

ACHADOS RELEVANTES DA HISTÓRIA CLÍNICA DE TAQUIFÊMICOS

Relevant findings from the clinical history of clutterers

Bruna Antonini Santana⁽¹⁾, Cristiane Moço Canhetti de Oliveira⁽²⁾

RESUMO

Objetivo: caracterizar os achados relevantes da história clínica de adultos com taquifemia. **Métodos:** participaram 8 adultos com taquifemia, de 18 a 39 anos, sendo 7 do gênero masculino. Os critérios de inclusão foram: apresentar queixa de taxa de elocução aumentada, com prejuízo na comunicação; manifestar excesso de disfluências comuns; escore acima de 120 no Inventário Preditivo de Taquifemia. A coleta de dados foi realizada por meio do levantamento da história clínica e familiar, a avaliação da fluência e, aplicação do Inventário Preditivo de Taquifemia. **Resultados:** o histórico familiar foi positivo para os distúrbios da fluência em todos os casos, sendo 3 para taquifemia e 5 para gagueira. Quanto à queixa, 100% informaram presença de taxa de elocução aumentada e 50% manifestaram queixa relacionada ao prejuízo na inteligibilidade. Todos os casos apresentaram consciência da dificuldade de fala e realizavam alguma estratégia de automonitoramento. Informações relativas ao uso da linguagem–cognição mostraram que a maioria dos adultos relataram dificuldades de encontrar palavras, presença de excessivas revisões, interjeições e hesitações na fala. **Conclusão:** os principais achados relevantes da história clínica de adultos com taquifemia foram: histórico familiar positivo para os distúrbios da fluência; surgimento das manifestações na infância sem causa aparente; queixa de taxa de elocução aumentada e prejuízo na inteligibilidade da fala; melhora do quadro clínico no decorrer dos anos, que pode estar associada à consciência da dificuldade e habilidade de automonitoramento; alterações na articulação, na prosódia e na escrita; dificuldades de acesso ao léxico; incoordenação pneumofonoarticulatória, e presença de ansiedade.

DESCRITORES: Fonoaudiologia; Fala; Diagnóstico; Distúrbios da Fala; Anamnese

■ INTRODUÇÃO

Taquifemia é um distúrbio da fluência nos quais os segmentos da conversação do falante na sua língua nativa são percebidos como muito rápido, irregular, ou ambos. Os segmentos da fala rápida ou irregular devem ser acompanhados por um ou

mais dos seguintes sintomas: disfluências comuns excessivas; omissão de sílabas, e estresse silábico, ritmo de fala ou pausas anormais¹.

Geralmente a taquifemia ocorre com gagueira, transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH), dislexia e/ou desordem do espectro autista¹. Sendo assim, o quadro clínico de taquifemia isolada é raro².

Esse distúrbio da comunicação é considerado multidimensional e complexo, pois suas características englobam os principais aspectos da comunicação: taxa de elocução, inteligibilidade da fala, prosódia, articulação, formulação da linguagem e pragmática². Portanto, a taquifemia deve ser vista desde o processo diagnóstico, de forma ampla, contemplando as várias dimensões da comunicação, seja linguagem oral, linguagem escrita, fala, articulação e/ou habilidades auditivas, propiciando assim uma terapia mais eficaz³.

⁽¹⁾ Curso de Fonoaudiologia da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista - UNESP, Marília, SP, Brasil.

⁽²⁾ Departamento de Fonoaudiologia e da Pós-Graduação em Fonoaudiologia da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista - UNESP, Marília, SP, Brasil.

Fonte de auxílio: FAPESP - Bolsa de Iniciação Científica processo n° 2012/00541-9.

Esse trabalho foi apresentado no formato de pôster no 21° Congresso Brasileiro e 2° Ibero-Americano de Fonoaudiologia.

Conflito de interesses: inexistente

As principais características da taquifemia são: disfluências excessivas na fala³⁻⁶, taxa de elocução aumentada e/ou irregular^{3,4,7,8}, e inteligibilidade reduzida⁴. Acredita-se também que exista uma interação entre essas manifestações, como por exemplo, a taxa de elocução elevada poderia disponibilizar tempo insuficiente para o falante organizar e formular as emissões, aumentando assim a quantidade de disfluências na fala⁷.

Outras manifestações frequentemente encontradas na taquifemia são alterações na linguagem oral^{2,9}, na linguagem escrita¹⁰ e imprecisão ou dificuldades articulatórias^{4,7}.

Na avaliação da taquifemia, é indicado o uso do Inventário Preditivo de Taquifemia¹¹ para análise das características mais indicativas do distúrbio e confirmação do diagnóstico. Escore total entre 80 e 120 é indicativo da presença de gagueira e taquifemia associada, e escore acima de 120 sugere diagnóstico de taquifemia¹¹.

