



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VÁRZEA GRANDE – UNIVAG
CURSO DE FONOAUDIOLOGIA**

**ELIANE GOMES FERNNANDES DE OLIVEIRA
JANEIDE RAMOS DIAS DE CAMPOS**

**PERFIL DOS FATORES DE RISCO PARA A CRONICIDADE DA GAGUEIRA DO
DESENVOLVIMENTO DO AMBULATÓRIO DE FLUÊNCIA DE UMA INSTITUIÇÃO
PRIVADA – MT**

**Várzea Grande
2017**

**ELIANE GOMES FERNANDES DE OLIVEIRA
JANEIDE RAMOS DIAS DE CAMPOS**

**PERFIL DOS FATORES DE RISCO PARA A CRONICIDADE DA GAGUEIRA DO
DESENVOLVIMENTO DO AMBULATÓRIO DE FLUÊNCIA DE UMA INSTITUIÇÃO
PRIVADA – MT**

Trabalho apresentado ao Curso de Graduação em Fonoaudiologia do Centro Universitário de Várzea Grande, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Fonoaudiologia.

Orientador (a): Profa. Esp. Priscila Biaggi Alves de Alencar

**Várzea Grande
2017**

RESUMO

Introdução: A gagueira do desenvolvimento tem seu início na infância, durante a fase de aquisição e desenvolvimento da linguagem. Compreender os fatores de risco complementa o diagnóstico fonoaudiológico precoce, possibilita a intervenção adequada ao identificar as crianças que apresentam maior risco para a cronificação da gagueira. Conhecer os fatores de risco para a gagueira do desenvolvimento possibilitará que profissionais que acompanham a criança na primeira infância a realização das orientações e encaminhamentos necessários aos pais e responsáveis a fim de minimizar os prejuízos acarretados por essa desordem. **Objetivo:** Investigar quais dentre os fatores de riscos estão mais relacionados à cronicidade do distúrbio da fluência em crianças. **Métodos:** Foram coletadas as informações de 25 prontuários dos pacientes atendidos no período de 2014 a 2016. Foi analisado o Protocolo de Risco para a Gagueira do Desenvolvimento (PRGD) aplicado em todos os pacientes do ambulatório de gagueira de uma instituição privada. **Resultados:** O sexo masculino (64%) foi predominante na amostra. O tempo, a tipologia e o tipo de surgimento das disfluências foram os fatores de risco mais prevalentes para o alto risco do desenvolvimento da gagueira. Apresentaram significância estatística para a cronificação do distúrbio os fatores de riscos tipo de surgimento da disfluência, os fatores qualitativos associados e reação da criança. **Conclusão:** O perfil populacional com maior risco para a gagueira do desenvolvimento, é composto por crianças do gênero masculino que apresentam os fatores de risco tempo de surgimento, fatores qualitativos associados e reação da criança caracterizando-os como os fatores mais relacionados à cronicidade do distúrbio.

Palavras-chave: Fonoaudiologia. Gagueira do desenvolvimento. Fatores de risco.

SUMÁRIO

| | |
|--------------------------------|----|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 5 |
| 2 OBJETIVOS..... | 8 |
| 2.1 Objetivo geral..... | 8 |
| 2.2 Objetivos específicos..... | 8 |
| 3 METODOLOGIA..... | 9 |
| 4 RESULTADOS..... | 11 |
| 5 DISCUSSÃO..... | 14 |
| 6 CONCLUSÃO..... | 18 |
| REFERÊNCIAS..... | 19 |
| APÊNDICE..... | 21 |

1 INTRODUÇÃO

A gagueira é descrita como uma condição crônica de aspecto multidimensional que se caracteriza predominantemente por interrupções involuntárias na fala fluente do indivíduo. Nessa desordem da fluência o problema consiste em uma dificuldade do cérebro para sinalizar o término de um som e passar para o próximo, ou seja, a pessoa consegue iniciar a palavra, mas fica presa em algum som ou sílaba até que o cérebro consiga gerar o comando necessário para dar prosseguimento ao restante da emissão (ANDRADE, 2004).

Segundo fontes do IBGE, a população brasileira está estimada em aproximadamente 207 milhões de pessoas. Nesse contexto, a incidência da gagueira é de 5%, o que representa cerca de 10 milhões de brasileiros com gagueira, sendo sua prevalência estimada em 1% da população, ou seja, cerca de 1 milhão de brasileiros gaguejam de forma crônica (IBGE, 2017).

