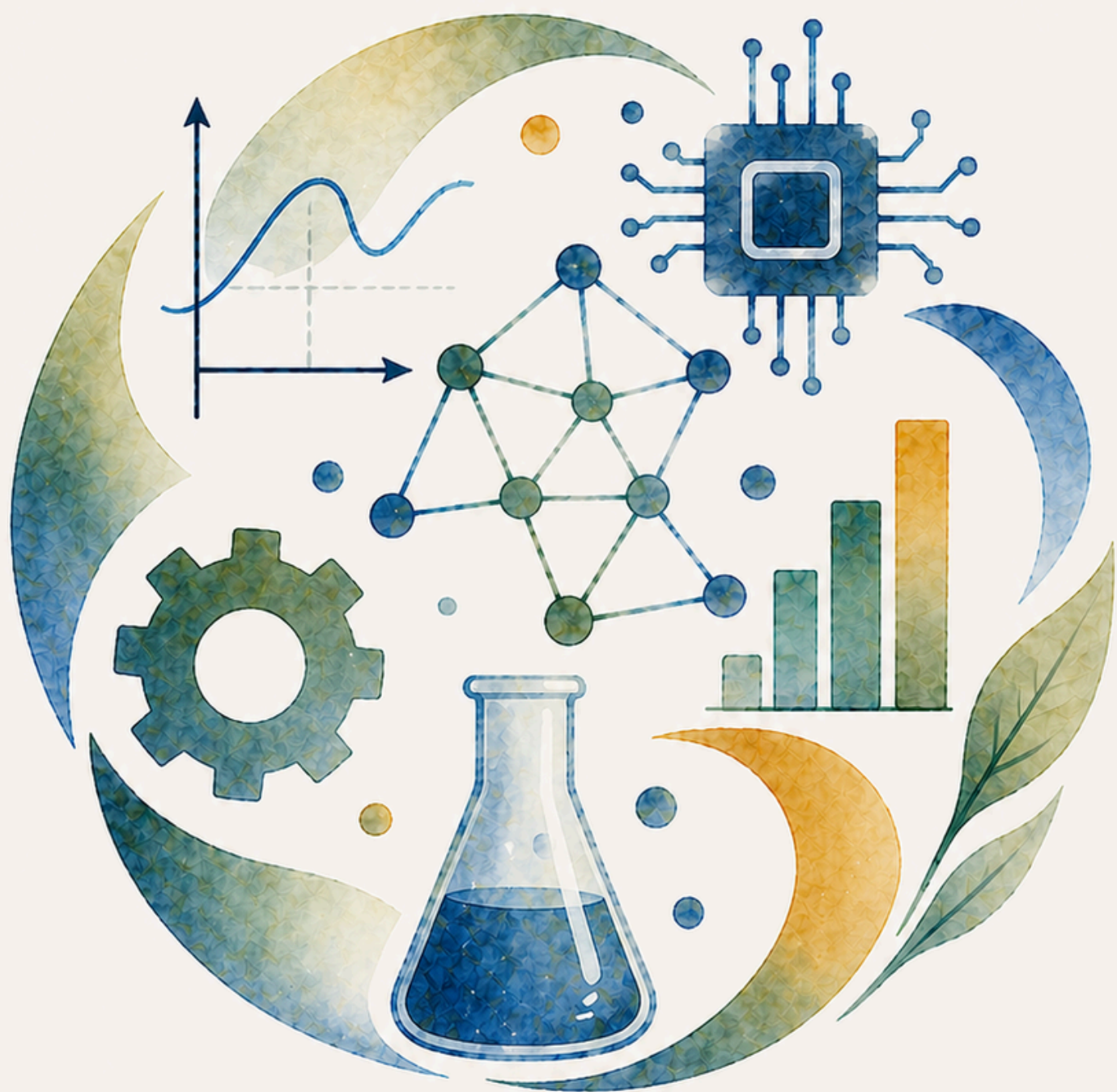


# Ciências da Saúde em Perspectiva Contemporânea:

interfaces entre pesquisa, prática clínica  
e políticas públicas.



Mickael Rosendo da Silva Sousa  
Anderson Alves da Silva



## **Conselho Editorial**

Everton Henrique Mesquita De  
Arruda  
Andressa Santana Batista  
Marcelo Carvalho da  
Conceição  
Patricia da Silva

## **Avaliadores**

Maria Gabrielle Fernandes  
Vieira de Sousa  
  
Amanda Veríssimo

**Publicação:** Editora Publique-se

Número do volume: 01

Páginas: 01 à 790.

Número da edição/revisão: 01

Série: 01.

Cidade: Capão Bonito - SP.

**ISBN: 978-65-979876-2-7**

**DOI: 10.5281/zenodo.19950570**

# EFEITO DA TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTENSIVA NA REABILITAÇÃO DA AFASIA EM PACIENTES PÓS-AVC ISQUÊMICO.



**Rômulo Evandro Brito de Leão.**

Graduado em Fonoaudiologia pela Universidade da Amazônia (2010–2013). Possui especialização em Oncologia e Cuidados Paliativos pela Universidade do Estado do Pará (UEPA) (2014–2016), mestrado em Neurociências e Comportamento pela Universidade Federal do Pará (UFPA) (2021–2023) e cursa doutorado em Neurociências e Comportamento pela Universidade Federal do Pará (UFPA) (2025–2029). Atua nas áreas de fonoaudiologia, neurociências, comportamento, oncologia, cuidados paliativos, saúde, comunicação humana e reabilitação. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7777669114464630>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7509-6834>. E-mail: romuloevandro@hotmail.com.

**Fernando Allen de Farias Rocha.**

Orientador vinculado à Universidade Federal do Pará (UFPA). Atua nas áreas relacionadas à formação acadêmica e orientação em pesquisa. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3882851981484245>. E-mail: rochaf@ufpa.br.

## 1. Introdução

A afasia decorrente do acidente vascular cerebral isquêmico configura uma alteração adquirida da linguagem cuja complexidade não pode ser apreendida apenas pela descrição de déficits expressivos ou compreensivos, uma vez que sua manifestação envolve a desorganização de processos linguísticos, cognitivos, interacionais e psicossociais que sustentam a comunicação humana em sua dimensão funcional e simbólica. O AVC isquêmico, ao produzir obstrução do fluxo sanguíneo cerebral e consequente comprometimento da oxigenação tecidual, pode atingir áreas corticais e subcorticais implicadas na produção verbal, na compreensão auditiva, no acesso lexical, na leitura, na escrita, na repetição e na organização discursiva, especialmente quando a lesão compromete o hemisfério cerebral dominante para a linguagem.

A revisão de De Souza Paula et al. (2024) assinala que a afasia pós-AVC deve ser interpretada em articulação com a dominância hemisférica e com os programas de reabilitação fonoaudiológica descritos na literatura, ao passo que Rosendo et al. (2022) ampliam essa compreensão ao tratar os distúrbios de linguagem após AVC como manifestações heterogêneas, atravessadas por alterações de fluência, compreensão, nomeação e funcionalidade comunicativa. Essa heterogeneidade também é evidenciada por Costa et al.