Análises descritivas das diversas manifestações clínicas de indivíduos com queixa de taquifemia são raras. Portanto, o objetivo desta pesquisa foi caracterizar os achados relevantes da história clínica de adultos com taquifemia.

■ MÉTODOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos da Universidade Estadual Paulista – FFC – Marília, sob o Protocolo n° 0516/2012. Para a participação no estudo, os adultos foram informados sobre os objetivos da pesquisa e esclarecidos sobre os procedimentos adotados para a anuência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes de iniciar o estudo. Foram seguidas todas as recomendações da Resolução n° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esta pesquisa configura-se como um estudo experimental e transversal, realizado com adultos com taquifemia, no Laboratório de Estudos da Fluência – LAEF do Centro de Estudos da Educação e da Saúde (CEES) da Universidade Estadual Paulista – FFC – Marília.

A amostra foi composta de 8 adultos com taquifemia, na faixa etária entre 18 e 39 anos (média de idade de 25,25 anos, DP=9,00), sendo sete do gênero masculino e um do gênero feminino, provenientes do Laboratório de Estudos da Fluência (LAEF) do Centro de Estudos da Educação e da Saúde (CEES – Marília – Unesp). A prevalência da taquifemia isolada é rara¹, e por este motivo, a amostra foi reduzida.

Os requisitos de inclusão dos adultos foram: ser falante nativo do português brasileiro; apresentar

queixa de taxa de elocução aumentada, com prejuízo na comunicação, por parte do próprio adulto; manifestar fala disfluente, com excesso de disfluências comuns; apresentar menos de 3% de disfluências gags, para ser descartada a possibilidade de ocorrer gagueira associada; escore acima de 120 no Inventário Preditivo de Taquifemia¹¹, o que sugere diagnóstico de taquifemia.

Foram estabelecidos os seguintes critérios de exclusão: apresentar qualquer distúrbio neurológico genético ou não, tais como distonia, doenças extrapiramidais, deficiência mental, epilepsia, transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH); sintomas ou condições psiquiátricas; apresentar perda auditiva condutiva ou neurossensorial; e outras condições pertinentes que poderiam gerar erros no diagnóstico.

O levantamento do histórico clínico foi realizado com os próprios adultos, dirigido às questões de identificação pessoal e ao histórico de morbidades fonoaudiológicas. Esta entrevista teve como objetivo obter dados relativos ao surgimento do distúrbio, à idade, ao tempo de duração das manifestações, à presença de fatores estressantes físicos e/ou psicossociais próximos ao surgimento, às principais manifestações, à caracterização atual e evolução do quadro clínico no decorrer dos anos, à presença e caracterização das disfluências, à taxa de elocução e sua regularidade, à inteligibilidade e outros aspectos da fala. Informações sobre a linguagem oral, como organização e dificuldade de acesso ao léxico, a respiração, a articulação, a prosódia e a pragmática também foram coletadas. Finalmente, dados relativos à linguagem escrita, à consciência da dificuldade de comunicação, à atenção, ao monitoramento, e, à presença de outros distúrbios que poderiam interferir no resultado da avaliação como, por exemplo, possíveis déficits neurológico, auditivo, cognitivo e/ou visual foram investigados.

Para realizar o heredograma, as informações sobre os antecedentes familiares foram coletadas ao final da história clínica. Os adultos foram questionados sobre o padrão de fluência de seus parentes e a existência de alguém na família com taquifemia ou com taxa de elocução aumentada. Para auxiliar os adultos em suas respostas, a pesquisadora apresentou uma definição padrão de taquifemia seguido de exemplos que pudessem ilustrá-la. Assim, taquifemia foi definida como “um distúrbio da comunicação na qual a pessoa fala de forma rápida, em todos ou em alguns momentos, e apresenta algumas interrupções ou quebras do fluxo da fala que podem prejudicar a compreensão da mensagem” (adaptada de St Louis e Schulte)¹. Exemplos de disfluências comuns, como hesitações, interjeições, revisões, palavras não

terminadas, repetições de palavras, repetições de segmentos e repetições de frases foram oferecidos.

Todos os adultos foram filmados de modo a obterem-se amostras de fala espontânea contendo 200 sílabas fluentes. O discurso dos adultos só pode ser interrompido (com perguntas e comentários), nos casos em que houve a necessidade de incentivar a produção, para que alcançasse o número necessário de sílabas para análise.

As amostras de fala foram transcritas na íntegra, considerando-se as sílabas fluentes e não fluentes. Posteriormente, foi realizada a análise a fim de caracterizar a tipologia das disfluências, de acordo com a seguinte descrição¹²:

- *Disfluências comuns*: hesitações, interjeições, revisões, palavras não terminadas, repetições de palavras, repetições de segmentos e repetições de frases.
- *Disfluências gagas*: repetições de sons, repetições de sílabas, prolongamentos, bloqueios, pausas e intrusões.

