

Distúrbios do Desenvolvimento da Linguagem: Aspectos Foniátricos

Alfredo Tabith Junior*

Alguns aspectos relacionados ao título deste trabalho merecem consideração, antes de entrarmos no tópico descritivo das patologias que afetam a comunicação humana e que são do interesse da especialidade médica envolvida nesta discussão.

Foniatria é a especialidade médica que se dedica aos distúrbios da audição, da voz e da linguagem. Mantém estreitas relações com outras especialidades médicas que se dedicam, freqüentemente, a patologias que interferem com a linguagem. Entre estas estão a otorrinolaringologia, a neurologia e a psiquiatria. Tem também uma interface com a psicologia, a lingüística e a fonoaudiologia, decorrente do interesse que têm essas disciplinas pela linguagem, em seus aspectos teóricos e clínicos.

Entre seus objetivos está o de fazer ou participar na realização de diagnósticos diferenciais em várias situações em que ocorrem sintomas na linguagem. Incluem-se, aqui, os distúrbios psíquicos, entre os quais estão a psicose e o autismo; as patologias periféricas e centrais dos sistemas auditivo e fonatório; as patologias abrangentes do sistema nervoso central (SNC), tais como a deficiência mental e a paralisia cerebral, e as patologias limitadas do SNC, que geram distúrbios especificamente na linguagem e que são alocadas nos distúrbios específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem (DEDFL).

Um outro objetivo da foniatria é realizar ou participar da elaboração de programas terapêuticos e educacionais com enfoque em aspectos médicos, ou, algumas vezes, contribuir com conhecimentos médicos para pautas terapêuticas em outras áreas, principalmente fonoaudiologia e psicologia.

O diagnóstico, objeto fundamental da foniatria, significa uma compreensão, mais aproximada que possível, do estado de um indivíduo, baseada em sua história e na observação de suas *performances*. Muitas vezes, é um procedimento de longa duração, que pode desenvolver-se durante processos terapêuticos. Decisões emanadas do diagnóstico poderão ser modificadas com base na observação das respostas individuais e das características da aprendizagem do sujeito. O diagnóstico pode, algumas vezes, ter um papel terapêutico, ao causar bem-estar e desencadear melhores expectativas, na medida em que o problema está sendo enfrentado ou, pelo menos, é parcialmente conhecido, e a ajuda pode ser oferecida.

*Professor Assistente Mestre da Faculdade de Fonoaudiologia – PUCSP.
Diretor Geral da DERDIC – PUCSP.
derdic@pucsp.br

Avaliação foniátrica refere-se à utilização de métodos e técnicas adequadamente selecionadas para o diagnóstico médico dos distúrbios que afetam a comunicação humana. Visa obter dados que possam contribuir para a compreensão do distúrbio em questão e para a seleção de procedimentos terapêuticos e critérios educacionais bem direcionados e com possibilidades de sucesso.

O diagnóstico é necessário sempre que se tem uma demanda decorrente de um mal-estar ao nível do corpo anátomo-fisiológico, ou então do psiquismo, e nos remete, primordialmente, ao campo dos sintomas. Fortes e Pacheco (1968) consideram o sintoma como o fenômeno ou alteração provocado por doença; é uma mudança no paciente que indica estado corpóreo ou mental patológico. Os autores descrevem o sintoma objetivo como aquele em que o observador pode procurar pelas verificações sensoriais, como, por exemplo, a ausculta do coração, a rinoscopia ou a palpação abdominal; o sintoma subjetivo é aquele acusado pelo paciente, como por exemplo a dor ou a tosse que ele relata; e, finalmente, há o sintoma patognomônico, cuja presença é suficiente para estabelecer o diagnóstico.

A medicina, tradicionalmente, ocupa-se do estudo e do conhecimento dos sintomas, como meio possível de diagnosticar estados orgânicos patológicos, de identificar doenças, com o objetivo de eliminá-las ou reduzir ao máximo suas conseqüências. É importante considerar que os sintomas podem ser olhados e valorizados de diferentes maneiras, conforme o modelo médico adotado.

No modelo médico chamado linear de causa e efeito (KHAMI, 1989), o profissional considera a existência de uma relação linear, unívoca, entre os distúrbios e suas causas. Nesse modelo, faz-se um preciso levantamento dos sintomas, que possibilita o entendimento do mal funcionamento de um órgão ou sistema (patogenia) e, com uma história bem delineada, busca-se a origem do mesmo (etiologia), bem como tendências quanto ao desenvolvimento (prognóstico) e como atacá-lo (tratamento).

