

Perturbações da Fala e da Linguagem

Cláudia Pedrosa, Teresa Temudo

RESUMO

O atraso da linguagem é um motivo frequente de referência a uma consulta de pediatria. As consequências do seu diagnóstico e orientação tardios são diversas e com repercussões que se prolongam até à vida adulta. Ao pediatra cabe o papel de identificar as crianças em risco ou com atraso da linguagem, determinar a sua causa e orientar para uma equipa multidisciplinar especializada nestes distúrbios, que efectuará uma avaliação pormenorizada do problema bem como a sua abordagem terapêutica.

Os autores fazem uma revisão do mecanismo da comunicação oral, da aquisição da linguagem, dos sinais de alarme, da classificação dos distúrbios, das características clínicas dos principais distúrbios e do modo de actuação perante um atraso da linguagem.

Palavras-chave: Fala; linguagem; perturbações; atraso do desenvolvimento; crianças.

Nascer e Crescer 2004; 13 (4): 337-341

INTRODUÇÃO

A prevalência das perturbações da fala e da linguagem é desconhecida^(1,2). Estima-se que 1% das crianças chegam à idade escolar com uma perturbação grave da linguagem^(1,3) existindo um predomínio destas perturbações no sexo masculino⁽⁴⁾.

Na realidade estes distúrbios são frequentemente sub-diagnosticados ou diagnosticados tardiamente⁽⁵⁾. As con-

sequências do seu diagnóstico e orientação tardios são diversas, com repercussões emocionais, cognitivas e a nível social⁽²⁾, que se prolongam até à vida adulta. Sendo a vigilância regular da criança uma função do pediatra ou do médico de medicina geral e familiar, é necessário que estes estejam atentos para este problema de modo a poderem identificá-lo o mais precocemente possível.

O atraso da linguagem é um motivo frequente de referência a uma consulta de pediatria^(1,6). Ao pediatra cabe o papel de identificar as crianças em risco ou com atraso da linguagem, determinar a sua causa e orientar para uma equipa multidisciplinar especializada nestes distúrbios, que efectuará uma avaliação pormenorizada do problema bem como a sua abordagem terapêutica^(1,3,6).

MECANISMO DA COMUNICAÇÃO ORAL

A linguagem é controlada pelo hemisfério não dominante, ou seja, nos dextros é controlada pelo hemisfério esquerdo. A percepção da linguagem é feita na área auditiva primária (no lobo temporal), que faz a recepção dos sinais sonoros que codificam a palavra. A compreensão da linguagem é o passo seguinte e realiza-se na área de Wernicke, que faz a interpretação da palavra, descodificando-a. Esta área está localizada na região póstero-superior do lobo temporal. Posteriormente e ainda nesta área, é formulada uma resposta, isto é, é determinada a palavra que vai ser dita. Ocorre uma transmissão de sinais da área de Wernicke para a área de Broca, através do feixe arqueado, e na última é efectuado o planeamento motor da

resposta já determinada. A área de Broca localiza-se no lobo frontal e é uma área motora especializada no controlo da formação das palavras. Por fim, os sinais são transmitidos para o córtex motor, pré-frontal, que controla os músculos da fonação, os quais emitem a palavra^(1,7).

A linguagem receptiva inclui a sensação auditiva, a percepção e a compreensão da palavra. A linguagem expressiva inclui a formulação da palavra, o planeamento e o controlo motor da fonação e a articulação propriamente dita⁽⁶⁾.

AQUISIÇÃO DA LINGUAGEM

A aquisição da linguagem^(2,3,8,9,10) ocorre paralelamente à das outras áreas do desenvolvimento, influenciando e sendo influenciada por estas. A linguagem não deve ser avaliada isoladamente, mas inserida na avaliação global do desenvolvimento.

Alguns marcos do desenvolvimento ajudam o pediatra a enquadrar a linguagem que a criança apresenta, numa idade cronológica média em que habitualmente uma criança normal apresenta o seu padrão de linguagem e, deste modo, permite uma comparação com os pares. Contudo, existe uma variabilidade muito grande dos limites da normalidade, pelo que cada criança é um caso particular e como tal uma vigilância regular pode tornar-se um meio útil e eficaz de seguimento e avaliação.