Para caracterizar a frequência das rupturas, foram utilizadas as seguintes medidas: porcentagem de disfluências comuns, porcentagem de disfluências gagas e porcentagem de descontinuidade de fala. A taxa de elocução foi medida em fluxo de sílabas e de palavras por minuto.

O Inventário Preditivo de Taquifemia¹¹ foi aplicado nos adultos com taquifemia para análise das características mais indicativas do distúrbio e

confirmação do diagnóstico. Escore total entre 80 e 120 é indicativo da presença de gagueira/taquifemia, e escore acima de 120 sugere diagnóstico de taquifemia¹¹.

A análise estatística das informações coletadas nesta pesquisa foi realizada de forma descritiva. Os dados foram digitados em planilhas Excel 2010 for Windows para o adequado armazenamento das informações. Para as variáveis de natureza quantitativa foram calculadas a média, mediana, valor mínimo, valor máximo e desvio padrão. Para as variáveis de natureza qualitativa calcularam-se as frequências absoluta e relativa.

■ RESULTADOS

Os resultados foram apresentados em Tabelas. A maior parte da amostra foi do gênero masculino (87,5%), com idade variando entre 18 e 39 anos. A porcentagem de descontinuidade de fala variou de 10% a 14%, a porcentagem de disfluências comuns esteve entre 10% e 13%, enquanto que a porcentagem de disfluências gagas variou de 0 a 2%. Quanto à taxa de elocução, os fluxos de sílabas e de palavras por minuto variaram respectivamente de 218 a 315 e, de 122 a 180. O escore total do Inventário Preditivo de Taquifemia variou de 124 a 148, sendo sugestivo de taquifemia para todos os casos (Tabela 1).

Tabela 1– Distribuição dos adultos taquifêmicos quanto ao gênero, idade, medidas da avaliação da fluência e escore do inventário preditivo da taquifemia (IPT)

Participantes	Gênero	Idade	%DF	%DC	%DG	SPM	PPM	IPT
1	M	22	12	10	2	235	122	142
2	M	37	10	10	0	273	158	124
3	M	39	11	10,5	0,5	315	180	129
4	M	18	11	11	0	240	168	142
5	M	18	11,5	10	1,5	238	165	130
6	M	19	11	10	1	315	178	148
7	F	31	11,5	11,5	0	218	165	129
8	M	18	14	13	1	221	162	141
Média		25,25	11,5	10,75	0,75	256,87	162,25	135,62
Desvio padrão		9	1,16	1,06	0,75	39,52	17,92	8,6

Legenda: M = masculino; F = feminino; %DF = porcentagem de descontinuidade de fala; %DC = porcentagem de disfluências comuns; %DG = porcentagem de disfluências gagas; SPM = sílabas por minuto; PPM = palavras por minuto; IPT = escore total do Inventário Preditivo da Taquifemia.

A Tabela 2 apresenta as informações relevantes da histórica clínica dos taquifêmicos. O histórico familiar foi positivo para os distúrbios da fluência em todos os casos, sendo 3 para taquifemia e 5 para gagueira. O início do problema na fala ocorreu na infância na maior parte da amostra, e durou mais de 1 ano. Todos os adultos informaram a presença de ansiedade e perfeccionismo e a maioria também relatou outras características importantes sobre seus fatores pessoais como vergonha, impaciência,

inquietação, hiperatividade, irritação, timidez, distração e insegurança.

Para metade da amostra, a taquifemia foi notada pelos pais. Referentes aos comentários dos ouvintes, a maioria dos adultos relataram a solicitação da repetição do enunciado, dificuldades de inteligibilidade da fala, queixa da taxa de elocução aumentada, bem como a presença de hesitações e repetições de palavras (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos adultos taquifêmicos segundo as informações sobre o histórico familiar, idade no início da taquifemia, tempo de duração da taquifemia, fatores pessoais, pessoas que notaram o problema na fala e comentários dos ouvintes em relação à sua fala

Informações relevantes	N	%
Histórico familiar		
Positivo para taquifemia	3	37,5
Positivo para gagueira	5	62,5
Idade no início da taquifemia		
Antes dos 12 anos	6	75,0
Depois dos 12 anos	1	12,5
Não soube informar	1	12,5
Tempo de duração da taquifemia		
Menos de 1 ano	0	0
Mais de 1 ano	7	87,5
Não soube informar	1	12,5
Fatores pessoais		
Ansiedade e perfeccionismo	8	100
Vergonha e impaciência	7	87,5
Inquietação, hiperatividade, irritação e timidez	6	75
Distração e insegurança	5	62,5
Baixo autoestima	4	50
Medo e sensibilidade excessiva	3	37,5
Pessoas que notaram o problema na fala		
Pais	4	50,0
Próprio indivíduo	2	25,0
Amigos	1	12,5
Não soube informar	1	12,5
Comentários dos ouvintes em relação à sua fala		
Solicitam a repetição do enunciado	7	87,5
Dificuldade de inteligibilidade da fala	7	87,5
Taxa de elocução aumentada	7	87,5
Presença de hesitações e repetições de palavras	5	62,5
Não manutenção do tema da conversa	4	50,0
Entonação monótona	4	50,0

Legenda: N = número; % = porcentagem.