Dentre as possibilidades de ocorrência da gagueira, podemos citar a gagueira neurogênica, psicogênica e do desenvolvimento, sendo esta última, objeto desse estudo (ANDRADE, 2003). Dessa forma, a gagueira do desenvolvimento ou desenvolvimental tem seu início na infância, podendo surgir até os 12 anos de idade. Caracteriza-se como uma disfunção do sistema nervoso central, com base genética e/ou alterações com bases etiológicas nos aspectos, neurofuncionais, motores ou linguísticos. É comum a descrição na literatura da possibilidade de impacto psicológico e mau ajustamento social, decorrentes de fatores pessoais e ambientais ainda estudados pela comunidade científica (ANDRADE, 2004; OLIVEIRA, 2013).

Devido ao complexo processo de aquisição e desenvolvimento da linguagem durante a infância, não é incomum que as crianças apresentem períodos de disfluências que poderão instabilizar o discurso até que a criança adquirira maior domínio dos aspectos linguístico-fonológico e morfossintático-semântico-pragmático (ANDRADE, 2014).

Nesse contexto o diagnóstico diferencial entre disfluências comuns (aquelas esperadas durante o processo de maturação dos aspectos da linguagem) e a gagueira do desenvolvimento se dará, dentre os fatores diagnósticos, principalmente pela

porcentagem de disfluências gagas ou também denominadas típicas da gagueira (ANDRADE, 2004; OLIVEIRA; CUNHA; SANTOS, 2012).

Crianças que apresentam sinais de gagueira desenvolvem no período de aquisição e desenvolvimento da linguagem uma anormalidade estrutural de caráter apenas provisório, uma vez que futuramente se tornarão indivíduos fluentes. Quando surgem nesse período, as disfluências tendem a desaparecer cerca de seis meses depois do seu surgimento em 80% das crianças que apresentam esse quadro, porém em 20% essa disfluências evoluem para um quadro crônico necessitando de intervenção fonoaudiológica (OLIVEIRA, 2013).

Dentre os fatores de risco para a gagueira desenvolvimental descritos na literatura, podemos citar a idade; o sexo; o tempo de duração das disfluências; a tipologia das rupturas; morbidade pré, peri e pós natal; os déficits de comunicação associados; estresses emocionais; o histórico familiar positivo para gagueira; e reação da criança, da família e da sociedade frente ao problema decorrente do distúrbio da fala (ANDRADE, 2004; OLIVEIRA et al, 2011).

O Protocolo de Risco para a Gagueira do Desenvolvimento (PRGD) proposto por Andrade (2006) considera os fatores de risco descritos acima apresentando uma pontuação específica de acordo com a relevância de cada um. Seu objetivo é obter um perfil dos fatores e grau de risco para a gagueira do desenvolvimento sendo de extrema relevância na área da fluência, uma vez que auxilia no processo diagnóstico precoce da gagueira infantil (ANDRADE, 2006; OLIVEIRA et al., 2012).

Dessa forma é necessário ressaltar que a compreensão dos fatores de risco é extremamente importante no complemento do diagnóstico precoce fonoaudiológico, além de possibilitar uma intervenção mais eficiente às crianças que gaguejam, uma vez que, conforme proposto pelo PRGD, podemos identificar as crianças que apresentam maior risco para a cronificação da gagueira. (OLIVEIRA et al., 2012; OLIVEIRA, CUNHA, SANTOS, 2013).

Nesse contexto, conhecer os fatores de risco para a gagueira do desenvolvimento é de extrema importância, uma vez que possibilitará que os profissionais que acompanham a criança na primeira infância poderão realizar as

orientações e encaminhamentos necessários aos pais e responsáveis a fim de minimizar os prejuízos acarretados por essa desordem.

Considerando a importância do entendimento dos fatores de risco para a gagueira desenvolvimental, o objetivo deste trabalho é investigar quais dentre os fatores de riscos estão mais relacionados à cronicidade do distúrbio da fluência em crianças com alto risco para a gagueira do desenvolvimento provenientes do ambulatório de fluência de uma instituição privada, possibilitando assim, auxiliar tanto o fonoaudiólogo quanto às outras áreas da saúde que compõe a clínica escola quanto à conduta, no que diz respeito às orientações necessárias e intervenção precoce.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Investigar quais dentre os fatores de riscos estão mais relacionados à cronicidade do distúrbio da fluência em crianças de 2 a 11 anos e 11 meses.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar a prevalência dos fatores de risco para a gagueira;
- Analisar o tipo de surgimento, tempo de surgimento e tipologia das disfluências mais associadas aos casos de gagueira crônica;
- Relacionar fatores de risco como histórico familiar, atitude familiar e fatores qualitativos e comunicativos associados ao risco de cronicidade da gagueira.

3 METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo descritivo retrospectivo, que foi realizado na clínica escola do curso de fonoaudiologia de um centro universitário em Várzea Grande – MT.