O lactente, entre o terceiro e o sexto mês de vida, palra em resposta à voz humana e entre os seis e os nove meses balbucia. Entre os 10 e os 11 meses começa a imitar sons e diz "mama" e "papa" ou outros dissílabos sem significado. Ao ano de vida diz a primeira

Interna Complementar de Pediatria - Serviço de Pediatria - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia Assistente Hospitalar Graduada de Pediatria - Serviço de Pediatria - Hospital Geral de Santo António

palavra com significado e imita palavras maiores de duas e três sílabas.

A criança entre os 13 e os 15 meses apresenta um vocabulário de quatro a sete palavras e faz jargão, isto é, emite um conjunto de sons que não se individualizam em palavras, mas parece que está a falar, imitando os sons entendidos. Entre os 16 e os 18 meses diz 10 palavras, manifesta alguma ecolalia e um jargão exuberante. Dos 19 aos 21 meses o vocabulário aumenta para 20 palavras e cerca de 50% da sua fala é percebida pelos estranhos. Dos 22 aos 24 meses diz mais de 50 palavras, faz frases de duas palavras e deixa de fazer jargão. Nesta fase o jargão assume gradualmente as características de uma verdadeira linguagem.

No terceiro ano de vida verifica-se um enriquecimento significativo do vocabulário. Entre os dois anos e os dois anos e meio diz 400 palavras (incluindo nomes), faz frases de duas a três palavras, usa pronomes (eu, meu, tu, ...) e ocorre uma diminuição da ecolalia. Cerca de 75% da fala é percebida pelos estranhos. Até aos 3 anos aprende a usar o plural e o passado, sabe a idade e o sexo, conta três objectos correctamente e faz frases de três a cinco palavras. Cerca de 80 a 90% da fala é percebida pelos estranhos e usa a maioria das preposições (até, com, de, ...).

Entre os três e os quatro anos é capaz de construir frases de três a seis palavras, faz perguntas, conversa, relata experiências e conta histórias. Quase toda a fala é percebida pelos estranhos no final do quarto ano de vida.

Dos quatro aos cinco anos consegue fazer frases de seis a oito palavras, nomeia quatro cores e conta até 10 correctamente.

O desenvolvimento da linguagem completa-se até aos 15 anos, todavia, é possível evoluir linguisticamente mesmo após essa idade, não havendo um limite ⁽¹¹⁾.

SINAIS DE ALARME

Apesar da existência de uma grande variabilidade na aquisição da linguagem, é necessário rastrear as crianças em

risco e diagnosticar as que apresentam atraso, para que seja possível efectuar uma intervenção precoce. Os sinais de alarme devem alertar o clínico para este problema: falta de interacção adulto/criança a impedir a comunicação antes dos oito meses (o que pode ser quantificado, sem utilizar a palavra, pelo contacto ocular), lactente que aos oito meses não balbucia, criança que aos 18 meses não diz qualquer palavra, aos dois anos não junta duas palavras ou não imita e não tem jogo simbólico, aos três anos não faz frases ou apresenta uma fala ininteligível ⁽¹⁾. Em todas estas crianças é necessário ponderar a referência a um especialista em linguagem para uma avaliação.

Na prática podemos considerar, arbitrariamente, atraso na aquisição da linguagem se não diz qualquer palavra aos 18 meses e se não faz frases aos 30 meses ^(3,8,12).

CLASSIFICAÇÃO DAS PERTURBAÇÕES DA FALA E DA LINGUAGEM

Antes de abordar a classificação é importante reter alguns conceitos ^(1,2).

Linguagem é o conhecimento do sistema simbólico usado na comunicação.

Voz é a coluna de ar com vibração pelo movimento do ar na traqueia e laringe.

Fala é o acto motor de comunicar pela articulação de expressões verbais.

Semântica é a compreensão do significado das ideias na conversação.

Pragmática é a adaptação do comportamento e regras da linguagem às situações sociais.

Sintaxe é a estrutura das frases.

Do ponto de vista clínico, podemos dividir os problemas em perturbações da fala e perturbações da linguagem ⁽¹⁾. Estas últimas podem ser subdivididas em primárias e secundárias ^(1,3).

As perturbações da fala podem caracterizar-se por anomalia da voz (disfonia), do ritmo da fala (disritmia) ou da sua articulação (dislalia) ^(1,3,6).

A disfonia inclui qualquer alteração dos parâmetros vocais da qualidade do som (ressonância, tonalidade, intensidade) e depende estruturalmente da larin-

ge e do esfíncter velo-faríngeo ⁽¹³⁾. É exemplo uma rouquidão consequente a uma laringite crónica.