Quanto à queixa fonoaudiológica, a totalidade da amostra informou a presença de taxa de elocução aumentada e, metade manifestou queixa relacionada ao prejuízo na inteligibilidade (Tabela 3). A minoria dos adultos informou ter dificuldade para falar e disfluências na fala. Nota-se que para a maioria da população investigada, a dificuldade na fala iniciou sem estar associada com algum estresse psicossocial. Metade dos adultos informou que as manifestações melhoraram com o decorrer dos anos.

Os resultados relativos à presença de concomitantes físicos e tensão muscular mostraram que a maioria dos adultos não relatou a presença dessas ocorrências. Os casos que afirmaram a presença de tensão muscular relataram que ocorria na musculatura laríngea e/ou cervical.

Grande parte dos adultos relatou prejuízos na sua vida pessoal em decorrência da dificuldade de comunicação apresentada, na qual a maioria afirmou ter sofrido *bullying* no ambiente escolar, preocupação em relação à reação dos ouvintes e prejuízos na qualidade de vida.

Tabela 3 – Distribuição dos achados referentes à queixa fonoaudiológica, presença de fator estressante, evolução do quadro clínico, concomitantes físicos, tensão muscular e prejuízos pessoais decorrentes da taquifemia

	Sim		Não	
	N	%	N	%
Queixa Fonoaudiológica				
Taxa de elocução aumentada	8	100	0	0
Prejuízo na inteligibilidade da fala	4	50	4	50
Dificuldade para falar	3	37,5	5	62,5
Disfluências na fala	2	25	6	75
Presença de fator estressante psicossocial próximo ao surgimento da taquifemia				
	2	25	6	75
Evolução do quadro clínico				
Melhorou	4	50	0	0
Estável	2	25	0	0
Piorou	2	25	0	0
Concomitantes físicos				
Tensão muscular	3	37,5	5	62,5
Prejuízos pessoais decorrentes da taquifemia				
Sofrer <i>bullying</i> no ambiente escolar	6	75	2	25
Preocupação em relação à reação dos outros	6	75	2	25
Prejuízos na qualidade de vida devido à dificuldade de comunicação	6	75	2	25

Legenda: N = número; % = porcentagem.

As tabelas 4 a 6 foram organizadas de acordo com a divisão proposta no Inventário Preditivo de Taquifemia (IPT) que separa as informações relevantes para o diagnóstico do distúrbio em 4 áreas: pragmática, motor - fala, linguagem - cognição e coordenação motora – problemas de escrita.

Na área da pragmática todos os casos apresentaram consciência da dificuldade de fala e realizavam alguma estratégia de automonitoramento. A maioria apresentou melhora da fala quando está concentrado e ansiedade em relação à fala. Segundo a percepção dos próprios taquifêmicos,

quanto ao aspecto motor - fala, a taxa de elocução aumentada e a ininteligibilidade foram irregular. Também foi referido por mais da metade dos adultos o uso inadequado da prosódia, e metade referiu dificuldades articulatórias. Informações relativas ao uso da linguagem –cognição mostraram que as características descritas pela maioria dos adultos estavam relacionadas à dificuldade de encontrar palavras, a presença de excessivas revisões, interjeições e hesitações no fluxo da fala, bem como a distratibilidade (Tabela 4).

As informações coletadas referentes à coordenação motora - problemas de escrita evidenciaram

que dificuldades no uso da pontuação adequada na escrita foram relatadas pela maioria dos adultos, e metade também informou também dificuldades no uso de acentuação. As informações sobre a

coordenação motora geral mostrou que metade informou a presença da incoordenação pneumofonoarticulatória (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição referente às informações coletadas na área da pragmática, motor - fala, linguagem - cognição e coordenação motora - problemas de escrita

