



Os Desafios do Desenvolvimento da Linguagem no Transtorno do Espectro Autista: Do Diagnóstico Precoce à Intervenção Direcionada

The Challenges of Language Development in Autism Spectrum Disorder: From Early Diagnosis to Targeted Intervention

Bruno Magalhães de Pinho Tavares

Resumo: O capítulo analisa os principais desafios do desenvolvimento da linguagem no Transtorno do Espectro Autista (TEA), destacando que a comunicação compreende aspectos muito além da produção da fala, incluindo linguagem receptiva e expressiva, pragmática, atenção compartilhada, intenção comunicativa e interação social. Inicialmente, são apresentados os fundamentos neurobiológicos da linguagem e os marcos esperados do desenvolvimento infantil, enfatizando os sinais precoces que podem indicar alterações no desenvolvimento comunicativo e justificar investigação clínica. O texto discute a importância do diagnóstico diferencial, ressaltando o papel da avaliação auditiva e da atuação do otorrinolaringologista na identificação de condições que podem comprometer a aquisição da linguagem ou coexistir com o TEA. Também são abordadas características específicas da linguagem no espectro, como ecolalia, processamento de linguagem em Gestalt, alterações prosódicas, dificuldades pragmáticas, hiperlexia e regressão da linguagem, além das particularidades observadas em indivíduos minimamente verbais. O capítulo enfatiza que a avaliação deve ser abrangente, individualizada e conduzida por equipe multidisciplinar, considerando fatores clínicos, cognitivos, sensoriais, familiares e educacionais. Por fim, destaca que a intervenção precoce, baseada em evidências e centrada nas necessidades da criança e de sua família, associada ao uso de estratégias como a Comunicação Suplementar e Alternativa quando indicada, favorece o desenvolvimento da comunicação funcional, da autonomia, da participação social e da qualidade de vida das pessoas com TEA.

Palavras-chave: transtorno do espectro autista; desenvolvimento da linguagem; diagnóstico precoce; intervenção precoce; comunicação suplementar e alternativa; avaliação auditiva.

Abstract: This chapter examines the main challenges related to language development in Autism Spectrum Disorder (ASD), emphasizing that communication extends far beyond speech production and includes receptive and expressive language, pragmatics, joint attention, communicative intent, and social interaction. Initially, it presents the neurobiological foundations of language and the expected developmental milestones during childhood, highlighting early warning signs that may indicate communication impairments and justify prompt clinical investigation. The chapter discusses the importance of differential diagnosis, emphasizing the role of hearing assessment and the contribution of the otorhinolaryngologist in identifying conditions that may interfere with language acquisition or coexist with ASD. Specific language characteristics commonly observed in autism are also addressed, including echolalia, Gestalt language processing, prosodic differences, pragmatic impairments, hyperlexia, and language regression, as well as the particular features of minimally verbal individuals. The text emphasizes that assessment should be comprehensive, individualized, and conducted by a multidisciplinary team, taking into account clinical, cognitive, sensory,

family, and educational factors. Finally, it highlights that early evidence-based intervention, centered on the individual needs of the child and family and supported by Augmentative and Alternative Communication when appropriate, promotes the development of functional communication, autonomy, social participation, and quality of life for individuals with ASD.

Keywords: Autism Spectrum Disorder; language development; early diagnosis; early intervention; augmentative and alternative communication; hearing assessment.

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma condição do neurodesenvolvimento caracterizada por dificuldades persistentes na comunicação e na interação social, associadas a padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. A apresentação clínica é heterogênea, e as necessidades de suporte variam amplamente entre os indivíduos. Entre os diferentes domínios do desenvolvimento, a linguagem ocupa posição central, pois influencia a aprendizagem, a autonomia, a participação social e a qualidade de vida ^{1,2}.

A linguagem humana não se limita à produção de palavras. Ela envolve intenção comunicativa, compreensão, formulação de enunciados, uso social da fala, prosódia, leitura de pistas contextuais e integração de informações sensoriais, cognitivas e motoras. No TEA, podem ser observados perfis muito distintos: crianças com ausência ou uso mínimo de fala; indivíduos com atraso na aquisição da linguagem; pessoas com vocabulário amplo, mas dificuldades pragmáticas; e crianças que apresentam regressão de habilidades previamente adquiridas.