Há um outro modelo, descrito pelo mesmo Khami (1989), que avança com a proposta de que os distúrbios resultam da interação de fatores constitucionais e ambientais. Embora privilegie as causas, esse modelo amplia a ação clínica, porque abre espaço para a subjetividade. Chamado de interacionista – porque considera a interação de fatores – nele, os dados são obtidos em entrevistas semi-abertas, e as avaliações – por meio de testes – bem como sua interpretação levam em conta o sujeito e o contexto. Nessa modalidade, o sintoma é bastante relativizado, por ser olhado e interpretado à luz da subjetividade e da contextualização.

Há, ainda, um modelo diametralmente oposto, no qual a importância da causa, embora não seja excluída, é significativamente minimizada. No extremo desse modelo está o seguido por algumas escolas psicanalíticas, no qual se anula completamente a preocupação com as causas. A importância dos sintomas seria ainda mais relativizada, na medida em que a valorização recai sobre a subjetividade e não há, verdadeiramente, uma proposta direta de eliminação dos sintomas, como em um processo de cura da doença.

No grupo de trabalho dos foniátrix da DERDIC/PUCSP, formado e orientado pelo Prof. Dr. Mauro Spinelli, é adotado um modelo de trabalho que não está em nenhum dos extremos antes citados. Nele, há um lugar para as causas e, até certo

ponto, para a relação entre estas e seus efeitos, durante todo o desenvolver do estudo dos casos clínicos. Não devemos levemente esquecer que o aspecto das causas e seus efeitos está sempre presente no imaginário do paciente e no de sua família.

As questões que se coloca são o peso atribuído às causas e como o clínico as considera e as utiliza para o entendimento de cada caso. Não temos uma nômima para esse modelo, mas o importante é que, nele, o foco da atenção é o sujeito. É com o sujeito que o clínico caminha durante todo o processo de diagnóstico, e não com sua doença, com sua patologia. Alguns fazeres sustentam a adoção de tal modelo de atuação clínica.

- O clínico deve estar pronto para escutar o saber que o paciente tem sobre si.
- O clínico atua para favorecer mudanças, mais do que para dirigi-las.
- Ao ter como centro de interesse o sujeito, e não a doença, o clínico estará atento às “falhas de informação” do paciente, não como algo utilizado para obstruir o processo, mas considerando que podem ser reveladoras do sujeito ou de parte dele. Assim sendo, não basta simplesmente ouvir informações; é preciso escutar sentidos não manifestos, é preciso enxergar além daquilo que os olhos podem ver.
- Esse relativo desapego às causas e seus efeitos exige que o clínico possa estabelecer com o paciente uma relação pautada por confiança e segurança, de tal forma que possa ele relatar, no decorrer do processo, experiências e sentimentos aflitivos e difíceis de serem compartilhados.
- É importante a utilização de entrevista semi-aberta, na qual alguns questionamentos são postos, mas com inteira permissão para relatos livres. O tempo usado para o diagnóstico deve ser suficiente para facilitar todas essas ações.
- Testes podem ser utilizados, exames complementares para analisar estrutura e funcionamento de órgãos e sistemas podem e devem ser solicitados, sempre que necessários, mas devem ter seus valores adequadamente relativizados, de tal forma que não conduzam a um apagamento do sujeito.

Para melhor compreensão da patologia foniátrica, no que se refere aos distúrbios do desenvolvimento da linguagem, é importante que consideremos sua conceituação. Linguagem é um sistema complexo e dinâmico de símbolos convencionais, usados de várias maneiras para pensar e comunicar. As visões contemporâneas da linguagem humana levam em consideração vários aspectos. Entre eles, que seu aprendizado e uso são determinados pela interação de fatores biológicos, cognitivos, psicossociais e ambientais. Assim sendo, podemos considerar que o desenvolvimento da linguagem depende de condicionantes biológicos – sistema nervoso, sistema auditivo e sistema estomatognático – e de condicionantes psicossociais – meio ambiente e desenvolvimento do psiquismo. Podemos, portanto, inferir que distúrbios do desenvolvimento da linguagem podem ser decorrentes de comprometimentos de cada um desses condicionantes.

Distúrbios do desenvolvimento da linguagem podem estar presentes em quadros abrangentes de comprometimento do sistema nervoso central – SNC, entre os quais se destacam a deficiência mental e a paralisia cerebral, ou em quadros mais restritos em que a alteração da linguagem é o componente preponderante, e que é denominado distúrbio específico do desenvolvimento da fala e da linguagem.