	Sim		Não	
	N	%	N	%
Pragmática				
Consciência em relação à fala	8	100	0	0
Habilidade de automonitoramento	8	100	0	0
Fala melhor quando está concentrado	7	87,5	1	12,5
Ansiedade em relação à fala	6	62,5	3	37,5
Esforço durante as disfluências	3	37,5	5	62,5
Motor - fala				
Prosódia inadequada	6	75	2	23
Substituições, omissões e distorções articulatórias	4	50	4	50
Fala rápida				
Quase sempre	4	50	0	0
Sempre	2	25	0	0
Às vezes	1	12,5	0	0
Raramente	1	12,5	0	0
Fala ininteligível				
Às vezes	4	50	0	0
Nunca	3	37,5	0	0
Frequentemente	1	12,5	0	0
Linguagem - cognição				
Dificuldade de encontrar palavras	5	62,5	3	37,5
Muitas revisões, interjeições e hesitações	5	62,5	3	37,5
Distratibilidade	5	62,5	3	37,5
Parece que fala antes da formulação adequada do pensamento	3	37,5	5	62,5
Dificuldade de concentração	3	37,5	5	62,5
Linguagem confusa	3	37,5	5	62,5
Coordenação motora - problemas de escrita				
Incoordenação pneumofonoarticulatória	4	50	4	50
Desastrado	3	37,5	5	62,5
Incoordenação motora (cai com frequência e tropeça/esbarra em objetos)	3	37,5	5	62,5
Atraso no andar	1	12,5	4	50
Não soube informar	3	37,5	0	0
Atraso no falar	1	12,5	4	50
Não soube informar	3	37,5	0	0
Dificuldades de pontuação	6	75	2	25
Dificuldade de acentuação	4	50	4	50
Omissão/ troca de grafemas	1	12,5	7	87,5

Legenda: N = número; % = porcentagem.

As principais manifestações descritas pelos taquifêmicos foram organizadas na Tabela 5. Na área motor - fala, as características mais frequentes na população de taquifêmicos foram: taxa de elocução aumentada e/ou irregular, falta de pausas, disfluências comuns excessivas e a presença de palavras condensadas. Na área da pragmática, pode-se destacar o pouco ou nenhum esforço durante as disfluências, a melhora da fala sob pressão e a dificuldade de encontrar palavras (Tabela 5).

Referente à área da linguagem - cognição vale ressaltar as características mais frequentes: excessivas revisões, interjeições e hesitações no fluxo da fala, linguagem confusa ou desorganizada, e a fala que parece ocorrer antes do pensamento estar pronto. As manifestações relacionadas à área de coordenação motora – problemas de escrita foram variadas, sendo que a respiração irregular e a presença de atividades motoras rápidas ou impulsivas foram as mais citadas pelos indivíduos (Tabela 5).

Tabela 5 – Principais manifestações dos taquifêmicos quanto às características descritas no inventário preditivo de taquifemia

Áreas da IPT	Descrição das manifestações presentes	Escore
Participante 1		
Motor - fala	Velocidade de fala irregular; fala em jato; fala rápida; palavras condensadas; falta de pausas entre palavras e frases.	
Pragmática	Fala melhora sob pressão; falante compulsivo; dificuldade de encontrar palavras.	
Linguagem - cognição	Muitas revisões, interjeições e hesitações; parece que fala antes da formulação adequada do pensamento.	
Coordenação motora - problemas de escrita	Atividades motoras rápidas ou impulsivas; respiração irregular.	
Escore Total		142
Participante 2		
Motor - fala	Fala rápida; aumento progressivo da velocidade de fala; repetição de palavras polissílabas e de frases.	
Pragmática	Falta de habilidade de automonitoramento; não responde ao feedback visual ou verbal do ouvinte; pouco esforço durante a disfluência.	
Linguagem - cognição	Muitas revisões, interjeições e hesitações; fala antes da formulação adequada do pensamento; distrabilidade; linguagem desorganizada.	
Coordenação motora - problemas de escrita	Atividades motoras rápidas ou impulsivas.	
Escore Total		124
Participante 3		
Motor - fala	Velocidade de fala irregular; fala rápida; festinação; padrão silábico irregular; falta de pausas entre palavras e frases.	
Pragmática	Pouco ou nenhum esforço durante as disfluências; fala melhora sob pressão; troca de turnos inadequada.	
Linguagem - cognição	Inadequada introdução, manutenção e término do tema; parece que fala antes da formulação adequada do pensamento; linguagem desorganizada; muitas revisões, interjeições e hesitações.	
Coordenação motora - problemas de escrita	Respiração irregular.	
Escore Total		129