Este capítulo discute os principais desafios do desenvolvimento da linguagem no TEA, enfatizando a identificação precoce, o diagnóstico diferencial, a avaliação auditiva, a contribuição do otorrinolaringologista e a necessidade de intervenção individualizada e interdisciplinar. Também são abordados linguagem receptiva e expressiva, ecolalia, brincadeira simbólica, alfabetização, hiperlexia, prognóstico e comunicação suplementar e alternativa.

NEUROBIOLOGIA DA LINGUAGEM NO TEA

O desenvolvimento da linguagem depende da integração de redes neurais distribuídas, responsáveis pela percepção auditiva, atenção, memória operacional, processamento semântico, planejamento motor da fala, cognição social e funções executivas. A visão contemporânea, portanto, ultrapassa a atribuição da linguagem apenas às áreas clássicas de Broca e Wernicke.

No TEA, estudos de neuroimagem e pesquisas neuropsicológicas descrevem diferenças na conectividade e na especialização funcional de redes temporais, frontais e límbicas. Essas diferenças podem repercutir tanto na produção e na compreensão da fala quanto na capacidade de atribuir significado social aos estímulos comunicativos. Entretanto, nenhum achado isolado de neuroimagem

é diagnóstico, e a interpretação deve considerar a ampla variabilidade clínica do espectro ².

Alterações na orientação para a voz humana, na atenção a faces, na resposta ao nome, na imitação e na atenção compartilhada podem surgir precocemente. Como grande parte da aprendizagem linguística ocorre em interações sociais, dificuldades nesses mecanismos reduzem oportunidades espontâneas de associação entre palavras, gestos, objetos, ações e intenções.

MARCOS ESPERADOS DO DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM

O conhecimento dos marcos do desenvolvimento típico auxilia na identificação de atrasos, regressões e perfis atípicos. As idades devem ser interpretadas como referências clínicas, e não como limites rígidos, porque existe variação individual. Ainda assim, atrasos persistentes ou associados a alterações na comunicação social exigem investigação.

De maneira geral, espera-se que:

- Aos 6 meses, ocorram vocalizações e balbúcio progressivamente variados, além de resposta a sons e vozes;
- Entre 9 e 12 meses, surjam gestos comunicativos, como apontar, mostrar objetos, dar tchau e alternar o olhar entre a pessoa e o objeto de interesse;
- Por volta de 12 meses, aparecem as primeiras palavras com significado;
- Entre 18 e 24 meses, haja expansão do vocabulário e início da combinação de duas palavras;
- A partir dos 2 a 3 anos, ocorre aumento da complexidade das frases e da capacidade de participar de pequenas conversações.

A ausência de um marco isolado não confirma TEA. O risco torna-se mais relevante quando o atraso de linguagem se associa à ausência de gestos comunicativos, pouca reciprocidade social, redução da atenção compartilhada, resposta inconsistente ao nome, perda de habilidades ou dificuldade persistente de interação ^{3,4}.

Quadro 1 – Principais sinais de alerta para alterações da comunicação e da linguagem sugestivas de TEA.

• Ausência ou importante redução de balbúcio e vocalizações no primeiro ano de vida.	• Ausência de gestos comunicativos aos 12 meses.
• Ausência de palavras com significado aos 16 meses.	• Ausência de combinações espontâneas de duas palavras aos 24 meses.
• Perda de palavras ou de habilidades sociais previamente adquiridas.	• Ausência ou redução de atenção compartilhada.
• Resposta inconsistente ao nome, após exclusão de alteração auditiva.	• Contato ocular reduzido ou pouco integrado à comunicação.

• Dificuldade de interação social e de reciprocidade comunicativa.	• Uso predominantemente instrumental do adulto, sem compartilhar interesses.
A presença de um ou mais sinais exige avaliação clínica, mas não estabelece o diagnóstico de TEA isoladamente.	