Deficiência mental

O termo deficiência mental (DM) significa que há uma falha em uma função – a inteligência. Não é uma doença ou uma patologia. Existem casos de deficiência mental associados a síndromes ou doenças conhecidas, e outros em que a etiologia não é definida. O atraso ou distúrbio do desenvolvimento da linguagem faz parte do complexo sintomatológico da deficiência mental, que comporta, também, comprometimentos em outras áreas do desenvolvimento, entre as quais a sociabilidade, o desenvolvimento neuropsicomotor e a aprendizagem.

Boa parte dos deficientes mentais apresenta distúrbios severos da fala e da linguagem, enquanto outros têm distúrbios mais leves. Entre 10% e 45% dos portadores de DM têm algum prejuízo auditivo. Muitas crianças portadoras de síndrome de Down apresentam severo comprometimento da comunicação oral, pela presença de alterações práxicas orais, enquanto outros podem apresentar uma fala bastante próxima do normal.

Do ponto de vista biológico, podemos considerar que há, na deficiência mental, uma alteração no funcionamento do SNC. Mas é muito mais importante, para a proposição de pautas de reabilitação, considerar que se trata de um indivíduo que apresenta distúrbios globais de desenvolvimento na infância, dificuldades de aprendizagem na fase escolar e pobre ajustamento vocacional na vida adulta.

A visão de que as dificuldades de linguagem na DM dependem unicamente do déficit intelectual, ou seja, que ocorrem atrasos uniformes, de acordo com o nível de comprometimento da inteligência, parece-nos equivocada e prejudica o entendimento dessa condição. É preciso considerar a possibilidade de problemas específicos de fala por dispraxias ou dificuldades de evocação de nomes, que são razoavelmente freqüentes, por exemplo, nas síndromes do sítio frágil do X, de Angelman e de Prader-Willi; presença de défices sensoriais de diferentes graus; falhas na interação mãe-criança por não superação do luto por parte dos pais, e pouca valorização da criança e de seu lugar no seio da família. Estes aspectos prejudicam significativamente o desenvolvimento da criança, para além de seu comprometimento intelectual, e devem ser considerados pelos clínicos no estudo interdisciplinar de cada caso, no sentido de possibilitar o estabelecimento de pautas terapêuticas e educacionais com melhores possibilidades de sucesso.

Paralisia Cerebral

Paralisia Cerebral (PC) é a seqüela de uma agressão ao SNC, de etiologia não-progressiva e que ocorre na infância. Caracteriza-se por várias formas e combinações de distúrbios sensorio-motores. Acompanha-se, com freqüência, de distúrbios associados das percepções e da conduta.

Por ocorrer muito cedo, na infância, essa lesão afeta o tono muscular e, ao fazê-lo, dificulta o desenvolvimento do mecanismo reflexo postural normal, que não existe ao nascimento, e se torna cada vez mais complexo e elaborado, impedindo a postura contra a gravidade e a execução de movimentos normais. Por outro lado, por interferir na maturação cerebral, não permite a inibição de respostas motoras do recém-nascido e sua substituição por outras mais elaboradas, e, assim,

prejudica a execução de movimentos seletivos e a perfeição das habilidades de manipulação. Como resultado, teremos graus variáveis de atrasos e distúrbios no desenvolvimento motor.

Os distúrbios da comunicação encontrados na PC são variáveis em tipicidade e grau de severidade. Muitos não conseguem emissões verbais até os 4 ou 5 anos, menor quantidade tem articulação próxima do normal, enquanto outros apresentam alterações articulatórias que comprometem significativamente a inteligibilidade da fala.

Podemos considerar que os distúrbios da comunicação na PC são distintos nos diferentes tipos de envolvimento motor; variam de indivíduo a indivíduo dentro do mesmo tipo; conforme o grau de severidade deste envolvimento, são mais ou menos severos, de acordo com os membros comprometidos; e, ainda, se diferenciam conforme o comprometimento das várias funções envolvidas na aquisição da fala e da linguagem.

Mysak (1971) afirma que tentar descrever a ampla variedade de distúrbios da fala que acompanham as várias condições conhecidas como PC significa não somente a possibilidade de descrever todas as patologias da fala conhecidas, mas também a de especular sobre patologias de fala relativamente desconhecidas.