Foram analisados prontuários de pacientes que estavam em fonoterapia ou que passaram por intervenção fonoaudiológica para tratamento de gagueira no período de 2014 a 2016. Para tal, foi analisado o Protocolo de Risco para a Gagueira do Desenvolvimento (PRGD) proposto por Andrade (2006) que é aplicado em todos os pacientes de até 11 anos e 11 meses do ambulatório de gagueira e ficam anexos aos prontuários.

O projeto de pesquisa foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG) – MT. Solicitou-se a dispensa da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), uma vez que a coleta foi realizada por meio dos dados contidos nos prontuários.

Foram incluídos no estudo prontuários de crianças na faixa etária entre 2 anos e 11 anos e 11 meses que estavam em fonoterapia ou que passaram por intervenção fonoaudiológica no período descrito anteriormente e que atenderam ao critério diagnóstico de gagueira do desenvolvimento com a presença de 3% de disfluências típicas da gagueira.

Foram excluídos do estudo pacientes com idade igual ou superior a 12 anos, crianças que não atenderam ao critério diagnóstico de 3% de disfluências gagas, ou que apresentaram dados incompletos no prontuário, assim como aquelas que apresentaram diagnóstico de gagueira neurogênica ou psicogênica. Também foram excluídos os prontuários de indivíduos que apresentaram qualquer distúrbio neurológico genético e/ou outras comorbidades que poderiam gerar erros no diagnóstico fonoaudiológico. Os prontuários que não tiveram o termo de Consentimento Informado assinados pelos responsáveis e/ou pacientes foram descartados.

As variáveis deste estudo foram coletadas, tabuladas e processadas pelo *Excel for Windows*® para análise estatística descritiva. Dessa forma os dados foram apresentados mediante distribuição de frequência absoluta e relativa por meio de gráficos e tabelas. Para a caracterização dos fatores de risco das crianças com gagueira do desenvolvimento foram realizadas a frequência absoluta e relativa dos

dados. A comparação da média dos graus de risco para a gagueira do desenvolvimento foi averiguada por meio do teste estatístico Anova. E por meio da análise bivariada, foi adotado o teste estatístico Qui-quadrado de Mantel-Haenszel adotando-se $p\text{-valor} < 0,05$.

4 RESULTADOS

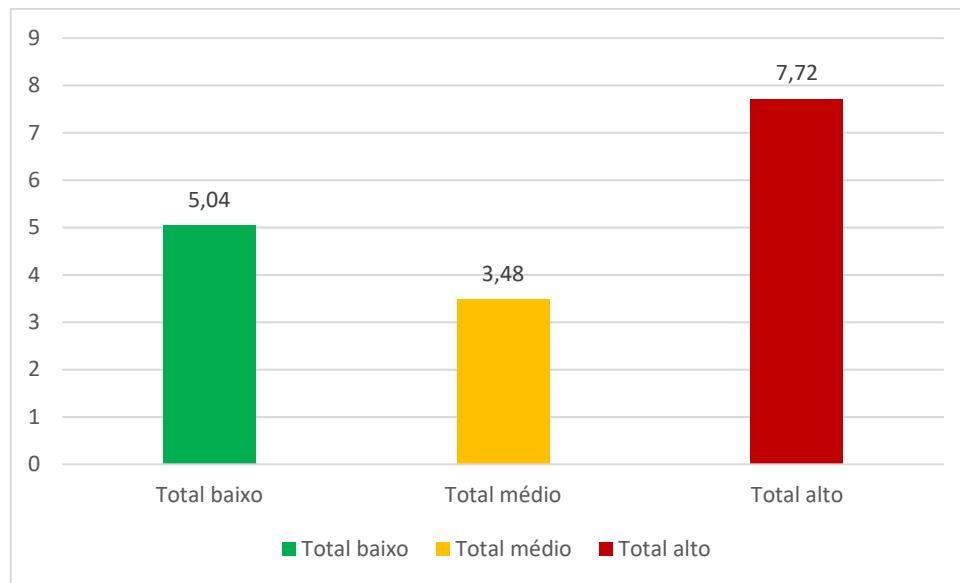
Os resultados obtidos no presente estudo foram constituídos após a análise do Protocolo de Risco para a Gagueira do Desenvolvimento (PRGD) anexos aos prontuários dos pacientes atendidos no ambulatório de fluência uma instituição privada.

Na tabela 1 podemos observar a caracterização da amostra. Esta foi composta por 25 indivíduos, sendo 16 indivíduos do sexo masculino (64%) e 9 do sexo feminino (36%), com média de idade de 6,64 anos (DP 2,5). O tempo, a tipologia, o tipo de surgimento das disfluências e os fatores qualitativos associados foram os fatores de risco mais prevalentes para o alto risco do desenvolvimento da gagueira (presentes em mais de 50% das crianças).

