

Marília de Paula Giorgetti¹
 Cristiane Moço Canhetti de Oliveira²
 Célia Maria Giacheti²

Descritores

Fonoaudiologia
 Distúrbios da Fala
 Avaliação
 Gagueira
 Comportamento

Keywords

Speech, Language and Hearing Sciences
 Speech Disorders
 Evaluation
 Stuttering
 Behavior

Endereço para correspondência:

Célia Maria Giacheti
 Avenida Hygino Muzzi Filho, 737,
 Vila Universitária, Marília (SP), Brasil,
 CEP: 17525-000.
 E-mail: giacheti@uol.com.br

Recebido em: 12/12/2013

Aceito em: 03/09/2014

CoDAS 2015;27(1):44-50

Perfil comportamental e de competências sociais de indivíduos com gagueira

Behavioral and social competency profiles of stutterers

RESUMO

Objetivo: Investigar o perfil comportamental e de competências sociais de indivíduos com gagueira e comparar com indivíduos sem gagueira, a partir da opinião de seus pais; correlacionar o desempenho comportamental e de competência social com o grau de severidade da gagueira. **Métodos:** Participaram 64 indivíduos, de 6 a 18 anos de idade, de ambos os gêneros, divididos em dois grupos: grupo experimental (GE), composto por 32 indivíduos com gagueira desenvolvimental persistente, e grupo controle (GC), composto por 32 indivíduos fluentes. Os procedimentos utilizados foram: avaliação da fluência, instrumento de severidade da gagueira e o inventário comportamental *Child Behavior Checklist* (CBCL). **Resultados:** No perfil comportamental do GE, a média do escore total e a média dos problemas internalizantes foram classificadas como clínica. A comparação intergrupos mostrou diferença no perfil comportamental, no que se refere ao escore total e aos problemas internalizantes e externalizantes; e no perfil social, no que tange ao escore total e à escala de atividades. Não houve diferenças estatísticas nas escalas entre a gagueira leve, moderada e severa. **Conclusão:** Na opinião dos pais, os filhos com gagueira apresentam comportamento e competência social peculiar, com maior tendência a manifestar alterações nessa área, em comparação com os filhos fluentes. Medo, nervosismo/tensão, culpa, ansiedade, perfeccionismo e preocupação foram as alterações mais frequentes relacionadas ao comportamento, enquanto prejuízos no domínio social e nas situações comunicacionais rotineiras caracterizaram a competência social dos indivíduos com gagueira.

ABSTRACT

Purpose: To investigate the behavioral and social competency profiles of individuals who stutter and to compare them with persons who do not stutter, according to their parents; to correlate the behavioral and the social competence performances with the severity of stuttering. **Methods:** Sixty-four participants, aged 6 to 18 years, of both genders, were divided into two groups: the study group (SG), composed of 32 individuals with persistent developmental stuttering, and the control group (CG), composed of 32 fluent individuals. The procedures used were fluency assessment, stuttering severity instrument, and the Child Behavior Checklist inventory. **Results:** In the behavioral profile of the SG, the mean of the total score and that of the internalizing problems were classified as clinical. The comparison between the groups showed differences in the behavioral profile concerning the total score, and in the internalizing and externalizing problems; and in the social profile, concerning the total score and activity scale. There were no statistically significant differences in the scales among the mild, moderate, and severe stuttering. **Conclusion:** According to the information provided by parents, children who stutter showed peculiar behavior and social competence, with a higher tendency to manifest alterations in this area, in comparison to those who do not stutter. Fear, nervousness/tension, guilt, anxiety, perfectionism, and worry were the most frequent alterations in relation to the behavior, whereas damages in the social field and in the habitual communication situations characterized the social competence of persons who stutter.

Trabalho realizado no Laboratório de Estudos, Avaliação e Diagnóstico Fonoaudiológico e no Laboratório de Estudos da Fluência, Departamento de Fonoaudiologia, Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP – Marília (SP), Brasil.

(1) Curso de Fonoaudiologia, Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP – Marília (SP), Brasil.

(2) Departamento de Fonoaudiologia e Programa de Pós-Graduação em Fonoaudiologia, Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP – Marília (SP), Brasil.

Fonte de financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP.

Conflito de interesses: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

A gagueira é um distúrbio de comunicação com manifestações variadas, caracterizado, principalmente, por repetições involuntárias de sílabas, prolongamentos e bloqueios, assim como por reações fisiológicas, comportamentais e emocionais às rupturas da fala⁽¹⁾.

As principais atitudes e sentimentos das pessoas com gagueira em relação ao distúrbio são: negação, passividade, falta de esperança, culpa, timidez, vergonha e medo relacionado à fala, ansiedade, além de frustração e raiva⁽²⁾.

Reações adversas emocionais nas situações comunicacionais rotineiras⁽³⁾, como prejuízos físicos, psicológicos, sociais e vocacionais⁽⁴⁾, foram relatadas por indivíduos que gaguejam. Pais de crianças com gagueira descreveram que os filhos frequentemente apresentam alterações comportamentais na escola e nos relacionamentos com seus pais e colegas⁽⁵⁾.