O complexo sintomático da PC inclui: atrasos e distúrbios no desenvolvimento da linguagem que dependem de vários fatores intercorrentes; dificuldades na articulação dos sons da fala associadas a distúrbios tônico-posturais e na maturação neuromotora dos articuladores periféricos ou distúrbios átricos e práxicos orais; distúrbios vocais decorrentes de alterações funcionais respiratórias, ressonanciais e da laringe; perdas auditivas, principalmente no grupo dos atetóides; e distúrbios de aprendizagem de vários graus de intensidade.

Os critérios diagnósticos, terapêuticos e educacionais em casos de PC exigem uma abordagem interdisciplinar que envolve a participação de profissionais de diferentes formações, em uma relação integrada e desprovida de sentimentos de maior valorização das especialidades envolvidas. Entre estes, estão médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, psicólogos e fonoaudiólogos.

Distúrbio Específico do Desenvolvimento da Fala e da Linguagem (DEDFL)

É do conhecimento dos profissionais das clínicas foniátrica e fonoaudiológica, desde muito tempo, a existência de pacientes, especialmente crianças, que apresentam alterações na linguagem sem outros comprometimentos ou com leves inabilidades perceptivo-motoras.

Os casos com grandes comprometimentos na linguagem receberam, no passado, denominações diversas, tais como: Audimudez – para crianças que ouviam e não falavam (AJURIAGUERRA *et al.*, 1958); Deficiência de Organização da Linguagem Infantil (QUIROS e GÖTTER, 1964); Disfasia Congênita de Desenvolvimento (COHEN *et al.*, 1989), para crianças com quadros semelhantes aos casos de afasia adquirida; e Distúrbio Específico de Linguagem (INGRAM, 1969). O termo Distúrbio Específico de Linguagem passou a ser mais freqüentemente utilizado por vários autores (SPINELLI, 1973; KHAMI, 1989; TOMBLIN *et al.*, 1998).

A origem desse distúrbio só passou a ser melhor conhecida com o desenvolvimento da semiologia neuropsicológica e com a evolução da tecnologia para o estudo do SNC, tanto em avaliações estruturais por imagem, tomografia computadorizada e imagem por ressonância magnética, quanto funcionais, com tomografia por emissão de foton único (SPECT), ressonância magnética funcional e tomografia por emissão de positrons (PET). Esses exames mostraram alterações da normal assimetria cerebral ou alterações funcionais localizadas em áreas corticais relacionadas à linguagem (ROSEMBERGER e HIER, 1980; SIMOS *et al.*, 2002). Por fim, alguns estudos anatômicos em necropsias mostraram alterações em giros cerebrais e alterações microscópicas em áreas específicas do cérebro (COHEN *et al.*, 1989).

A partir desses conhecimentos, o conceito de DEDFL passou a levar em conta não só a ausência de deficiências mentais e sensoriais, fatores ambientais e distúrbios emocionais severos, mas também a presença de alterações do SNC, especificamente nas organizações nervosas envolvidas na compreensão e produção da linguagem no tronco cerebral, no córtex e subcórtex e no cerebelo.

Investigações têm sido realizadas para a compreensão da etiologia do DEDFL. O desenvolvimento da engenharia genética tem demonstrado, cada vez mais, a importância de genes nos distúrbios do desenvolvimento da linguagem oral e escrita. Pesquisas comparando famílias afetadas e grupos-controle, famílias com grande número de afetados e estudos em gêmeos têm trazido importantes informações sobre os mecanismos de herança de distúrbios de linguagem. Parte das alterações cerebrais, congênitas ou adquiridas precocemente, associadas ao DEDFL, tem uma origem genética e a participação de genes localizados em vários cromossomos. A capacidade humana para a aquisição da fala e da linguagem, pelo menos em parte, advém do genoma, afirmam Marcus e Fisher (2003).

O DEDFL tem sido descrito em algumas alterações cromossômicas, principalmente dos cromossomos sexuais, como na síndrome de Klinefelter (47 XXY).

Por fim, fatores mesológicos, que incluem radiações, viroses, álcool, diabetes materno e tabaco, podem interferir nos processos de organização cerebral. Intercorrências perinatais como anoxia e hiperbilirrubinemia podem, também, afetar o funcionamento cerebral e, conseqüentemente, interferir no desenvolvimento da linguagem.

A sintomatologia, já descrita por Ingram, em 1969, é muito variável, e inclui sujeitos com grandes alterações na compreensão e emissão da fala, bem como alguns com dificuldades menores somente na expressão oral, e que se distribuem em quatro grupos. O único critério diagnóstico é que a dificuldade afete, primordialmente, a linguagem, e que esteja relacionada a alterações no funcionamento cerebral.

