

Síndrome do Dialeto Estrangeiro e Síndrome Tipo Dialeto Estrangeiro: contribuições da avaliação fonoaudiológica para o diagnóstico diferencial

Palavras-chave: Distúrbios da fala; Medida da Produção da Fala; Inteligibilidade da Fala; Fala.

INTRODUÇÃO

Considerada um distúrbio adquirido da fala de incidência extremamente rara, a Síndrome do Dialeto Estrangeiro (SDE) caracteriza-se pela emergência de alterações de fala, após lesão cerebral, que provocam no falante e em seus interlocutores a percepção de aquisição de um sotaque estrangeiro. Em pesquisa realizada no *PubMed* em maio do presente ano, apenas 44 publicações sobre o tema foram encontradas, abrangendo aproximadamente 38 casos descritos desde 1985. No Brasil, até o momento, apenas quatro casos foram publicados⁽¹⁻³⁾.

Embora seja reconhecida, na literatura neuropsicológica, a etiologia neurológica da SDE, raros casos descritos foram relacionados a causas psiquiátricas^(4,5). Em geral, tais estudos sugerem a participação de mecanismos conversivos na manutenção ou agravamento da síndrome, sem descartar a origem neurológica do déficit. Em 2001, o primeiro caso atribuído à causa psiquiátrica primária foi descrito, e então denominado de Síndrome Tipo Dialeto Estrangeiro (SDTE)⁽⁶⁾.

Considerando a reduzida incidência e prevalência deste distúrbio adquirido da fala e a escassez de estudos na área, a caracterização clínica do distúrbio da comunicação destes casos pode colaborar na elucidação do diagnóstico diferencial de forma mais precisa, principalmente quando a origem neurológica do distúrbio não pode ser comprovada. Assim, foi objetivo deste estudo descrever e comparar dois casos desta síndrome em falantes nativos do português brasileiro, em sua forma clássica (SDE) e em sua variante psiquiátrica (STDE).

MÉTODOS

Um estudo de caso foi realizado, com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP 0170/05).

Participaram do estudo dois pacientes com diagnósticos fonoaudiológicos de SDE e STDE, falantes nativos do português brasileiro:

- Caso 1: homem, destro, 69 anos de idade, 4 anos de escolaridade, natural de São Paulo, com história pregressa de acidente vascular encefálico e exame de imagem indicativo de lesão isquêmica parietal esquerda, decorrente de mecanismo cardioembólico.
- Caso 2: mulher, destra, 43 anos de idade, 11 anos de escolaridade, natural de Santa Fé do Sul, com história de transtorno psiquiátrico de longa data e exame de imagem

indicativo de múltiplos focos isquêmicos periventriculares e subcorticais em região de pequenos vasos, decorrente de microangiopatia.

Ambos os pacientes foram submetidos à avaliação no Núcleo de Investigação Fonoaudiológica em Neuropsicolinguística da UNIFESP, com a queixa de alteração de fala, similar a um sotaque, um ou dois meses após o início dos sintomas.

Para a investigação dos casos, realizou-se a avaliação fonoaudiológica composta por anamnese, *Protocolo de Avaliação da Apraxia de Orofacial e da Fala* e avaliação da linguagem através de testes formais. Além disso, a análise perceptivo-auditiva da fala foi realizada. Para tal, amostras de fala dos pacientes foram gravadas através da execução das seguintes tarefas: leitura de 24 palavras, leitura de texto e fala espontânea. As gravações foram realizadas com o microfone *Cyber Acoustic*, AC-100, acoplado ao *notebook Toshiba*, por meio do programa *Sound Forge*, versão 4.5, em sua configuração padrão.

Para a análise perceptual, duas fonoaudiólogas, com experiência na área de distúrbios neurológicos adquiridos, realizaram a transcrição fonética das amostras de fala gravadas, de modo independente. Investigou-se a ocorrência de possíveis erros segmentares (omissões, adições ou substituições silábicas ou fonêmicas e alterações morfêmicas) e suprasegmentares (pausas atípicas, marcação inadequada da sílaba tônica, ênfase inadequada de palavras e variações excessivas de *pitch*). Para a análise dos resultados, foram considerados apenas os erros em que houve consenso por parte das avaliadoras. A inteligibilidade foi estimada a partir da amostra da fala espontânea, calculando-se a porcentagem de segmento de fala inteligível.

Adicionalmente, o julgamento do sotaque estrangeiro foi realizado por 10 voluntários leigos, de alta escolaridade, com média de idade de 37 anos. A tarefa de julgamento consistiu em ouvir cada estímulo de fala apenas uma vez e classificá-lo quanto à presença de sotaque, segundo escala de *Likert*, proposta em estudo prévio⁽⁷⁾. Esta escala variava de 0 a 4, onde 0 representava que a amostra era definitivamente de um falante natural do português brasileiro e 4 representava o extremo oposto, ou seja, que se tratava definitivamente de um estrangeiro falando essa língua. Como material de fala, utilizou-se 12 frases editadas da amostra de leitura de texto. Cada grupo de 5 ouvintes foi apresentado a 6 frases diferentes de cada paciente. Os ouvintes também foram solicitados a identificar os possíveis sotaques em cada caso.