Como exemplo da disritmia temos a gaguez, que corresponde a uma alteração da fluência da fala.

A dislalia tem origem morfológica e caracteriza-se por dificuldade em articular os fonemas. Existe uma alteração intrínseca da estrutura buco-língua-facio-faríngea, ou seja da estrutura que sustenta a fonação ⁽³⁾. É exemplo a dislalia apresentada pelas crianças com fenda palatina.

A disartria tem origem neurológica ^(3,8) e associa-se habitualmente a outras manifestações de incompetência dos órgãos fonatórios, como a sialorreia e alteração da deglutição ⁽³⁾.

As perturbações da linguagem podem ser secundárias ou primárias, consoante se associam ou não a problemas neuro-sensoriais que não afectam directamente os órgãos da fonação. As causas secundárias mais importantes são o atraso mental, a hipocausia, o autismo e a privação psico-social ⁽³⁾.

Há uma sobreposição significativa entre os grupos ⁽¹⁾, sendo esta classificação um modo útil de ajudar o clínico a sistematizar os problemas.

A afasia resulta de lesão que ocorre após o início do desenvolvimento da linguagem (geralmente após os dois anos) ⁽³⁾, pelo que é sempre adquirida.

PRINCIPAIS PERTURBAÇÕES

Gaguez

A gaguez é uma perturbação da fala cuja etiologia é desconhecida, sendo prováveis os factores genéticos. Atinge 1% da população e há um predomínio no sexo masculino.

Consiste na dificuldade em passar suavemente de fonema para fonema, sobretudo no início das frases e com as palavras com mais de cinco letras, devido ao prolongamento repetitivo ou cessação de um som, de modo involuntário. Ocorrem pausas e repetições de sílabas e fonemas.

É frequente haver algum grau de disfluência entre os três e os quatro

anos, que não deve preocupar, sendo importante tranquilizar os pais. Também é normal haver algum grau de gaguez no início do período escolar, o qual é transitório. Só quando persistente e progressivo, em crianças com idade superior a quatro anos, e associado a sinais de luta (tensão muscular, “caretas” faciais e movimentos do corpo) é que deve ser considerado como um problema. Por vezes é responsável por uma evicção social.

Não afecta o cantar, agrava com o stress e atenua com a distração e quando falam em uníssono com outros. É mais frequente em crianças com perturbações do desenvolvimento da linguagem.

Atraso Mental

O atraso mental é a causa mais frequente de perturbação da linguagem.

Há um atraso global do desenvolvimento, bem como um atraso em todas as áreas da linguagem.

O seu vocabulário e sintaxe são pobres, sendo a articulação menos afectada.

Autismo

Um atraso grave da aquisição da linguagem ou uma regressão da linguagem é frequentemente o sintoma de apresentação do autismo.

O autismo caracteriza-se para além do atraso da linguagem, por um atraso ou desvio do desenvolvimento social, presença de rituais obsessivos, rotinas e resistência à mudança. Não comunicam com gestos ou expressão facial e não desejam comunicar. Os que têm alguma linguagem têm pronúncia aberrante (ex: tonalidade robótica).

Evitam o uso do pronome “eu” e muitas vezes fazem uma utilização invertida dos pronomes (ex: “teu” em vez de “meu”). A semântica e a sintaxe estão diminuídas, bem como habitualmente a compreensão. A ecolalia persiste durante muito tempo.

Surdez

Em qualquer perturbação da linguagem é essencial o rastreio de surdez. As principais causas de surdez são de origem congénita ou infecciosa.

O défice auditivo adquirido após o desenvolvimento da linguagem tem menor efeito nas capacidades verbais, mas interfere na compreensão da linguagem falada. A surdez pré-linguística tem um efeito marcado no desenvolvimento da linguagem, mesmo quando diagnosticado precocemente, verificando-se a existência de um vocabulário pobre e sintaxe limitada.

A surdez ou a hipoacusia são frequentemente diagnosticadas tardiamente, isto é, após os dois anos. Dadas as capacidades não verbais serem normais, a criança surda é geralmente hábil em usar gestos e expressões faciais na interacção social, o que é um dos motivos do diagnóstico tardio.

Deve-se suspeitar de défice auditivo no lactente de cinco a seis meses que não olha para a fonte sonora que está fora do seu campo visual. É importante salientar que o lactente surdo também balbucia, pelo que o facto de ter palrado e balbuciado não exclui o diagnóstico de surdez.

