os sintomas corporais de ansiedade nessa população nem sempre é constante e pode aparecer apenas em situações de desafios na comunicação.

Outrossim, foi observado que não houve correlação entre a pontuação média do OASES-A, que investiga a avaliação global da experiência de gaguejar, e o índice de severidade da gagueira aferido pelo escore do SSI-3. No que tange à relação entre a avaliação global das pessoas que gaguejam (OASES-A) e o grau de severidade da gagueira aferido pelo SSI-3, nosso achado corrobora Bragatto<sup>17</sup>, que investigou adultos com gagueira e usou os mesmos instrumentos que o nosso estudo. Tais resultados pressupõem que o grau da severidade da gagueira não coincide com o impacto desta na vida cotidiana das pessoas que apresentam Transtorno da Fluência com Início na Infância (Gagueira).

A falta de correlação entre a avaliação do impacto que a gagueira tem na vida funcional das pessoas que apresentam gagueira, obtido pelo OASES-A, e o índice de pontuação aferido pelo teste SSI-3 a partir mensuração das rupturas disfluentes em uma amostra de fala é muito intrigante, pois podem sugerir que a obtenção do índice de porcentagem de disfluência gaga (SS%) não representa o grau do sofrimento psíquico dessas pessoas. Isso pode ser justificado com o estudo de Constantino, Leslie, Quesal, Yaruss<sup>22</sup> ao estudar a variabilidade da frequência e a duração de disfluências gagas e comuns ao longo dos dias, em cinco tarefas de fala distintas para falantes adultos. E concluíram que a frequência da gagueira varia significativamente de acordo com o dia e de situação para situação comunicativa. Acrescentam ainda que essa variabilidade não foi identificada no instrumento OASES-A, portanto o alto índice de variabilidade do escore do SSI-3 nas pessoas que gaguejam pode justificar a falta de correlação entre o escore do perfil de fluência dos participantes e o escore do impacto da gagueira na vida cotidiana desses aferidos pelo OASES-A.

Os presentes achados precisam ser interpretados no contexto de uma amostra que constitui-se na sua grande maioria de homens jovens, solteiros, trabalhadores, e a grande maioria nunca fez tratamento fonoaudiológico, nem psicológico.

Vale a pena destacar algumas limitações devido ao número extenso de instrumentos aplicados, isso que pode ter prejudicado a presteza nas respostas obtidas. Tal efeito foi minimizado variando a sequência da apresentação dos instrumentos.

## CONCLUSÃO

Concluimos que os presentes achados indicam que o alto impacto da gagueira na vida cotidiana dos indivíduos que gaguejam está associado à presença de alto nível de ansiedade, aferido pela pontuação dos protocolos de ansiedade social, entretanto este não está associado a um maior grau de severidade da gagueira.

## 5 CONSIDERAÇÕES SOBRE LIMITAÇÕES DESTE ESTUDO

Um ponto de limitação deste estudo foi uma considerável perda de acompanhamento em determinados grupos de intervenção, sendo maior no TCP e mediana no grupo GPF e, em menor grau, no grupo controle GTF. Devido à perda de dados da participação, optou-se pela imputação de dados, sendo esta uma estratégia para mantermos a amostra definida no início do estudo.

A medição da melhora da intervenção baseou-se no protocolo do impacto da gagueira através do protocolo OASES-A, bem como na classificação do índice de severidade da gagueira medida pelo instrumento SSI-3. Com relação a esse item, sabe-se que o índice do perfil da fluência foi medido através de uma amostra de fala que nem sempre é representativa das inúmeras situações de comunicação do cotidiano.

Outra limitação percebida é que foi feita a medição de desempenho da fala antes e após a intervenção, e seis meses após a intervenção, mas ainda não foram analisados os dados referentes aos seis meses após o término da intervenção.

Houve número extenso de protocolos aplicados, o que pode ter prejudicado a presteza nas respostas obtidas. Para minimizar esse prejuízo, tivemos como estratégia distribuir de forma aleatória os inúmeros instrumentos de aferição.

Outra limitação encontrada foi a identificação de que o tempo do acompanhamento terapêutico foi insuficiente para verificarmos uma modificação mais expressiva na percepção do impacto negativo da gagueira na vida desses participantes e uma maior variação nos comportamentos de fala fluente. Para tal, sugerimos, em outras pesquisas, que haja uma extensão do tempo de acompanhamento terapêutico e a inclusão de um período de manutenção superior a seis meses, assim teríamos condições para averiguar a durabilidade das melhorias em todas as dimensões.

## 6 CONCLUSÃO

A grande maioria dos participantes do estudo relatou experimentar mudanças benéficas, diminuindo o impacto negativo que a gagueira tem em suas vidas, embora nenhum tratamento tenha se destacado como eficaz na comparação dentre as intervenções. Os achados identificaram correlações positivas moderada entre o impacto que gagueira tem na vida cotidiana e nos índices de ansiedade social. Não houve correlação entre a percepção sobre o impacto que a gagueira tem na vida funcional dos participantes e o índice de graduação da severidade da gagueira.

A partir da comparação de eficácia entre os três grupos de intervenção e as correlações positivas entre gagueira e ansiedade, são sugeridos programas terapêuticos com paradigmas mais flexíveis, que agreguem ações conjuntas de intervenção, propiciando a vivência do bem falar, associado ao gerenciamento da ansiedade, portanto incorporando ações com mudanças de atitude e comportamentais relacionadas ao enfrentamento de diversas situações comunicativas.

## 7 REFERÊNCIAS

1. American Psychiatry Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM-5. 5th.ed. Washington: American psychiatric association; 2013.
2. Nogueira PR, Oliveira CMC, Giacheti CM, Moretti DF. Gagueira desenvolvimental persistente familiar: disfluências e prevalência. Rev CEFAC. 2015;17(5):1441-48.
3. Neumann K, Euler HA, Bosshardt H. the pathogenesis assessment and treatment of speechfluency disorders. DeutschesArzteblatt International. 2017; 114: 383-90.
4. Blumgart E, Tran Y, Craig A. Social anxiety disorder in adults who stutter. DepressionandAnxiety. 2010; 27(7);687-92.
5. Menzies RG, O'Brian S, Onslow M, Packman A, St Clare T, Block S. A experimental clinical trial of a cognitive-behavior therapy package for chronic stuttering. J Speech Lang Hear R. 2008; 51:1451-64.
6. Caetano KADS. Eficácia da terapia cognitiva processual no tratamento do transtorno de ansiedade social: avaliação de um ensaio clínico randomizado. [tese doutorado em psicologia]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2017.
7. Alm PA. Stuttering, emotions, and heart rate during anticipatory anxiety: a critical review. J Fluency disord. 2004; 29:123-33
8. Stein MB, BairdA, WalkerJR. Social phobia in adults with stuttering. Am J. Psychiatry. 1996; 153:278-80
9. Craig A, Hancock K, Tran Y, Craig M. Anxiety Levels in people who stutter: a randomized population st. Journal of Speech, Language, and Hearing Research. 2003; 46:1197-206.
10. Beilby JM, Byrnes ML, Yaruss JS. Acceptance and Commitment Therapy for adults who stutter: Psycho social adjustment and speech fluency. J Fluency Disord. 2012; 37:289-99.
11. Kraaimaat FW, Vanryckeghem M, Van Dam-Baggen R. Stuttering and social anxiety. J fluencydisord. 2002; 27 (4):319-31.
12. Iverach L, Menzies R, Jones M, O'Brian S, Packman A, Onslow M. Further development and validation of the Unhelpful Thoughts and Beliefs about Stuttering (UTBAS) scales: relationship to anxiety and social phobia among adults who stutter. Int J Lang Commun Disord. 2011; 46(3);286-99.
13. Menzies RG, Onslow M, Packman A. Anxiety and stuttering: Exploring a complex relationship. AM J Speech-Lang Pat. 1999; 8: 3-10.