(2023), ao investigarem quadros afásicos em pacientes com AVC isquêmico maligno no hemisfério esquerdo, demonstrando que a gravidade da lesão, o contexto hospitalar, a presença de disfagia e a evolução clínica durante a internação interferem na caracterização da linguagem e no prognóstico funcional. Não se trata, portanto, de compreender a afasia como perda homogênea da fala, mas como desorganização variável de redes neurolinguísticas que sustentam a possibilidade de o sujeito compreender, formular, negociar e compartilhar sentidos em situações comunicativas concretas.

A delimitação clínica da afasia pós-AVC isquêmico exige atenção à relação entre topografia lesional, perfil linguístico e condição funcional do paciente, pois lesões frontais, temporais, parietais ou perisilvianas podem gerar manifestações distintas, como prejuízo de fluência, dificuldade de evocação lexical, alterações sintáticas, comprometimento da compreensão auditiva, perda de repetição, distúrbios de leitura e escrita ou restrição discursiva em interações espontâneas. Mais, Bassi e Lima (2025), ao analisarem o perfil fonoaudiológico de pacientes pós-AVC isquêmico, evidenciam que a prevalência de afasia deve ser considerada em conjunto com outras demandas clínicas, como o nível de ingestão oral, indicando que os quadros comunicativos frequentemente se articulam a alterações de deglutição e a necessidades assistenciais simultâneas.

Essa articulação entre linguagem, percepção, cognição e funcionalidade encontra respaldo em Rosa (2019), cuja investigação sobre componentes auditivos em indivíduos pós-AVC isquêmico sugere que a comunicação pode ser atravessada por alterações perceptivas capazes de interferir na compreensão da fala e na resposta terapêutica. Alvarenga (2020), ao tratar da avaliação da linguagem em pacientes hospitalizados após AVC, reforça a necessidade de instrumentos sensíveis ao contexto agudo, capazes de identificar déficits sem dissociá-los das condições neurológicas, emocionais e motoras do sujeito. Em perspectiva neuropsicológica, De Carvalho Rodrigues et al. (2020) contribuem para situar a linguagem como função complexa, dependente de sistemas cognitivos associados à memória, atenção, percepção, planejamento e controle executivo, o que torna insuficiente qualquer abordagem que se limite a classificar a afasia por rótulos sindrômicos sem examinar sua expressão funcional na vida diária.

Nesse cenário, a reabilitação fonoaudiológica emerge como campo de intervenção voltado não apenas à recuperação de habilidades linguísticas formais, mas à reorganização da vida comunicativa do paciente após a lesão cerebral, incorporando dimensões clínicas, psicossociais, familiares e institucionais. Favoretto (2019), ao investigar a terapia fonoaudiológica intensiva em pessoas com afasia, desloca a análise para indicadores que



ultrapassam a linguagem estritamente mensurada, como qualidade de vida, grau de depressão e sobrecarga de cuidadores, demonstrando que a afasia repercute sobre o sujeito e sua rede de cuidado. Amaral e Santos (2023), ao discutirem a qualidade de vida de pacientes afásicos pós-AVC, convergem com essa leitura ao apontarem que o comprometimento comunicativo se traduz em restrição de participação, perda de autonomia percebida e impacto sobre relações sociais.

Marques e Oliveira (2021), ao examinarem os efeitos psicológicos da afasia na pessoa com status pós-AVC, acentuam que a limitação linguística pode produzir frustração, isolamento, ansiedade e sofrimento subjetivo, dimensões que não devem ser tratadas como efeitos periféricos da doença, mas como parte constitutiva da experiência afásica. Rodrigues (2020), ao investigar o treinamento de habilidades sociais em cuidadores de indivíduos com afasia, e De Freitas (2023), ao propor um programa de comunicação acessível para cuidadores informais, ampliam essa discussão ao demonstrar que a reabilitação depende também da transformação dos interlocutores e dos ambientes comunicativos, uma vez que a escuta, a espera, a reformulação e a validação das tentativas expressivas podem favorecer ou restringir a participação do paciente. Ferreira-Donati et al. (2020), ao abordarem a afasia em perspectiva de orientação e sensibilização, reforçam que a compreensão social da condição afásica é parte do cuidado, pois o desconhecimento tende a intensificar infantilização, silenciamento e substituição indevida da fala do sujeito acometido.

A terapia fonoaudiológica intensiva insere-se nesse debate como modalidade terapêutica que procura ampliar, concentrar e qualificar a exposição do paciente a estímulos linguísticos sistemáticos, funcionais e clinicamente orientados, sem que tal intensificação deva ser confundida com simples aumento de horas ou repetição mecânica de exercícios. Teixeira e Sales (2025) destacam a intervenção precoce em pacientes afásicos pós-AVC como elemento associado à reorganização assistencial do cuidado, ao passo que Ribeiro et al. (2024), ao discutirem reabilitação intensiva no AVC isquêmico agudo, permitem compreender a intensidade como princípio de estimulação funcional progressiva, ainda que seu foco recaia sobre desfechos motores. No campo fonoaudiológico, Altmann, Silveira e Pagliarin (2019) e De Souza et al. (2022) indicam que as intervenções nos quadros de afasia precisam combinar estratégias expressivas, semânticas, fonológicas, discursivas e comunicativas, evitando protocolos rígidos incapazes de responder à singularidade clínica.

Barros (2020), ao discutir a atuação fonoaudiológica com o idoso afásico, recoloca o problema da intensidade diante da idade, da tolerância, da trajetória comunicativa e das condições de participação do paciente, enquanto Ferreira et al. (2019), ao analisarem

desempenho pré e pós-tratamento fonoaudiológico em grupo, e Lima et al. (2019), ao investigarem a intervenção grupal e seu impacto na qualidade de vida, evidenciam que a reabilitação pode ganhar densidade quando a linguagem é trabalhada em situações coletivas, interacionais e próximas da comunicação cotidiana. Brandão, Bauer e Junior (2020) aprofundam essa inflexão ao tratar a terapia em grupo como mudança paradigmática, pois desloca o centro da intervenção da correção isolada de respostas para a experiência social da linguagem, em que o sujeito afásico pode reconstruir turnos de fala, estratégias de reparo, pertencimento e reconhecimento.

A intensificação terapêutica, contudo, exige delimitação conceitual rigorosa, uma vez que frequência, duração, dose total, densidade das tarefas, progressão da dificuldade, modalidade de intervenção e qualidade da mediação clínica não são equivalentes. Matos (2022), ao investigar eletroestimulação funcional na disfagia orofaríngea após AVC isquêmico agudo, e Santos et al. (2023), ao estudarem estimulação transcraniana por corrente contínua na deglutição em fase aguda, embora não tratem diretamente da afasia, contribuem para pensar o pós-AVC como campo de intervenções neurofuncionais que requerem dosagem, monitoramento e adequação clínica. Araruna (2024), ao desenvolver o Protocolo de Intervenção Musicoterapêutica Nas Afasias, introduz a possibilidade de mobilização de ritmo, melodia e organização temporal como recursos terapêuticos, dialogando com abordagens que exploram vias alternativas de produção verbal. Reinheimer et al. (2024), ao aproximarem pedagogia e reabilitação da afasia, sugerem que a reconstrução comunicativa também pode envolver mediação didática, aprendizagem situada e reorganização de estratégias expressivas, enquanto Da Cunha Lima, Winkler e De Senna (2023) abordam a tecnologia como possibilidade de continuidade terapêutica e acessibilidade, desde que não substitua a mediação clínica nem reduza a linguagem a treinamento automatizado.