Indivíduos que gaguejam são considerados emocionalmente instáveis^(6,7), nervosos, desajeitados e incapazes de se comunicarem efetivamente na vida diária⁽⁷⁾. Outros estereótipos também foram descritos, como inseguros, reticentes, reservados, com comportamentos de fuga, hesitantes, depressivos, nervosos, tensos e medrosos⁽⁸⁾, tímidos, quietos e introvertidos^(7,8).

Alguns pesquisadores investigaram a personalidade e o temperamento de indivíduos que gaguejam⁽⁹⁾, porém ainda não existe consenso se, de fato, a gagueira ocasiona impacto significativo sobre a personalidade dos mesmos⁽⁶⁾.

As interações sociais algumas vezes são evitadas e temidas em virtude da ansiedade vivenciada pelo indivíduo com gagueira⁽¹⁰⁾ e são influenciadas pelas respostas negativas dos pares de comunicação diante da fala disfluente⁽¹¹⁾. Os relacionamentos com os parceiros podem ser prejudicados, pois, frequentemente, percebem a fala como um obstáculo para o desenvolvimento de relações sociais⁽¹²⁾.

A fadiga física e emocional do constante monitoramento da fala e do esforço no controle da gagueira pode contribuir para a percepção individual da qualidade de vida do indivíduo que gagueja⁽³⁾. O impacto negativo da gagueira na qualidade de vida foi descrito por alguns pesquisadores^(2,4,13).

No entanto, não existe consenso na literatura sobre a relação da severidade da gagueira e seu impacto na qualidade de vida. Alguns autores acreditam que quanto maior a severidade, maior o impacto na qualidade de vida⁽¹⁴⁾, enquanto outros encontraram dados contraditórios^(2,15,16).

Sendo assim, os objetivos desta pesquisa foram: investigar o perfil comportamental e de competências sociais de indivíduos com gagueira e comparar com indivíduos sem gagueira, a partir da opinião dos pais; correlacionar o desempenho comportamental e de competência social e o grau de severidade da gagueira.

MÉTODOS

Esta pesquisa configura-se como um estudo experimental e transversal com comparação entre grupos, sendo composto por 64 indivíduos, na faixa etária entre 6 e 18 anos (média=8,9 anos; desvio padrão – DP=2,4), faixa esta que o instrumento abarca. O grupo experimental (GE) foi formado por 32 indivíduos

com diagnóstico de gagueira desenvolvimental persistente, sendo 23 do gênero masculino e nove do feminino. O grupo controle (GC) foi formado por 32 indivíduos fluentes, pareados por gênero e idade. O grupo experimental foi formado por indivíduos avaliados no Laboratório de Estudos de Avaliação e Diagnóstico Fonoaudiológico (LEAD) e/ou no Laboratório de Estudos da Fluência (LAEF) do Centro de Estudos da Educação e da Saúde (CEES) da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Marília (SP); o GC foi composto por alunos das escolas municipais e estaduais do município onde a pesquisa foi realizada.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia e Ciências da UNESP (CEP/FFC/UNESP), sob o Protocolo de nº 0402/2011. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de participar do estudo. Foram seguidas todas as recomendações da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

Os requisitos de inclusão dos dois grupos foram: ser falante nativo do Português Brasileiro e ter idade entre 6 e 18 anos. Os indivíduos com gagueira (GE) deveriam apresentar:

1. diagnóstico fonoaudiológico de gagueira desenvolvimental persistente, por profissional especialista da área;
2. apresentar mínimo de 3% de disfluências gagas;
3. duração mínima de 12 meses das disfluências;
4. apresentar gagueira classificada no mínimo de grau leve de acordo com o Instrumento de Severidade da Gagueira (SSI-3)⁽¹⁷⁾.

Para a composição do grupo controle de indivíduos fluentes (GC), foram seguidos os critérios de inclusão:

1. não apresentar queixa de gagueira atual ou pregressa;
2. histórico familiar negativo de gagueira;
3. apresentar menos de 3% de disfluências gagas na avaliação específica.

Os critérios de exclusão para os dois grupos foram:

1. apresentar qualquer distúrbio neurológico genético ou não, tais como distonia, doenças extrapiramidais, deficiência mental, epilepsia ou transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH);
2. sintomas ou condições psiquiátricas;
3. perda auditiva condutiva ou neurosensorial;
4. outras condições pertinentes que pudessem gerar erros no diagnóstico.

Inicialmente, foi realizado o registro audiovisual de uma amostra de fala autoexpressiva dos participantes do GE, composta de 200 sílabas fluentes, com o auxílio de uma filmadora digital Sony e um tripé. A transcrição e análise da fala foram realizadas de acordo com o Teste de Linguagem Infantil – Fluência (ABFW)⁽¹⁸⁾, que considera a tipologia das disfluências, a velocidade de fala e a frequência das rupturas. Posteriormente, o SSI-3⁽¹⁷⁾ foi aplicado para classificar o grau de comprometimento da gagueira em leve, moderada, severa ou muito severa.