14. De Oliveira IR. *Trial-Based Cognitive Therapy: A Manual for clinicians (Clinical Topics in Psychology and Psychiatry)*. New York: Routledge; 2015.
15. Andrade CRF de. Programa Fonoaudiológico de promoção da fluência em adultos gagos: tratamento e manutenção. In: Limongi SCO (Org.) *Fonoaudiologia informação para formação - procedimentos terapêuticos em linguagem*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2003. p.27-53.
16. Andrade CRF. A fonoaudiologia baseada em evidências. *Einstein*. 2004; 2(1):59-60.
17. Bragato E. *Versão brasileira do protocolo Overall assessment of the speaker's Experience of stuttering adults (OASES-A) [tese doutorado]*. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2010.
18. Riley GD. *Stuttering severity instrument for children and adults-SSI-3*. 3rd ed. Austin: Texas; 1994.
19. World Health Organization. Family Development Committee. *Implications for the ICD of the ICF. Meeting of Heads of WHO Collaborating Centres for the Family of International Classifications*. Bethesda, October; 2001.
20. Yaruss JS, Quesal RW. Overall assessment of the speaker's Experience of stuttering adults (OASES): Documenting multiple outcomes in stuttering treatment. *J fluency disord*. 2006; 31(2):90-115.
21. Ingham RJ, Inghan CJ, Bothe A. Integrating functional measures with treatment: a tactic for enhancing personally significant change in the treatment of adults and adolescents who stutter. *J Speech Lang Pathol*. 2012;21.
22. Constantino CD, Leslie P, Quesal RW, Yaruss JS. A preliminary investigation of daily variability of stuttering in adults. *J Clin Commun Disord*. [Internet]. 2016 [acesso em 2017 Feb 01];60:39-50. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcomdis.2016.02.00>.
23. Yaruss S, Quesal W R. Commentary on partnerships between clinicians, researchers, and people who stutter in the evaluation of stuttering treatment. In: Dahm B. *Communication Therapy Institute*. Israel: I Hadar Street Matan; 2004.
24. Baxter S, Johnson M, Blank L. The state of the art in non-pharmacological interventions for developmental stuttering. part 1: a systematic review of effectiveness. *Int. J Lang Commun Disord*. 2015;50(5):676-718.
25. McDonald AM. *Is Cognitive Behavioural Therapy (CBT) an effective intervention approach for adults who stutter? School of Communication Sciences and Disorders*. 2012
26. Fry J, Millard S, Boterrill W. Effectiveness of intensive, group therapy for teenagers who stutter. *J Lang Commun Disord*. 49(1):113-26.

27. Huinck JW, Lanvegin M, Kully D, Graamas K, Peters H, Hulstijn W. The relationship between pre-treatment clinical profile and treatment outcome in an integrate stuttering program. *Int J Lang Commun Disord.* 2006; (31):43-63.
28. Iverach L, Jones M, Lowe R, O'Brian S, Menzies RG, Packman A, et al. Comparison of adults who stutter with and without social anxiety disorder. *J Fluency Disord.* 2018; 56:55-68.
29. Sonnevile-Koedoot C, Adams S, Stolk, Franken C. Perspective of Clinicians Involved in the RESTART- Study: Outcomes Of a Focus Group. *Am J Speech Lang Pathol.* 2015; 24:708-16.
30. Andrade CRF. A efetividade da realimentação no tratamento da gagueira de desenvolvimento: estudos comparativos. In: 16º Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia Campos de Jordão, 2008; São Paulo. São Paulo: CFFA; 2008.
31. Friedman S. Gagueira: definição/ causa/ tratamento. In: X Semana de fonoaudiologia da Unicamp, 2012 [internet]. [acesso em 2018 Feb 01] São Paulo: SEMAFON; 2012. Disponível em: [http://www.gagueiraesubjetividade.info/gagueira\\_definicao\\_causa\\_tratamento.php](http://www.gagueiraesubjetividade.info/gagueira_definicao_causa_tratamento.php).
32. Yaruss, JS, Quesal, RW, Reeves, L, Molt, L, Kluetz, B, Caruso AJ, et al. Speech treatment and support group experiences of people who participate in the National Stuttering Association. *J Fluency Disord.* 2001; 27:115-35.
33. Messenger M., Onslow, M., Packman, A., & Menzies, R. Social anxiety in stuttering: Measuring negative social expectancies. *J. Fluency Disorders.* 2004; 29(3): 201-12.
34. Craig A, Tran Y. Fear of speaking: chronic anxiety and stuttering. *Advances in Psychiatric Treatment.* 2006; 12:6.
35. Mulcahy K, Hennessey N, Beilby J, Byrnes M. Social anxiety and the severity and topography of stuttering in adolescents. *J Fluency Disord.* 2008; 33(4):306-19.
36. Brundage SB. Fear of negative evaluation. *Am J Speech Lang Pathol.* 2017; 26(2):498.
37. Schneier FR, Heckelman LR, Garfinkel R, Campeas R, Fallon BA, Gitow A, et al. Functional impairment in social phobia. *J Clin Psychiatry.* 1994; 55: 322-31.
38. Kummer A, Cardoso F, Teixeira AL. Frequency of social phobia and psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale in Parkinson's disease. *Mov Disorder.* 2008; 23(12): 1739-43.
39. Schneier FR. Social anxiety disorder. *BMJ.* 2003; 327:515.
40. Everard RA, Howell P We Have a Voice: Exploring Participants' Experiences of Stuttering Modification Therapy. *American Journal of Speech-Language Pathology.* 2018; October 27: 1273.

41. Conture & Walden T, Graham C, Arnold H, Hartfield H, Karrass J. *Communication—emotional model of stuttering*. In: Ratner NB, Tetnowski J. (Eds.) *Current issues in stuttering research and practice*. 2006:17-46.
42. Guntupalli VK, Everhart DE, Kalinowski J, Nanjundeswaran C. Emotional and physiological responses of fluent listeners while watching the speech of adults who stutter. *Int J Lang Commun Disord*. 2007 Mar-Apr; 42(2):113-29.
43. Blood GW, Blood IM. Preliminary study of self-reported experience of physical aggression and bullying of boys who stutter: relation to increased anxiety. *Percept Mot Skills*. 2007;104(3):1060-6.
44. Andrade CRF, Sassi FC, Juste FS, Ercolin B. Qualidade de vida em indivíduos com gagueira desenvolvimental persistente. *Pró-Fono R Atual*. 2008 out-dez; 20(4):219-24.
45. Dos Santos LF. Adaptation and initial psychometric study of the self-report version de Liebowitz Social Anxiety Scale (LSA-SR) *Int J Psychiatry Clin Pract* [online]. 2012; 177(2):139-43. doi: 10.3109/136551501.2012.710336.
46. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consul Clin Psychol*. 1988; 56(6): 893-7.
47. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do psicólogo; 2001.
48. Watson D, Friend R. Measurement of social-evaluative anxiety. *J Consult Clin Psychol*. 1969; 33:448-57.
49. Levitan MN, Nascimento I, Freire RC, Mezzasalma MA, Nardi AE. Equivalência semântica da versão brasileira da Social Avoidance and Distress Scale (SADS). *Rev psiquiatr*. 2008; 30(1):49-58.
50. Silva ACDO, Nardi AE. Tradução e adaptação transcultural da versão brasileira da Fear of Negative Evaluation Scale (FNE). *Rev psiquiatr*. 2009; 31(3):159-69.
51. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Earlbaum; 1988.
52. Bloodstein O. Some empirical observations about early stuttering: a possible link to language development. *J Com Disord*. 2005; 39(3):185-91.
53. Brown L, Wilson L, Packman A. A investigation of the effects of a speech- restructuring treatment for stuttering on the distribution of intervals of phonation. *J Fluency Disord* [acesso em 2017 Sept 01] 2016; 50:13-22. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jfludis.2016.09.001>.
54. Kully D, Langeven M. Evidence-based practice in fluency disorders. *The ASHA Leader*. 2005 Oct; 18(23):10-11.

55. Stein MB, Baird A, Walker JR. Social phobia in adults with stuttering. *Am J Psychiatry*. 1996; 153:278-80.
56. Bloodstein O. *A Handbook of stuttering*. 5. ed. San Diego: Singular Publishing Group Inc; 1995.
57. Ratner B, Healey EC (Eds.) *Stuttering research and practice: bridging the gap*. Mahwah, NJ: Erlbaum; 1999. p. 231-44.
58. Stein MB, Kean YM. Disability and quality of life in social phobia: epidemiologic findings. *Am J Psych*. 2000;157:1606-13.
59. Boyle MP. Relationships between psychosocial factors and quality of life for adults who stutter. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2015; 24:1-12.
60. Reddy RP, Sharma MP, Shivashankar N. Cognitive behavior therapy for stuttering: a case series. *Indian J Psychol Med*. 2010; 32(1):49-53.
61. Glick ID, Burti G, Okonogi K, Sacks M. Effectiveness in psychiatric care III: psychoeducation and outcome for patients with major affective disorder and their families. *Br J Psychiatry*. 1994;164:104-6.
62. Greenberg LS. Emotion in the relationship in emotion focused therapy. In: Gilbert P, Leahy RL. (Eds.) *The therapeutic relationship in the cognitive-behavioural psychotherapies*. London: Routledge; 2007. p. 43-62.
63. Ijuim J, Valentini G. A vivência do cotidiano como forma de construção da realidade. *Rev Com Mid*. 2011 jan-abr; 6(1):100-17.
64. Blumgat A, Tran Y, Yaruss JS, Craig A. Australian normative data for the overall assessment of the speaker's experience of stuttering. *J Fluency Disord*. 2012; 37:83-90
65. De Sousa AD, Moreno. Revisão sistemática de instrumentos para avaliação de ansiedade na população brasileira. *Rev Aval Psic* 2013; 12(3):397-410.
66. Andrade CR, Juste FS. Systematic review of delayed auditory feedback effectiveness for stuttering reduction. *J Soc Bras Fonoaudiol*. 2011;23:187-91.
67. Koedoot C, Versteegh M, Yaruss JS. Psychometric evaluation of the Dutch translation of the Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering for adults (OASES-A-D). *J Fluency Disord*. 2011; 36(3):222-30.
68. Siew CSQ, Pelczarski KM, Yaruss JS, Vitevitch MS. Using the OASES-A to illustrate how network analysis can be applied to understand the experience of stuttering. *J. Clin Commun Disord*. [internet] 2017. [acesso em 207 Sept 01];65:1-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcomdis.2016.11.001>.
69. American Psychiatric Association. *DSM-IV. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4. ed. Porto Alegre: ARTMED; 2002.