Tabela 1 – Caracterização dos fatores de risco das crianças com gagueira do desenvolvimento.

| Fatores de Risco | Baixo Risco | | Risco | | Alto Risco | |
|---|-------------|----|-------|----|------------|-----------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Idade | 3 | 12 | 10 | 40 | 12 | 48 |
| Sexo | 3 | 12 | 10 | 40 | 12 | 48 |
| Tipologia da disfluências | 1 | 4 | 4 | 16 | 20 | 80 |
| Tempo de surgimento da disfluência | 1 | 4 | 3 | 12 | 21 | 84 |
| Tipo de surgimento | 6 | 24 | 3 | 12 | 16 | 64 |
| Fatores comunicativos associados | 9 | 36 | 4 | 16 | 12 | 48 |
| Fatores qualitativos associados | 6 | 24 | 6 | 24 | 13 | 52 |
| Estressante (s) associado (s) | 15 | 60 | 2 | 8 | 8 | 32 |
| Histórico mórbido pré, peri e pós-natal | 16 | 64 | 2 | 8 | 7 | 28 |
| Histórico familiar | 6 | 24 | 10 | 40 | 9 | 36 |
| Reação familiar | 12 | 48 | 10 | 40 | 3 | 12 |
| Atitude familiar | 8 | 32 | 6 | 24 | 11 | 44 |
| Reação da criança | 3 | 12 | 10 | 40 | 12 | 48 |
| Reação social | 13 | 52 | 5 | 20 | 7 | 28 |
| Orientação profissional anterior | 16 | 64 | 0 | 0 | 9 | 36 |

No Gráfico 1 podemos observar que o alto risco se constituiu na maior Média dos graus de risco para a Gagueira do Desenvolvimento precedido do baixo risco para a gagueira do desenvolvimento.

Gráfico 1 – Média dos graus de risco para a Gagueira do Desenvolvimento.

Teste estatístico: Anova para comparação das médias; Resultado: Foi obtida uma diferença significativa entre o alto e o baixo risco (p -valor $< 0,001$), e entre o alto e o médio risco (p -valor $< 0,001$).

A análise dos fatores de riscos associados a cronicidade da gagueira do desenvolvimento está descrita na Tabela 2. Apresentaram significância estatística para a cronicidade do distúrbio o tempo de surgimento da disfluência, os fatores qualitativos associados e a reação da criança.

Tabela 2. Análise dos fatores de riscos associados a cronicidade da gagueira do desenvolvimento.

| Variáveis | n/N | Prevalência (%) | RP | (IC 95%) | p-valor |
|---|-------|-----------------|------|---------------|--------------|
| Idade | | | | | |
| < 7 anos | 8/13 | 61,54 | | 1,00 | |
| > 7 anos | 11/12 | 91,67 | 1,48 | (0,93 – 2,36) | 2,981 |
| Sexo | | | | | |
| Feminino | 5/6 | 83,33 | | 1,00 | |
| Masculino | 14/19 | 73,68 | 0,88 | (0,56 – 1,38) | 0,223 |
| Tipologia da disfluências | | | | | |
| + disfluências comuns | 5/5 | 100 | | 1,00 | |
| + disfluências gagas | 14/20 | 70,00 | 0,70 | (0,52 – 0,93) | 1,894 |
| Tempo de surgimento da disfluência | | | | | |
| > 12 meses | 3/4 | 75,00 | | | |
| < 12 meses | 16/21 | 76,19 | 1,01 | (0,54 – 1,8) | 0,002 |

