

Avaliação da criança com alteração da linguagem

Rosa Amorim¹

A **linguagem** consiste num sistema convencional de símbolos arbitrários e de regras de comunicação dos mesmos, representando ideias que se pretendem transmitir através de um código socialmente partilhado, a língua (Penã-Brooks & Hedge, 2007). Existem vários tipos de linguagem, consoante os sistemas utilizados – verbal, não verbal ou gráfico.

A **fala** corresponde ao acto motor de comunicar pela articulação de expressões verbais que requer uma complexa interacção de diversos sistemas estruturais e funcionais.

A linguagem é caracterizada por quatro componentes :

As perturbações da linguagem podem confinar-se apenas a um destes sub-sistemas ou podem evidenciar-se em vários simultaneamente.

As perturbações da fala avaliam-se nos seguintes níveis:

- Articulação (produção de fonemas pelos lábios, língua, dentes)
- Ressonância (fluxo aéreo pelo nariz)
- Voz (vibração das cordas vocais)
- Fluência (ritmo da fala)
- Prosódia (melodia da fala)

As alterações da fala e da linguagem constituem o problema mais frequente no desenvolvimento infantil – com incidências que variam entre 2 a 19% na literatura. A maioria destas crianças não apresenta outras alterações significativas no desenvolvimento, no entanto o impacto da sua permanência ao longo da idade escolar pode interferir negativamente na literacia e socialização ao longo de todo o percurso académico e até na idade adulta.

Assim, a detecção precoce das alterações da fala e da linguagem é fundamental, de forma a permitir a orientação para equipas especializadas de intervenção, preferencialmente na idade pré-escolar. O objectivo principal é que as dificuldades estejam ultrapassadas na altura de iniciação da escolaridade básica.

O desenvolvimento da linguagem e da fala processa-se de um modo previsível ao longo das diversas etapas do desenvolvimento psicomotor, e a sua avaliação deve fazer parte integrante do seguimento de todas as crianças.

A evolução da linguagem e da fala é considerada como um indicador útil para o desenvolvimento global e cognitivo da criança que pode ser relacionado com o desempenho escolar futuro, daí a importância da identificação precoce das crianças em risco.

Antes de começar a falar a criança já comunica com o olhar, expressão facial ou movimentos corporais. Nos primeiros meses acalma com a voz da mãe, presta atenção aos sons, palpa. Mais tarde, a partir dos 6-7 meses evolui para o balbúcio e a fase de ecolália (mamama, papapa), e aos 12 meses começa a dizer as primeiras palavras com significado (mama, papá).

Temos assim a fase pré-linguística, até aos 11-12 meses.

A fase linguística inicia-se quando a criança diz a sua primeira palavra com significado, e coincide habitualmente com o início dos primeiros passos, embora possa haver uma grande variabilidade dentro dos padrões normais. Por esse motivo as avaliações devem ser frequentes e regulares, para permitir comparar a evolução com a própria criança e não apenas com as crianças da mesma idade, evitando a colocação de rótulos prematuramente.

As diversas etapas da aquisição da linguagem estão bem estabelecidas e funcionam como marcos do desenvolvimento:

- Aos 18 meses diz cerca de 10 palavras, usa ecolália e jargon frequentemente
- Aos 24 meses começa a juntar duas palavras e tem um vocabulário > 50 palavras
- Aos 3 anos faz frases com 3 ou mais palavras, usa pronomes e deixa de usar jargon ou ecolália
- Aos 4 anos faz frases de 6 palavras, faz perguntas, conta histórias, usa o plural, o passado; compreende regras de jogos simples
- Aos 5 anos faz frases completas e fala correctamente
- Aos 6 anos está apta para aprender a ler e a escrever
- O desenvolvimento da linguagem continua a evoluir até aos 15 anos, e mesmo na idade adulta mantém-se o enriquecimento linguístico constante.