70. Beilby J. Psychosocial impact of living with a stuttering disorder: Knowing is not enough. *Seminars in Speech and Language*. 2014;35(2):132-43.
71. Iverach M, Jones S, O'Brien S, Block M, Lincoln E, Harrison A. The relationship between mental health disorders and treatment outcomes among adults who stutter *Journal of Fluency Disorders*. 2009; 34(1):29-43.
72. Menzies RG, O'Brien S, Onslow M, Packman A, St Clare T, Block S. An experimental clinical trial of a cognitive-behavior therapy package for chronic stuttering. *J Speech Lang Hear R*. 2008; 51:1451-64
73. Garcia-Lopez LJ, Olivares J, Hidalgo MD, Beidel DC, Turner SM. Psychometric properties of the social phobia and anxiety inventory, the social anxiety scale for adolescents, the fear of negative evaluation scale, and the social avoidance and distress scale in an adolescent Spanish-speaking sample *J Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2001; 23(1)51-9.
74. Yaruss JS. Application of the ICF in fluency disorders. *Semin Speech Lang*. 2007; 28(4): 312-22.

## APÊNDICES

### APÊNDICE 1

#### Fluxograma das atividades e avaliações

SESSÕES (S)/ EVENTOS	0	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	Seis meses
Assinatura do TCLE	<input type="checkbox"/>								
Critérios de Inclusão/Exclusão	<input type="checkbox"/>								
História Clínica	<input type="checkbox"/>								
Avaliação Global da Experiência do Falante em gaguejar OASES-A	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gravação da fala individual (SSI-3)	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Randomização	<input type="checkbox"/>								
Sessão de terapia de intervenção		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Escala de Fobia Social (auto aplicada)		<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escala de esquiva e Desconforto Social		<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escala de Medo da Avaliação Negativa		<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CD-Quest*		<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	
Inventário o Beck-Ansiedade	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avaliação Basal OASES-A e SSI-3					<input type="checkbox"/>				

Nota: As mesmas avaliações realizadas na semana 13 serão repetidas em 6 meses a pós-tratamento nos pacientes que tiverem concluído o estudo.

## APÊNDICE 2

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

A EFICÁCIA DA TERAPIA COGNITIVA PROCESSUAL COMPARADA COM O COM O PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA FLUÊNCIA E GRUPO TERAPÊUTICO EM FLUÊNCIA EM ADULTOS COM GAGUEIRA: ENSAIO CLÍNICO
---

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa que tem como objetivo comparar três formas de tratamento para gagueira, sendo uma denominada Terapia Cognitiva Processual (TCP), e a segunda Programa de Promoção da Fluência e a terceira Grupo Terapêutico em Fluência. O motivo que nos leva a estudar o benefício da Terapia Cognitiva Processual e da Programa de Promoção da Fluência e o Grupo Terapêutico em Fluência para o tratamento da gagueira é obter e manter a fluência, bem como motivar o participante a enfrentar melhor as situações comunicativas. Você será destinado por sorteio a uma das três modalidades de tratamento oferecidas neste estudo, sendo enfatizada, a psicoeducação das emoções relacionadas à gagueira na Terapia Cognitiva Processual (TCP), na Terapia de Modelamento da Fluência a dinâmica fonação e articulação. E no Grupo Terapêutico em Fluência a psicoeducação em fluência. Os grupos iniciarão as sessões de terapia imediatamente após a avaliação inicial e serão avaliados com os mesmo questionários após seis meses. Para esta pesquisa, adotaremos os seguintes procedimentos: você passará por uma entrevista e assinará o termo de consentimento livre e esclarecido, Além disso, você será solicitado a preencher os seguintes questionários: Escala de Fobia Social, que tem por finalidade avaliar o componente cognitivo da ansiedade social, Escala de avaliação Negativa e a Escala de medo e desconforto Social tem a finalidade identificar o grau do temor que as pessoas sentem quanto à possibilidade de serem julgadas negativamente por outros. Inventário de Beck avalia o grau de ansiedade. CD Quest vai identificar dos pensamentos negativos e o instrumento OASES-A avaliará às reações das pessoas à presença de gagueira, totalizando em média 15 minutos de preenchimento cada questionário, teremos dois encontros de uma hora, destinado ao preenchimento dos questionários orientado por um pesquisador, sendo também realizada a gravação de uma amostra de sua fala individualmente. Em seguida, serão dadas informações sobre as etapas do tratamento e será solicitada a sua participação em sessões de terapia semanal, com duração de uma hora e meia que serão agendadas previamente, totalizando doze sessões. Essa atividade, será em grupo de até cinco pessoas. Ao final das doze sessões, você realizará mais quatro encontros, sendo dois logo após a última sessão de tratamento, um depois de seis meses, tendo esses encontros como objetivo fazer as mesmas avaliações, com o preenchimento de questionários e realização de gravação de uma amostra de fala feita individualmente presencialmente ou por videoconferência. Deve-se ressaltar, que ausência de compromisso com o preenchimento de tarefas escritas e os exercícios propostos no programa de tratamento que podem levar até 20 minutos diários e que ausência a três sessões consecutivas sem justificativa, implicará em encerramento da participação no estudo. Sendo o participante voltando para a lista de espera de atendimento fonoaudiológico no CEDAF. A pesquisa possibilitará como benefício o fornecimento de informações sobre gagueira, assim como os fatores importantes para o sucesso do tratamento. A concretização do projeto em questão, contribuirá ainda com o atendimento clínico às pessoas que apresentam gagueira, além de oferecer aos participantes folders, que esclarecem dúvidas sobre as desordens da fluência. Com relação ao risco mínimo é possível ocorrer algum equívoco de interpretação das informações fornecidas, e dos exercícios propostos semanalmente, estando a pesquisadora principal a sua disposição para esclarecer quaisquer dúvidas que possam existir sobre o assunto, em qualquer momento da pesquisa. Para participar deste estudo, o (a Sr (a) não terá nenhum custo. Serão asseguradas ajudas relativas às despesas do participante e do acompanhante,

quando necessário, como transporte e alimentação. O participante terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar sua participação. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é acolhido no CEDAF, sendo que voltará para a fila de espera e aguardará ser chamado para o atendimento individual. No caso de interrupção do estudo, o participante da pesquisa receberá a assistência adequada, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário na, Universidade Federal da Bahia, informamos que favoreceremos ao participante a escuta e acolhimento atento, constante, caso haja algum tipo de comoção, mobilização emocional ou desconforto gerado por qualquer procedimento do processo de avaliação e terapêutica. Nossa equipe, conta com fonoaudiólogos e psicoterapeutas preparados para dar o suporte necessário, possibilitando a assistência integral e imediata, de forma gratuita pelo tempo que for necessário em caso de danos decorrentes da pesquisa. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, terá direito à indenização, por parte dos pesquisadores envolvidos nas diferentes fases da pesquisa. O pesquisador manterá sua identidade em sigilo, pois teremos a codificação dos dados bem como a senha de acesso aos bancos de dados, garantindo assim, segurança e sigilo. Os dados dos participantes da pesquisa são confidenciais e serão encaminhados ao pesquisador avaliador somente após a devida anonimização. O participante da pesquisa terá acesso ao resultado das avaliações que realizar durante o estudo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O(a) Sr(a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar da pesquisa. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será sua e a outra arquivada pelo pesquisador responsável no CEDAF, localizado na Avenida Reitor Miguel Calmon s/n, Instituto de Ciências da Saúde, telefone do serviço (071) 32838887 ou celular (71)999675862 ou email cr.thome@hotmail.com. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 15 (quinze) anos e, após esse tempo, serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Este estudo atende a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos. Deve-se ressaltar que Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – Conep/CNS/MS do Conselho Nacional de Saúde e pelos Comitês de Ética em Pesquisa – CEP – utiliza mecanismos, ferramentas e instrumentos que visam especialmente, à proteção dos participantes de pesquisa do Brasil. A sua função é proteger os participantes da pesquisa em seus direitos e assegurar que os estudos sejam realizados de forma ética. Eu, \_\_\_\_\_ portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “Eficácia da Terapia Cognitiva Processual (TCP) em comparação com o Programa de Promoção da Fluência e Grupo Terapêutico em Fluência no tratamento da gagueira”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e a mim foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome: .....

Endereço:.....