Afasia Adquirida

Actualmente a principal causa são os traumatismos craneo-encefálicos, em virtude da diminuição das causas infecciosas, nomeadamente da meningite. Apesar da lesão ocorrer após o início do desenvolvimento da linguagem, a fala não é fluente, sendo frequentes os défices minor da linguagem (ex: disartria, diminuição do léxico e da sintaxe) e consequentes problemas escolares.

Existem algumas diferenças em relação à afasia do adulto: a perda da fala espontânea ocorre mais frequentemente que no adulto, contudo a recuperação da fala fluente é mais provável na criança e os défices na compreensão são menos comuns (excepto quando a lesão é bilateral). Quanto menor a idade, melhor é a capacidade de recuperação. Os défices de compreensão resolvem mais rapidamente que os de expressão.

Perturbação do Desenvolvimento da Linguagem

Também denominada afasia ou disfasia do desenvolvimento. Caracteriza-se por uma inteligência verbal que

se desenvolve mais lentamente que a inteligência nos outros domínios cognitivos. Verifica-se uma discrepância significativa entre a linguagem verbal e os domínios não verbais do desenvolvimento. Assim, para o seu diagnóstico é fundamental uma avaliação global do desenvolvimento, com discriminação do quociente de desenvolvimento verbal e não verbal, e a exclusão das perturbações da linguagem secundárias, mesmo se coexistir uma causa secundária mas que é insuficiente para justificar a gravidade do problema de linguagem. Logo, é um diagnóstico de exclusão. A sua causa é desconhecida.

Nesta perturbação a linguagem é atrasada do ponto de vista fonético, sintáctico e semântico. Existem concomitantemente vários distúrbios de articulação. Em relação a este aspecto, distinguem-se das perturbações da fala por serem mais graves, atingirem um largo espectro de fonemas e pela dificuldade ser sobretudo na transição de fonema para fonema e menos na pronúncia dos fonemas individualmente. Não são défices fonéticos relativamente fixos, mas sensíveis ao contexto (as combinações de sons são pronunciadas algumas vezes e outras não) e que agravam com o esforço mental.

Afecta todas as linguagens (oral, escrita, leitura dos lábios, gestual, Braille), o que prejudica enormemente a aprendizagem escolar. A memória verbal está também afectada e existem vários graus de dificuldade no processamento auditivo, visual e linguístico.

Isabelle Rapin^(14,15) subdividiu a perturbação do desenvolvimento da linguagem em seis subtipos^(3,11,14,15).

A Perturbação da Produção Fonológica caracteriza-se por uma fala escassa ou fluente mas com erros de sequência, sendo por isso ininteligível; o vocabulário e a compreensão são normais. Fazem numerosas substituições fonéticas, sobretudo nas tentativas de auto-correcção.

A Apraxia Verbal Congénita consiste num distúrbio da expressão, sendo a compreensão normal. Existe uma perturbação da programação dos movimentos dos órgãos fonatórios na ausência de paralisia, pelo que resulta uma

fala delapidada e laboriosa. Fazem uma produção correcta dos fonemas individualmente, mas têm dificuldade na sua emissão sequencial. A sintaxe está também afectada.

No Síndrome Fonológico-Sintáctico há um compromisso da formação de sons e da sintaxe. O vocabulário e a compreensão são normais. As repetições são difíceis e a fala telegráfica e ininteligível. Fazem igualmente substituições fonológicas.

A Agnosia Verbal Auditiva é um distúrbio da linguagem receptiva e expressiva. A criança não apreende o significado da linguagem (ausência de compreensão verbal), logo há uma ausência da fala. Não descodifica a fonologia mas descodifica os símbolos visuais. Nos casos mais graves há agnosia auditiva além da verbal, se também não têm percepção dos ruídos ambientais.

Na Perturbação Semântico-Pragmática a criança é fluente e faladora, com sintaxe preservada, mas a compreensão e o raciocínio verbal são deficientes, pelo que a fala é estereotipada e tangencial (também denominado Síndrome Cocktail Party). A semântica e a pragmática estão diminuídas.

No Défice Léxico-Sintáctico a fala é escassa mas inteligível; a criança apresenta uma dificuldade em encontrar as palavras com sintaxe imatura. As repetições são incessantes.