Participante 4	
Motor - fala	Fala rápida e irregular; aumento progressivo da velocidade de fala; erros articulatorios; palavras condensadas; falta de pausas entre palavras e frases; repetição de palavras polissílabas e de frases.
Pragmática	Pouco ou nenhum esforço durante a disfluência; falta de habilidade de automonitoramento; troca de turnos inadequada; fala melhora quando esta concentrado.
Linguagem - cognição	Linguagem desorganizada; muitas revisões, interjeições e hesitações; distratibilidade.
Coordenação motora - problemas de escrita	Respiração irregular.
Escore Total	142
Participante 5	
Motor - fala	Fala rápida; festinação; uso inadequado das pausas; disfluências excessivas.
Pragmática	Troca de turnos inadequada; falta de habilidade de automonitoramento.
Linguagem - cognição	Muitas interjeições; linguagem confusa; parece que fala antes da formulação adequada do pensamento.
Coordenação motora - problemas de escrita	Incoordenação pneumofonoarticulatória.
Escore Total	130
Participante 6	
Motor - fala	Velocidade de fala rápida e irregular; festinação; uso inadequado das pausas; disfluências excessivas.
Pragmática	Falante compulsivo; troca de turnos inadequada; dificuldade de encontrar palavras.
Linguagem - cognição	Muitas revisões, hesitações e interjeições; linguagem confusa; pobre formulação da linguagem; dificuldade de ater-se ao tema.
Coordenação motora - problemas de escrita	Atividades motoras rápidas ou impulsivas; problema controle motor para a escrita; trocas ou omissões na de grafemas.
Escore Total	148
Participante 7	
Motor - fala	Fala rápida; velocidade de fala irregular; palavras condensadas.
Pragmática	Fala melhora quando está concentrado; pouco esforço durante as disfluências.
Linguagem - cognição	Inadequada introdução, manutenção e término do tema; parece que fala antes da formulação adequada do pensamento.
Coordenação motora - problemas de escrita	Escrita com transposição ou omissão de letras, sílabas ou palavras.
Escore Total	129
Participante 8	
Motor - fala	Início da voz alta e termina em murmúrio; festinação; fala rápida; falta de pausas entre palavras e frases; velocidade de fala irregular.
Pragmática	Falta de consciência de seu problema; falante compulsivo; dificuldade de encontrar palavras.
Linguagem - cognição	Linguagem desorganizada; muitas revisões, interjeições e hesitações; inadequada introdução, manutenção e término do tema.
Coordenação motora - problemas de escrita	Respiração irregular; escrita com transposição ou omissão de letras, sílabas ou palavras.
Escore Total	141

Legenda: IPT = Inventário Preditivo de Taquifemia.

A média total do escore no Inventário Preditivo de Taquifemia foi de 135,63 (Tabela 6). A pontuação máxima total do escore do ITP é de 198. Nas áreas de pragmática e de motor - fala a pontuação máxima que pode ser atingida é de 60 cada uma, na área de linguagem - cognição é de 48 e na

área coordenação motora - problemas de escrita é de 30. Neste sentido, os dados da Tabela 6, mostraram que, em ordem decrescente as áreas mais afetadas neste protocolo foram motor - fala, linguagem - cognição, pragmática e coordenação motora - problemas de escrita.

Tabela 6 - Distribuição da média e do desvio padrão dos escores obtidos no inventário preditivo de taquifemia

Escores	N	Média	Desvio padrão
Pragmática	8	38,50	3,34
Motor - fala	8	46,75	4,30
Linguagem - cognição	8	33,00	4,28
Coordenação motora - problemas de escrita	8	17,38	2,07
Escore total	8	135,63	8,60

Legenda: N = número.

■ DISCUSSÃO

A taquifemia é um distúrbio da fluência raro e pouco investigado. Neste sentido, informações descritas pelos próprios adultos com taquifemia devem ser caracterizadas para melhor compreensão das manifestações clínicas por parte dos fonoaudiólogos. Neste estudo foram caracterizados os achados relevantes da história clínica de 8 adultos com taquifemia. Obteve-se predomínio do gênero masculino na amostra pesquisada.

Os dados coletados da avaliação da fluência mostraram que o grupo foi heterogêneo, pois alguns apresentaram valores de taxa de elocução e de descontinuidade de fala próximos aos considerados normais¹², no entanto, outros manifestaram valores bem acima dos dados normativos confirmando estudos prévios^{3-6,8}. Este achado corrobora a literatura, tendo em vista que o quadro clínico da taquifemia é heterogêneo¹³. Vale ressaltar que, de acordo com a definição de taquifemia mais aceita pela comunidade científica, não necessariamente o fluxo de sílabas por minuto precisa estar aumentado¹. Neste sentido, um adulto apresentou o fluxo de sílabas por minuto dentro do intervalo de confiança da normalidade. Os resultados desta investigação reforçam achados prévios de que a irregularidade na taxa de elocução é uma característica típica da taquifemia e que pode interferir na avaliação da fluência desta população⁸.

Os valores encontrados no Inventário Preditivo de Taquifemia (IPT)¹¹ foram maiores de 120, conforme era critério de inclusão, com grande

variabilidade reforçando a heterogeneidade do grupo pesquisado.

O histórico familiar dos adultos mostrou que a hereditariedade positiva para os distúrbios da fluência (taquifemia e gagueira) esteve presente em todos os casos. Portanto, a genética dos distúrbios da fluência é um aspecto importante a ser considerado na história clínica da taquifemia.