Quanto à análise dos dados, para a avaliação perceptivo-auditiva calculou-se a distribuição de frequência dos erros por sujeito, segundo o tipo de erro (segmentar ou suprasegmentar) e os tipos de segmentos de fala alterados, de acordo com o material de fala analisado. Em relação ao julgamento do sotaque percebido, calculou-se a mediana das classificações atribuídas pelos ouvintes para todos os 12 estímulos produzidos por cada falante.

RESULTADOS

Os dados da anamnese revelaram ausência de exposição prévia à língua estrangeira em ambos os casos. Contudo, a forma de instalação do distúrbio de fala diferiu entre os pacientes, com instalação súbita do quadro no caso 1 e insidiosa e de caráter transitório no caso 2. Neste caso, os episódios esporádicos de alteração da fala associavam-se a espasmos da musculatura apendicular, desencadeados por situações de estresse emocional, e assumiram a característica de aparente sotaque após seis anos.

Em relação à avaliação formal da fala e da linguagem, foram encontradas falhas da programação motora da fala e dos movimentos orofaciais, sugestivas de apraxia verbal e não-verbal de grau leve, apenas no caso 1. Quanto à execução motora da fala, constatou-se a ocorrência de distorções articulatórias e desvios prosódicos, com preservação das demais bases motoras da fala, descartando o diagnóstico de disartria. Além disso, os pacientes apresentaram desempenho adequado nos testes de linguagem.

As tabelas 1 e 2 apresentam, respectivamente, os resultados da análise perceptual quanto à frequência de tipos de erros, de acordo com os diferentes materiais de fala.

Tabela 1. Frequência de tipos de erros segmentares identificados.

Tipo de Alteração	Leitura de palavras				Leitura de texto				Fala espontânea			
	Caso 1		Caso 2		Caso 1		Caso 2		Caso 1		Caso 2	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Acréscimo silábico	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0
Omissão silábica	0	0	2	7	1	14	2	7	2	25	3	6
Acréscimo fonêmico	0	0	2	7	1	14	1	3	0	0	2	4
Omissão fonêmica	0	0	12	41	5	72	9	30	5	62,5	22	44
Substituição fonêmica	4	100	12	41	0	0	17	57	0	0	23	46
Alterações morfêmicas	0	0	0	0	0	0	1	3	1	12,5	0	0
Total	4	100	29	100	7	100	30	100	8	100	50	100

Tabela 2. Frequência de tipos de erros suprasegmentares identificados.

Tipo de Alteração	Leitura de palavras				Leitura de texto				Fala espontânea			
	Caso 1		Caso 2		Caso 1		Caso 2		Caso 1		Caso 2	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pausas intersilábicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pausas interpalavras	-	-	-	-	0	0	0	0	0	0	3	50
Falha na marcação da sílaba tônica	0	0	1	100	2	100	0	100	3	100	0	0
Ênfase inadequada em frases	-	-	-	-	0	0	0	0	0	0	0	0
Varição de <i>pitch</i> em frases	-	-	-	-	0	0	0	0	0	0	3	50
Total	0	0	1	100	2	100	0	100	0	100	6	100

Quanto à frequência de erros por segmento de fala alterado, os resultados podem ser encontrados na tabela 3.

Tabela 3. Frequência de erros segundo o tipo de segmento de fala.

Tipo de Segmento de Fala	Leitura de palavras		Leitura de texto		Fala espontânea	
	Caso 1	Caso 2	Caso 1	Caso 2	Caso 1	Caso 2

	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sílabas	0	0	1	3	1	12,5	2	7	2	25	3	6
Vogais	0	0	20	67	3	37,5	11	37	1	12,5	27	54
Consoantes	6	100	9	30	1	12,5	15	50	4	50	20	40
Ditongos	0	0	0	0	2	25	1	3	0	0	0	0
Encontros consonantais	0	0	0	0	1	12,5	0	0	0	0	0	0
Morfemas	0	0	0	0	0	0	1	3	1	12,5	0	0
Total	6	100	30	100	8	100	30	100	8	100	50	100

A inteligibilidade da amostra de fala espontânea alcançou 95,5% no caso 1 e 55,3% no caso 2.

Em relação ao julgamento do sotaque, o escore mediano do primeiro caso foi 1 (quase certeza de que é um falante natural do português brasileiro), variando de 0 a 4 entre as frases. No caso 2, o escore mediano foi 4 (definitivamente é um estrangeiro falando português brasileiro). Quando perguntados sobre o sotaque percebido para cada falante, 6/10 ouvintes identificaram um sotaque português europeu no caso 1 e 7/10 ouvintes, um sotaque francês no caso 2.