No segundo momento, o perfil comportamental e das competências sociais dos indivíduos do GE e do GC foi obtido por

meio da aplicação do instrumento *Child Behavior Checklist* (CBCL), para pais, destinado à faixa etária de 6 a 18 anos⁽¹⁹⁾. Esse instrumento foi traduzido e adaptado para o Português como Lista de Verificação Comportamental para Crianças ou Adolescentes⁽²⁰⁾.

Para caracterizar o perfil comportamental, os pais responderam a 118 itens que listavam uma série de comportamentos desejáveis e disruptivos. Para cada uma das perguntas, os pais classificaram o comportamento dos seus filhos em: falso ou ausente, parcialmente verdadeiro e bastante verdadeiro. Os 118 itens formam oito escalas individuais, que podem ser agrupadas em três diferentes escalas somadas:

1. problemas internalizantes (ansiedade/depressão, isolamento/depressão, queixas somáticas);
2. problemas externalizantes (quebrar regras, agressividade);
3. outros problemas (problemas sociais, problemas de pensamento e problemas de atenção).

O escore total dos problemas comportamentais (perfil comportamental) foi obtido quando os resultados das três escalas foram somados.

Quanto à caracterização do perfil social, os pais responderam a 20 itens, os quais formaram três escalas individuais: atividades, sociabilidade e escolaridade, cuja soma representa o total das competências sociais. Os itens exigiam que os pais comparassem o filho com outras pessoas da mesma idade, identificando-as como “Abaixo da Média”, “Acima da Média” ou “Dentro da Média”.

De acordo com as respostas obtidas, o instrumento CBCL 6/18 anos classifica cada uma das escalas, as individuais e as somadas, em “Clínica (ou alterada)”, “Limítrofe” ou “Não Clínica”, tanto para os comportamentos quanto para as competências sociais, de acordo com amostra normativa de pares⁽¹⁹⁾.

Análise dos dados

Os dados foram armazenados e tabulados. Aplicou-se o teste estatístico da razão de verossimilhança para comparar o comportamento e as competências sociais entre os grupos (GE e GC), de acordo com a distribuição entre as categorias “Clínica”, “Limítrofe” e “Não Clínica”.

O teste de Mann-Whitney foi utilizado para comparar escores do CBCL quanto ao comportamento e competência social entre os grupos (GE e GC). Finalmente, o teste de Jonckheere-Terpstra foi aplicado para verificar possíveis diferenças do comportamento e das competências sociais, segundo os diferentes graus de severidade da gagueira, quando comparados concomitantemente. Para todos os testes utilizados, o nível de significância adotado para a aplicação dos testes estatísticos foi de 5% (0,05). A análise dos dados foi realizada utilizando o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) em sua versão 20.0.

RESULTADOS

Com relação ao perfil comportamental do GE, foi possível constatar que tanto a média do escore total como a média

do escore dos problemas internalizantes foram classificadas como clínica. O escore total dos problemas externalizantes foi classificado como “não clínica”, assim como todas as médias das escalas individuais do perfil comportamental. O escore total do perfil social foi classificado como “clínica”, e todas as escalas individuais foram classificadas como não clínicas (Tabela 1).

A comparação entre o GE e GC quanto às classificações Clínica, Limítrofe e Não Clínica mostrou que os grupos apresentaram diferenças estatísticas no perfil comportamental, quanto ao escore total, dos problemas internalizantes e externalizantes e em três escalas individuais (ansiedade/depressão, isolamento/depressão e problemas sociais). Com relação ao perfil social, os grupos apresentaram diferença estatística, tanto no escore total como na escala de atividades (Tabela 2).

O GE apresentou uma tendência de os pais informarem quanto à maior ocorrência de problemas no comportamento dos filhos, pois os valores máximos foram, na maioria dos escores, tanto totais como das escalas individuais, maiores do que o GC, e os valores mínimos do GE ou foram semelhantes aos valores do GC ou maiores. Os valores de DP sugeriram que o GE é mais heterogêneo em termos de presença de alterações no comportamento dos filhos, segundo opinião dos pais, do que o GC. Houve diferença estatística entre os grupos na comparação de todas as médias dos escores, tanto totais como das escalas individuais (Tabela 3).

Tabela 1. Caracterização do perfil comportamental e social dos escores do instrumento *Child Behavior Checklist* do grupo experimental

CBCL	SG (n=32)		
	Classificação	Média (DP)	Mín-Máx
Perfil comportamental			
Escore total	Clínica*	63,12 (6,49)	53–76
Escore dos problemas internalizantes	Clínica*	64,06 (7,23)	52–80
Ansiedade/depressão	Não clínica**	66,13 (7,25)	50–78
Isolamento/depressão	Não clínica**	61,41 (9,34)	50–83
Queixas somáticas	Não clínica**	56,44 (5,95)	50–74
Escore dos problemas externalizantes	Não clínica***	59,13 (8,17)	44–74
Quebrar regras	Não clínica**	56,28 (7,31)	50–72
Agressividade	Não clínica**	61,13 (7,29)	50–79
Problemas sociais	Não clínica**	64,97 (6,62)	56–86
Problemas de pensamento	Não clínica**	58,16 (6,96)	50–73
Problemas de atenção	Não clínica**	59,91 (6,64)	51–79
Perfil social			
Escore total	Clínica****	31,34 (6,42)	18–43
Atividades	Não clínica*****	33,41 (6,35)	22–43
Sociabilidade	Não clínica*****	37,56 (7,68)	24–52
Escolaridade	Não clínica*****	42,28 (7,10)	25–55