- Grupo I – Falhas na aquisição fonológica, presença de distúrbios práticos orais, em geral sem dificuldades de alfabetização.
- Grupo II – Falhas na aquisição fonológica, presença de distúrbios práticos orais; falhas em processos auditivos, especialmente atenção e memória; falhas em estruturação gramatical e evocação de vocábulos; dificuldades de alfabetização.

- Grupo III – Além dos sintomas acima referidos, há dificuldades perceptuais auditivas severas, dificuldades de compreensão da fala, agnosia auditiva verbal e dificuldades de alfabetização.
- Grupo IV – Comprometimento lingüístico mais grave, com agnosia verbal e não-verbal; podem ter funcionamento de tipo autista.

Os sujeitos incluídos nos Grupos II, III e IV podem ter dificuldades de alfabetização, dislexia específica de evolução, por falhas em fonologia e em relações fonológico-gráficas.

O diagnóstico de DEDFL baseia-se na investigação clínica, realizada por meio de história médica e do desenvolvimento emocional, exame físico, características da linguagem, provas específicas para avaliar praxias orais e verbais, percepção auditiva e desenvolvimento cognitivo. Exames de neuro-imagem e funcionais do cérebro não são obrigatórios, mas permitem definir a alteração estrutural ou funcional concomitante.

Fonoaudiologia, na grande maioria dos casos, é o principal atendimento. Casos mais complicados podem exigir a participação de médicos, psicoterapeutas, psicopedagogos, os quais devem formar uma equipe que tenha clareza sobre os papéis clínicos e educacionais, atuando em estreita relação com a família e a escola.

Distúrbios do Sistema Auditivo

Os efeitos das lesões do sistema auditivo sobre as funções auditivas e a linguagem variam de acordo com a sua localização. Os comprometimentos da orelha externa têm pouca interferência no desenvolvimento da linguagem, mesmo em casos de síndromes que são acompanhadas de agenesia do pavilhão auricular, como é o caso da disostose mandíbulo-facial. As otites médias com efusão, quando persistentes ou de repetição entre 0 e 3 anos, podem provocar atrasos e distúrbios na aquisição da linguagem, principalmente no sistema fonológico. Têm grande importância porque, freqüentemente assintomáticas, só são percebidas e diagnosticadas no período escolar, quando seus efeitos já se fazem sentir sobre a linguagem. Se persistirem para além dos 3 anos, podem levar a dificuldades de aprendizagem.

Na surdez periférica sensorial, não há prejuízo das capacidades intelectuais e perceptivo-motoras; perdas severas limitam a utilização de pistas acústicas que informam perigos e outras situações não visíveis; a falta ou precariedade de recepção de estímulos auditivos provoca atraso ou não aparecimento das etapas normais do desenvolvimento da compreensão e emissão orais (SPINELLI, 1979). Comprometimentos do nervo auditivo ou das vias auditivas no tronco cerebral, mesmo quando não provocam grandes défices sensoriais, interferem significativamente no processamento da informação auditiva e, conseqüentemente, com o desenvolvimento da linguagem, resultando em quadros bastante complexos e severos.

Com a utilização de avaliações clínicas apuradas e o desenvolvimento dos procedimentos eletrofisiológicos de avaliação da audição, potenciais evocados auditivos do tronco encefálico (PEATE) e emissões otoacústicas (EOA), foi possível um avanço no diagnóstico diferencial topográfico das lesões do sistema auditivo, fato de extrema importância para a elaboração de pautas terapêuticas e educacionais adequadas a cada caso.

Nos casos de surdez coclear, por comprometimento das células ciliadas externas (CCE), podem ser encontrados, na anamnese, dados indicativos de agressão ao sistema auditivo – fatores de risco. As crianças tendem a ser sociáveis, têm grande interesse por comunicação por meio de pistas visuais, mostram falha consistente de reação a sons e têm facilidade para comunicação gestual. No exame clínico, observa-se correlação entre a intensidade do estímulo e a resposta; interesse em leitura orofacial; uso de gestos para comunicação e aprendizagem às custas da audição utilizável. Há coerência entre os limiares auditivos e discriminação-reconhecimento da fala, relação entre limiares e reflexos estapedianos – recrutamento, PEATE com respostas ausentes ou diminuídas em acordo com os limiares e EOA ausentes.