O início do distúrbio ocorreu principalmente na infância, geralmente notado pelos pais, apesar de terem procurado o atendimento na fase adulta. O surgimento do distúrbio frequentemente não esteve associado com algum fator de estresse psicossocial, ressaltando a organicidade da taquifemia¹³. Portanto, o taquifêmico conviveu vários anos com o distúrbio, e escutou frequentemente os comentários dos ouvintes referentes às queixas de ininteligibilidade da fala e taxa de elocução aumentada. Este fato pode ter colaborado para que todos taquifêmicos relatassem que desenvolveram consciência da dificuldade da fala e apresentaram habilidade de automonitoramento (segundo a opinião dos próprios taquifêmicos). No entanto, apenas metade da amostra relatou melhora do quadro clínico. Ressalta-se, portanto, a importância da intervenção fonoaudiológica para a diminuição das manifestações clínicas da taquifemia.

Os achados referentes à consciência da dificuldade da fala descrita pelos taquifêmicos investigados podem justificar a presença da preocupação em relação à reação do ouvinte, relatada pela maioria da amostra. Porém, a maior parte dos adultos não relatou a presença de tensão muscular ou de concomitantes físicos.

Os dados sobre os comentários dos ouvintes mostraram que, para a grande maioria, as pessoas perceberam o aumento da taxa de elocução bem como o prejuízo na inteligibilidade da fala e, conseqüentemente, solicitaram repetição da mensagem. Informações semelhantes foram encontradas na queixa fonoaudiológica, pois todos manifestaram queixa de taxa de elocução aumentada e, metade apresentou queixa de prejuízo na inteligibilidade da fala. Esses dados são concordantes com a literatura pesquisada⁴.

Referente aos fatores pessoais ou à personalidade descrita pelos taquifêmicos, todos referiram sentimentos de ansiedade e perfeccionismo. Frequentemente, sentimentos de vergonha, impaciência, inquietação, distratibilidade também foram informados pelos adultos. Não foram encontradas informações sobre estes aspectos na literatura compilada mais recente de taquifemia.

Os achados referentes às dificuldades articulatórias corroboram um estudo que relatou a presença de dificuldades articulatórias em taquifêmicos como omissão de sílabas não tônicas, dificuldades com sibilantes e omissão de consoantes⁷. Outra investigação também destaca a articulação imprecisa como uma importante manifestação da taquifemia⁴.

O amplo espectro de manifestações clínicas descritas pelos adultos com taquifemia corrobora a complexidade do distúrbio citada na literatura^{2,3}. Além das alterações discutidas anteriormente com relação à fala, destaca-se a linguagem oral, a prosódia e a escrita. Alterações da linguagem são frequentemente citadas no quadro clínico da taquifemia^{2,7}. Além disso, o excesso de disfluências comuns manifestadas pelos taquifêmicos representa também dificuldades de linguagem e não motoras^{2,8}. Vale ressaltar que, na parte da linguagem – cognição a dificuldade de coordenar o pensamento com a fala foi frequentemente citado pelos adultos com taquifemia. Este achado corrobora a literatura que descreveu que, na taquifemia, pode ocorrer a falta de sincronia entre a organização e a formulação da mensagem que pretende produzir durante o processo de encadeamento das idéias⁵.

A inadequação da prosódia relatada na linguagem oral acarreta alterações na escrita especialmente no uso inadequado da acentuação, uma vez que o taquifêmico não reconhece e nem utiliza adequadamente o estresse silábico. A falta

de pausas e a taxa de elocução aumentada que ocorrem na fala colaboram para as dificuldades de pontuação na escrita relatadas pelos taquifêmicos. Os achados da leitura e escrita confirmam resultados prévios encontrados em taquifêmicos¹⁰.

Vale ressaltar que, a interação entre as diversas manifestações que ocorrem na fala, como incoordenação pneumofonoarticulatória, taxa de elocução aumentada, prosódia inadequada, disfluências excessivas e dificuldades articulatórias somadas às manifestações da linguagem, como dificuldade de acesso ao léxico e linguagem confusa resultam num prejuízo da inteligibilidade da fala.

Em síntese, esses achados apresentam importante implicação clínica, tendo em vista que contribuem tanto para auxiliar a realização do diagnóstico da taquifemia, bem como na elaboração do planejamento terapêutico. Uma das limitações do estudo é a utilização de informações baseadas no relato dos próprios adultos com taquifemia, e não na avaliação dessas manifestações. Investigações complementares poderão confirmar esses achados e assim favorecer a melhor compreensão do quadro clínico da taquifemia.

■ CONCLUSÃO

Os principais achados relevantes da história clínica de adultos com taquifemia foram: histórico familiar positivo para os distúrbios da fluência; surgimento das manifestações na infância sem causa aparente; queixa de taxa de elocução aumentada e prejuízo na inteligibilidade da fala; melhora do quadro clínico no decorrer dos anos, que pode estar associada à consciência da dificuldade e habilidade de automonitoramento; alterações na articulação, na prosódia e na escrita; dificuldades de acesso ao léxico; incoordenação pneumofonoarticulatória, e; presença de ansiedade. Portanto, um amplo espectro de manifestações na fala, na linguagem oral e na linguagem escrita foi relatado por adultos com taquifemia.