Fonte: autoria própria.

COMUNICAÇÃO PRÉ-VERBAL

Muito antes da aquisição da fala, a criança desenvolve habilidades que sustentam a comunicação. Entre elas estão o sorriso social, o contato ocular integrado ao contexto, a imitação, o uso de gestos, a resposta ao nome, a alternância de turnos, o apontar e a atenção compartilhada. Essas competências permitem que a criança comunique desejos, compartilhe interesses e aprenda o significado das palavras em situações reais.

No TEA, os déficits de comunicação pré-verbal podem anteceder o atraso da fala. Em algumas crianças, a ausência de apontar para compartilhar interesse ou a dificuldade de alternar o olhar entre um objeto e o cuidador é clinicamente mais informativa do que o número de palavras produzidas. A avaliação, portanto, deve investigar como a criança comunica, e não apenas quanto a ela fala.

Atenção Compartilhada

A atenção compartilhada ocorre quando duas pessoas coordenam a atenção em relação a um mesmo objeto ou acontecimento, com consciência de que o interesse está sendo compartilhado. Ela inclui seguir o apontar ou o olhar do outro e iniciar espontaneamente o compartilhamento de interesse. Essa habilidade favorece o aprendizado de palavras, a compreensão de intenções e o desenvolvimento da reciprocidade social. Dificuldades precoces de atenção compartilhada associam-se a piores desfechos de linguagem e devem ser consideradas no planejamento terapêutico ¹⁰.

Linguagem e Brincadeira Simbólica

A linguagem e a brincadeira simbólica apresentam desenvolvimento intimamente relacionado. Durante o segundo ano de vida, a criança passa a utilizar objetos e ações para representar situações imaginárias, como alimentar uma boneca, usar um bloco como telefone ou simular uma rotina doméstica. Essas atividades criam oportunidades para nomear ações, negociar significados, alternar turnos e construir narrativas.

No TEA, pode ocorrer atraso, redução da espontaneidade ou menor variedade da brincadeira de faz de conta. A ausência de brincadeira simbólica não é exclusiva do autismo, mas constitui informação relevante quando associada a dificuldades de comunicação social. Estudos mostram relação entre brincadeira simbólica, atenção compartilhada e desenvolvimento de linguagem expressiva ^{11,12}.

O ATRASO DE LINGUAGEM COMO VIA DE INVESTIGAÇÃO E SINAL DE ALERTA

Na prática clínica, as queixas “a criança não fala”, “fala pouco” ou “parou de falar” estão entre os motivos mais frequentes de procura por avaliação. O atraso de linguagem pode ser a primeira manifestação percebida pela família, mas deve ser analisado em conjunto com compreensão, gestos, intenção comunicativa, interação social, brincadeira, comportamento e história do desenvolvimento.

Diagnóstico Diferencial

Diante de uma criança com atraso de linguagem, não se deve presumir imediatamente o diagnóstico de TEA. A investigação precisa excluir ou identificar condições que possam explicar total ou parcialmente o quadro. A história clínica deve incluir gestação e parto, marcos motores e sociais, exposição linguística, antecedentes familiares, regressão, crises epiléticas, infecções, otites, sono, alimentação, uso de telas e oportunidades de interação.

O exame físico deve avaliar crescimento, desenvolvimento neurológico, cavidade oral, mobilidade da língua, palato, respiração, voz, orelhas, membranas timpânicas e sinais sindrômicos. A avaliação audiológica é essencial porque perdas auditivas leves, flutuantes ou unilaterais podem comprometer a percepção de fala sem serem prontamente reconhecidas pela família.

Papel do Otorrinolaringologista

O otorrinolaringologista participa de forma decisiva da investigação do atraso de linguagem ao avaliar a integridade auditiva e condições que interferem na atenção, no sono, na respiração e na disponibilidade para aprender. Sua atuação inclui otoscopia, investigação de otites recorrentes e otite média com efusão, avaliação de disfunção tubária, indicação e interpretação clínica de exames auditivos objetivos, análise da respiração oral, hipertrofia adenotonsilar e distúrbios respiratórios do sono.