Por outro lado, a literatura aponta, desde muito tempo, pacientes que apresentam ausência de respostas no PEATE e audiogramas normais ou próximos do normal. Em geral, há um comportamento auditivo e aquisição de linguagem incompatíveis com a perda auditiva determinada por avaliações clínicas comportamentais, inconsistência de reação a sons e pobre discriminação auditiva, principalmente em ambientes ruidosos e com reverberação. Estima-se que correspondam a 0.5% a 1.3% da população clínica, e 12% a 14% dos portadores de perdas auditivas profundas. São casos de neuropatia auditiva, e supõe-se que as lesões possam estar localizadas nas células ciliadas internas (CCI), membrana tectória, sinapse entre CCI e nervo auditivo, neurônios do gânglio espiral, fibras do nervo auditivo. A idade média de início do quadro é em torno de 9 anos, mas pode aparecer desde o nascimento até os 60 anos, e a maior parte tem início antes de 2 anos. A história médica e familiar pode ser negativa, ou pode estar presente história familiar de surdez, associação com uma grande variedade de outros sintomas e condições tais como processos infecciosos (parotidite), doenças imunológicas e várias condições genéticas e síndromes (síndrome de Charcot-Marie-Toth, ataxia de Friedreich, déficit enzimático mitocondrial, síndrome de Ehlers-Danlos, síndrome de Stevens-Johnson). Antecedente de discrasia sangüínea, hemorragia intraventricular e hiperbilirrubinemia são citados (BERLIN *et al.*, 1996).

Vários graus de perda auditiva são encontrados, com variáveis configurações. Podem ocorrer variações bastante significativas em audiogramas realizados em diferentes momentos. Os pacientes comportam-se como ouvintes, em determinados dias, e como surdos, em outros. Pode ocorrer mudança do comportamento auditivo e do audiograma, na vigência de febre. Têm como características: grande dificuldade para compreender a fala, principalmente em ambientes ruidosos e com grande reverberação; perdas auditivas de graus e configurações variáveis; não há coerência entre limiares auditivos, discriminação e reconhecimento da fala; não há indício de recrutamento no teste de imitância acústica (ausência de reflexo acústico); PEATE ausente, mesmo com limiares obtidos em avaliações clínicas e exames suficientes para obtenção de respostas; presença de microfonia coclear; presença de EOA sem supressão eferente.

Comprometimentos das vias auditivas no tronco cerebral determinam alterações do funcionamento auditivo e dificuldades para a aquisição da linguagem, em geral de grau severo. Pode estar normal a audição sensorial, ou pode ocorrer redução da acuidade para ouvir sons, mas, em ambos os casos, com distúrbios do processamento auditivo.

A avaliação clínica pode mostrar a presença de fatores de risco (prematuridade com sinais neurológicos, anóxia neonatal, doença hemolítica do recém-nascido, infecções pré, peri ou pós-natais), comportamentos autísticos com tendência a melhorarem, diferença na resposta para sons verbais e não-verbais, desinteresse e pouca habilidade em leitura orofacial, má localização de sons e lentidão nas respostas auditivas.

Nos testes, ocorrem respostas inconsistentes em momentos e em testes diferentes. Não há coerência entre limiares e discriminação-reconhecimento da fala, não há indícios de recrutamento na imitanciométrica, podem estar presentes alterações do reflexo acústico (ausente de um lado e presente no outro, ipsi-lateral presente e contra-lateral ausente), EOA presentes sem supressão eferente, e no PEATE pode ocorrer presença de ondas I ou I e II, ou presença de todas as ondas com alteração de amplitude e dos intervalos inter-picos.

As abordagens terapêutica e educacional são diferentes nos diversos tipos de perda auditiva descritos. Na surdez sensorial (lesões cocleares) há boa *performance* com aparelhos de amplificação sonora e boas possibilidades de oralização, na dependência do grau de intensidade do comprometimento, do acesso a procedimentos terapêuticos e educacionais e da participação familiar. O uso de equipamentos de amplificação deve ser extremamente cuidadoso nos casos de neuropatia, minimamente enquanto estão presentes as EOA. Muitos profissionais relatam melhora da sensibilidade auditiva, porém sem aproveitamento para sons da fala e desenvolvimento da linguagem. Equipamentos de FM têm sido considerados em alguns casos, e ainda é discutida a vantagem do implante coclear sobre equipamentos de amplificação na neuropatia auditiva. Casos de surdez central oferecem maiores dificuldades nos programas terapêuticos e educacionais, e a amplificação sonora só deve ser usada quando há concomitante redução da acuidade auditiva. A família e os profissionais da escola precisam de constante orientação para compreender as dificuldades da criança e facilitar a comunicação por meio de pistas não-verbais, favorecendo, assim, sua integração. Projetos terapêuticos clínicos e educacionais devem ser elaborados, de acordo com a necessidade de cada caso.