O desenvolvimento atípico da linguagem pode ser um sintoma comum a diversas patologias, desde doenças do SNC, de origem genética ou psiquiátrica, podendo mesmo ser o primeiro sinal de alerta em algumas situações.

Pode, ou não, estar associado a atraso mental, ou a comorbilidades várias, como paralisia cerebral, alterações cromosómicas, fenda do palato, surdez, ou surgir isoladamente.

¹ Serviço de Fisiatria, CH Porto, Unidade Maria Pia

O desenvolvimento atípico da linguagem divide-se em dois tipos básicos:

1. **Atraso da linguagem** – evolução dentro dos parâmetros normais mas com ritmo mais lento
2. **Perturbação da linguagem**
 - a) Dissociação – discrepância entre o desenvolvimento da linguagem e as outras áreas do desenvolvimento (ex: **Perturbação específica do desenvolvimento da linguagem**)
 - b) **Desvio** – aquisição anómala da linguagem (ex: **Autismo**)

Existem várias classificações descritas na literatura, embora nenhuma delas seja usada universalmente. A DSM-IV (*diagnostic and statistical manual*) da Associação Americana de Psiquiatria descreve três tipos de perturbação da comunicação:

- I. Perturbação da linguagem expressiva
- II. Perturbação da linguagem mista-receptiva
- III. Perturbação fonológica

A perturbação da linguagem expressiva caracteriza-se pelo uso de vocabulário reduzido, dificuldade na aquisição de novas palavras, erros frequentes, discurso com frases curtas e estrutura gramatical simplificada em crianças cujas aptidões não verbais e desenvolvimento da linguagem receptiva são consideradas dentro dos padrões normais para a idade, ao contrário do que acontece na perturbação mista-receptiva, em que há também dificuldades na compreensão de novas palavras e expressões.

A perturbação específica do desenvolvimento da linguagem (PEDL) insere-se no tipo II (mista-receptiva) desta classificação. Corresponde a crianças com desenvolvimento normal em todas as áreas excepto na linguagem. Foi denominada como afasia ou disfasia do desenvolvimento, expressão actualmente em desuso. São crianças com atraso na expressão, dificuldade na nomeação e também em conceitos temporais (ontem, amanhã). O discurso é pobre e têm grande dificuldade na compreensão das regras gramaticais.

A perturbação fonológica refere-se a alterações/distorções na produção dos sons. Ocorre em cerca de 7,5% das crianças entre os três e os 11 anos. Consiste em omissões, substituições, redução de consoantes, sendo o discurso dificilmente perceptível por estranhos. O exame físico – estruturas cranianas e orofaciais, assim como a função oromotora – é normal.

As perturbações da fala e da linguagem podem coexistir, com prevalência entre 5 a 8% descritas em diversos estudos nas crianças em idade pré-escolar.

Dentro das **perturbações da fala**, consideram-se os seguintes tipos:

- **Perturbações articulatórias** – por alterações na produção dos fonemas pelos lábios, língua, palato (substituições, omissões e distorção dos fonemas)
- **Apraxia** – dificuldade na produção dos fonemas sem lesão específica identificada
- **Disartria** – alteração na fala por défice neuromuscular (ex. Paralisia Cerebral)

- **Gaguez ou disfluência** – alteração no ritmo e velocidade na fala (bloqueio na fase inicial, repetição ou prolongamento dos sons)
- **Disfonia** – alteração na voz (nódulos ou pólipos nas cordas vocais)

A gaguez fisiológica surge em cerca de 3% das crianças entre os 2 e os 4 anos e não necessita de tratamento, apenas de vigilância, uma vez que em 1% das situações pode evoluir para gaguez.

Na avaliação da criança com alteração da linguagem devem ser focados os seguintes aspectos:

- Desenvolvimento psicomotor /exame neurológico
- Antecedentes familiares (história de perturbação da linguagem/fala, surdez)
- Antecedentes pessoais, factores de risco peri-natais
- Audição – excluir sempre défice auditivo
- Compreensão (a criança cumpre ordens simples?)
- Comportamento social (interage? / isola-se?)
- Padrão de mastigação / biberão? / chupeta?