Branquinho, Maia e Rodrigues (2025), ao revisarem o uso de brain computer interface em pessoas com afasia pós-AVC, apontam para fronteiras emergentes da reabilitação, nas quais interfaces tecnológicas podem ampliar formas de interação e intervenção, embora ainda demandem maturidade empírica para incorporação ampla. Gerhardt (2024), ao tematizar a afasia a partir de uma perspectiva que tensiona a ausência ou rarefação da palavra, permite recolocar a dimensão simbólica da perda linguística, lembrando que a reabilitação não trabalha apenas com funções, mas com modos de inscrição subjetiva na linguagem.

A relevância científica e clínica deste capítulo decorre, portanto, da necessidade de analisar a terapia fonoaudiológica intensiva como estratégia situada entre evidência neurofuncional, intervenção linguística, cuidado interdisciplinar e reconstrução psicossocial da

vida comunicativa. De Souza et al. (2025), ao discutirem a abordagem multidisciplinar na reabilitação pós-AVC, evidenciam que a recuperação funcional, cognitiva e emocional exige integração entre diferentes profissionais e continuidade assistencial, perspectiva também presente em Noll (2024), ao examinar o impacto do cuidado estruturado em unidade de AVC. Cardoso (2023), ao tratar da intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação na pessoa com afasia após AVC, e Cardoso et al. (2025), ao discutirem o acolhimento de pacientes afásicos e familiares nos serviços de saúde, ampliam a compreensão da linguagem como dimensão do cuidado, uma vez que a comunicação interfere na segurança, na adesão, na expressão de necessidades e na participação do paciente nas decisões sobre sua própria saúde.

Lima (2025), ao abordar a triagem de linguagem em ambiente hospitalar em quadros de lesões encefálicas adquiridas, reforça que a identificação precoce dos déficits constitui condição para encaminhamento e planejamento terapêutico oportunos. Assim, o presente capítulo tem como objetivo analisar os efeitos da terapia fonoaudiológica intensiva na reabilitação da afasia em pacientes acometidos por AVC isquêmico, considerando fundamentos neurofuncionais, evidências clínicas, possibilidades terapêuticas e limites de aplicação. Tal análise parte da compreensão de que a recuperação da linguagem não se reduz à elevação de escores em avaliações formais, pois envolve o restabelecimento gradual de condições de interlocução, autonomia, participação social e reorganização das relações familiares, exigindo protocolos intensivos individualizados, clinicamente toleráveis, funcionalmente orientados e articulados aos serviços especializados de reabilitação.

## **2. Afasia pós-AVC isquêmico: bases clínicas, linguísticas e funcionais**

### **2.1 Caracterização do AVC isquêmico e suas repercussões neurolinguísticas**

O acidente vascular cerebral isquêmico constitui um evento neurológico de natureza vascular cuja repercussão sobre a linguagem não pode ser compreendida apenas pela descrição anatomopatológica da obstrução arterial, uma vez que o bloqueio do fluxo sanguíneo cerebral desencadeia uma cadeia de alterações metabólicas, hemodinâmicas e funcionais que afetam a oxigenação e a nutrição do tecido neuronal, produzindo lesões cuja expressão clínica depende da região acometida, da extensão do infarto, da temporalidade do atendimento e das condições sistêmicas do paciente. Quando a isquemia compromete territórios relacionados ao hemisfério dominante para a linguagem, sobretudo nas regiões frontais, temporais e parietais do hemisfério esquerdo, os efeitos não se restringem à perda de uma faculdade verbal isolada, mas alcançam redes complexas de processamento responsáveis pela produção oral, compreensão

auditiva, nomeação, repetição, leitura, escrita, organização sintática, integração semântica e funcionamento discursivo. De Souza Paula et al. (2024) indicam que a afasia pós-AVC deve ser situada na relação entre dominância hemisférica, localização lesional e necessidade de programas específicos de reabilitação, perspectiva que converge com Costa et al. (2023), ao demonstrarem que pacientes com AVC isquêmico maligno no hemisfério esquerdo podem apresentar quadros afásicos não fluentes de diferentes gravidades, frequentemente atravessados por outras alterações clínicas, como disfagia e incapacidade funcional. Essa variabilidade impede tratar a afasia como consequência homogênea do AVC isquêmico, pois a lesão vascular, embora seja o evento desencadeador, incide sobre sistemas neurolinguísticos distribuídos, nos quais áreas corticais, substância branca, circuitos subcorticais e funções cognitivas de apoio participam da construção do comportamento comunicativo.

A topografia da lesão exerce influência decisiva sobre a manifestação afásica, mas sua interpretação exige cautela crítica diante de modelos localizacionistas excessivamente rígidos, que tendem a associar mecanicamente regiões cerebrais a déficits linguísticos específicos sem considerar a dinâmica em rede da linguagem. Lesões frontais esquerdas podem comprometer programação verbal, fluência, iniciativa discursiva, planejamento sintático e produção articulada da fala; acometimentos temporais tendem a repercutir sobre compreensão auditiva, processamento lexical e integração semântica; danos parietais podem interferir em repetição, leitura, escrita, operações fonológicas e integração multimodal; e lesões extensas no território da artéria cerebral média podem produzir quadros graves, nos quais expressão, compreensão e funcionalidade comunicativa se encontram simultaneamente prejudicadas. Rosendo et al. (2022), ao revisarem distúrbios de linguagem após AVC, reforçam a pluralidade clínica dessas manifestações, indicando que a afasia deve ser examinada em seus diferentes níveis de processamento, e não como simples incapacidade de falar. De Carvalho Rodrigues et al. (2020), ao situarem a linguagem no campo da neuropsicologia, contribuem para problematizar a ideia de que o déficit linguístico possa ser interpretado sem referência a memória operacional, atenção, percepção auditiva, funções executivas e controle cognitivo, dimensões que interferem diretamente na avaliação e na reabilitação. Nesse mesmo horizonte, Rosa (2019) acrescenta que alterações auditivas em indivíduos pós-AVC isquêmico podem incidir sobre o processamento da informação sonora, aspecto particularmente sensível quando se avalia compreensão verbal, discriminação de fala e resposta terapêutica. Desse modo, a repercussão neurolinguística do AVC isquêmico não se define apenas pelo lugar anatômico da lesão, mas pela desorganização de um sistema de mediações neurocognitivas que permite ao sujeito



transformar percepção, intenção, memória, gesto articulatório e significação em linguagem socialmente compartilhável.