Os distúrbios do desenvolvimento da linguagem relacionados a alterações do sistema estomatognático, como é o caso das anomalias craniofaciais, decorrem, em geral, de comprometimentos associados que nelas estão presentes (perdas auditivas de diferentes naturezas, distúrbios do desenvolvimento intelectual-cognitivo, entre outros) e de desvantagens psicossociais que acompanham essas anomalias. Por afetarem mais freqüente e intensamente a capacidade de articular os sons da fala, não terão maiores considerações neste trabalho.

Distúrbios de Linguagem com Base Emocional

A linguagem é uma função cortical superior bastante complexa, que possibilita uma relação entre os humanos e que está presentificada na atividade dialógica. Assim considerada, para seu desenvolvimento, deve estar presente, desde muito cedo na criança, um interesse em estabelecer relações com o outro. Sinais desse interesse, que aparecem precocemente, são descritos em trabalhos sobre observação de bebês.

São exemplos: as reações do bebê à voz humana; o primeiro sorriso social; o aumento da atividade à aproximação do outro; a sensibilidade aos fenômenos acústicos que identificam o falante e as trocas de turno no jogo não-verbal. Esses comportamentos, que indicam interesse na relação com o outro, aparecem em decorrência da qualidade das primeiras relações entre a mãe e o bebê, e crescem, cada vez mais, na medida em que há desenvolvimento do apego.

No final do período gestacional, as mães sofrem algumas transformações que as preparam para funcionar como um radar capaz de captar as necessidades do bebê. Assim sendo, elas podem assumir a maternidade e proporcionam ao bebê uma contenção para as angústias que são experimentadas nos estágios iniciais do desenvolvimento emocional, até que se observe um ego autônomo.

Segundo Winnicott (1966), essas angústias iniciais podem ser comparadas ao sentimento de pânico experimentado por adultos, e que os levam a atitudes extremas de auto-agressão. Elas decorrem da necessidade de usar ações para a sobrevivência (sucção, deglutição), e são reflexas, mas instauradas pelo próprio bebê, que estava antes totalmente protegido na vida intra-uterina. Além disso, há que enfrentar o desamparo decorrente das primeiras sensações de fome, frio e dor, entre outras.

Ao experimentar a contenção das angústias iniciais, o bebê experimenta uma ilusão de fusão com a mãe e, posteriormente, pode assumir a separação, iniciando-se, então, a formação do *self*. Quando não ocorrem aquelas transformações, em decorrência de vicissitudes do cotidiano materno, não estará a mãe suficientemente preparada para proporcionar o complexo desenvolvimento emocional primitivo do bebê, o qual se fundamenta na integração do eu, na psique que habita o corpo e na relação objetal.

Não sentindo a ilusão de fusão com a mãe, o bebê experimenta as angústias iniciais na forma de aniquilamento, e estabelece defesas que se manifestam pela negação da relação com o meio, o que afetará, entre outras coisas, o desenvolvimento da linguagem.

O nascimento de uma criança com problemas pode afetar o comportamento materno, principalmente quando os problemas são diagnosticados logo ao nascimento. Essa modificação do comportamento materno pode inibir a contenção das angústias iniciais vividas pelo bebê, e conseqüências importantes podem advir.

A perda do filho perfeito idealizado gera, desde logo, um luto, durante o qual são vividos sentimentos de inadequação, de incapacidade, de incerteza, de angústia, de tristeza, entre outros. Logo após, ocorre um sentimento de negação, fase em que vários profissionais são procurados, na expectativa de respostas melhores. A seguir, há um sentimento de raiva, que é dirigida para os profissionais, para a criança e para o mundo. Passam, então, os pais, por uma fase de barganha, na crença de que, se algo excepcional for feito, a criança se normalizará. Ao perceber que isso não é verdadeiro, vem a fase de depressão, que possibilita, a seguir, a reorganização. É nesse período final que conseguem os pais investir verdadeiramente nos procedimentos terapêuticos, com a ajuda dos profissionais.