Legenda: CBCL = *Child Behavior Checklist*; GE = grupo experimental; DP = desvio padrão; Mín = mínimo; Máx = máximo

Nota 1: Escore total - *clínica (>63);

Nota 2: Escalas individuais - ** não clínica (<67); Perfil comportamental/Escore total dos problemas externalizantes - *** não clínica (<60);

Nota 3: Perfil social/ Escore total - ****clínica (<37); Escalas individuais - ***** não clínica (>33).

Com relação à competência social, os menores valores corresponderam à classificação clínica (<37). Pode-se sugerir que o GE apresentou uma tendência de os pais informarem a respeito de mais problemas na competência social dos filhos, quando comparado ao GC, tendo em vista que a maioria dos

valores máximos foi menor no GE; e quanto aos valores mínimos, metade foi menor. Os valores de DP sugeriram que o GE foi mais homogêneo quando comparado ao GC (Tabela 4). Houve diferença estatística tanto para o escore total como para as escalas individuais.

Tabela 2. Comparação do perfil comportamental e social dos escores do instrumento *Child Behavior Checklist* dos grupos experimental e controle, de acordo com a distribuição entre as categorias de clínica, limítrofe e não clínica

CBCL	GE (n=32)						GC (n=32)						Valor de p
	Clínica		Limítrofe		Não clínica		Clínica		Limítrofe		Não clínica		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Perfil comportamental													
Escore total	14	43,8	10	31,2	8	25	1	3,10	3	9,40	28	87,50	<0,001*
Escore dos problemas internalizantes	20	62,5	3	9,4	9	28,1	4	12,5	2	6,2	26	81,2	<0,001*
Ansiedade/depressão	9	28,1	7	21,9	16	50	2	6,2	1	3,1	29	90,6	0,002*
Isolamento/depressão	4	12,5	6	18,8	22	68,8	1	3,1	1	3,1	30	93,8	0,037*
Queixas somáticas	1	3,1	2	6,2	29	90,6	0	0	0	0	32	100	0,207
Escore dos problemas externalizantes	8	25	6	18,8	18	56,2	1	3,1	2	6,2	29	90,6	0,007*
Quebrar regras	1	3,1	4	12,5	27	84,4	0	0	1	3,1	31	96,9	0,215
Agressividade	4	12,5	2	6,2	26	81,2	1	3,1	0	0	31	96,9	0,120
Problemas sociais	3	9,4	11	34,4	18	56,2	1	3,1	0	0	31	96,9	<0,001*
Problemas de pensamento	2	6,2	5	15,6	25	78,1	1	3,1	1	3,1	30	93,8	0,178
Problemas de atenção	1	3,1	3	9,4	28	87,5	1	3,1	1	3,1	30	93,8	0,586
Perfil social													
Escore total	26	81,2	1	3,1	5	15,6	12	37,5	3	9,4	17	53,1	0,002*
Atividades	10	31,2	11	34,4	11	34,4	3	9,4	8	25	21	65,6	0,025*
Sociabilidade	6	18,8	4	12,5	22	68,8	3	9,4	1	3,1	28	87,5	0,172
Escolaridade	2	6,2	2	6,2	28	87,5	1	3,1	1	3,1	30	93,8	0,692

*Valores significativos (p<0,05) – Teste da Razão de Verossimilhança

Legenda: CBCL = *Child Behavior Checklist*; GE = grupo experimental; GC = grupo controle

Tabela 3. Comparação dos escores do instrumento do *Child Behavior Checklist* quanto ao perfil comportamental entre o grupo experimental e o grupo controle

CBCL: perfil comportamental	GE (n=32)		GC (n=32)		Valor de p
	Média (DP)	Mín-Máx	Média (DP)	Mín-Máx	
Escore total	63,13 (6,49)	53,00–76,00	49,06 (8,04)	37,00–76,00	<0,001*
Escore dos problemas internalizantes	64,06 (7,23)	52,00–80,00	51,81 (9,71)	34,00–76,00	<0,001*
Ansiedade/depressão	66,13 (7,25)	50,00–78,00	56,19 (7,68)	50,00–82,00	<0,001*
Isolamento/depressão	61,41 (9,34)	50,00–83,00	54,75 (6,42)	50,00–76,00	0,003*
Queixas somáticas	56,44 (5,95)	50,00–74,00	52,88 (4,74)	50,00–64,00	0,003*
Escore dos problemas externalizantes	59,13 (8,17)	44,00–74,00	48,72 (7,62)	34,00–72,00	<0,001*
Quebrar regras	56,28 (7,31)	50,00–72,00	51,44 (3,19)	50,00–67,00	0,002*
Agressividade	61,13 (7,29)	50,00–79,00	53,44 (5,16)	50,00–73,00	<0,001*
Problemas sociais	64,97 (6,62)	56,00–86,00	53,13 (5,00)	50,00–73,00	<0,001*
Problemas de pensamento	58,16 (6,96)	50,00–73,00	53,44 (5,79)	50,00–74,00	0,001*
Problemas de atenção	59,91 (6,64)	51,00–79,00	54,22 (6,25)	50,00–75,00	<0,001*