Em crianças com baixa colaboração, alterações do desenvolvimento ou resultados inconclusivos, podem ser necessários métodos objetivos, como emissões otoacústicas, imitanciometria e potencial evocado auditivo de tronco encefálico. A escolha do exame deve considerar idade, desenvolvimento, condições da orelha média e hipótese clínica. A normalidade auditiva não confirma TEA, mas evita que uma alteração sensorial tratável seja atribuída indevidamente a uma condição central.

Distúrbios respiratórios do sono também merecem atenção. Sono fragmentado, ronco, obstrução nasal e hipertrofia adenotonsilar podem agravar irritabilidade, desatenção e dificuldades de aprendizagem. Da mesma forma, otites recorrentes e perdas condutivas flutuantes podem reduzir a consistência do acesso à fala durante períodos críticos do desenvolvimento.

Outras Condições a Considerar

Entre os principais diagnósticos diferenciais e condições associadas estão:

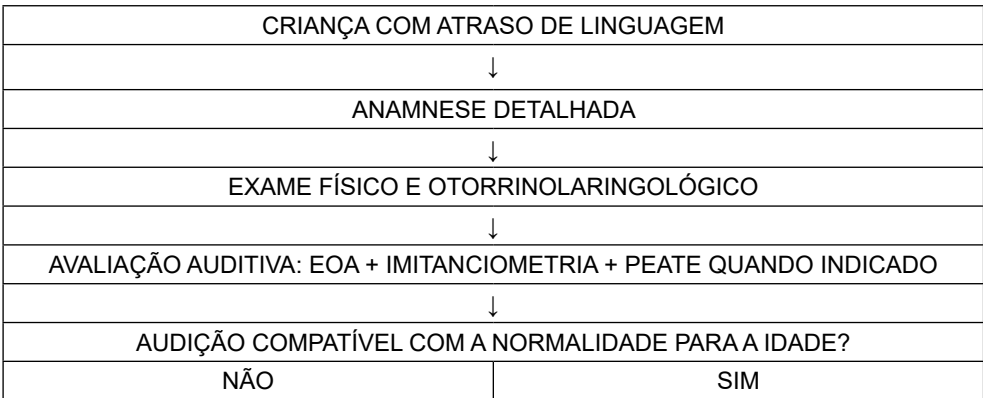
- Transtorno do desenvolvimento da linguagem;
- Deficiência auditiva condutiva, neurossensorial ou mista;
- Deficiência intelectual;
- Apraxia de fala na infância e outros transtornos motores da fala;
- Alterações estruturais ou funcionais do aparelho fonador;
- Privação psicossocial e baixa estimulação comunicativa;
- Síndromes genéticas e doenças neurometabólicas;
- Epilepsias associadas à regressão da linguagem, incluindo a síndrome de Landau-Kleffner;
- Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, ansiedade e outras condições que interferem na interação e no desempenho comunicativo.

Regressão da Linguagem e da Comunicação

Regressão é a perda de habilidades previamente adquiridas, podendo envolver linguagem, interação social, brincadeira ou autonomia. Meta-análise com mais de 33 mil participantes estimou regressão em aproximadamente 30% das crianças com TEA, embora a frequência varie conforme a definição utilizada; quando considerada apenas a perda de linguagem, a estimativa foi próxima de 20%⁷.

A regressão ocorre com maior frequência no segundo ano de vida, mas não é exclusiva do TEA. Deve motivar avaliação clínica rápida, incluindo história detalhada, exame neurológico e investigação de causas auditivas, epilépticas, genéticas ou metabólicas conforme os achados. A perda de palavras ou de intenção comunicativa nunca deve ser interpretada como uma simples variação do desenvolvimento.

Fluxograma 1 – Investigação clínica da criança com atraso de linguagem.