Alguns autores⁽¹⁾ incluem no espectro da perturbação do desenvolvimento da linguagem os atrasos simples da linguagem, que resolvem espontaneamente ou com uma intervenção mínima, os quais são constitucionais.

ABORDAGEM DO ATRASO DA LINGUAGEM

Mediante uma criança com perturbação da linguagem ou da fala é necessário efectuar uma avaliação sistematizada e completa, a qual poderá não ser possível numa só sessão. O pediatra deverá apoiar-se na colaboração de outras especialidades numa primeira abordagem, nomeadamente da otorrinolaringologia e da psicologia.

Os passos fundamentais são a história e exame objectivo, o teste de inteligência, uma avaliação da linguagem, uma avaliação da audição e meios complementares de diagnóstico consoante cada caso^(1,2,16).

História e Exame Objectivo

A anamnese deve ser detalhada procurando causas de lesão cerebral e de surdez (kernicterus, infecção congénita, otite crónica, ...), problemas da linguagem na família e história familiar de atraso mental.

No exame físico é de salientar o exame da morfologia buco-língua-faríngea, com pesquisa de fenda palatina, hipertrofia adenóide, má-oclusão dos maxilares, malformações da orelha e outros sinais dismórficos.

O exame neurológico deve focar a avaliação motora da esfera buco-língua-faríngea, a pesquisa de síndrome piramidal bilateral ou de movimentos involuntários, que possam alterar a coordenação motora dos movimentos da esfera buco-língua-faríngea, o perímetro cefálico e a avaliação auditiva.

A avaliação do desenvolvimento e do comportamento tem como objectivo integrar a linguagem da criança no contexto do seu desenvolvimento global, devendo ser feita uma avaliação verbal e não verbal. O comportamento da criança poderá orientar para a presença de autismo ou de distúrbio de hiperactividade e défice de atenção associado.

Avaliação da Linguagem

É fundamental uma avaliação da linguagem, com base na observação e diálogo com a criança e através dos dados fornecidos pelos pais. A conduta de imitação nos jogos e as actividades não verbais são uma das formas de avaliar a linguagem, bem como a interpretação da linguagem interior de uma criança durante os jogos que necessitam de conceitos verbais ou do desenho. O conhecimento da função dos objectos e o objectivo dos jogos fornece indirectamente informação sobre a linguagem não verbal da criança. O cumprimento de ordens verbais e gestuais, bem como a atenção que a criança presta aos sons

e à fala, pode dar indicação sobre a compreensão verbal da linguagem. Enquanto a criança autista não presta grande atenção à fala, a criança com défice auditivo está muito concentrada nos lábios e gestos do orador na tentativa de comunicar, não prestando, por outro lado, atenção aos sons. Outro dado a reter será o modo como é feita a comunicação em casa com os pais e se estes entendem a linguagem da criança. É importante a descrição dos pais. A fala também deve ser avaliada através da descrição pela criança de imagens de um livro infantil por exemplo.

Avaliação da Audição e da Inteligência

A avaliação da audição⁽²⁾ e do quociente de inteligência⁽¹¹⁾ deve ser feita em todas as crianças.

Meios Auxiliares de Diagnóstico

Outros meios auxiliares de diagnóstico poderão ser necessários, como o cariótipo e o teste genético para X-frágil no rapaz com atraso mental. Os exames deverão ser ponderados individualmente.

Orientação

Após o diagnóstico e uma avaliação etiológica do atraso de linguagem é necessário orientar devidamente a criança para um centro especializado ou para uma equipa com elementos especializados em perturbações da fala e da linguagem, a qual deverá ser multidisciplinar, com inclusão do pediatra, neuropediatra ou pediatra do desenvolvimento com experiência em linguagem, otorrinolaringologista, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional, psicólogo e assistente social. O especialista da linguagem fará uma avaliação profunda do problema, nomeadamente do nível cronológico de linguagem, do conteúdo sintáctico, semântico e de vocabulário da linguagem, da articulação verbal, bem como uma avaliação de áreas relacionadas do desenvolvimento como a leitura, a escrita e o cálculo, a avaliação da atenção e da integração visuo-motora⁽³⁾.