Telefone: .....

foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Salvador, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20

---

1. Nome

Assinatura  
participante

Data

---



---

2. Nome	Assinatura pesquisador	Data
---------	---------------------------	------

---

3. Nome	Assinatura testemunha	Data
---------	--------------------------	------

Em caso de minha desistência em permanecer na pesquisa, autorizo que os meus dados já coletados referentes a resultados de exames, questionários respondidos, etc, ainda sejam utilizados na pesquisa, com os mesmos propósitos já apresentados neste TCLE.

---

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

**APÊNDICE 3**  
**Escala de Fobia Social - Liebowitz**

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Medo ou Ansiedade	Evitação	
0 = Nenhum 1 = Leve 2 = Moderado 3 = Intenso	0 = Nunca 1 = Ocasionalmente 2 = Frequentemente 3 = Geralmente	
	Ansiedade	Evitação
1. Telefonar em público (P).		
2. Participar de pequenos grupos (P).		
3. Comer em locais públicos (P).		
4. Beber com outros em locais públicos (P).		
5. Falar com pessoas em posição de autoridade (S).		
6. Agir, realizar ou falar em frente a uma audiência (P).		
7. Ir a uma festa (S).		
8. Trabalhar sendo observado (P).		
9. Escrever sendo observado (P).		
10. Chamar alguém que você não conhece muito bem (S).		
11. Falar com pessoas que você não conhece muito bem (S).		
12. Encontrar com estranhos (S).		
13. Urinar em banheiro público (P).		
14. Entrar em uma sala onde outros já estão sentados (P).		
15. Ser o centro das atenções (S).		
16. Falar em uma reunião (P).		
17. Fazer uma prova (P).		
18. Expressar uma discordância ou desaprovação para pessoas que você não conheça bem (S).		
19. Olhar nos olhos de pessoa que você não conheça bem (S).		
20. Relatar algo para um grupo (P).		
21. Tentar paquerar alguém (P).		
22. Devolver mercadorias para uma loja (S).		
23. Dar uma festa (S)		
24. Resistir as pressões de um vendedor (S).		
<b>ESCORE TOTAL.</b>		
<b>ANSIEDADE DE PERFORMANCE (P).</b>		
<b>ANSIEDADE SOCIAL (S).</b>		

## APÊNDICE 4

### Escala de medo de avaliação negativa

**Fear of Negative Evaluation–FNE (Watson e Friend, 1969–versão traduzida por Paes de Barros Neto (1996))**

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

**Assinale (V) para Verdadeiro e (F) para Falso em cada uma das afirmações:**

1. Raramente me preocupo se os outros me acham bobo(a)	
2. Preocupo-me sobre o que as pessoas vão pensar sobre mim, mesmo quando sei que isso não faz qualquer diferença	
3. Fico tenso(a) e agitado(a) se sei que alguém está me avaliando	
4. Fico despreocupado(a) mesmo que eu saiba que as pessoas têm uma má impressão de mim	
5. Fico muito aborrecido(a) quando sou inadequado(a) socialmente	
6. Não me preocupa a opinião que pessoas importantes têm de mim	
7. Frequentemente tenho medo de parecer ridículo(a) o fazer papel de bobo(a)	
8. Não me importo muito quando outras pessoas me desaprovam	
9. Frequentemente tenho medo de que outras pessoas percebam minhas dificuldades	
10. A desaprovação das outras pessoas tem pouco efeito sobre mim	
11. Quando alguém está me avaliando, tendo a esperar pelo pior	
12. Raramente me preocupo com a impressão que estou causando em alguém	
13. Tenho medo de não ser aprovado pelos outros	
14. Tenho medo de que os outros descubram falhas em mim	
15. A opinião das outras pessoas não me abala	
16. Não fico zangado(a) se não agrado outras pessoas	

17. Quando estou falando com outras pessoas, preocupo-me como que estarão pensando sobre mim	
18. Sinto que, às vezes, não posso evitar de ser inadequado socialmente, então não deveria preocupar-me com isso	
19. Geralmente, preocupo-me com o tipo de impressão que causo no outro	
20. Preocupo-me muito com o que meus superiores pensam sobre mim	
21. Não me afeta saber que estão me avaliando	
22. Preocupo-me com a possibilidade dos outros não me valorizarem	
23. Preocupo-me muito pouco com o que os outros estão pensando sobre mim	
24. Às vezes, acho que estou preocupado(a) demais com o que os outros pensam sobre mim	
25. Muitas vezes, estou preocupado(a) com a possibilidade de dizer ou fazer algo errado	
26. Frequentemente, estou indiferente à opinião que os outros terão sobre mim	
27. Geralmente, estou confiante de que os outros terão uma impressão favorável sobre mim	
28. Frequentemente, penso que as pessoas que considero importante não pensarão muito bem sobre mim	
29. Preocupo-me com as opiniões que meus amigos têm sobre mim	
30. Fico tenso(a) e agitado(a) quando sei que estou sendo avaliado(a) por meus superiores	

## APÊNDICE 5

### Escala de esquivas e desconforto social

**Social Avoidance and Distress Scale–SAD (Watson e Friend,1969)–versão traduzida por**

**Paes de Barros Neto(1996)**

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**Assinale (V) para Verdadeiro ou (F) para Falso em cada uma das afirmações:**

1. Sinto-me tranqüilo(a), mesmo em situações sociais não-familiares.	
2. Tento evitar situações que me forcem a ser muito sociável	
3. É muito fácil relaxar quando estou com estranhos	
4. Não tenho qualquer desejo especial de evitar pessoas	
5. Frequentemente acho as ocasiões sociais desagradáveis	
6. Geralmente, sinto-me calmo e confortável em ocasiões sociais	
7. Geralmente, sinto-me tranqüilo quando converso com alguém de sexo oposto	
8. Evito falar com as pessoas a não ser que as conheça bem	
9. Se aparecer a oportunidade de conhecer pessoas novas, frequentemente aceito	
10. Frequentemente, sinto-me nervoso(a) ou tenso(a) em reuniões informais nas quais pessoas de ambos os sexos estão presentes	
11. Geralmente, fico nervoso(a) diante das pessoas, a não ser que eu as conheça	
12. Sinto-me relaxado(a) quando estou com um grupo de pessoas	
13. Muitas vezes, quero me afastar das pessoas	
14. Geralmente, sinto-me desconfortável quando estou com um grupo de pessoas que não conheço	
15. Geralmente, sinto-me tranqüilo(a) quando encontro alguém pela primeira vez	
16. Quando sou apresentado(a) às pessoas, sinto-me tenso(a) e nervoso(a)	
17. Posso entrar tranqüilamente em uma sala cheia de pessoas estranhas	
18. Evitaria juntar-me a um grupo grande de pessoas	
19. Tenho prazer em falar com meus superiores, quando querem falar comigo	
20. Frequentemente, sinto-me tenso(a) com um grupo de pessoas	
21. Tento a me afastar das pessoas	

22. Não me importo em falar com as pessoas em festas e reuniões	
23. Raramente fico confortável junto a um grupo grande de pessoas	
24. Frequentemente planejo desculpas para evitar compromissos sociais	
25. Às vezes, assumo a responsabilidade de apresentar pessoas umas as outras	
26. Tento evitar ocasiões sociais formais	
27. Geralmente vou a todos os meus compromissos sociais	
28. Acho fácil relaxar ao lado de outras pessoas	

## APÊNDICE 6

### Questionário de Distorções Cognitivas CD-Quest

Copyright (c) 2010

Irismar Reis de Oliveira

**Todos nós temos milhares de pensamentos durante o dia. Esses pensamentos são palavras, frases e imagens que passam por nossas cabeças à medida que fazemos as coisas. Muitos desses pensamentos são corretos, porém, muitos estão distorcidos. Por isto eles são chamados de erros cognitivos ou distorções cognitivas.**

**Por exemplo, Paulo é um jornalista competente cujo trabalho de umas 10 páginas foi revisado por João, o editor de um importante jornal local. João fez correções em um parágrafo e deu algumas sugestões de menor importância. Embora João tenha aprovado o texto de Paulo, este ficou ansioso e pensou: “Este trabalho está muito ruim. Se estivesse bom, João não teria corrigido nada.”**

**Para Paulo, ou o trabalho está bom, ou está ruim. Este tipo de erro de pensamento costuma ser chamado de pensamento dicotômico. Como o pensamento retornou à mente de Paulo várias vezes de sexta a domingo (3 dias), e Paulo acreditou nele pelo menos 75%, ele fez um círculo em torno do número 4 na quarta coluna da grade abaixo.**

**1. Pensamento dicotômico (também denominado pensamento do tipo tudo-ou-nada, preto e branco ou polarizado):** Vejo a situação, a pessoa ou o acontecimento apenas em termos de “ou uma coisa, ou outra”, colocando-as em apenas duas categorias extremas em vez de em um contínuo. EXEMPLOS: “Eu cometi um erro, logo meu desempenho foi um fracasso”. “Comi mais do que pretendia, portanto estraguei completamente minha dieta”

Exemplo de Paulo: *Este trabalho está muito ruim. Se ele estivesse bom, João não teria feito qualquer correção.*

<b>Freqüência</b>	<b>Não</b> (Não ocorreu)	<b>Ocasional</b> (1-2 dias durante esta semana)	<b>Boa parte do tempo</b> (3-5 dias durante esta semana)	<b>Quase todo o tempo</b> (6-7 dias durante esta semana)
<b>Frequência: Intensidade:</b> <b>Acreditei...</b>				
Nem um pouco (0%)	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

## Questionário de Distorções Cognitivas

## CD-Quest

Irismar Reis de Oliveira

Escore global: \_\_\_\_\_

Nome:.....