| Variáveis | n/N | Prevalência (%) | RP | (IC 95%) | p-valor |
|--|-------|-----------------|------|---------------|--------------|
| Tipo de surgimento | | | | | |
| Não persistente | 5/9 | 55,56 | | | |
| Persistente | 14/16 | 87,50 | 1,57 | (0,85 – 2,90) | 3,093 |
| Fatores comunicativos associados | | | | | |
| 1 característica ou menos | 7/13 | 53,85 | | | |
| + de uma característica | 12/12 | 100% | 1,85 | (1,12 – 3,07) | 6,996 |
| Fatores qualitativos associados | | | | | |
| 1 característica ou menos | 9/12 | 75,00 | | | |
| + de uma característica | 10/13 | 76,92 | 1,02 | (0,65 – 1,59) | 0,012 |
| Pontuação de componente (s) estressante (s) associado (s) | | | | | |
| Baixo estresse | 13/18 | 72,22 | | | |
| Alto estresse | 6/7 | 85,71 | 1,18 | (0,78 – 1,80) | 0,482 |
| Histórico mórbido pré, peri e pós-natal | | | | | |
| + de uma característica com sequelas | 6/7 | 28 | 1,18 | (0,78 – 1,80) | 0,48 |
| 1 característica ou menos sem sequelas | | | | | |
| Histórico familiar | | | | | |
| Familiar distante | 11/16 | 68,75 | | | |
| Familiar de 1º grau | 8/9 | 88,89 | 1,29 | (0,86 – 1,93) | 1,229 |
| Reação familiar | | | | | |
| Reação adequada | 16/22 | 72,73 | | | |
| Reação exagerada ao problema | 3/3 | 100,00 | 1,37 | (1,06 – 1,77) | 1,033 |
| Atitude familiar | | | | | |
| 1 atitude inadequada ou nenhuma | 9/14 | 64,29 | | | |
| + de uma atitude inadequada | 10/11 | 90,91 | 1,41 | (0,91 – 2,18) | 2,298 |
| Reação da criança | | | | | |
| 1 atitude inadequada ou nenhuma | 10/13 | 76,92 | | | |
| + de uma atitude inadequada | 9/12 | 75,00 | 0,97 | (0,62 – 1,51) | 0,012 |
| Reação social | | | | | |
| Reação adequada | 13/18 | 72,22 | | | |
| Reação inadequada | 6/7 | 85,71 | 1,18 | (0,78 – 1,80) | 0,487 |
| Orientação profissional anterior | | | | | |
| Orientação adequada | 10/16 | 62,50 | | | |
| Orientação inadequada | 9/9 | 100,00 | 1,60 | (1,09 – 2,33) | 4,263 |

Teste estatístico: Qui-quadrado de Mantel-Haenszel. RP = razão de prevalência; IC = intervalo de confiança.

5 DISCUSSÃO

As pesquisas sobre os fatores de risco para a gagueira do desenvolvimento buscam caracterizar os achados clínicos apresentados pelas crianças com diagnóstico de gagueira ou ainda comparar esses achados entre os seus subtipos, gagueira familiar e isolada. Entretanto, são poucas as investigações que se dedicam a analisar quais dentre os fatores de risco podem estar mais relacionados à cronificação desse distúrbio da fluência da fala.

Na presente pesquisa foi verificado que o gênero predominante foi o gênero masculino (64% dos indivíduos) concordando com estudos prévios relacionados ao perfil e a demanda de usuários de diversos serviços de saúde de fonoaudiologia (DINIZ; BORDIN, 2011; GONÇALVES et al., 2000; POLTRONIERI et al., 2011) sugerindo que, ainda que não haja estudo comprovando a relação entre alterações fonoaudiológicas e sua predominância no sexo masculino, esses resultados corroboram com outros achados que relatam que estas alterações podem advir da diferença de maturação cerebral entre meninos (mais lenta) quando comparado a meninas (FREIRE, 1992; GOULART; CHIARI, 2007; MORALES; MOTA; KESKE-SOARES, 2002). Outro aspecto relevante amplamente destacado na literatura é a relação de três sujeitos masculinos para um sujeito feminino (SIMON, 2005), dado este coerente com os achados dessa pesquisa, em que a maior prevalência do distúrbio ocorreu no gênero masculino.

No que diz respeito à caracterização dos fatores de risco da população estudada (Tabela 1), 80% dos indivíduos do estudo apresentaram alto risco para o item tipologia das disfluências corroborando com os achados da literatura que relata que as tipologias típicas da gagueira ou tipologias gagas (repetições de palavras monossilábica, repetições de sílaba ou parte da palavra, repetições de sons, prolongamentos, bloqueios, pausas e intrusões) são mais comumente encontrados neste diagnóstico (OLIVEIRA; CUNHA; SANTOS, 2013; OLIVEIRA et al., 2012)

Foram apresentados ainda por mais de 50% dos indivíduos desse estudo, alto risco para o desenvolvimento da gagueira, os fatores relacionados ao tempo de surgimento da disfluência (84%), tipo de surgimento (64%) e presença de fatores qualitativos associados (52%).

Sabe-se que o risco de cronificação do distúrbio aumenta quando as disfluências ocorrem associadas a fatores comunicativos e qualitativos associados e

quando estas duram mais de 12 meses (OLIVEIRA et al., 2012) Nos casos em que há recuperação espontânea da gagueira, essa remissão ocorre principalmente nos primeiros anos de vida, ou então, até seis meses após o surgimento das disfluências (OLIVEIRA et al., 2011) Conseqüentemente, quanto maior o tempo de duração das disfluências, menor será a possibilidade de ocorrer a recuperação espontânea da gagueira, reforçando os achados desse estudo que além de ser mais prevalente, apontam esse fator de risco como significativo para a cronificação do distúrbio (LÓPEZ, 2009).