■ AGRADECIMENTOS

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pelo apoio concedido para realização dessa pesquisa, sob processo número 2012/00541-9.

ABSTRACT

Purpose: to characterize the relevant findings of the clinical history of adults who clutter. **Methods:** participants were 8 adults who clutter (AWC), with ages between 8 and 39 years old, which 7 were men. The inclusion criteria were: complaint of fast speech rate, with damages in the communication; presence of excessive other disfluencies; score above 120 in the Predictive Cluttering Inventory. Data were gathered by clinical and familial history, assessment of fluency and Predictive Cluttering Inventory. **Results:** the familial history was positive for fluency disorders for all subjects, whereas 3 for cluttering and 5 for stuttering. According to the complaint, 100% reported fast speech rate and 50% reported impairments in speech intelligibility. All the AWC showed awareness of the speech difficulty and presented some strategy of self-monitoring. Information about language - cognition showed that the majority of the adults reported word-finding problems, excessive revisions, interjections/fillers and hesitations in the speech. **Conclusion:** the main findings of the clinical history from AWC were: positive familial history for fluency disorders; the beginning of the manifestations was in the childhood without apparent cause; complaints of fast speech rate and impairments in speech intelligibility; improvement of the clinical status during the years, which may be associated with an awareness of the speech difficulty and ability of self-monitoring; inappropriate articulation, prosody and writing; word-finding problems; respiratory-speech-articulatory incoordination, and presence of anxiety.

KEYWORDS: Speech, Language and Hearing Sciences; Speech; Diagnosis; Speech Disorders; Anamnesis.

REFERÊNCIAS

1. St Louis KO, Schulte K. Defining cluttering: The lowest common denominator. In: Ward D, Scott S, editors. Cluttering: A handbook of research, intervention and education. New York: Psychology Press; 2011. p. 233-53.
2. Bretherton-Furnee J, Ward D. Lexical access, story re-telling and sequencing skills in adults who clutter and those who do not. *J Fluency Disord.* 2012;37(4):214-24.
3. Oliveira CMC, Broglio GAF, Bernardes APL, Capellini SA. Relação entre taxa de elocução e descontinuidade da fala na taquifemia. *CoDAS.* 2013;25(1):59-63.
4. LaSalle LR, Wolk L. Stuttering, cluttering, and phonological complexity: Case studies. *J Fluency Disord.* 2011;36:285-9.
5. Myers FL, Bakker K, St Louis KO, Raphael LJ. Disfluencies in cluttered speech. *J Fluency Disord.* 2012;37(1):9-19.
6. Souza JB, Paschoalino FC, Cardoso VM, Oliveira CMC. Frequência e tipologia das disfluências: análise comparativa entre taquifêmicos e gagos. *Rev CEFAC.* 2013;15(4):857-86.
7. Van Zaalen Y, Wijnen F, Dejonckere PH. Differential diagnostics characteristics between cluttering and stuttering - part one. *J Fluency Disord.* 2009;34:137-46.
8. Oliveira CMC, Bernardes APL, Broglio GAF, Capellini SA. Perfil da fluência de indivíduos com taquifemia. *Pró-Fono R Atual Cient.* 2010;22(4):445-50.
9. Van Zaalen Y, Wijnen F, Dejonckere PH. Differential diagnostics characteristics between cluttering and stuttering - part two. *J Fluency Disord.* 2009;34:146-54.
10. Oliveira CMC, Capellini AS, Kanabben R, Borges L. Avaliação da leitura e escrita em taquifêmicos. *J Bras Fonoaudiol.* 2000;1:48-54.
11. Daly DA. Predictive of Cluttering Inventory (PCI) [homepage na Internet]. Pennsylvania: International Cluttering Association- ICA, [atualizada em 2006; acesso em 2013]. Disponível em: <http://associations.missouristate.edu/ICA/>.
12. Andrade CRF. Perfil da fluência da fala: parâmetros comparativos diferenciados por idade para crianças, adolescentes, adultos e idosos [CD-ROM]. Barueri (SP): Pró-Fono; 2006.
13. Alm PA. Cluttering: a neurological perspective. In: Ward D, Scott KS, editors. Cluttering: a handbook of research, intervention and education. New York: Psychology Press; 2011. p. 3-28.

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201420213>

Recebido em: 21/11/2013

Aceito em: 14/03/2014

Endereço para correspondência:

Cristiane Moço Canhetti de Oliveira

Av. Hygino Muzzi Filho, 737, Vila Universitária

Marília – SP – Brasil

CEP: 17525-000

E-mail: cmcoliveira@marilia.unesp.br