Investigar e tratar a alteração auditiva ou otológica identificada. Reavaliar linguagem e desenvolvimento após garantir acesso auditivo adequado.	Avaliação global do desenvolvimento: • interação social; • resposta ao nome; • atenção compartilhada; • gestos comunicativos; • brincadeira simbólica; • linguagem receptiva e expressiva.
	RASTREAMENTO PARA TEA E AVALIAÇÃO MULTIDISCIPLINAR
	INTERVENÇÃO PRECOCE, INDIVIDUALIZADA E BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Fonte: elaboração do autor. O fluxograma orienta a sequência clínica, mas os exames e encaminhamentos devem ser individualizados.

PARTICULARIDADES DA LINGUAGEM NO TEA

A linguagem pode ser analisada em três componentes: forma, que inclui fonologia, morfologia e sintaxe; conteúdo, relacionado ao significado; e uso, correspondente à pragmática. No TEA, esses componentes podem apresentar combinações muito diversas. Uma criança pode formar frases complexas e, ainda assim, ter dificuldade para iniciar conversas, adaptar a fala ao interlocutor ou compreender sentidos não literais.

Linguagem Receptiva e Linguagem Expressiva

Linguagem receptiva corresponde à capacidade de compreender palavras, frases, instruções e significados; linguagem expressiva diz respeito à capacidade de formular e transmitir mensagens por fala, gestos, escrita ou recursos de comunicação alternativa. Em parte das crianças com TEA, existe discrepância importante entre esses domínios.

Algumas compreendem mais do que conseguem verbalizar, especialmente quando coexistem apraxia de fala, dificuldades motoras ou baixa iniciativa comunicativa. Outras apresentam vocabulário aparentemente amplo, mas compreensão limitada do contexto, de perguntas abertas, de inferências ou de linguagem figurada. Essa dissociação reforça a necessidade de avaliações individualizadas e de não estimar a compreensão apenas pela quantidade de fala produzida.

Pragmática e uso Social da Linguagem

A pragmática reúne as regras que orientam o uso social da linguagem. Inclui iniciar e encerrar conversas, alternar turnos, manter o tópico, ajustar a fala ao interlocutor, interpretar expressões faciais, reconhecer ironias e compreender informações implícitas. Indivíduos verbalmente fluentes podem apresentar vocabulário e gramática preservados, mas dificuldades persistentes nesses aspectos.

A avaliação pragmática deve ocorrer em diferentes contextos, porque o desempenho em uma situação estruturada pode não refletir a comunicação cotidiana. Fala excessivamente formal, literalidade, mudanças abruptas de assunto, monólogos sobre interesses específicos e dificuldade para perceber desinteresse do interlocutor são exemplos possíveis, mas nenhum deles ocorre de forma universal.

Ecolalia e Processamento de Linguagem em Gestalt

Ecolalia é a repetição imediata ou tardia de enunciados previamente ouvidos. Embora tenha sido historicamente descrita como comportamento sem função, atualmente se reconhece que pode cumprir papéis comunicativos, como pedir, recusar, manter a interação, regular emoções, organizar a resposta e ensaiar estruturas linguísticas. A interpretação deve considerar o contexto e a função da repetição, evitando tentativas indiscriminadas de suprimi-la ⁶.

Alguns autores propõem que parte das crianças desenvolva a linguagem por meio de unidades maiores ou “gestalts”, utilizando inicialmente trechos memorizados antes de decompor e recombinar palavras. O modelo denominado Gestalt Language Processing e o protocolo Natural Language Acquisition ganharam visibilidade recente ¹⁵. Entretanto, sua generalização para todas as pessoas autistas e a validade de estágios universais permanecem em debate. Publicações recentes ressaltam a ausência de estudos empíricos suficientes para confirmar o modelo como trajetória distinta ou para validar recomendações terapêuticas específicas ¹⁶.

Uma conduta equilibrada consiste em reconhecer a possível função comunicativa da ecolalia, observar padrões individuais, ampliar oportunidades de comunicação espontânea e utilizar estratégias respaldadas pela avaliação funcional e pelas necessidades da criança. O conceito de processamento em Gestalt pode ser considerado como hipótese clínica, mas não deve substituir a avaliação abrangente da linguagem receptiva, expressiva e pragmática.