A forma persistente do distúrbio também foi tipo de surgimento prevalente por indivíduos de outros estudos que referem que este aspecto é típico da gagueira desenvolvimental independente se sua origem é de base genética ou não, sendo o mais comumente encontrado nos diagnósticos de gagueira infantil. (OLIVEIRA et al., 2011). Podemos ainda hipotetizar acerca do perfil populacional estudado que a demora pela busca ao atendimento, ou ainda, o desconhecimento acerca da gagueira ou de serviços que forneçam assistência especializada na área, implica em atendimentos tardios contribuindo para a cronificação do distúrbio em sua forma persistente.

No que se refere aos fatores qualitativos a presença de tensões musculares associadas às disfluências típicas da gagueira em alguns estudos pode ser descrita como uma manifestação exclusiva em indivíduos com o distúrbio de fala (SILVA; FERREIRA, 2008). Em outro estudo realizado com indivíduos gagos e fluentes que buscou relacionar como funciona o trabalho muscular nas atividades de fala e não fala, em indivíduos gagos, o mecanismo de ativação muscular difere de indivíduos fluentes, onde os fluentes aparentemente tem uma prontidão do sistema motor para a fala, os gagos apresentam uma desorganização entre esses mecanismos de ajuste muscular. Em um estudo que teve por objetivo analisar os fatores de risco em crianças com gagueira isolada, 86% das crianças apresentaram fatores qualitativos como incoordenação pneumofonoarticulatória, tensão muscular e taxa de elocução aumentada (OLIVEIRA et al., 2012; MERÇON; NEMR, 2007). Esse achado remete aos dados encontrados em nossa pesquisa podendo uma vez que a desorganização entre esses processamentos cerebrais e motores relacionados na atividade da fala, principalmente ao iniciar a emissão, ocasionam as disfluências impossibilitando um discurso fluente e indicando um fator significativo para a cronificação do distúrbio (ANDRADE et al., 2008).

Sobre a comparação da média dos graus de riscos (Gráfico 1) observou-se que o alto risco se constituiu na maior média de risco para a gagueira do desenvolvimento na população estudada. Este dado corrobora com os achados da literatura quanto à sua distribuição em que a maior parte das crianças atendidas em outras pesquisas também apresentaram alto risco para o desenvolvimento da gagueira (ANDRADE, 2006). Neste estudo, a maior prevalência do alto risco parece estar relacionada principalmente à tipologia das disfluências (predominantemente gags) conforme discutido anteriormente. Na literatura, é amplamente reconhecido como critério diagnóstico do distúrbio da fluência, neste caso, da gagueira infantil, o percentual acima de 3% de disfluências gags (ZACKIEWICZ; ANDRADE, 2000).

Já a segunda maior média, baixo risco, pode ser explicada pelo percentual expressivo do fator de orientação profissional recebido pelos familiares (demonstrados na tabela 1) nesta população, que consiste na orientação com informações claras sobre o distúrbio e na indicação apropriada a outros profissionais para o processo diagnóstico, diferindo dos achados da literatura (PICOLOTO; OLIVEIRA, 2016). Estes estudos apontam um percentual significativo de pediatras com conhecimentos superficiais acerca dos distúrbios da fluência, sendo relevante (88,57%) dos pediatras que acreditam na cura da gagueira, contradizendo a vasta literatura sobre o assunto (MACIEL; CELESTE; MARTINS-REIS, 2013).

Referente aos dados descritos na tabela 2, apresentaram significância estatística o tempo de surgimento da disfluência maior que 12 meses, os fatores qualitativos associados (presença de mais de uma característica) e a reação da criança (presença de mais de uma atitude inadequada). Tanto o tempo de surgimento da disfluência quanto os fatores qualitativos associados já foram discutidos anteriormente. Nesse contexto, discutiremos a seguir apenas os dados referente ao fator de risco denominado reação da criança.

HEALEY, TRAUTMAN, SUSCA, (2004) propuseram um modelo multidimensional centrado em cinco componentes fundamentais para a manutenção da gagueira: componentes cognitivos, afetivos, linguísticos, motores e sociais (CALMS). Dos cinco componentes, os aspectos relacionados a afetividade corroboram com os achados na população estudada, uma vez que estão diretamente relacionadas com sentimentos, emoções e atitudes que acompanham os indivíduos que gaguejam e nos aspectos de comunicação em geral.