Data:.....

Por favor, faça um círculo em torno do número correspondente a cada opção abaixo, indicando os erros ou distorções cognitivas que você notou estar fazendo durante esta semana. Ao avaliar cada distorção cognitiva, por favor, indique quanto você acreditou nela no exato momento em que ocorreu (não quanto você acredita agora) e com que frequência ela ocorreu durante esta semana. Por favor, dê seus próprios exemplos nos itens que você marcar 3 ou mais.

**DURANTE ESTA SEMANA, PERCEBI QUE ESTAVA PENSANDO DA SEGUINTE FORMA:**

1. **Pensamento dicotômico (também denominado pensamento do tipo tudo-ou-nada, preto e branco ou polarizado):** Vejo a situação, a pessoa ou o acontecimento apenas em termos de “uma coisa ou outra”, colocando-as em apenas duas categorias extremas em vez de em um contínuo.

EXEMPLOS: “Eu cometi um erro, logo meu rendimento foi um fracasso”. “Comi mais do que pretendia, portanto estraguei completamente minha dieta”

Meu exemplo:.....

**DURANTE ESTA SEMANA, PERCEBI QUE ESTAVA PENSANDO DA SEGUINTE FORMA:**

1. **Pensamento dicotômico :** EXEMPLOS: “Eu cometi um erro, logo meu rendimento foi um fracasso”.

“Comi mais do que pretendia, portanto estraguei completamente minha dieta”

Meu exemplo:.....

<b>Frequência:</b> <b>Intensidade: Acreditei...</b>	<b>Não</b> (Não ocorreu)	<b>Ocasional</b> (1-2 dias durante esta semana)	<b>Boa parte do tempo</b> (3-5 dias durante esta semana)	<b>Quase todo o tempo</b> (6-7 dias durante esta semana)
Nem um pouco (0%)	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

2. **Previsão do futuro (também denominada catastrofização):** Antecipo o futuro em termos negativos e acredito que o que acontecerá será tão horrível que eu não vou suportar.

EXEMPLOS: “Vou fracassar e isso será insuportável.” “Vou ficar tão perturbado que não conseguirei me concentrar no exame.”

Meu exemplo:.....

<b>Frequência:</b> <b>Intensidade: Acreditei...</b>	<b>Não</b> (Não ocorreu)	<b>Ocasional</b> (1-2 dias durante esta semana)	<b>Boa parte do tempo</b> (3-5 dias durante esta semana)	<b>Quase todo o tempo</b> (6-7 dias durante esta semana)
Nem um pouco (0%)	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4



Muito (Mais de 70%)		3	4	5 96

3. **Desqualificação dos aspectos positivos:** Desqualifico e desconto as experiências e acontecimentos positivos insistindo que estes não contam.”

EXEMPLOS: “Fui aprovado no exame, mas foi pura sorte.” “Entrar para a faculdade não foi grande coisa, qualquer um consegue.”

Meu exemplo:.....

Meu exemplo:.....

<b>Frequência:</b> <b>Intensidade: Acreditei...</b>	<b>Não(Nãooocorreu)</b>	<b>Ocasional (1-2 dias durante esta semana)</b>	<b>Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)</b>	<b>Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)</b>
Nem um pouco (0%)	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

4. **Raciocínio emocional:** Acredito que minhas emoções refletem a realidade e deixo que elas guiem minhas atitudes e julgamentos.

EXEMPLOS: “Sinto que ela me ama, então deve ser verdade.” “Tenho pavor de aviões, logo voar deve ser perigoso.” “Meus sentimentos me dizem que não devo acreditar nele.”

Meu exemplo:.....

<b>Frequência:</b> <b>Intensidade: Acreditei...</b>	<b>Não(Nãooocorreu)</b>	<b>Ocasional (1-2 dias durante esta semana)</b>	<b>Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)</b>	<b>Quase todo o tempo(6-7 dias durante esta semana)</b>
Nem um pouco (0%)	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

5. **Rotulação:** Coloco um rótulo fixo, global e geralmente negativo em mim ou nos outros.

EXEMPLOS: “Sou um fracassado.” “Ele é uma pessoa estragada.” “Ela é uma completa imbecil.”

Meu exemplo:.....

<b>Frequência:</b> <b>Intensidade: Acreditei...</b>	<b>Não(Nãooocorreu)</b>	<b>Ocasional (1-2 dias durante esta semana)</b>	<b>Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)</b>	<b>Quase todo o tempo(6-7 dias durante esta semana)</b>
Nem um pouco (0%)	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

6. **Ampliação/minimização:** Avalio a mim mesmo, os outros e as situações ampliando os aspectos negativos e/ou minimizando os aspectos positivos.

EXEMPLOS: “Consegui um 8. Isto demonstra o quanto meu desempenho foi ruim.” “Consegui um 10. Isto significa que o teste foi muito fácil.”

## 6-Ampliação

<b>Frequência:</b> <b>Intensidade: Acreditei...</b>	<b>Não</b> (Não ocorreu)	<b>Ocasional</b> (1-2 dias durante esta semana)	<b>Boa parte do tempo</b> (3-5 dias durante esta semana)	<b>Quase todo o tempo</b> (6-7 dias durante esta semana)
Nem um pouco (0%)	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

7. **Abstração seletiva (também denominada filtro mental e visão em túnel):** Presto atenção em um ou poucos detalhes e não consigo ver o quadro inteiro.  
EXEMPLOS: “Miguel apontou um erro em meu trabalho. Então, posso ser despedido” (não considerando o retorno positivo de Miguel. “Não consigo esquecer que aquela informação que dei durante minha apresentação estava errada” (deixando de considerar o sucesso da apresentação e o aplauso das pessoas).

Meu exemplo:.....

<b>Frequência:</b> <b>Intensidade: Acreditei...</b>	<b>Não</b> (Não ocorreu)	<b>Ocasional</b> (1-2 dias durante esta semana)	<b>Boa parte do tempo</b> (3-5 dias durante esta semana)	<b>Quase todo o tempo</b> 6-7 dias durante esta semana)
Nem um pouco (0%)	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

8. **Leitura mental:** Acredito que conheço os pensamentos e intenções de outros (ou que eles conhecem meus pensamentos e intenções) sem ter evidências suficientes.

EXEMPLOS: “Ele está pensando que eu falhei”. “Ela pensou que eu não conhecia o projeto.” “Ele sabe que eu não gosto de ser tocada deste jeito.”

Meu exemplo:.....

<b>Frequência:</b> <b>Intensidade: Acreditei...</b>	<b>Não</b> (Não ocorreu)	<b>Ocasional</b> (1-2 dias durante esta semana)	<b>Boa parte do tempo</b> (3-5 dias durante esta semana)	<b>Quase todo o tempo</b> (6-7 dias durante esta semana)
Nem um pouco (0%)	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4

Muito (Mais de 70%)		3	4	5
---------------------	--	---	---	---

9. **Supergeneralização:** Eu tomo casos negativos isolados e os generalizo, tornando-os um padrão interminável com o uso repetido de palavras como “sempre”, “nunca”, “todo”, “inteiro”, etc.

EXEMPLOS: “Estava chovendo esta manhã, o que significa que choverá todo o fim de semana.” “Que azar! Perdi o avião, logo isto vai estragar minhas férias inteiras”. “Minha dor de cabeça nunca vai parar”.

Meu exemplo:.....

<b>Frequência:</b> <b>Intensidade: Acreditei...</b>	<b>Não</b> (Não ocorreu)	<b>Ocasional</b> (1-2 dias durante esta semana)	<b>Boa parte do tempo</b> (3-5 dias durante esta semana)	<b>Quase todo o tempo</b> (6-7 dias durante esta semana)
Nem um pouco (0%)	0			

Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

10. **Personalização:** Assumo que comportamentos dos outros e eventos externos dizem respeito (ou são direcionados) a mim, sem considerar outras explicações plausíveis.

EXEMPLOS: “Senti-me desrespeitado porque a moça do caixa não me agradeceu” (sem considerar que ela não agradeceu a ninguém). “Meu marido me deixou porque eu fui uma má esposa” (deixando de considerar que ela foi seu quarto marido).

Meu exemplo:.....