Prosódia

Prosódia é o conjunto de características melódicas da fala, incluindo ritmo, entonação, intensidade, pausas e acentuação. No TEA, podem ocorrer entonação pouco variável, ritmo atípico, volume inadequado ao contexto, fala excessivamente rápida ou padrões que soam formais, cantados ou robotizados. Essas diferenças podem afetar a expressão emocional e a compreensão da intenção comunicativa pelo interlocutor.

Pessoas Minimamente Verbais

O termo “minimamente verbal” é utilizado para descrever indivíduos que apresentam repertório muito restrito de palavras ou frases funcionais. As definições variam entre os estudos, o que dificulta estimativas precisas. Algumas pesquisas indicam que aproximadamente 30% dos adultos autistas permanecem minimamente verbais ⁸. A ausência de fala fluente, porém, não significa ausência de compreensão, intenção ou potencial de aprendizagem.

A avaliação deve incluir cognição não verbal, compreensão, gestos, comunicação escrita, recursos visuais, movimentos, preferências sensoriais e capacidade de utilizar comunicação suplementar e alternativa. Métodos dependentes de respostas orais podem subestimar habilidades. O objetivo terapêutico deve ser ampliar a comunicação funcional e a autonomia, com ou sem fala.

PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL

Mesmo com audição periférica preservada, algumas pessoas com TEA apresentam dificuldades para compreender fala em ruído, acompanhar mensagens rápidas, localizar sons ou selecionar estímulos relevantes. Esses achados podem refletir diferenças de atenção, linguagem, integração sensorial e processamento temporal, não sendo específicos do TEA.

A investigação do processamento auditivo central deve respeitar a idade, desenvolvimento, capacidade de compreender as tarefas e confiabilidade das respostas. O diagnóstico não deve ser realizado apenas com base em queixas inespecíficas e nunca substitui a avaliação da orelha externa, média, interna e das vias auditivas iniciais. Os resultados devem ser integrados à avaliação fonoaudiológica, neuropsicológica e escolar.

ALFABETIZAÇÃO, LEITURA E HIPERLEXIA

O desenvolvimento da linguagem no TEA também deve ser acompanhado durante a alfabetização. Algumas crianças decodificam palavras precocemente, demonstram grande interesse por letras e números ou aprendem a ler sem ensino formal sistemático. Quando a habilidade de reconhecer palavras é significativamente superior à compreensão do texto, pode-se utilizar o termo hiperlexia¹³.

A leitura pode parecer fluente e precisa, mas pode ocorrer de forma predominantemente mecânica, com dificuldades para compreender personagens, inferir intenções, identificar a ideia principal, interpretar pronomes ou relacionar informações ao conhecimento prévio. Esse perfil não deve ser confundido com compreensão leitora avançada. A avaliação escolar precisa separar decodificação, fluência, vocabulário e compreensão.

A habilidade de leitura precoce pode ser utilizada como recurso terapêutico e educacional, por meio de agendas visuais, histórias, instruções escritas e apoio à comunicação. Entretanto, a intervenção deve ampliar a compreensão, flexibilidade e uso funcional da leitura, evitando restringir o ensino ao reconhecimento de palavras

^{13,14}.

PROGNÓSTICO DO DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM

O prognóstico é variável e não deve ser definido por um único marcador. Entre os fatores associados a melhores desfechos estão intervenção precoce, maior capacidade cognitiva não verbal, melhor linguagem receptiva, atenção compartilhada, imitação, brincadeira simbólica, participação familiar e acesso consistente a estratégias terapêuticas e educacionais adequadas.

Historicamente, a aquisição de linguagem funcional até aproximadamente os 5 anos foi considerada um importante indicador prognóstico. Estudos longitudinais confirmam que características da linguagem na infância, incluindo diversidade verbal, extensão dos enunciados e capacidade de comunicação social, predizem aspectos da linguagem e da adaptação na vida adulta^{9,10}. Entretanto, esse marco não deve ser interpretado como limite após o qual não há possibilidade de progresso.