*Valores significativos (p<0,05) – Teste de Mann-Whitney

Legenda: CBCL = *Child Behavior Checklist*; GE = grupo experimental; GC = grupo controle; DP = desvio padrão; Mín = mínimo; Máx = máximo

Tabela 4. Comparação dos escores do instrumento do *Child Behavior Checklist* quanto ao perfil social entre o grupo experimental e o grupo controle

CBCL	GE (n=32)		GC (n=32)		Valor de p
	Média (DP)	Mín-Máx	Média (DP)	Mín-Máx	
Escore total	31,34 (6,42)	18,00–43,00	40,09 (8,45)	25,00–62,00	<0,001*
Atividades	33,41 (6,35)	22,00–43,00	39,81 (9,92)	26,00–64,00	0,009*
Sociabilidade	37,56 (7,68)	24,00–52,00	43,69 (9,12)	24,00–59,00	0,006*
Escolaridade	42,28 (7,10)	25,00–55,00	46,31 (7,27)	24,00–55,00	<0,001*

*Valores significativos (p<0,05) – Teste de Mann-Whitney

Legenda: CBCL = *Child Behavior Checklist*; GE = grupo experimental; GC = grupo controle; DP = desvio padrão; Mín = mínimo; Máx = máximo

Os resultados relativos à comparação do comportamento e da competência social, segundo informação dos pais do GE, quanto à severidade da gagueira, mostraram que não houve diferença estatística nas escalas (individuais e grupais) entre a gagueira leve, moderada e severa. Nota-se, entretanto, uma tendência de os indivíduos que gaguejam com grau de comprometimento severo apresentarem maior ocorrência de escores classificados como clínicos, quando comparada com os casos com gagueira moderada e leve (Tabela 5).

DISCUSSÃO

A literatura ressalta a importância de estudar os aspectos comportamentais e sociais de indivíduos que gaguejam^(1,4); no entanto, poucos estudos apresentaram resultados comparativos com indivíduos que não gaguejam.

A análise dos dados obtidos nesta pesquisa permitiu verificar que indivíduos com gagueira, segundo seus pais, apresentam características peculiares no perfil comportamental e social, quando comparados com indivíduos fluentes. Esses resultados corroboraram estudos prévios, que relataram, em gogos, alterações comportamentais⁽⁵⁾ e sociais^(1,3,4,7,8,21,22).

Quanto ao comportamento, a análise intragrupo do GE sugeriu que as características mais relevantes estão relacionadas com a ansiedade/depressão, isolamento/depressão e queixas somáticas. A análise intergrupos (GE *versus* GC) mostrou que indivíduos que gaguejam, segundo a opinião dos pais, apresentaram maior frequência de alterações comportamentais, como medo, nervosismo/tensão, culpa, ansiedade, perfeccionismo e preocupação (escala ansiedade/depressão), quando comparados aos fluentes. Esses resultados se assemelharam

aos relatos da literatura, que verificaram, em indivíduos com gagueira, a presença de nervosismo/tensão^(7,8), depressão⁽⁸⁾, medo^(2,8), culpa e ansiedade⁽²⁾.

Os resultados deste estudo, referentes à escala isolamento/depressão, mostraram que os comportamentos dos filhos que gaguejam, conforme relatado pelos pais, foram caracterizados como reservados, tímidos, fechados, introvertidos, quietos e depressivos, concordando com descrições prévias^(2,7,8,23).

Acredita-se que indivíduos que gaguejam podem ter medo da avaliação negativa dos ouvintes e, possivelmente, evitam situações de fala na tentativa de serem percebidos de uma forma mais positiva, conforme descrito por alguns pesquisadores^(7,24).

Na escala de queixas somáticas, que diz respeito à presença de problemas físicos por “nervoso” e por fadiga, os resultados mostraram que não houve diferença estatística entre indivíduos com e sem gagueira. Tal achado foi discordante de estudo prévio, que relatou que o constante monitoramento da fala e do esforço no controle da gagueira pode ocasionar fadiga física e emocional⁽³⁾. No entanto, cabe mencionar que a média de idade da população investigada foi de 8,9 anos. Desta forma, os resultados sugeriram que grande parte da população infantil pode, ainda, não realizar o monitoramento da fala, na tentativa de controlar a gagueira, e, conseqüentemente, os pais não perceberiam essa fadiga.