DISCUSSÃO

Nos dois casos relatados, as principais características desta síndrome, descritas na literatura, puderam ser identificadas, como a percepção de um sotaque estrangeiro pelos próprios falantes e seus ouvintes, aliado à ausência de exposição prévia à língua cujo sotaque foi aparentemente adquirido^(7,8). Quanto ao diagnóstico por imagem, apesar das alterações evidenciadas no caso 2, sua localização diverge dos demais casos de SDE relatados, em que predominam lesões em áreas anteriores do hemisfério dominante e áreas adjacentes ao sulco pré-central e ínsula anterior^(9,10).

Em ambos os pacientes, foram identificadas manifestações segmentares e suprasegmentares, que caracterizam este quadro clínico, com predomínio das alterações segmentares. A maior ocorrência de substituições e omissões fonêmicas nos dois casos, afetando prioritariamente vogais e consoantes, corrobora os achados de outros casos relatados^(7,8).

Apesar das similaridades encontradas, foram constatadas diferenças quanto ao padrão de distribuição de frequência destas manifestações entre os casos, como pôde ser observado nas tabelas 1 e 2. Tanto os erros segmentares quanto os suprasegmentares foram mais frequentes no caso 2. Além disso, neste caso o tipo de material de fala analisado não parece ter influenciado o tipo de erro segmentar, diferentemente do primeiro paciente em que maior frequência de substituições fonêmicas foi observada nas palavras, enquanto na fala encadeada predominaram as omissões. Quanto às alterações suprasegmentares, maior variedade de manifestações prosódicas foi identificada na fala encadeada do segundo paciente.

Os resultados do julgamento perceptivo dos ouvintes, que atribuíram ao caso 2 o escore mais elevado, concordam com os achados da análise perceptivo-auditiva realizada por especialistas. A maior ocorrência de erros segmentares e suprasegmentares tornaram a fala deste indivíduo mais próxima de um falante estrangeiro. Diferentemente, as alterações encontradas no caso 1 levaram os ouvintes a classificá-lo como um provável falante de português brasileiro.

Dentre as diferenças encontradas, a principal característica que os distingue pode ser atribuída ao prejuízo da inteligibilidade, pois as abundantes alterações evidenciadas na fala do segundo paciente comprometeram de modo relevante sua emissão (55,3% de fala inteligível). Tal manifestação diverge dos casos clássicos de SDE, em que a preservação da inteligibilidade da fala é uma das características definidoras deste tipo de distúrbio da fala⁽¹⁰⁾.

CONCLUSÃO

Apesar do comprometimento neurológico constatado pelo exame de imagem, sua localização e a forma de apresentação das alterações de fala no nível segmentar e prosódico, com comprometimento relevante da inteligibilidade da fala, diferenciaram o segundo caso dos casos clássicos de SDE. Tais manifestações podem ser úteis na identificação da STDE. A avaliação fonoaudiológica pautada em uma anamnese detalhada e na seleção criteriosa dos instrumentos de investigação é fundamental para o diagnóstico diferencial e, conseqüentemente, para a adequada condução do caso.

Referências Bibliográficas

1. Yamasaki R, Behlau M, Kuhn AMB, Silva N, Spozito M. Disprosódia: Dialeto pseudo-estrangeiro. In: Behlau M. O Melhor que vi e ouvi: atualização em laringe e voz. Rio de Janeiro: Revinter; 1998.
2. Christoph DH, Freitas GR, Santos DP, Lima MA, Araújo AQ, Carota A. Differential perceived foreign in one patient after perrolandic hematoma. *Eur Neurol*. 2004; 52(4):198-201.
3. Pinto JA, Corso RJ, Guilherme ACR, Pinho SR, Nóbrega MO. Dysprosody nonassociated with neurological diseases: a case report. *J Voice* 2004; 18(1):90-6.
4. Gurd JM, Coleman JS, Costello A, Marshall JC. Organic or functional? A new case of foreign accent syndrome. *Cortex*. 2001; 37:715-8.
5. Poulin S, Macoir J, Paquet N, Fossard M, Gagnon L. Psychogenic or neurogenic origin of agrammatism and foreign accent syndrome in a bipolar patient: a case report. *Ann Gen Psychiatry*. 2007; 6:1-7.
6. Reeves RR, Norton JW. Foreign accent-like syndrome during psychotic exacerbations. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol*. 2001; 14(1):135-8.
7. Miller N, Lowit A, O'Sullivan H. What makes acquired foreign accent syndrome foreign? *J Neuroling*. 2006; 19:385-409.
8. Blumstein SE, Alexander MP, Ryalls JH, Katz W, Dworetzky B. On the nature of the foreign accent syndrome: a case study. *Brain Lang*. 1987; 31:215-44.
9. Scott SK, Clegg F, Rudge P, Burgess P. Foreign accent syndrome, speech rhythm and the functional neuroanatomy of speech production. *J Neuroling*. 2006; 19:370-84.
10. Varley R, Whitside S, Hammill C, Cooper K. Phases in speech encoding and foreign accent syndrome. *J Neuroling*. 2006; 19:356-69.