A caracterização clínica do AVC isquêmico também demanda reconhecer que a afasia raramente se apresenta como alteração isolada, pois o paciente pós-AVC frequentemente vivencia simultaneamente déficits motores, disfagia, alterações sensoriais, comprometimentos cognitivos, sintomas emocionais, perda de autonomia e dependência de cuidado, compondo um quadro funcional que interfere tanto na avaliação fonoaudiológica quanto na resposta terapêutica. Mais, Bassi e Lima (2025), ao analisarem o perfil fonoaudiológico de pacientes pós-acidente vascular cerebral isquêmico, articulam prevalência de afasia e nível de ingestão oral, permitindo compreender que a linguagem e a deglutição podem integrar um mesmo campo de vulnerabilidade funcional após a lesão neurológica. Essa relação é aprofundada por Matos (2022), ao investigar a eletroestimulação funcional em pacientes com disfagia orofaríngea após AVC isquêmico agudo, e por Santos et al. (2023), ao examinarem os efeitos da estimulação transcraniana por corrente contínua na deglutição na fase aguda do AVC, pois ambos os estudos, embora centrados na deglutição, contribuem para evidenciar que o pós-AVC envolve redes funcionais interdependentes e que a reabilitação deve considerar múltiplos sistemas comprometidos pela lesão. Noll (2024), ao discutir a implementação do cuidado estruturado em unidade de AVC, desloca essa discussão para o plano institucional ao mostrar que a organização da linha de cuidado interfere no reconhecimento precoce das sequelas, na articulação das equipes e na continuidade do tratamento. Assim, a caracterização neurolinguística do AVC isquêmico deve ser inseparável da caracterização assistencial do paciente, pois o modo como a afasia é identificada, registrada, acompanhada e encaminhada condiciona as possibilidades de recuperação e participação comunicativa.

A heterogeneidade dos quadros afásicos pós-AVC isquêmico torna-se ainda mais evidente quando se observam variáveis como tempo pós-lesão, idade, escolaridade, lateralidade, extensão do dano cerebral, comorbidades cardiovasculares, estado emocional, suporte familiar e acesso à reabilitação. Teixeira e Sales (2025) defendem a intervenção fonoaudiológica precoce como eixo relevante na abordagem de pacientes afásicos pós-AVC, justamente porque os períodos iniciais após a lesão concentram possibilidades de reorganização funcional que podem ser favorecidas por estimulação dirigida e acompanhamento especializado. Alvarenga (2020), ao estudar a avaliação da linguagem em pacientes hospitalizados após AVC, reforça que o reconhecimento dos déficits ainda no contexto hospitalar é decisivo para evitar atrasos diagnósticos e lacunas no cuidado, especialmente quando a condição clínica do paciente dificulta a aplicação de instrumentos extensos ou a

observação de comunicação espontânea. Lima (2025), ao abordar a triagem de linguagem em ambiente hospitalar em lesões encefálicas adquiridas, também aponta a necessidade de procedimentos sensíveis ao contexto agudo, nos quais a avaliação não seja confundida com uma simples classificação sindrômica, mas permita identificar riscos comunicativos e orientar condutas. Essa perspectiva dialoga com Cardoso (2023) e Cardoso et al. (2025), que situam a pessoa com afasia em uma rede de cuidado que envolve acolhimento, comunicação acessível, participação familiar e atuação interdisciplinar, aspectos que condicionam a maneira como os déficits linguísticos são vividos e manejados nos serviços de saúde. Portanto, a afasia pós-AVC isquêmico não pode ser adequadamente caracterizada sem considerar a temporalidade clínica da lesão e a estrutura concreta de cuidado na qual o paciente é avaliado.

A análise das repercussões neurolinguísticas do AVC isquêmico também requer compreender que a linguagem, embora tenha bases neurobiológicas reconhecíveis, manifesta-se como prática social, simbólica e relacional, de modo que a lesão cerebral afeta não apenas circuitos de processamento, mas a própria possibilidade de o sujeito sustentar sua presença discursiva nos espaços em que vive. Favoretto (2019), ao investigar a terapia fonoaudiológica intensiva em pessoas com afasia, demonstra que a alteração linguística repercute sobre qualidade de vida, grau de depressão e sobrecarga de cuidadores, revelando que os déficits de linguagem ultrapassam o âmbito estritamente neurológico. Amaral e Santos (2023) reforçam essa leitura ao associarem a afasia pós-AVC à redução da qualidade de vida, enquanto Marques e Oliveira (2021) destacam os efeitos psicológicos da afasia, como sofrimento, isolamento e fragilização da identidade comunicativa. Rodrigues (2020), ao analisar cuidadores de indivíduos com afasia, e De Freitas (2023), ao propor formação em comunicação acessível para cuidadores informais, ampliam essa compreensão ao demonstrar que a repercussão da lesão neurolinguística depende também da competência comunicativa da rede familiar e social, pois interlocutores despreparados podem intensificar a dependência ou silenciar tentativas expressivas do paciente. Gerhardt (2024), ao tematizar a afasia a partir da experiência da palavra ausente ou rarefeita, permite radicalizar essa interpretação ao lembrar que a lesão da linguagem não se reduz à perda funcional de um instrumento, mas alcança a relação do sujeito com a nomeação, a memória, a narrativa e o reconhecimento de si diante dos outros.

As repercussões neurolinguísticas do AVC isquêmico, por essa razão, devem ser pensadas em continuidade com as possibilidades de reabilitação, não porque a caracterização clínica deva antecipar uma resposta terapêutica padronizada, mas porque o diagnóstico fonoaudiológico ganha sentido quando identifica sistemas comprometidos, funções preservadas, modos alternativos de comunicação e condições de participação. Altmann,

Silveira e Pagliarin (2019), ao revisarem intervenções na afasia expressiva, chamam atenção para a necessidade de estratégias voltadas ao eixo expressivo da linguagem, enquanto De Souza et al. (2022) abordam a pluralidade de intervenções fonoaudiológicas nos quadros de afasia, indicando que a escolha terapêutica precisa responder ao perfil clínico do paciente e não apenas à categoria diagnóstica. Araruna (2024), ao desenvolver um protocolo de intervenção musicoterapêutica nas afasias, sugere que recursos melódicos, rítmicos e multimodais podem atuar sobre vias preservadas ou parcialmente preservadas, o que confirma a necessidade de avaliar a linguagem para além da fala proposicional convencional. Branquinho, Maia e Rodrigues (2025), ao discutirem o uso de brain computer interface na intervenção em pessoas com afasia pós-AVC, introduzem um campo emergente em que a interface entre tecnologia, neurociência e comunicação pode ampliar possibilidades de reabilitação, ainda que demande validação e critérios rigorosos de aplicabilidade clínica. Da Cunha Lima, Winkler e De Senna (2023), ao refletirem sobre afasia e tecnologia, apontam que recursos digitais podem participar da continuidade terapêutica, desde que articulados à mediação profissional e às necessidades comunicativas reais. Essas contribuições mostram que a caracterização neurolinguística do AVC isquêmico não deve ser encerrada em uma fotografia diagnóstica inicial, mas entendida como base para intervenções progressivas, individualizadas e funcionalmente orientadas.