Além disso, é importante o triângulo social, pai-mãe-criança, que, ao funcionar adequadamente, proporciona à criança sentimentos de segurança e confiança, além de uma boa auto-imagem, condições para desenvolver um ego forte e as possibilidades para a aquisição da linguagem.

Atrasos e distúrbios de linguagem podem se desenvolver a partir de falhas nessas relações, constituindo-se em distúrbios de linguagem decorrentes, predominantemente, de situações ambientais e alterações do desenvolvimento do psiquismo, os quais, na maioria das vezes, necessitam de uma abordagem psicoterapêutica e, eventualmente, fonoaudiológica.

Devemos considerar, ainda, que os distúrbios do desenvolvimento da fala e da linguagem têm, com grande freqüência, origem multifatorial. Em geral, os casos clínicos mostram, em suas bases, a presença de fatores biológicos, de fatores ambientais e distúrbios do psiquismo, que se relacionam em uma interação complexa ao longo da vida da criança, determinando quadros clínicos polimorfos.

Disso resulta que a atenção a esses distúrbios, de origem tão complexa e dinâmica, requer uma intervenção interdisciplinar, ou seja, a participação de profissionais de diferentes formações, atuando como uma equipe. Isso significa, em nosso entendimento, não ocorrer maior valorização de determinado profissional em detrimento dos outros.

Ressaltamos que compete ao clínico, designação que damos a cada um dos profissionais da equipe, o desvendamento das tramas que permeiam a interação multifatorial, para que possa determinar providências terapêuticas e educacionais fundamentadas na compreensão do quadro por inteiro. Isso o colocará no caminho da possibilidade de melhor sucesso terapêutico (TABITH Jr., 2003).

Referências Bibliográficas

AJURIAGUERRA, J.; MAISONNY, S.; NARLIAN, S.; STAMBAK, M. Le group des audimutités. **Psychiatr Infant**, 1:7-62, 1958.

BERLIN, C.; HOOD, L.J.; HURLEY, M. S.; WEN, H. Hearing aids: only for hearing impaired patients with abnormal otoacoustic emissions. In: BERLIN, C. (Ed.). **Hair cells and hearing aids**. London: Singular, 1996, p. 99-112.

COHEN, M.; CAMPBELL, R.; YAGHMAI, F. Neuropathological abnormalities in developmental dysphasia. **Ann Neurol**, 25:567-70, 1989.

FORTES, H.; PACHECO, G. **Dicionário médico**. Rio de Janeiro: Ed. Fabio M. de Mello, [1968].

INGRAM

KHAMI, A. G. Language disorders in children. In: LEAHY, M. M. **Disorders of communication: the science of intervention**. London: Whurr, 1989. p. 69-102.

MARCUS, G. F.; FISHER, S. E. FOXP2 in focus: what can genes tell us about speech and language? **Trends Cogn Sci**, 7(5):257-62, 2003.

MYSAK, E. D. Cerebral palsy syndromes. In: TRAVIS, L. E. **Handbook of speech pathology and audiology**. New York: Appleton-Century-Crofts, 1971. p. 673-94

QUIROS, J. B.; GÖTTER, R. **El lenguaje en el niño**. Buenos Aires: CEDIFA, 1964.

ROSEMBERGER, P. B.; HIER, D. B. Cerebral asymetry and verbal intellectual deficits. **Ann Neurol**, 8: 300-4, 1980.

SIMOS, O. G.; PAPANICOLAOU, A. C.; CASTILLO, E. M.; BREIER, J. I.; FLETCHER, J. M.; WHELLES, J. W.; MAGIO, W. W.; CONSTANTINOU, J. E. Aproximacion a la funcion cerebral através de la imagen de fuente magnetica: aplicaciones clínicas y experimentales. **Rev Neurol**, 34(9):871-6, 2002.

SPINELLI, M. **Estudo da motricidade:** articulatória e memória auditiva nos distúrbios específicos de linguagem. (Tese). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1973.

_____. **Foniatría.** São Paulo: Cortez & Moraes; 1979.

TABITH JUNIOR, A.

_____. A relação do orgânico com o subjetivo na origem dos distúrbios da linguagem. In: PAVONE, S.; RAFAELI, Y. **Audição, voz e linguagem:** a clínica e o sujeito. [no prelo].

TOMBLIN, J. B.; SCHEFFNER, H. C.; ZHANG, X. The association of parental tobacco and SLI. **Int J Lang Commun Disord**, 33(4):357-68, 1998.

WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães.** São Paulo: Martins Fontes; 1966.