Com relação aos problemas externalizantes no GE, segundo a opinião dos pais, a agressividade foi mais frequente do que o comportamento de quebrar regras. Com relação aos outros problemas, nota-se que os sociais foram mais frequentes do que os de pensamento e de atenção. Portanto, os dados sugeriram que a agressividade e os problemas sociais podem fazer parte do espectro de alterações de indivíduos com gagueira.

Tabela 5. Comparação do perfil comportamental e social do instrumento do *Child Behavior Checklist* no grupo experimental segundo a severidade da gagueira (n=32)

CBCL	Leve			Moderada			Severa			Valor de p
	Clínica n (%)	Limítrofe n (%)	Não clínica n (%)	Clínica n (%)	Limítrofe n (%)	Não clínica n (%)	Clínica n (%)	Limítrofe n (%)	Não clínica n (%)	
Perfil comportamental										
Escore Total	7 (36,8)	4 (21,1)	8 (42,1)	5 (55,6)	4 (44,4)	0 (0)	2 (50)	2 (50)	0 (0)	0,108
Escore dos problemas internalizantes	10 (52,6)	3 (15,8)	6 (31,6)	6 (66,7)	0 (0)	3 (33,3)	4 (100)	0 (0)	0 (0)	0,335
Ansiedade/depressão	6 (31,6)	3 (15,8)	10 (52,6)	2 (22,2)	2 (22,2)	5 (55,6)	1 (25)	2 (50)	1 (25)	0,635
Isolamento/depressão	1 (5,3)	3 (15,8)	15 (78,9)	1 (11,1)	3 (33,3)	5 (55,6)	2 (50)	0 (0)	2 (50)	0,096
Queixas somáticas	0 (0)	1 (5,3)	18 (94,7)	0 (0)	1 (11,1)	8 (88,9)	1 (25)	0 (0)	3 (75)	0,101
Escore dos problemas externalizantes	3 (15,8)	4 (21,1)	12 (63,2)	3 (33,3)	2 (22,2)	4 (44,4)	2 (50)	0 (0)	2 (50)	0,530
Quebrar regras	0 (0)	1 (5,3)	18 (94,7)	1 (11,1)	1 (11,1)	7 (77,8)	0 (0)	2 (50)	2 (50)	0,069
Agressividade	1 (5,3)	2 (10,5)	16 (84,2)	1 (11,1)	0 (0)	8 (88,9)	2 (50)	0 (0)	2 (50)	0,124
Problemas sociais	0 (0)	6 (31,6)	13 (68,4)	2 (22,2)	3 (33,3)	4 (44,4)	1 (25)	2 (50)	1 (25)	0,188
Problemas de pensamento	1 (5,3)	5 (26,3)	13 (68,4)	0 (0)	0 (0)	9 (100)	1 (25)	0 (0)	3 (75)	0,133
Problemas de atenção	0 (0)	2 (10,5)	17 (89,5)	1 (11,1)	0 (0)	8 (88,9)	0 (0)	1 (25)	3 (75)	0,337
Perfil social										
Escore total	14 (73,7)	1 (5,3)	4 (21,1)	8 (88,9)	0 (0)	1 (11,1)	0 (0)	0 (0)	4 (100)	0,707
Atividades	6 (31,6)	5 (26,3)	8 (42,1)	1 (11,1)	5 (55,6)	3 (33,3)	3 (75)	1 (25)	0 (0)	0,138
Sociabilidade	4 (21,1)	2 (10,5)	13 (68,4)	0 (0)	1 (11,1)	8 (88,9)	2 (50)	1 (25)	1 (25)	0,196

*Valores significativos (p<0,05) – Teste de Jonckheere-Terpstra

Legenda: CBCL = *Child Behavior Checklist*

Quanto à competência social, segundo relato dos pais, o escore total do perfil social dos indivíduos com gagueira da amostra foi classificado como clínico, evidenciando que a gagueira pode ocasionar prejuízo nas interações sociais, corroborando estudos prévios^(12,21,22).

Com relação à comparação entre os grupos (GE *versus* GC), todos os escores totais (do perfil comportamental, dos problemas internalizantes, dos problemas externalizantes e do perfil social) apresentaram diferenças estatisticamente. Os resultados mostraram que, como grupo, 90,6% dos participantes do GE apresentaram comportamento, segundo a opinião dos pais, classificado como clínico (alterado) em alguma escala (individual ou somada), comparado a 53,1% do GC. Esses dados somados aos valores máximos e mínimos, apresentados pelo GE em comparação ao GC, demonstraram que os indivíduos com gagueira apresentaram maior tendência a problemas comportamentais e na competência social em relação aos indivíduos sem gagueira, de acordo com relato dos pais.