<b>Frequência:</b> <b>Intensidade: Acreditei...</b>	<b>Não(Nãoocorreu)</b>	<b>Ocasional (1-2 dias durante esta semana)</b>	<b>Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)</b>	<b>Quase todo o tempo(6-7dias durante esta semana)</b>
Nem um pouco (0%)	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

11. **Afirmações do tipo “deveria” (também “devia”, “devo”, “tenho de”):** Digo a mim mesmo que os acontecimentos, os comportamentos de outras pessoas e minhas próprias atitudes “deveriam” ser da forma que espero que sejam e não o que de fato são.

EXEMPLOS: “Eu devia ter sido uma mãe melhor”. “Ele deveria ter se casado com Ana em vez de Maria”. “Eu não devia ter cometido tantos erros.”

EXEMPLOS: “Eu devia ter sido uma mãe melhor”. “Ele deveria ter se casado com Ana em vez de Maria”. “Eu não devia ter cometido tantos erros.”

Meu exemplo:.....

<b>Frequência:</b> <b>Intensidade: Acreditei...</b>	<b>Não(Nãoocorreu)</b>	<b>Ocasional (1-2 dias durante esta semana)</b>	<b>Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)</b>	<b>Quase todo o tempo (6-7dias durante esta semana)</b>
Nem um pouco (0%)	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

12. **Conclusões precipitadas (também conhecidas como inferências arbitrárias):** Tiro conclusões (negativas ou positivas) a partir de nenhuma ou de poucas evidências que possam confirmá-las.

EXEMPLOS: “Logo que o vi, soube que ele faria um trabalho deplorável.” “Ele olhou para mim de um modo que logo concluí que ele foi o responsável pelo acidente.”

Meu exemplo:.....

<b>Frequência:</b> <b>Intensidade: Acreditei...</b>	<b>Não(Nãoocorreu)</b>	<b>Ocasional (1-2 dias durante esta semana)</b>	<b>Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)</b>	<b>Quase todo o tempo (6-7dias durante esta semana)</b>
Nem um pouco (0%)	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

13. **Culpar (outros ou a si mesmo):** Dirijo minha atenção aos outros como fontes de meus sentimentos e experiências, deixando de considerar minha própria responsabilidade; ou, inversamente, responsabilizo-me pelos comportamentos e atitudes de outros.

EXEMPLOS: "Meus pais são os únicos culpados por minha infelicidade." "É culpa minha que meu filho tenha se casado com uma pessoa tão egoísta e descuidada."

<b>Frequência:</b> <b>Intensidade: Acreditei...</b>	<b>Não</b> (Não ocorreu)	<b>Ocasional</b> (1-2 dias durante esta semana)	<b>Boa parte do tempo</b> (3-5 dias durante esta semana)	<b>Quase todo o tempo</b> (6-7 dias durante esta semana)
Nem um pouco (0%)	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

14. **E se...?:** Fico me fazendo perguntas do tipo "e se acontecer alguma coisa?"

EXEMPLOS: "E se meu carro bater?" "E se eu tiver um enfarte?" "E se meu marido me deixar?"

<b>Frequência:</b> <b>Intensidade: Acreditei...</b>	<b>Não</b> (Não ocorreu)	<b>Ocasional</b> (1-2 dias durante esta semana)	<b>Boa parte do tempo</b> (3-5 dias durante esta semana)	<b>Quase todo o tempo</b> (6-7 dias durante esta semana)
Nem um pouco (0%)	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

15. **Comparações injustas:** Comparo-me com outras pessoas que parecem se sair melhor do que eu e me coloco em posição de desvantagem.

EXEMPLOS: "Meu pai prefere meu irmão mais velho a mim porque ele é mais inteligente do que eu." "Não consigo suportar o fato de ela ter mais sucesso do que eu."

Meu exemplo:.....

<b>Frequência:</b> <b>Intensidade: Acreditei...</b>	<b>Não</b> (Não ocorreu)	<b>Ocasional</b> (1-2 dias durante esta semana)	<b>Boa parte do tempo</b> (3-5 dias durante esta semana)	<b>Quase todo o tempo</b> (6-7 dias durante esta semana)
Nem um pouco (0%)	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

**APÊNDICE 7**  
**Inventário de Ansiedade de Beck**

Registro: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um “x” no espaço correspondente ,na mesma linha de cada sintoma.

	<b>Absoluta- mente não</b>	<b>Levemente</b>  Não me incomodou muito	<b>Moderadamente</b>  Foi muito desagra- dável, mas pode suportar	<b>Gravemente</b>  Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento.				
2. Sensação de calor.				
3. Tremores nas pernas.				
4. Incapaz de relaxar.				
5. Medo que aconteça o pior.				
6. Atordoado ou tonto.				
7. Palpitação ou aceleração do coração.				
8. Sem equilíbrio.				
9. Aterrorizado.				
10. Nervoso.				
11. Sensação de sufocação.				
12. Tremores nas mãos.				
13. Trêmulo.				
14. Medo de perder o controle.				
15. Dificuldade de respirar.				
16. Medo de morrer.				
17. Assustado.				
18. Indigestão ou desconforto do abdômem.				
19. Sensação de desmaio.				
20. Rosto afogueado.				
21. Suor (não devido ao calor).				

## APÊNDICE 8

### Protocolo do Perfil de Fluência da Fala

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_

#### 1-Tipologia das Rupturas:

Disfluências Comuns (DC)		DisfluênciasGagas(DG)	
Hesitação		Repetição de sílabas	
Interjeição		Repetição de sons	
Revisão		Prolongamento	
Palavra não terminada		Bloqueio	
Repetição de palavras		Pausa	
Repetição de segmentos		Intrusão sons ou segmentos	
Repetição de frases		_____	
TOTAL:		TOTAL:	

#### 2- Frequência das rupturas

Porcentagem de Descontinuidade de Fala	Porcentagem de Disfluências Gagas

#### 3- Velocidade de fala

Fluxo de palavras por minuto	Fluxo de sílabas por minuto

## APÊNDICE 9



PESQUISA EM FLUÊNCIA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
N.ORDEM \_\_\_\_\_

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos
  
2. Sexo: 1 ( ) Masculino    2 ( ) Feminino
  
3. Situação Conjugal: 1 ( ) Solteiro    2 ( ) Casado (oficialmente ou não)  
3 ( ) Viúvo    4 ( ) Separado/Divorciado
4. Tem filhos? 1 ( ) Não 2 ( ) Sim    Quantos? \_\_\_\_\_ filhos.
  
5. Escolaridade (último nível completo de formação escolar):  
1 ( ) Médio 2 ( ) Magistério 3 ( ) Superior em curso 4 ( ) Superior completo 5 ( )  
Especialização 6 ( ) Mestrado 7 ( ) Doutorado 8 ( ) fundamental 9 ( ) técnico curso( )  
\_\_\_\_\_
6. Como você classificaria a cor de sua pele?  
1 ( ) preta 2 ( ) parda 3 ( ) amarela 4 ( ) branca
7. Desde quantos anos apresenta gagueira? \_\_\_\_\_ anos.
  
8. Tem pessoas outras pessoas que gaguejam na sua família ? \_\_\_\_\_  
Se sim, quem? \_\_\_\_\_
9. Qual a sua atitude quando gagueja?  
1 ( ) evita falar 2 ( ) Substitui palavras 3 ( ) Fala menos 4 ( ) diz que esqueceu a palavra 5 ( ) espera que o interlocutor complete a palavra 6 ( ) Evita de fazer perguntas 7 ( ) evita contato de olhos
10. Qual atitude dos seus familiares quando você quando gagueja?  
1 ( ) Aceitam 2 ( ) Pedem para repetir 3 ( ) não aceitam  
4 ( ) Fazem comentários negativos sobre a sua fala
11. Atitudes suas em relação à gagueira e as situações de comunicação:  
1 ( ) evita falar no telefone fixo 2 ( ) evita falar no telefone celular  
3 ( ) Evita ir à festas devido à gagueira 4 ( ) Evita falar em público  
5 ( ) Sofre muito quando tem que falar em público 6 ( ) Não fala com desconhecidos  
6 ( ) outras \_\_\_\_\_
12. Você trabalha? 1 ( ) Não 2 ( ) Sim  
Se sim, qual função \_\_\_\_\_
13. O seu trabalho exige a comunicação freqüente ? 1 ( ) Não 2 ( ) Sim
14. Você julga que a gagueira atrapalha seu trabalho? 1 ( ) Não 2 ( ) Sim
15. Você dorme mal? 1 ( ) Não 2 ( ) Sim