O desenvolvimento emocional e o comportamento de crianças que gaguejam podem exacerbar ou manter o problema (KARRASS et al., 2006). Nesse sentido, os pensamentos, percepções, sentimentos e atitudes acabam por impactar diretamente a forma como a mensagem é formulada e produzida, assim como as habilidades comunicativas motoras, linguísticas e sociais terão impacto sobre os pensamentos, as percepções, os sentimentos e as atitudes em relação às experiências comunicativas de indivíduos que gaguejam, reforçando novamente os achados do presente estudo (HEALEY; TRAUTMAN; SUSCA, 2004).

Ainda sobre a reação da criança, segundo a literatura (ANDRADE, 2006) algumas crianças são tímidas, reservadas, tensas e ansiosas, e conforme descrito por Oliveira (2006), outras crianças demonstram um temperamento sensível e uma autoimagem negativa sobre sua fala, contribuindo para o surgimento e manutenção do distúrbio e dificultando sua recuperação.

Segundo Jakubovicz (2009), tanto crianças gagas como fluentes estão predispostas a apresentarem diversos sentimentos e atitudes em sua fala, apesar de não comprovado ainda uma associação direta entre as manifestações emocionais e a gagueira, uma vez que a gagueira não é decorrente de alterações na personalidade e de desordens familiares. Porém estes aspectos contribuem para o agravamento do distúrbio uma vez que a fala de crianças com gagueira pode ser acompanhada por reações negativas, situações de frustração e na maior parte dos casos baixo autoestima. Sendo assim é concordante dizer que a reação da criança é um fator de risco significativo para a cronificação do distúrbio.

6 CONCLUSÃO

Conforme os resultados obtidos neste estudo, o perfil populacional com maior risco para a gagueira do desenvolvimento, é aquele composto por crianças do gênero masculino que se encontram em desenvolvimento de fala, porém apresentam conforme o protocolo de risco, surgimento persistente, incoordenação pneumofonoarticulatória, tensão muscular, taxa de elocução aumentada e que apresentam reação e sentimentos negativos em relação à sua fala, caracterizando os fatores de risco denominados tempo de surgimento, fatores qualitativos associados e reação da criança os fatores mais relacionados à cronicidade do distúrbio da fluência em crianças.

Os dados deste estudo indicam que vários fatores juntos podem contribuir para a cronicidade da gagueira, dando ênfase quanto a natureza multidimensional do distúrbio. Dessa forma, sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas a fim de caracterizar em outras populações quais destes fatores considerados como de risco estão mais associados à sua cronificação e conseqüentemente propor uma nova versão do Protocolo de Risco para a Gagueira do Desenvolvimento, uma vez que alguns fatores parecem estar mais relacionados aos casos de gagueira crônica.

REFERÊNCIAS

ANDRADE C. R. F. **Gagueira**. In: Tratados das Especialidades em Fonoaudiologia. Org. MARCHESANI Q, SILVA H. J., TOMÉ M.C. Ed. Roca: São Paulo, cap. 80, 2014.

ANDRADE, C. R. F. *et al.* Atividades de fala e não-fala em gagueira: estudo preliminar. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, v. 20, n.1, jan/mar, 2008.

ANDRADE, Claudia Regina Furquin. **A gagueira e o processo da comunicação humana**. In: Limongi, S. C. O. Linguagem: Desenvolvimento normal, Alterações e distúrbios. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, p. 49-64, 2003.

ANDRADE, Claudia Regina Furquin. **Gagueira Infantil: Riscos, Diagnóstico e Programas Terapêuticos**. Ed. Pró-Fono: São Paulo, 2006.

ANDRADRE, Claudia Regina Furquin. **Abordagens Neurolinguística e Motora da Gagueira**. In: Tratado de Fonoaudiologia. Org. Ferreira L.P, Befi-Lopes P.M; Limonge S.C.O. Ed. Roca: São Paulo, p. 1001-1003, 2004.

DINIZ, R. D.; BORDIN, R. Demanda em Fonoaudiologia em um serviço público municipal da região Sul do Brasil. **Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**. v.16, n. 2 p. 126-3, 2011.

FREIRE, R. M. Fonoaudiologia em saúde pública. **Revista Saúde Pública**, v. 26, n. 3, p.179-84, 1992.

GONÇALVES, C.G.O. *et al.* Demanda dos Serviços de Fonoaudiologia no município de Piracicaba: estudo comparativo entre a clínica-escola e o atendimento na Prefeitura Municipal. **Revista Pró-Fono**, v. 12, n. 2 p. 61-6, 2000.

GOULART, B. N. G.; CHIARI, B. M. Prevalência de desordens de fala em escolares e fatores associados. **Revista Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p. 726-3, 2007.

HEALEY, E. C.; TRAUTMAN, L. S.; SUSCA, M. Clinical Applications of a Multidimensional Approach for the Assessment and Treatment of Stuttering. Contemporary Issues In: **Communication Science and Disorders**, v. 31, p. 40-48, primavera, 2004.