A relação entre gagueira e ansiedade foi destacada por alguns estudos⁽²⁵⁻²⁷⁾. Especificamente, por meio do CBCL, uma investigação encontrou redução da ansiedade e depressão após a terapia relatada por pais de crianças com gagueira⁽²⁵⁾. Sendo assim, os autores sugeriram que esses sintomas fisiológicos podem ser efeitos desse distúrbio. Vale ressaltar que altos níveis de ansiedade em crianças e adolescentes podem impactar negativamente o desenvolvimento social e emocional, bem como o desempenho acadêmico⁽²⁸⁾. Além disso, timidez e inibição (considerada no CBCL como parte da escala de isolamento/depressão) são características precursoras da ansiedade⁽²⁷⁾. Nesta amostra, pais dos indivíduos que gaguejam relataram presença de ansiedade por parte dos filhos. Conforme descrito previamente⁽¹⁰⁾, acredita-se que a ansiedade pode ocasionar medo das interações sociais, o que, por sua vez, leva ao isolamento em relação às atividades sociais. Nessa lógica, é possível compreender os motivos das diferenças dos problemas internalizantes entre indivíduos com e sem gagueira, mencionados pelos pais.

Vale salientar que a análise qualitativa da opinião dos pais, comparativa entre os grupos (GE *versus* GC) quanto ao comportamento dos filhos, mostrou que o GE foi mais heterogêneo. No entanto, quanto às competências sociais, o GE foi mais homogêneo que GC. Uma das possíveis explicações para esse achado é a quantidade de questões sobre o comportamento, quando comparado com as questões da competência social.

A análise da competência social, que inclui as escalas de atividades, sociabilidade e escolaridade (desempenho escolar), mostrou diferença entre GE e GC apenas para as atividades. O total dos escores dessas escalas, segundo a opinião dos pais, correspondeu a uma classificação clínica do GE. Características referentes à competência social em indivíduos com gagueira foram descritas previamente como: comportamentos de fuga ou medo e evitação das interações sociais^(8,10,29); reações adversas emocionais e cognitivas nas situações comunicacionais rotineiras⁽³⁾; prejuízos no domínio social ou dificuldades nas interações sociais^(3,4,21); dificuldade de desenvolver relacionamentos com parceiros⁽¹²⁾; e incapacidade de comunicar-se efetivamente na vida diária⁽⁷⁾. Destaca-se que, embora a estratégia de fuga, aparentemente, se mostre efetiva para diminuir tanto a

gagueira como a reação emocional negativa, ela não propicia a comunicação ou o desenvolvimento social⁽²⁹⁾.

Quanto à severidade da gagueira, os resultados corroboraram pesquisas prévias que afirmaram que a gagueira pode influenciar nas interações sociais^(4,11). Ressalta-se que, segundo relato dos pais, o grupo de indivíduos com gagueira severa mostrou uma tendência de apresentar escores classificados como clínicos, quando comparada com os casos de gagueira moderada e leve. Algumas características comportamentais foram diferentes nos indivíduos com gagueira em comparação aos fluentes, e algumas dessas diferenças podem estar associadas com mudanças na frequência da gagueira⁽³⁰⁾.

Em síntese, esses achados contribuíram para classificar o comportamento e a competência social de indivíduos com gagueira, segundo a opinião dos pais, com a utilização do inventário CBCL, e também para reforçar a importância da avaliação do comportamento em indivíduos com esse distúrbio. A compreensão da gagueira como multidimensional permite ao profissional uma visão mais ampla e mais contextualizada de como esse distúrbio de comunicação pode impactar o comportamento e aspectos sociais dos indivíduos que gaguejam.

É fato que uma das limitações do estudo seria a utilização de inventário que considera a opinião dos pais, e não a comparação dessa percepção com a avaliação dos aspectos comportamentais e sociais desses indivíduos com gagueira. Investigações complementares poderão confirmar esses achados e sinalizar para um melhor entendimento do impacto da gagueira no comportamento e na vida dos indivíduos.

CONCLUSÃO

Na opinião dos pais, os filhos com gagueira apresentam comportamento e competência social peculiar, com maior tendência a manifestar alterações nessas áreas, em comparação com os filhos fluentes. Medo, nervosismo/tensão, culpa, ansiedade, perfeccionismo e preocupação foram as alterações mais frequentes relacionadas ao comportamento, enquanto prejuízos no domínio social e nas situações comunicacionais rotineiras caracterizaram a competência social dos indivíduos com gagueira.

A caracterização do comportamento e da competência social dos indivíduos que gaguejam pode auxiliar na compreensão da multidimensionalidade da gagueira, bem como nortear a prática diagnóstica e terapêutica desse distúrbio.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pelo apoio concedido para realização desta pesquisa (Processo nº 2011/23186-7).