Por fim, compreender o AVC isquêmico em suas repercussões neurolinguísticas implica reconhecer que o dano cerebral inaugura um processo de reorganização clínica, familiar e institucional no qual linguagem, corpo, cognição e participação social passam a ser continuamente renegociados. Ribeiro et al. (2024), ao discutirem a reabilitação intensiva no AVC isquêmico agudo, oferecem um parâmetro para pensar a recuperação funcional como processo dependente de estimulação estruturada e continuidade terapêutica, ainda que seu foco recaia sobre a função motora; essa lógica pode ser transposta criticamente ao campo da linguagem, desde que se respeitem as especificidades do processamento simbólico e da interação comunicativa. De Souza et al. (2025) defendem uma abordagem multidisciplinar da reabilitação pós-AVC, articulando dimensões funcionais, cognitivas e emocionais, perspectiva que se coaduna com Brandão, Bauer e Junior (2020), ao discutirem a reabilitação da afasia em grupo como experiência que desloca a intervenção para práticas de interação, pertencimento e reconstrução discursiva. Lima et al. (2019) e Ferreira et al. (2019) também contribuem para compreender que o acompanhamento grupal pode favorecer desempenho comunicativo e qualidade de vida, enquanto Reinheimer et al. (2024) indicam que mediações pedagógicas podem atuar na reorganização das estratégias de comunicação do sujeito afásico. Barros (2020), ao tratar da atuação com o idoso afásico, acrescenta que idade, história comunicativa e

condições de participação precisam ser incorporadas à leitura clínica. Desse modo, a caracterização do AVC isquêmico e de suas repercussões neurolinguísticas não deve ser reduzida à descrição de uma lesão que produz afasia, mas compreendida como análise integrada de um evento vascular que desorganiza redes cerebrais, altera sistemas de linguagem, reconfigura relações sociais e exige avaliação fonoaudiológica capaz de articular precisão diagnóstica, sensibilidade funcional e planejamento reabilitador.

## 2.2 Tipos de afasia e manifestações linguístico-comunicativas

A classificação das afasias pós-AVC conserva utilidade clínica quando permite organizar hipóteses diagnósticas, orientar a avaliação e delimitar objetivos terapêuticos, mas torna-se insuficiente quando convertida em tipologia fechada, incapaz de apreender a variabilidade comunicativa produzida pela lesão cerebral. As formas tradicionalmente descritas, como afasia de Broca, afasia de Wernicke, afasia global, afasia anômica, afasia de condução e afasias transcorticais, expressam padrões diferenciais de fluência, compreensão, repetição e nomeação, embora tais categorias raramente apareçam de modo puro na prática clínica, sobretudo em pacientes com lesões extensas, comorbidades neurológicas ou alterações cognitivas associadas. De Souza Paula et al. (2024) retomam a distinção entre afasias fluentes e não fluentes ao assinalar que, nas primeiras, a produção verbal pode preservar volume e prosódia, mas apresentar desorganização semântica e prejuízo de compreensão, enquanto, nas segundas, predominam fala reduzida, esforço expressivo, dificuldade de evocação lexical e maior consciência do déficit. Essa divisão, embora operacional, não esgota a compreensão do fenômeno, porque o que se apresenta como dificuldade de fala pode envolver perturbações fonológicas, sintáticas, práxicas, executivas ou discursivas, assim como o que se nomeia como prejuízo de compreensão pode decorrer de alterações auditivo-verbais, semânticas, atencionais ou de memória operacional.

Rosendo et al. (2022), ao revisarem distúrbios da linguagem após AVC, reforçam essa heterogeneidade ao tratar a linguagem como domínio multifacetado, atingido em diferentes níveis de processamento, o que impede reduzir a afasia à perda genérica da fala. Nessa mesma direção, De Carvalho Rodrigues et al. (2020) contribuem para situar a avaliação da linguagem em uma matriz neuropsicológica mais ampla, na qual nomeação, repetição, compreensão, leitura, escrita e discurso devem ser analisados como componentes interdependentes de sistemas cognitivos e comunicativos.

A manifestação linguístico-comunicativa da afasia, portanto, deve ser interpretada a partir da tensão entre déficit formal e desempenho funcional, pois um paciente pode apresentar



melhora em tarefas de nomeação e ainda permanecer limitado em conversas espontâneas, da mesma forma que outro pode produzir enunciados fragmentados, mas preservar intencionalidade comunicativa, iniciativa interacional e uso de pistas contextuais. Essa distinção é decisiva para a reabilitação intensiva, porque desloca o foco terapêutico da mera correção de respostas para a reconstrução das condições de participação linguística. Altmann, Silveira e Pagliarin (2019), ao discutirem intervenções na afasia expressiva, apontam que a atuação fonoaudiológica deve considerar estratégias de estimulação lexical, fonológica, semântica e discursiva, mas tais estratégias somente alcançam maior densidade clínica quando articuladas a objetivos comunicativos concretos.

A revisão de De Souza et al. (2022) também assinala a pluralidade de abordagens terapêuticas nos quadros de afasia, o que sugere que a escolha da intervenção não pode ser padronizada apenas pelo rótulo diagnóstico, devendo responder ao perfil linguístico, à fase da recuperação, à gravidade do quadro e às necessidades cotidianas do paciente. Favoretto (2019) opera justamente nessa direção ao utilizar avaliação de linguagem associada a medidas de qualidade de vida e depressão, recusando implicitamente uma compreensão restrita do progresso terapêutico como aumento de pontuação em tarefas formais. Essa amplitude avaliativa converge com Alvarenga (2020), cuja discussão sobre avaliação da linguagem em pacientes hospitalizados pós-AVC reforça a necessidade de instrumentos capazes de reconhecer déficits em contexto agudo, sem desconsiderar as condições clínicas que interferem no desempenho. Assim, avaliar e classificar a afasia implica reconhecer o tipo de alteração, mas também interrogar o modo como essa alteração reorganiza a comunicação familiar, o vínculo terapêutico, a autonomia decisória e a possibilidade de o sujeito sustentar sua presença nas relações sociais.

### 2.3 Impactos funcionais, emocionais e sociais da afasia

A afasia pós-AVC isquêmico produz uma ruptura que ultrapassa a dimensão linguística estrita, porque o comprometimento da linguagem atinge os modos pelos quais o sujeito solicita ajuda, expressa dor, negocia desejos, participa de decisões, preserva vínculos, sustenta sua identidade narrativa e ocupa lugares sociais antes mediados pela palavra. A dificuldade de falar, compreender, ler ou escrever não se limita a uma alteração de desempenho comunicativo, pois reorganiza a vida cotidiana sob o signo da dependência, da mediação permanente por terceiros e da restrição de participação em espaços familiares, profissionais e comunitários. Favoretto (2019) demonstra essa amplitude ao investigar a terapia fonoaudiológica intensiva não apenas

em relação à linguagem, mas também quanto à qualidade de vida, ao grau de depressão e à sobrecarga de cuidadores, mostrando que a afasia deve ser analisada como condição que incide simultaneamente sobre o paciente e sobre a rede que o sustenta.