O prognóstico também é influenciado por comorbidades, deficiência intelectual, epilepsia, alterações motoras da fala, qualidade do sono, acesso à educação, condições socioeconômicas e continuidade do cuidado. A intensidade terapêutica deve ser individualizada: mais horas não significam necessariamente melhor resultado quando os objetivos não são funcionais, quando a criança apresenta sobrecarga ou quando não há generalização para a vida cotidiana.

A participação familiar é particularmente relevante. Orientações aplicáveis à rotina, comunicação responsiva, leitura compartilhada, brincadeiras e oportunidades reais de escolha favorecem a generalização das habilidades. O acompanhamento deve utilizar metas mensuráveis, reavaliadas periodicamente, e valorizar diferentes formas de comunicação.

INTERVENÇÃO DIRECIONADA E MULTIDISCIPLINAR

A identificação precoce deve ser acompanhada de intervenção oportuna. O plano terapêutico precisa partir do perfil individual, das necessidades funcionais, das preferências da criança e das prioridades familiares. A equipe pode incluir fonoaudiólogo, pediatra ou neurologista do desenvolvimento, otorrinolaringologista, psicólogo, terapeuta ocupacional, educadores e outros profissionais conforme as comorbidades.

Intervenção Fonoaudiológica e Abordagens Desenvolvimentais

A intervenção fonoaudiológica pode trabalhar compreensão, intenção comunicativa, vocabulário, construção de frases, articulação, planejamento motor, prosódia, narrativa e pragmática. Abordagens naturalistas e desenvolvimentais procuram inserir oportunidades de comunicação em atividades significativas, seguindo interesses da criança e reforçando iniciativas espontâneas.

Os objetivos devem ser funcionais e compatíveis com o desenvolvimento. Em vez de exigir comportamentos sociais padronizados, como contato ocular contínuo,

é preferível favorecer atenção compartilhada, participação, turnos e comunicação clara por meios confortáveis e acessíveis à criança.

Comunicação Suplementar e Alternativa

A comunicação suplementar e alternativa (CSA) inclui gestos, pranchas, símbolos, sistemas de troca de figuras, escrita e dispositivos geradores de fala. Pode ser indicada quando a fala é ausente, limitada, pouco inteligível ou insuficiente para atender às necessidades cotidianas. Sua introdução não exige que a criança “desista” da fala.

Evidências indicam que a CSA pode reduzir frustração, ampliar participação e apoiar o desenvolvimento da linguagem, sem impedir a emergência da fala¹⁷. O sistema deve ser acessível em diferentes ambientes, conter vocabulário relevante e permitir mais do que pedidos básicos, incluindo comentários, perguntas, recusa, emoções e interação social.

Acompanhamento Médico e Otorrinolaringológico

O acompanhamento médico deve identificar e tratar condições que interferem na comunicação e no engajamento terapêutico. Otites, perda auditiva, obstrução nasal, hipertrofia adenotonsilar, distúrbios respiratórios do sono, refluxo, alterações de voz e dificuldades de alimentação podem modificar comportamento, atenção e desempenho.

Areavaliação auditiva é indicada sempre que houver mudança de resposta aos sons, regressão, otites recorrentes, resultado prévio inconclusivo ou discrepância entre desempenho comunicativo e avaliação comportamental. O seguimento deve ser coordenado com a Fonoaudiologia e a equipe do desenvolvimento.

Papel da Família e da Escola

A intervenção apresenta maior possibilidade de generalização quando família e escola participam da definição de objetivos e utilizam estratégias consistentes. Pais e cuidadores podem ampliar a comunicação ao oferecer escolhas, aguardar respostas, interpretar tentativas comunicativas, expandir enunciados, compartilhar livros, brincar e inserir palavras em rotinas previsíveis.

A escola deve adaptar instruções, utilizar apoio visual quando necessário, avaliar compreensão e oferecer oportunidades reais de participação. Crianças que leem precocemente podem necessitar de trabalho específico de compreensão; crianças minimamente verbais precisam ter acesso contínuo ao sistema de CSA, inclusive em sala de aula.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender a linguagem no Transtorno do Espectro Autista significa reconhecer que comunicar vai muito além da produção de palavras. O desenvolvimento comunicativo depende da interação entre funções cognitivas, sensoriais, motoras e sociais, exigindo abordagem individualizada e interdisciplinar.