PROGNÓSTICO

As perturbações isoladas da fala têm geralmente melhor prognóstico em relação ao rendimento escolar que as perturbações da linguagem⁽¹⁾. A dislalia isolada, por exemplo, responde muito bem à terapia da fala. A maioria das perturbações do desenvolvimento da linguagem responde favoravelmente ao tratamento, falando razoavelmente quando chegam à idade escolar⁽¹⁾. Contudo o prognóstico depende de múltiplos factores, como a precocidade do diagnóstico, o tipo de perturbação ou perturbações presentes, o grau de défice das outras áreas do desenvolvimento, do apoio familiar e do tipo de assistência prestada. Um dos aspectos em que são mais visíveis as consequências deste tipo de distúrbios é o rendimento escolar. Enquanto a criança pré-escolar aprende a linguagem, a criança escolar usa a linguagem para aprender⁽¹⁾. A aprendizagem tem repercussões por toda a vida de um indivíduo.

Em conclusão, dada a importância da capacidade de comunicação no desenvolvimento humano e tendo em conta que esta é uma função cognitiva superior, a avaliação da linguagem deverá ser efectuada como rotina em todas as consultas de saúde infantil.

SPEECH AND LANGUAGE DISORDERS

ABSTRACT

Language delay is a frequent reason of referral to a paediatric consultation. The consequences of its delayed diagnosis and orientation are diverse and with repercussions throughout adult life. The role of the pediatrician is to identify the children in risk or with language delay, to determine its cause and to guide for a multidisciplinary team specialized in these disorders. This team will make a detailed and deep evaluation of the problem as well as its therapy.

The authors discuss the anatomy of the verbal communication, the acquisition of the language, the alarm signs, and the classification of the disorders, the clinical

characteristics of the main disorders and the management of the language delay.

Key-words: Speech; language; disorders; development delay, children.

Nascer e Crescer 2004; 13 (4): 337-341

BIBLIOGRAFIA

- 1 - S Aneja. Evaluation of a child with communication disorder. *Indian Pediatrics* 1999; 36: 887-90.
- 2 - Leung A, Kao C P. Evaluation and management of the child with speech delay. *Am Fam Physician* 1999; 59 (11): 3121-8.
- 3 - Van Hout A. Troubles du langage. In: Lyon G, Évrard P, eds. *Neuropédiatrie*. 2ª éd. Paris: Masson, 2000: 448-58.
- 4 - Gérard C-L. Troubles du langage dans son développement – approche neuropsychologique. *Encycl Méd Chir, Pédiatrie*, 1993: 4-101-H-10.
- 5 - Ansel B M, Landa R M, Luethke L E. Development and disorders of speech, language, and hearing. In: Mc Millan J A, DeAngelis C T, Feigin R W, Warshaw J B, eds. *Oski's Pediatrics – Principles and Practice*. 3th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1999: 768-82.
- 6 - Guyton AC. *Tratado de fisiologia médica*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1989.
- 7 - Brown J R, Darley F L, Gomez M R. Disorders of communication. *Pediatr Clin North Am* 1967; 14 (4): 725-48.
- 8 - Menkes J H. *Textbook of child neurology*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 1995.
- 9 - Wetherby A M, Goldstein H, Cleary J, Allen L, Kublin K. Early evaluation of children with communication disorders. *Infants and Young Children* 2003; 16 (2): 161-74.
- 10 - How does your child hear and talk? American Speech-Language-Hearing Association. www.asha.org/public/speech/development/child_hear
- 11 - Language and literacy development. American Speech-Language-Hearing Association. www.asha.org/public/speech/development/lang_lit.htm

12 - Billard C, Duvelleroy-Hommet C, Becque B, Gillet P. Les dysphasies de développement. *Arch Pediatr* 1996 ; 3 : 580-7.

13 - Faust R A. Childhood voice disorders: ambulatory evaluation and operative diagnosis. *Clinl Pediatr* 2003; 42: 1-9.

14 - Rapin I, Allen D A. Síndromes in developmental dysphasia and adult dysphasia. In: Plum M, ed. *Language communication and brain*. New York: NY Raven Press, 1988: 57-75.

15 - Rapin I. Physicians' testing of children with developmental disabilities. *J Child Neurol* 1995; 10 (S1): S11-5.

16. - Mulas F, Morant A, Hernández S. Actuación neuropsiquiátrica ante el retraso del lenguaje. www.invanep.com/indexm/notas/6.htm

Correspondência:

Cláudia Pedrosa
Serviço de Pediatria - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia
223795051/Fax: 223796060
Rua Dr. Francisco Sá Carneiro
4400 V.N. Gaia
«claudiampedrosa@yahoo.com»