**MPG foi responsável pela coleta, tabulação e análise dos dados e redação do manuscrito; CMCO foi responsável pela seleção da amostra e diagnóstico dos casos, supervisionou a coleta de dados, bem como colaborou no delineamento da pesquisa e elaboração do manuscrito; CMG foi responsável pelo projeto, delineamento do estudo, discussão dos achados e orientação geral das etapas de execução e elaboração do manuscrito.*

REFERÊNCIAS

1. Bleek B, Reuter M, Yaruss JS, Cook S, Faber J, Montag C. Relationship between personality characteristics of people who stutter and the impact of stuttering on everyday life. *J Fluency Disord.* 2012;37(4):325-33.
2. Andrade CRF, Sassi FC, Juste FS, Ercolimb B. Qualidade de vida em indivíduos com gagueira desenvolvimental persistente. *Pró-Fono R Atual Cient.* 2008;20(4):219-24.
3. Craig A, Blumgart E, Tran Y. The impact of stuttering on the quality of life in adult people who stutter. *J Fluency Disord.* 2009;34(2):61-71.
4. Yaruss JS. Assessing quality of life in stuttering treatment outcomes research. *J Fluency Disord.* 2010;35(3):190-202.
5. Lau SR, Beilby JM, Byrnes ML, Hennessy NW. Parenting styles and attachment in school-aged children who stutter. *J Commun Disord.* 2012;45:98-110.
6. Bleek B, Montag C, Faber JM, Reuter M. Investigating personality in stuttering: results on a case control study using the NEO-FFI. *J Commun Disord.* 2011;44:218-27.
7. Tilling JV. Listener perceptions of stuttering, prolonged speech, and verbal avoidance behaviors. *J Commun Disord.* 2011;44:161-72.
8. Mackinnon SP, Hall S, Macintyre PD. Origins of the stuttering stereotype: Stereotype formation through anchoring-adjustment. *J Fluency Disord.* 2007;32(4):297-309.
9. Seery CH, Watkins RV, Mangelsdorf SC, Shigeto A. Subtyping stuttering II: contributions from language and temperament. *J Fluency Disord.* 2007;32(3):197-217.
10. Craig A, Tran Y. Chronic and social anxiety in people who stutter. *Adv Psychiatr Treat.* 2006;12:63-8.
11. Langevin M, Packman A, Onslow M. Peer responses to stuttering in the preschool setting. *Am J Speech Lang Pathol.* 2009;18:264-76.
12. Van Borsel J, Brepoels M, de Coene J. Stuttering, attractiveness and romantic relationships: The perception of adolescents and young adults. *J Fluency Disord.* 2011;36(1):41-50.
13. Beilby JM, Byrnes ML, Yaruss JS. Acceptance and commitment therapy for adults who stutter: psychosocial adjustment and speech fluency. *J Fluency Disord.* 2012;37(4):289-99.
14. Blumgart E, 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(2):83-90.
15. Blumgart E, Tran Y, Craig A. An investigation into the personal financial costs associated with stuttering. *J Fluency Disord.* 2010;35(3):203-15.
16. Koedoot C, Bouwmans C, Franken MC, Stolk E. Quality of life in adults who stutter. *J Commun Disord.* 2011;44:429-43.
17. Riley G. Stuttering severity instrument for young children (SSI-3). 3rd edition. Austin: Pro-Ed; 1994.
18. Andrade CRF. Fluência. In: Andrade CRF, Befi-Lopes DM, Fernandes FDM, Wertzner HF. *ABFW - Teste de linguagem infantil nas áreas de fonologia, vocabulário, fluência e pragmática.* 2^a edição. Barueri: Pró-Fono; 2011. p. 51-81.
19. Achenbach TM, Rescorla LA. *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles.* Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families, 2001.
20. Santos EOL, Silveiras EFM. Crianças enuréticas e crianças encaminhadas para clínicas-escola: um estudo comparativo da percepção de seus pais. *Psicol Reflex Crit.* 2006;19(2):277-82.
21. Craig A. The association between quality of life and stuttering. *J Fluency Disord.* 2010;35(3):159-60.
22. Beilby JM, Byrnes ML, Meagher EL, Yaruss JS. The impact of stuttering on adults who stutter and their partners. *J Fluency Disord.* 2013;38(1):14-29.
23. Tran Y, Blumgart E, Craig A. Subjective distress associated with chronic stuttering. *J Pers.* 2011;36(1):17-26.
24. Plexico LW, Manning WH, DiLollo A. Client perceptions of effective and ineffective therapeutic alliances during treatment for stuttering. *J Fluency Disord.* 2010;35(4):33-54.
25. Achenbach TM. *Child behavior checklist for ages 2-3.* Burlington: University of Vermont; 1988.
26. Iverach L, Menzies R, O'Brian S, Packman A, Onslow M. Anxiety and stuttering: continuing to explore a complex relationship. *Am J Speech Lang Pathol.* 2011;20:221-32.
27. Kefalianos E, Onslow M, Block S, Menzies R, Reilly S. Early stuttering, temperament and anxiety: two hypotheses. *J Fluency Disord.* 2012;37(2):152-63.
28. Crawford AM, Manassis K. Anxiety, social skills, friendship quality, and peer victimization: an integrated model. *J Anxiety Disord.* 2011;25(7):924-31.
29. Arnold HS, Conture EG, Key APF, Walden T. Emotion reactivity, regulation and childhood stuttering: a behavioral and electrophysiological study. *J Commun Disord.* 2011;44:276-93.
30. Conture EG, Kelly EM, Walden TA. Temperament, speech and language: an overview. *J Commun Disord.* 2013;46:125-42.