A avaliação clínica deve combinar história do desenvolvimento, observação da comunicação pré-verbal, análise da linguagem receptiva e expressiva, investigação auditiva e identificação de comorbidades. Nesse processo, o otorrinolaringologista contribui não apenas para excluir perdas auditivas, mas também para tratar condições otológicas, respiratórias e do sono que podem interferir na aprendizagem e na participação terapêutica.

O diagnóstico precoce, associado à investigação criteriosa e à intervenção baseada em evidências, oferece a melhor oportunidade para que crianças com TEA desenvolvam seu máximo potencial comunicativo. Mais do que buscar um padrão único de fala, o objetivo é promover autonomia, participação social, segurança, aprendizagem e melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR. 5th ed., text rev. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2022.
2. Lord C, Brugha TS, Charman T, Cusack J, Dumas G, Frazier T, *et al.* Autism spectrum disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2020;6(1):5.
3. Zwaigenbaum L, Bauman ML, Fein D, Pierce K, Buie T, Davis PA, *et al.* Early screening of autism spectrum disorder: recommendations for practice and research. *Pediatrics*. 2015;136(Suppl 1):S41-S59.
4. Hyman SL, Levy SE, Myers SM; Council on Children with Disabilities, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. Identification, evaluation, and management of children with autism spectrum disorder. *Pediatrics*. 2020;145(1):e20193447.
5. National Institute for Health and Care Excellence. Autism spectrum disorder in under 19s: recognition, referral and diagnosis. Clinical guideline CG128. London: NICE.
6. American Speech-Language-Hearing Association. Autism and autism spectrum disorder. ASHA Practice Portal. Acesso em 2026.
7. Tan C, Frewer V, Cox G, Williams K, Ure A. Prevalence and age of onset of regression in children with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analytical update. *Autism Res*. 2021;14(3):582-598.

8. Maltman N, DaWalt LS, Hong J, Mailick M. Brief report: socioeconomic factors associated with minimally verbal status in individuals with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord.* 2021;51(6):2139-2145.
9. LeGrand KJ, Wisman Weil L, Lord C, Luyster RJ. Identifying childhood expressive language features that best predict adult language and communication outcome in individuals with autism spectrum disorder. *J Speech Lang Hear Res.* 2021;64(6):1977-1991.
10. Gillespie-Lynch K, Sepeta L, Wang Y, Marshall S, Gomez L, Sigman M, Hutman T. Early childhood predictors of the social competence of adults with autism. *J Autism Dev Disord.* 2012;42(2):161-174.
11. Westby C. Playing to pretend or “pretending” to play: play in children with autism spectrum disorder. *Semin Speech Lang.* 2022;43(4):331-346.
12. Creaghe N, Quinn S, Kidd E. Symbolic play provides a fertile context for language development. *Infancy.* 2021;26(6):980-1010.
13. Ostrolenk A, Forgeot d’Arc B, Jelenic P, Samson F, Motttron L. Hyperlexia: systematic review, neurocognitive modelling, and outcome. *Neurosci Biobehav Rev.* 2017;79:134-149.
14. Newman TM, Macomber D, Naples AJ, Babitz T, Volkmar F, Grigorenko EL. Hyperlexia in children with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord.* 2007;37(4):760-774.
15. Blanc M, Blackwell A, Elias P. Using the Natural Language Acquisition Protocol to support gestalt language development. *Perspect ASHA Spec Interest Groups.* 2023;8(6):1279-1286.
16. Hutchins TL, Knox SE, Fletcher EC, *et al.* A response to Blanc and colleagues’ viewpoint on Gestalt Language Processing and the Natural Language Acquisition Protocol: concerns and common ground. *Perspect ASHA Spec Interest Groups.* 2025. doi:10.1044/2025_PERSP-25-00055.
17. Schlosser RW, Wendt O. Effects of augmentative and alternative communication intervention on speech production in children with autism: a systematic review. *Am J Speech Lang Pathol.* 2008;17(3):212-230.