Amaral e Santos (2023), ao discutirem a qualidade de vida de pacientes afásicos pós-AVC, reforçam que a perda comunicativa repercute em domínios emocionais, sociais e funcionais, de modo que a avaliação clínica precisa contemplar a experiência vivida da limitação, e não apenas seus indicadores técnicos. Marques e Oliveira (2021), em revisão scoping sobre efeitos psicológicos da afasia em pessoas pós-AVC, acrescentam que os sentimentos de frustração, isolamento, ansiedade e sofrimento subjetivo não aparecem como efeitos secundários periféricos, mas como expressões do modo como a perda da linguagem altera a relação do sujeito consigo mesmo e com os outros.

Desse modo, a afasia desestabiliza a autonomia não porque impede apenas a produção de frases, mas porque compromete a possibilidade de participar ativamente da própria vida, fazendo com que decisões simples, interações familiares e atividades sociais passem a depender de interpretações alheias.

Essa compreensão alargada dos impactos da afasia modifica também o sentido da reabilitação, que não pode ser concebida apenas como restauração de funções linguísticas, mas como processo de reconstrução da participação comunicativa em condições concretas de vida. Lima et al. (2019), ao abordarem a intervenção fonoaudiológica grupal e seu impacto na qualidade de vida de pessoas com afasia, oferecem uma chave analítica relevante ao demonstrar que o espaço terapêutico pode funcionar como ambiente de circulação discursiva, no qual o sujeito afásico não apenas treina habilidades, mas experimenta formas de interação, pertencimento e reconhecimento.

Rodrigues (2020), ao investigar cuidadores de indivíduos com afasia, contribui para deslocar o foco exclusivamente individual da reabilitação, pois evidencia que a qualidade de vida do paciente também depende da competência comunicativa da rede familiar, da redução de condutas substitutivas excessivas e da criação de interações menos assimétricas. De Freitas (2023), ao propor formação para cuidadores informais em comunicação acessível na afasia pós-AVC, amplia essa perspectiva ao tratar a acessibilidade comunicativa como condição relacional, na qual o interlocutor sem afasia também precisa ser preparado para escutar, esperar, reformular, apoiar e validar tentativas expressivas. A abordagem multidisciplinar defendida por De Souza et al. (2025) converge com esse entendimento ao situar a recuperação pós-AVC como processo funcional, cognitivo e emocional integrado, no qual fonoaudiologia,

enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, medicina e família constituem uma rede de sustentação clínica.

Assim, a reabilitação fonoaudiológica intensiva adquire maior densidade quando articula estimulação linguística, suporte psicossocial, adaptação ambiental e orientação familiar, pois o efeito terapêutico mais consistente não se limita à melhora mensurável da linguagem, mas se expressa na retomada progressiva da autonomia comunicativa, da convivência social e da autoria do sujeito sobre sua própria experiência pós-AVC.

### **3. Terapia fonoaudiológica intensiva na reabilitação da afasia**

#### **3.1 Fundamentos da terapia intensiva e neuroplasticidade na recuperação da linguagem**

A terapia fonoaudiológica intensiva na afasia pós-AVC isquêmico deve ser compreendida como uma modalidade de intervenção que se apoia na relação entre plasticidade cerebral, reorganização funcional e aprendizagem linguística mediada por repetição clinicamente orientada, e não como simples ampliação quantitativa do número de sessões. A lesão isquêmica desorganiza circuitos neurais responsáveis pela produção, compreensão e integração simbólica da linguagem, mas a recuperação pós-lesional não decorre apenas de processos espontâneos de restituição neurológica, pois depende também da ativação reiterada de redes remanescentes, da estimulação de rotas alternativas de processamento e da criação de situações terapêuticas capazes de converter exercício linguístico em uso comunicativo. Nesse ponto, a noção de intensidade precisa ser conceitualmente refinada: frequência terapêutica refere-se à regularidade das sessões; duração corresponde ao tempo de cada encontro ou do programa como um todo; dose total indica o volume acumulado de intervenção; densidade diz respeito à quantidade e à qualidade das tarefas efetivamente realizadas; e intensidade, em sentido clínico rigoroso, emerge da combinação entre essas variáveis e a capacidade do paciente de sustentar engajamento cognitivo, linguístico e emocional ao longo do processo. Ribeiro et al. (2024), embora discutam a reabilitação intensiva em pacientes com AVC isquêmico agudo a partir de resultados motores, contribuem para pensar a intensidade como princípio de reorganização funcional pós-lesional, uma vez que a recuperação neurológica depende de repetição, progressão de demanda, monitoramento clínico e articulação entre estímulo e função.

Transposta para o campo da linguagem, essa lógica impede que a fonoterapia intensiva seja reduzida a treinamento exaustivo de respostas verbais, exigindo que o trabalho sobre nomeação, fluência, compreensão, leitura e escrita seja organizado por metas graduadas e por tarefas que mobilizem o paciente como sujeito comunicante, e não apenas como executor de comandos terapêuticos.

A neuroplasticidade, nesse contexto, não deve ser tomada como promessa abstrata de recuperação, mas como condição biológica modulável, dependente de timing terapêutico, especificidade da estimulação, variabilidade das tarefas, motivação, estado clínico, integridade cognitiva e suporte ambiental. A estimulação sistemática pode favorecer o acesso lexical, a reorganização de padrões de fluência, a ampliação da compreensão auditiva e a retomada de formas comunicativas funcionais, mas seus efeitos não se produzem de modo linear nem uniforme, pois pacientes com maior fadiga, depressão, déficit atencional, alterações executivas, disfagia concomitante ou instabilidade clínica tendem a demandar programas mais flexíveis.

Santos et al. (2023), ao analisarem a estimulação transcraniana por corrente contínua na deglutição na fase aguda do AVC, e Matos (2022), ao investigarem a eletroestimulação funcional em disfagia orofaríngea após AVC isquêmico agudo, permitem ampliar a compreensão do pós-AVC como território de intervenções neurofuncionais que procuram modular circuitos comprometidos por meio de estímulos sistemáticos, ainda que seus objetos terapêuticos não se confundam com a linguagem. Essa aproximação é útil porque evidencia que a reabilitação intensiva, seja motora, deglutitória ou comunicativa, depende de protocolos que respeitem limiares fisiológicos e funcionais, evitando tanto a subestimulação, que reduz oportunidades de reorganização, quanto a sobrecarga, que pode gerar exaustão e baixa adesão.

No caso da afasia, Barros (2020) permite recolocar essa discussão no campo fonoaudiológico ao tratar da atuação com o idoso afásico, destacando que a intervenção precisa considerar idade, trajetória comunicativa, condições de participação e possibilidades reais de generalização. A terapia intensiva, portanto, só adquire densidade clínica quando se afasta de uma concepção puramente acumulativa de horas e passa a operar como arquitetura de experiências linguísticas reiteradas, funcionais, ajustadas ao perfil neurológico e sustentadas por avaliação contínua da resposta do paciente.