16. Tem falta de apetite? 1( ) Não 2( ) Sim

17. Atualmente tem algum problema da saúde? 1( ) Não 2( ) Sim

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

18. Toma algum medicamento? 1( ) Não 2( ) Sim

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

19. Foi diagnosticado com a Síndrome de Tourette 1( ) Não 2( ) Sim

20. Foi diagnosticado com depressão 1( ) Não 2( ) Sim

21. Foi diagnosticado com o Transtorno Bipolar 1( ) Não 2( ) Sim

22. Faz uso de Drogas atualmente 1( ) Não 2( ) Sim

23. Nos últimos seis meses, fez o uso de drogas: 1( ) Não 2( ) Sim

24. Tem dependência ao álcool atualmente? 1( ) Não 2( ) Sim

25. Nos últimos seis meses teve dependência ao álcool ? 1( ) Não 2( ) Sim

26. Atualmente, está acompanhamento psicológico ? 1( ) Não 2( ) Sim

27. Nos últimos seis meses, fez acompanhamento psicológico? 1( ) Não 2( ) Sim

Se foi há mais tempo, especifique \_\_\_\_\_

28. Atualmente, está em acompanhamento fonoaudiológico ? 1( ) Não 2( ) Sim

Se foi há mais tempo, especifique \_\_\_\_\_

29. Nos últimos seis meses, fez acompanhamento fonoaudiológico? 1( ) Não 2( ) Sim

30. Tem facilidade em ler e escrever em português: 1( ) Não 2( ) Sim

31. Qual a manifestação da gagueira mais frequente:

1( ) repete palavras 2( ) repete sílabas iniciais 3( ) Bloqueio 4( ) hesitação

5( ) Pausas longas 6( ) prolongamento de sons 7( ) repete sons ( ) outras \_\_\_\_\_



## APÊNDICE 10

### Avaliação Global da Experiência do Falante em Gaguejar (OASES- A)

(J.S. Yaruss e R. W. Quesal, 2006)

**Tradução e adaptação para o Português brasileiro:** Eliane Lopes Bragatto, Ellen Osborn, Ana Maria Schiefer, Brasília Maria Chiari – 2010.

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** M F **Data:** / / \_\_\_\_\_

Instruções: Este teste consiste de 4 partes que examinam diferentes aspectos da sua experiência sobre gagueira. Por favor, complete cada item circulando o número apropriado. Caso um item não se aplique a você, deixe-o em branco e passe para o item seguinte.

#### Parte I – Informações Gerais

A. Informações gerais sobre sua fala.	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
6. Com que frequência você é capaz de falar fluentemente?	1	2	3	4	5
7. Com que frequência a sua fala soa "natural" para você (por exemplo, como a fala de outra pessoa)?	1	2	3	4	5
8. Com que consistência você é capaz de manter a fluência de um dia para o outro?	1	2	3	4	5
9. Com que frequência você utiliza técnicas, estratégias ou ferramentas que aprendeu na terapia de fala?	1	2	3	4	5
10. Com que frequência você diz exatamente o que quer mesmo achando que poderá gaguejar?	1	2	3	4	5

B. Qual o seu nível de conhecimento sobre...?	Extremo	Alto	Médio	Baixo	Nenhum
1. A gagueira em geral	1	2	3	4	5
2. Os fatores que afetam a gagueira	1	2	3	4	5
3. O que acontece com a sua fala quando você gagueja	1	2	3	4	5
4. As opções de tratamento para as pessoas que gaguejam	1	2	3	4	5
5. Os grupos de auto-ajuda ou de apoio para as pessoas que gaguejam	1	2	3	4	5

C. De forma geral, qual é sua impressão sobre...?	Muito Positiva	Positiva	Neutra	Um pouco Negativa	Muito Negativa
1. Sua habilidade para falar	1	2	3	4	5
2. Sua habilidade para se comunicar (por exemplo, transmitir a sua mensagem independentemente da sua fluência)	1	2	3	4	5
3. O modo como você soa quando está falando	1	2	3	4	5
4. As técnicas usadas para falar fluentemente (por exemplo, técnicas aprendidas na terapia)	1	2	3	4	5
5. Sua habilidade para usar as técnicas que aprendeu na terapia de fala	1	2	3	4	5
6. Você ser uma pessoa que gagueja	1	2	3	4	5
7. O programa de terapia de fala que freqüentou mais recentemente	1	2	3	4	5
8. Ser identificado por outra pessoa como gago / pessoa que gagueja	1	2	3	4	5
9. Variações da sua fluência de fala em diferentes situações	1	2	3	4	5
10. Grupos de auto-ajuda ou de apoio para as pessoas que gaguejam	1	2	3	4	5

## Parte II – Suas Reações à Gagueira

<b>A. Quando você pensa sobre a sua gagueira, com que frequência você se sente...?</b> (Obs.: por favor, complete as duas colunas neste item)											
	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas Vezes	Sempre		Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas Vezes	Sempre
1.Sem saída	1	2	3	4	5	6.Deprimido	1	2	3	4	5
2.Zangado	1	2	3	4	5	7.Na defensiva	1	2	3	4	5
3.Envergonhado	1	2	3	4	5	8.Constrangido	1	2	3	4	5
4.Isolado	1	2	3	4	5	9.Culpado	1	2	3	4	5
5.Ansioso	1	2	3	4	5	10.Frustrado	1	2	3	4	5

<b>B.Com que frequência você...?</b>	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas Vezes	Sempre
1. Sente tensão física quando gagueja	1	2	3	4	5
2. Sente tensão física quando fala fluentemente	1	2	3	4	5
3. Apresenta piscar de olhos, caretas, movimentos com as mãos etc. quando gagueja	1	2	3	4	5
4. Não mantém contato de olho ou evita olhar para o seu ouvinte	1	2	3	4	5
5. Evita falar em certas situações ou com certas pessoas	1	2	3	4	5
6. Sai de uma situação porque acha que poderá gaguejar	1	2	3	4	5
7. Não diz o que quer dizer (por exemplo, evita ou substitui palavras, recusa-se a responder perguntas, pede algo que não precisa porque é mais fácil de dizer)	1	2	3	4	5
8. Utiliza pausas cheias (por exemplo, "hum", "ahh", pigarrear) ou muda algo na sua fala (por exemplo, tonicidade) para parecer mais fluente (obs.: isto não se refere às técnicas que você tenha aprendido na terapia)	1	2	3	4	5
9. Experimentou um período de aumento da gagueira logo após ter gaguejado uma palavra	1	2	3	4	5
10. Deixa que alguém fale por você	1	2	3	4	5

<b>C. O quanto você concorda ou discorda com estas afirmações</b>	Discordo muito	Discordo um pouco	Neutro	Concordo um pouco	Concordo muito
1. Eu penso sobre minha gagueira quase o tempo todo	1	2	3	4	5
2. As opiniões das pessoas sobre mim, são baseadas primeiramente em como eu falo.	1	2	3	4	5
3. Se eu não gaguejasse, seria muito mais capaz de alcançar meus objetivos de vida	1	2	3	4	5
4. Eu não quero que as pessoas saibam que eu sou gago	1	2	3	4	5
5. Quando estou gaguejando não há nada que eu possa fazer sobre isso	1	2	3	4	5
6. As pessoas devem fazer tudo que podem para não gaguejar	1	2	3	4	5
7. As pessoas que gaguejam não deveriam trabalhar em áreas que necessitem de muita fala	1	2	3	4	5
8. Eu não falo tão bem quanto a maioria das pessoas	1	2	3	4	5
9. Eu não posso aceitar o fato de que sou gago	1	2	3	4	5
10. Eu não tenho confiança nas minhas habilidades de fala	1	2	3	4	5

### Parte III – Comunicação nas Situações Diárias

<b>A. O quanto é difícil para você se comunicar durante estas situações gerais?</b>	Nenhuma Dificuldade	Não muito difícil	Um pouco difícil	Muito difícil	Extremamente e difícil
1. Conversar com outras pessoas "cara a cara"	1	2	3	4	5
2. Conversar quando está sob pressão pelo pouco tempo	1	2	3	4	5
3. Conversar frente a um pequeno grupo de pessoas	1	2	3	4	5
4. Conversar frente a um grande grupo de pessoas	1	2	3	4	5
5. Conversar com pessoas que você conhece bem (por exemplo, os amigos)	1	2	3	4	5
6. Conversar com pessoas que você não conhece bem (por exemplo, estranhos)	1	2	3	4	5
7. Falar ao telefone no geral	1	2	3	4	5
8. Iniciar conversações com outras pessoas (por exemplo, apresentando-se)	1	2	3	4	5
9. Continuar a falar independentemente de como o ouvinte responde a você	1	2	3	4	5
10. Argumentação (por exemplo, defendendo sua opinião, retomando a fala de alguém a sua frente que lhe cortou)	1	2	3	4	5

<b>B. O quanto é difícil para você se comunicar durante estas situações no trabalho?</b>	Nenhuma Dificuldade	Não muito difícil	Um pouco difícil	Muito difícil	Extremamente difícil
1. Usando o telefone no trabalho	1	2	3	4	5
2. Realizando uma apresentação oral ou falando em frente a outras pessoas no trabalho	1	2	3	4	5
3. Falando com colaboradores ou outras pessoas que trabalham com você (por exemplo, participando de um congresso)	1	2	3	4	5
4. Falando com compradores ou clientes	1	2	3	4	5
5. Falando com o seu supervisor ou chefe	1	2	3	4	5