IBGE – Instituto Brasileiro de estatística. **Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros em 01.07.2017**. [online] Disponível na internet via WWW URL: ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2017/estimativa_dou_2017.pdf Arquivo consultado em 19 de outubro de 2017.

KARRASS, J. *et al.* Relation of emotional reactivity and regulation to childhood Stuttering. **Journal of Communication Disorder**, v. 39, n. 6, p. 402–423, 2006.

LÓPEZ, Maite Begoña G. Espasmofemia Diagnóstico Y Tratamiento. **Revista Medica Clínica Las Condes**, v. 20, n. 4, p. 486 – 490, 2009.

MACIEL, T. M.; CELESTE, L. C.; MARTINS-REIS, V. O. Gagueira infantil: subsídios para pediatras e profissionais de saúde. **Revista Médicas Minas Gerais**, v. 23, n. 3, p. 360-366, 2013.

MORALES, M. V.; MOTA, H. B.; KESKE-SOARES, M. Consciência fonológica: desempenho de crianças com e sem desvios fonológicos evolutivos. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, v 14, n. 2, p.153-64, 2002.

OLIVEIRA C. M. C. et al. Fatores de risco na Gagueira desenvolvimental familiar isolada. **Revista CEFAC**: Marília, v.13, n. 2, p. 205-213, Mar/Abr, 2011.

OLIVEIRA C. M. C. et. al. Análise dos fatores de riscos para gagueira em crianças disfluentes sem recorrência familiar. **Revista CEFAC**, v.14, n. 6, p.1028-1035, Nov/Dez, 2012.

OLIVEIRA, Alline Bandeira. **Gagueira na Infância: Nível De Risco X Auto-Imagem de Falante**. 2006. 63 f. Monografia (Graduação em Fonoaudiologia) – Colegiado de Fonoaudiologia, Universidade do Estado da Bahia, Salvador, 2006.

OLIVEIRA, Breila Vilela de et al. Gagueira desenvolvimental persistente familiar: perspectivas genéticas. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 17, n. 4, p. 489-494, 2012.

OLIVEIRA, C. M. C; CUNHA D; SANTOS A. C. Fatores de Risco para Gagueira em crianças disfluentes com recorrência familiar. **Revista Audiology Communication Research**, v.18, n.1, p. 43-9, 2013.

OLIVEIRA, Breila Vilela de. **Análise de variações biológicas em indivíduos com gagueira desenvolvimental persistente familiar**, 2013. 48f. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, Botucatu, 2013.

PICOLOTO, L. A.; OLIVEIRA, C. M. C. Estudo das repetições de palavras em adultos com e sem gagueira. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 3-13, mar., 2016.

POLTRONIERI, S. *et l.* Perfil dos pacientes atendidos pelo setor de Fonoaudiologia em um centro de reabilitação – SUS. CONGRESSO SUL BRASILEIRO DE FONOAUDIOLOGIA, 4, 2011, Cascavel, **Anais...** Cascavel: *Sine loco*, 2011.

SILVA R.; OLIVEIRA, C. M. C.; CARDOSO, A. C. V. Aplicação dos testes de padrão temporal em crianças com gagueira desenvolvimental persistente. **Revista CEFAC**, v. 13, n. 5, p. 902-908, Set/Out, 2011.

SIMON, A.M. A gagueira da criança. In: CHEVRIE-MULLER, C; NARBONA, J. **A linguagem da criança: aspectos normais e patológicos**. 2 Ed. Porto Alegre: Artmed, cap. 20, p 360-381, 2005.

ZACKIEWICZ, D; ANDRADE, C.R.F. Seis parâmetros da fluência. **Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 7, p. 59-64, 2000.

APÊNDICE**SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO**

Solicito a dispensa da aplicação do Termo de consentimento livre e esclarecido do projeto de pesquisa intitulado, **O PERFIL DOS FATORES DE RISCO PARA A CRONICIDADE DA GAGUEIRA DO DESENVOLVIMENTO DO AMBULATÓRIO DE FLUÊNCIA DE UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA-MT** uma vez que este estudo se trata de uma pesquisa retrospectiva com uso de prontuários provenientes do ambulatório de Fluência do curso de Fonoaudiologia do Centro Universitário de Várzea Grande.

Atenciosamente,

A handwritten signature in cursive script that reads "Priscila Biaggi". To the right of the signature is a printed stamp containing the name "Priscila Biaggi", the profession "Fonoaudióloga", and the registration number "CRFa 6 - 8559".

Priscila Biaggi
Fonoaudióloga
CRFa 6 - 8559

Pesquisador (a) responsável

Priscila Biaggi Alves de Alencar

Várzea Grande, 24 de Agosto de 2017.