### 3.2 Protocolos, estratégias e modalidades de intervenção intensiva

Os protocolos de intervenção intensiva na afasia pós-AVC isquêmico devem ser analisados como composições terapêuticas heterogêneas, nas quais tarefas de nomeação,



compreensão auditiva, fluência verbal, leitura, escrita, repetição, conversação orientada, estimulação semântica, apoio fonológico, práticas multimodais e atividades de comunicação funcional podem ser combinadas conforme o tipo de afasia, a fase de recuperação e os objetivos comunicativos do paciente. A terapia baseada em nomeação, por exemplo, dirige-se ao acesso lexical e pode recorrer a pistas semânticas, fonológicas, visuais ou contextuais; o treino de compreensão auditiva procura restaurar ou compensar dificuldades de processamento verbal; a intervenção sobre leitura e escrita amplia rotas de acesso simbólico frequentemente negligenciadas em programas centrados apenas na fala; e as abordagens conversacionais deslocam o eixo da resposta correta para a eficácia interacional. Araruna (2024), ao desenvolver o Protocolo de Intervenção Musicoterapêutica Nas Afasias, insere nesse debate a possibilidade de mobilizar ritmo, melodia, prosódia e organização temporal como recursos de reabilitação, especialmente quando a produção verbal encontra bloqueios que não se resolvem apenas por repetição articulatória.

Reinheimer et al. (2024), ao explorarem a pedagogia como ferramenta de reabilitação na afasia pós-AVC, também ampliam a noção de protocolo ao sugerirem que a aprendizagem mediada, a organização de estratégias e a reconstrução de práticas comunicativas podem participar do processo terapêutico sem substituir a especificidade fonoaudiológica. Nesse sentido, a intervenção intensiva não corresponde a uma técnica única, mas a um arranjo metodológico no qual diferentes recursos são subordinados a um princípio comum: multiplicar oportunidades qualificadas de uso da linguagem em situações clinicamente monitoradas.

As abordagens intensivas reconhecidas internacionalmente, como a Constraint-Induced Aphasia Therapy e a Intensive Language-Action Therapy, ajudam a compreender por que a reabilitação da afasia não pode restringir-se ao treino passivo de habilidades isoladas, pois ambas enfatizam o uso ativo da linguagem verbal, a prática comunicativa estruturada e a interação social como componentes do tratamento. A lógica que sustenta essas modalidades é a de que o paciente afásico, diante do fracasso comunicativo repetido, pode reduzir progressivamente suas tentativas verbais e recorrer a formas restritas de compensação, o que empobrece o uso residual da linguagem e limita a reorganização funcional. A terapia intensiva procura interferir nesse ciclo por meio de situações que exijam produção, compreensão, negociação de sentido e participação discursiva. Brandão, Bauer e Junior (2020), ao discutirem uma mudança paradigmática na reabilitação da afasia por meio de terapia em grupo, contribuem para essa inflexão ao tratar o grupo não como espaço acessório, mas como dispositivo comunicativo no qual o sujeito afásico pode experimentar escuta, turnos de fala, reparos interacionais, reconhecimento e pertencimento.

Ferreira et al. (2019), ao analisarem desempenho pré e pós-tratamento fonoaudiológico em grupo, reforçam que a dimensão coletiva pode oferecer ganhos que extrapolam a execução de tarefas formais, justamente por aproximar a terapia de usos sociais da linguagem. A integração com tecnologias digitais, por sua vez, introduz novas possibilidades de ampliação da dose terapêutica, desde materiais domiciliares guiados até ambientes virtuais de treino comunicativo. Da Cunha Lima, Winkler e De Senna (2023), ao refletirem sobre afasia e tecnologia a partir de jornadas de reabilitação, indicam que recursos digitais podem colaborar para continuidade terapêutica, acessibilidade e engajamento, desde que não convertam a intervenção em automação descontextualizada.

Branquinho, Maia e Rodrigues (2025), ao revisarem o uso de brain computer interface em pessoas com afasia pós-AVC, apontam para um campo ainda em desenvolvimento, mas que tensiona os limites tradicionais da reabilitação ao articular linguagem, interface neural, tecnologia assistiva e novas formas de mediação. Assim, a individualização dos protocolos não significa fragmentação arbitrária de técnicas, mas composição criteriosa entre evidência, perfil linguístico, tolerância clínica, ambiente de cuidado, participação familiar e metas comunicativas situadas.

### 3.3 Evidências clínicas, benefícios e limitações da terapia intensiva

As evidências clínicas sobre terapia fonoaudiológica intensiva na afasia pós-AVC isquêmico indicam potencial de melhora em domínios linguísticos, funcionais e psicossociais, mas exigem leitura crítica para que o entusiasmo terapêutico não se converta em generalização indevida. Os benefícios mais frequentemente associados à intensificação da intervenção envolvem ganhos em nomeação, fluência, repetição, compreensão, construção frasal, comunicação cotidiana e participação social, embora a magnitude desses efeitos varie segundo gravidade da afasia, momento pós-lesão, desenho do protocolo, instrumento de avaliação e presença de déficits associados.

O problema metodológico central reside no fato de que muitos estudos utilizam a expressão terapia intensiva para designar programas distintos entre si, sem padronização suficiente de dose total, frequência semanal, duração das sessões, conteúdo das tarefas e critérios de progressão. Lima (2025), ao discutir a triagem de linguagem em ambiente hospitalar em lesões encefálicas adquiridas, contribui para esse debate ao indicar que a identificação precoce dos comprometimentos linguísticos é condição para planejamento terapêutico mais coerente, especialmente quando o paciente ainda se encontra em fase aguda ou subaguda. Noll (2024), ao analisar a implementação do cuidado estruturado em unidade de

AVC, permite compreender que os resultados da reabilitação não dependem apenas da técnica empregada, mas também da organização do serviço, da continuidade assistencial e da capacidade institucional de integrar avaliação, encaminhamento e acompanhamento.

Nessa perspectiva, a terapia intensiva não pode ser isolada das condições concretas de cuidado, pois o mesmo protocolo pode produzir efeitos distintos em serviços com equipes interdisciplinares estruturadas, fluxos bem definidos e acesso regular à reabilitação, quando comparado a contextos marcados por descontinuidade terapêutica e baixa disponibilidade de profissionais especializados.

A análise dos benefícios da terapia intensiva também requer deslocar a noção de eficácia para além da melhora em testes padronizados, incorporando medidas de comunicação funcional, qualidade de vida, participação social e experiência familiar. Cardoso (2023), ao discutir a intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação na pessoa com afasia após AVC, e Cardoso et al. (2025), ao abordarem o acolhimento de pacientes afásicos e familiares nos serviços de saúde, permitem ampliar a interpretação dos desfechos ao situar a reabilitação como processo de cuidado interprofissional, no qual linguagem, segurança, vínculo, escuta e orientação familiar se articulam. Essa ampliação é decisiva porque a afasia modifica a forma como o paciente comunica necessidades, compreende informações de saúde, participa de decisões clínicas e preserva sua posição subjetiva diante da equipe.

Ferreira-Donati et al. (2020), ao proporem uma abordagem de divulgação e orientação sobre afasia, reforçam que a efetividade do cuidado depende também da compreensão social da condição afásica, uma vez que a falta de informação pode intensificar isolamento, infantilização comunicativa e substituição excessiva da fala do paciente por familiares ou profissionais. Rosa (2019), ao investigar componentes auditivos em indivíduos pós-AVC isquêmico, acrescenta uma dimensão frequentemente subestimada: a recuperação comunicativa pode ser atravessada por alterações perceptivas e auditivas que interferem na compreensão e no processamento da fala, exigindo avaliação ampliada antes da definição terapêutica.