<b>C. O quanto é difícil para você se comunicar durante estas situações sociais?</b>	Nenhuma Dificuldade	Não muito difícil	Um pouco difícil	Muito difícil	Extremamente difícil
1. Participação em eventos sociais (por exemplo, fazendo um pequeno discurso em festas)	1	2	3	4	5
2. Contando histórias ou piadas	1	2	3	4	5
3. Solicitando informações (por exemplo, perguntando a direção ou a opinião de outras pessoas)	1	2	3	4	5
4. Fazendo o pedido em um restaurante	1	2	3	4	5
5. Fazendo o pedido em um drive-thru	1	2	3	4	5

<b>D. O quanto é difícil para você se comunicar durante estas situações em casa?</b>	Nenhuma Dificuldade	Não muito difícil	Um pouco difícil	Muito difícil	Extremamente difícil
1. Usando o telefone em casa	1	2	3	4	5
2. Conversando com o esposo(a) / outra pessoa importante	1	2	3	4	5
3. Conversando com os seus filhos	1	2	3	4	5
4. Conversando com outros membros da sua família	1	2	3	4	5
5. Tomando parte nas discussões em família	1	2	3	4	5

### Parte IV – Qualidade de Vida

<b>A. De forma geral, o quanto a sua qualidade de vida é afetada negativamente por / pela(s)...?</b>	Nada	Muito pouco	Pouco	Muito	Completamente
1. Sua gagueira	1	2	3	4	5
2. Suas reações frente à gagueira	1	2	3	4	5
3. Reação das outras pessoas frente a sua gagueira	1	2	3	4	5

<b>B. De forma geral, o quanto a sua gagueira interfere na sua satisfação em se comunicar...?</b>	Nada	Muito pouco	Pouco	Muito	Completamente
1. No geral	1	2	3	4	5
2. No trabalho	1	2	3	4	5
3. Nas situações sociais	1	2	3	4	5
4. Em casa	1	2	3	4	5

<b>C. De forma geral, o quanto a sua gagueira interfere no seu...?</b>	Nada	Muito pouco	Pouco	Muito	Completamente
1. Relacionamento com a família	1	2	3	4	5
2. Relacionamento com os amigos	1	2	3	4	5
3. Relacionamento com outras pessoas	1	2	3	4	5
4. Relacionamentos íntimos	1	2	3	4	5
5. Habilidade de viver em sociedade	1	2	3	4	5

<b>D. De forma geral, o quanto a gagueira interfere com a sua...?</b>	Nada	Muito pouco	Pouco	Muito	Completamente
1. Habilidade de executar seu trabalho	1	2	3	4	5
2. Satisfação com o seu trabalho	1	2	3	4	5
3. Capacidade de progredir na sua carreira	1	2	3	4	5
4. Oportunidades educacionais	1	2	3	4	5
5. Habilidade de ganhar tanto quanto sente que poderia	1	2	3	4	5

<b>E. De forma geral, o quanto a gagueira interfere no(a)...?</b>	Nada	Muito pouco	Pouco	Muito	Completamente
1. Seu senso de valor próprio ou auto-estima	1	2	3	4	5
2. Sua percepção global da vida	1	2	3	4	5
3. Sua confiança em si próprio	1	2	3	4	5
4. Seu entusiasmo pela vida	1	2	3	4	5
5. Sua saúde geral e bem estar físico	1	2	3	4	5
6. Seu vigor geral ou nível de energia	1	2	3	4	5
7. Seu senso de direção e controle da sua vida	1	2	3	4	5
8. Seu bem estar espiritual	1	2	3	4	5

## Avaliação Global da Experiência do Falante em Gaguejar (OASES-A)

### Resumo dos Escores

*Instruções para os Clínicos.* Calcule os **Escore de Impacto** para cada uma das 4 partes do OASES-S primeiro somando o número de pontos em cada parte (a) e depois pela contagem do número de itens completados em cada parte (b). Divida o número total de pontos (a) pelo número de itens (b) para obter o escore de impacto. Os escores de impacto variarão de 1.0 à 5.0. Determine os **Graus de Impacto** de cada parte baseado nos escores de impacto da tabela no final da página. Se houver alguma dúvida, entre em contato com J. Scott Yaruss, PhD, pelo site jsyaruss@pitt.edu.

Nome: \_\_\_\_\_

Copyright © 2004 J. Scott Yaruss, PhD & Robert W. Quesal, PhD All Rights Reserved

**M F**    Data :    //

Idade :    Sexo :

<b>Parte I: Informações Gerais</b> (Total de 20 Itens)			
Pontos da Parte I: _	Itens Completados na Parte I:		
<b>Escore de Impacto da Parte I:</b>		<b>Grau de Impacto:</b>	
<b>Parte II: Suas Reações à Gagueira</b> (Total de 30 Itens)			
Pontos da Parte II:	Itens Completados na Parte II:	_	
<b>Escore de Impacto da Parte II:</b>		<b>Grau de Impacto:</b>	_____
<b>Parte III: Comunicação nas Situações Diárias</b> (Total de 25 Itens)			
Pontos da Parte III:	Itens Completados na Parte III:		
<b>Escore de Impacto da Parte III:</b> _		<b>Grau de Impacto:</b>	_____
<b>Parte IV: Qualidade de Vida</b> (Total de 25 Itens)			
Pontos da Parte IV:	Itens Completados na Parte IV:		
<b>Escore de Impacto da Parte IV:</b>		<b>Grau de Impacto:</b>	
<b>ESCORE DE IMPACTO TOTAL</b> (Total de <b>100</b> Itens)			
Total de Pontos:            _	Total de Itens Completados:	_	
<b>Escore de Impacto :</b>	_____	<b>Grau de Impacto:</b>	

Graus de impacto	Escore de impacto
Leve	1.00 – 1.49
Leve a Moderado	1.50 – 2.24
Moderado	2.25 - 2.99
Moderado a Severo	3.00 – 3.74
Severo	3.75 – 5.00

## APÊNDICE 11

### SSI – 3 INSTRUMENTO DE SEVERIDADE DA GAGUEIRA

(adaptado de Stuttering Severity Instrument, Riley, 1994)

TAREFA DE FALA (a partir dos dados do protocolo de avaliação da fluência)

Nome: \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Porcentagem de disfluências gagas: \_\_\_\_\_

escore

Porcentagem disfluencia gaga	Score SSI
1	4
2	6
3	8
4-5	10
6-7	12
8-11	14
12-21	16
22 ou mais	18

### DURAÇÃO DOS BLOQUEIOS

Media dos 3 bloqueios mais longos

Escore \_\_\_\_\_

2	Assistemáticos (5 milissegundos ou menos)
4	Meio segundo (5 – 9 milissegundos)
6-	1 segundo (1.0 – 1.9 milissegundos)
8	2 segundos (2.0 – 2.9 milissegundos)
10-	3 segundos (3.0 – 4.9 milissegundos)
12-	5 segundos (5.0 – 9.9 milissegundos)
14-	10 segundos (10.0 – 29.9 milissegundos)
16-	30 segundos (30.0 – 59.9 milissegundos)
18	- 1 minuto (60 segundos ou mais)

### CONCOMITANTES FÍSICOS

#### Escala de Avaliação

0 = nenhum;

1 = não notado a menos que se procure por ele

2 = pouco notado para o observador casual

3 = distrativo, chama a atenção;

4 = muito distrativo

5 = aparência grave e dolorosa

### SONS DISPERSIVOS

Respiração ruidosa, ruído de assobio ou de fungada, sopro e sons de estalo

0 1 2 3 4 5

**MOVIMENTOS FACIAIS**

Movimentos incoordenados de mandíbula, protrusão de língua, pressionar os lábios, tensão na musculatura da mandíbula

0 1 2 3 4 5

**MOVIMENTOS FACIAIS**

Movimentos incoordenados de mandíbula, protrusão de língua, pressionar os lábios, tensão na musculatura da mandíbula

0 1 2 3 4 5

**MOVIMENTOS DECABEÇA**

Movimentos de cabeça para trás, para frente, pobre contato ocular, olhar para os lados 0 1 2 3 4 5

**MOVIMENTOS DAS EXTREMIDADES**

Movimentos de braços e mãos, mãos levadas ao rosto, movimentos de tronco, das pernas, bater ou esfregar os pés no chão

0 1 2 3 4 5

Score: ..... ESCORE TOTAL

Frequência: ..... + Duração:..... + Concomitante físicos: ..... = .....

Severidade: .....

**Equivalentes de severidade e percentil do SSI-3**

<b>Pontuação geral total</b>	<b>Percentil</b>	<b>Severidade</b>
10-12	1-4	Muito Leve
13-17	5-11	Muito leve a leve
18-20	12-23	Leve
21-24	24-40	Leve a moderada
25-27	41-60	Moderada
28-31	61-77	Moderada a severa
32-34	78-88	Severa
35-36	89-95	Severa a muito severa
37-46	96-99	Muito severa