A observação e o diálogo com a criança e os pais parecem ser os melhores “instrumentos” para a avaliação da criança com atraso da linguagem, quando comparados com a utilização de testes standardizados. É importante ouvir as preocupações dos pais, avaliar a atenção da criança, o seu conhecimento sobre a função dos objectos, a descrição de imagens e a avaliação do desenho.

A presença de algum dos sinais de alarme seguintes obriga a intervenção imediata:

- 8 semanas – não reage a sons próximos
- 10 M – não vocaliza
- 18M – não diz nenhuma palavra
- 2A – não diz frases
- 3A – discurso incompreensível
- Uso inadequado da linguagem ou ecolália
- 6A – persistência de alterações articulatórias
- Regressão na aquisição da linguagem

O despiste de um défice auditivo deve ser feito por rotina.

No entanto, o défice auditivo ligeiro e intermitente associado a otite serosa não é suficiente para ter impacto no desenvolvimento da linguagem.

A intervenção deve ser precoce e individualizada, devendo incluir familiares e professores como facilitadores da comunicação no dia-a-dia.

O objectivo é reforçar a capacidade comunicativa de acordo com as necessidades específicas da criança. Para isso são utilizadas várias estratégias, incluindo a utilização de meios alternativos e/ou gesto. Estes meios não vão atrasar a aquisição da fala, mas sim estimular a comunicação.

O prognóstico é muito variável, dependendo das alterações subjacentes. As perturbações da linguagem expressiva e da fala têm melhor prognóstico.

As crianças que mantêm alterações da linguagem na entrada para a escola estão em maior risco de dificuldades na literacia e de aprendizagem ao longo do seu percurso académico.

Foram encontrados défices residuais na linguagem de adultos que tinham sido diagnosticados na infância com PEDL em vários estudos (Tomblin, Bishop).

Também outros autores encontraram maior incidência de alterações de comportamento, ansiedade e fobia social em adultos jovens com antecedentes de perturbação do desenvolvimento da linguagem (Beitchman).

O atraso/perturbação da linguagem é, por isso, chamado de “handicap invisível”, pois pode ter repercussões muitas vezes subtis em vários níveis, cognitivo, social e emocional, ao longo de toda a vida.

Nascer e Crescer 2011; 20(3): S174-S176

BIBLIOGRAFIA

1. Robert L. Schum, Language screening in the pediatric Office setting, *Pediatr Clin N Am* 54(2007)425-36.
2. Heidi D. Nelson MD, Peggy Nygren, MA, Miranda Walker, BA, Rita Panscha MD, Screening for speech and language delay in preschool children: systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force, *Pediatrics* volume 117, number 2, February 2006.
3. Mark D. Simms, MD, Language disorders in Children: classification and clinical syndromes; *Pediatr Clin N Am* 54 (2007) 437-67.
4. Susana Nogueira, Boavida Fernandes, Helena Porfírio, Luis Borges, A criança com atraso da linguagem, *Saude Infantil* 2000; 22/1:5-16.
5. James Carter, Karol Musher, Etiology of speech and language disorders, www.uptodate.com 2011.
6. James Carter, Karol Musher, Evaluation and treatment of speech and language disorders in children, www.uptodate.com 2011.
7. “Perturbações específicas do desenvolvimento da Linguagem”, workshop, comemorações 25 anos O Fio de Ariana, Janeiro 2008.
8. Nancie Im-Bolter PhD, Nancy J. Cohen PhD, Language impairment and Psychiatric comorbidities, *Pediatr Clin N Am* 54(2007) 525-42.
9. Raymond C. Tervo, Cheryl Kinney, The Child with delayed language: assesement and management, *Can. Fam. Physician* vol.27:September 1981.