As limitações da literatura, portanto, não invalidam a terapia intensiva, mas delimitam sua interpretação: há indícios consistentes de que programas bem estruturados podem favorecer a recuperação linguística e funcional, desde que individualizados, clinicamente toleráveis, integrados à equipe e avaliados por instrumentos sensíveis à vida comunicativa real. A agenda de pesquisa ainda demanda amostras mais robustas, seguimento longitudinal, comparações entre diferentes doses, descrição minuciosa dos protocolos, análise de custo e acesso, além de

medidas que captem não apenas o que o paciente consegue repetir ou nomear, mas o quanto consegue retomar interlocução, autonomia e pertencimento após o AVC isquêmico.

#### **4. Considerações finais**

A terapia fonoaudiológica intensiva, quando situada no campo da reabilitação da afasia em pacientes pós-AVC isquêmico, revela-se uma estratégia clínica de grande potencial, não por representar apenas aumento do número de sessões ou concentração de horas terapêuticas, mas por ampliar a exposição do sujeito a experiências linguísticas sistemáticas, funcionalmente orientadas e sustentadas por objetivos comunicativos concretos. A afasia, ao comprometer a expressão, a compreensão, a nomeação, a leitura, a escrita e a organização discursiva, não produz somente uma perda instrumental da fala, mas desestrutura formas de presença social mediadas pela linguagem, afetando o modo como o paciente participa das relações familiares, expressa necessidades, negocia decisões, retoma vínculos e reconstrói sua autonomia após o evento neurológico. Nesse sentido, a intensificação terapêutica adquire densidade quando deixa de ser entendida como simples repetição de exercícios e passa a ser concebida como organização planejada de estímulos capazes de mobilizar redes linguísticas remanescentes, favorecer reorganizações funcionais e recolocar o paciente em situações progressivas de uso real da linguagem. A recuperação, portanto, não se esgota na melhora mensurável de habilidades isoladas, ainda que tais indicadores sejam clinicamente úteis, pois envolve a possibilidade de o sujeito recuperar modos de interlocução, ampliar sua iniciativa comunicativa, reduzir sua dependência de mediadores e participar de maneira menos restrita dos contextos nos quais sua vida cotidiana se realiza.

A análise desenvolvida ao longo do capítulo permite afirmar que os efeitos da terapia fonoaudiológica intensiva devem ser interpretados para além de uma lógica exclusivamente quantitativa, pois a intensidade terapêutica não se define apenas pela frequência semanal, pela duração das sessões ou pela soma total de horas, mas pela qualidade das tarefas, pela densidade da estimulação, pela progressão clínica dos desafios e pela compatibilidade entre demanda terapêutica e condição funcional do paciente. Essa distinção é decisiva porque evita tanto a subutilização de estratégias intensivas quanto a crença simplificada de que mais tempo de terapia produzirá, por si só, melhores resultados. A afasia pós-AVC isquêmico apresenta expressiva heterogeneidade, variando conforme localização e extensão da lesão, fase de recuperação, idade, escolaridade, lateralidade, presença de alterações cognitivas, condições emocionais, fadiga, comorbidades, suporte familiar e acesso aos serviços de reabilitação. Por



isso, a terapia intensiva precisa ser construída como plano flexível, monitorado e individualizado, no qual a repetição não se confunda com automatismo, a funcionalidade não seja reduzida a simulações artificiais e a recuperação da linguagem seja acompanhada em sua relação com a vida concreta do paciente. O desafio clínico consiste em equilibrar intensidade e tolerabilidade, estimulação e descanso, tarefa formal e comunicação espontânea, protocolo e singularidade, de modo que a intervenção não apenas treine respostas, mas favoreça a reconstrução de competências comunicativas utilizáveis em situações reais.

As considerações aqui apresentadas também indicam que a reabilitação da afasia não pode ser limitada à relação isolada entre fonoaudiólogo e paciente, pois a linguagem se atualiza em ambientes interacionais e depende da qualidade das mediações familiares, institucionais e sociais. A participação dos cuidadores, a orientação da família, a adaptação dos contextos comunicativos, o trabalho em equipe multiprofissional e a continuidade do cuidado após a alta hospitalar constituem dimensões que interferem diretamente na sustentabilidade dos ganhos terapêuticos. Quando o paciente afásico retorna ao convívio cotidiano sem interlocutores preparados para esperar, reformular, apoiar, validar tentativas expressivas e favorecer sua participação, parte dos avanços obtidos em ambiente clínico pode perder força diante de barreiras comunicativas persistentes. Assim, a terapia fonoaudiológica intensiva alcança maior consistência quando articulada a uma compreensão ampliada da reabilitação, na qual a linguagem é tratada como prática social, e não apenas como função cerebral a ser restaurada. A melhora da nomeação, da fluência, da compreensão ou da leitura ganha sentido mais amplo quando se converte em maior possibilidade de diálogo, decisão, convivência, pertencimento e expressão subjetiva. Essa perspectiva impede que a afasia seja vista apenas como sequela neurológica individual e permite reconhecê-la como condição que reorganiza relações, rotinas, afetos e formas de participação.

Por fim, a consolidação da terapia fonoaudiológica intensiva no cuidado à afasia pós-AVC isquêmico exige avanços científicos, institucionais e assistenciais. Ainda é preciso ampliar pesquisas com delineamentos mais robustos, amostras mais consistentes, acompanhamento longitudinal e descrição precisa dos protocolos utilizados, especialmente quanto à dose, frequência, duração, tipo de tarefa, critérios de progressão e medidas de generalização para a vida cotidiana. Também se impõe a necessidade de incorporar desfechos funcionais e psicossociais às avaliações, de modo que os resultados não sejam aferidos apenas por instrumentos formais de linguagem, mas também por indicadores de participação comunicativa, autonomia, qualidade de vida, interação familiar e reinserção social. No plano dos serviços, o fortalecimento dessa modalidade terapêutica depende de acesso regular à

reabilitação especializada, integração entre atenção hospitalar e ambulatorial, formação de equipes interdisciplinares, orientação sistemática aos familiares e reconhecimento da comunicação como dimensão estruturante da recuperação pós-AVC. Desse modo, a terapia fonoaudiológica intensiva não deve ser concebida como solução homogênea para todos os quadros afásicos, mas como possibilidade terapêutica qualificada, cuja efetividade depende da articulação entre evidência científica, precisão diagnóstica, planejamento individualizado e compromisso com a reconstrução da vida comunicativa do sujeito.

## Referências

- ALTMANN, Raira Fernanda; SILVEIRA, Arieli Bastos da; PAGLIARIN, Karina Carlesso. Intervenção fonoaudiológica na afasia expressiva: revisão integrativa. **Audiology-Communication Research**, v. 24, p. e2100, 2019.
- ALVARENGA, Bianca Gonçalves. **Avaliação da linguagem em pacientes pós acidente vascular cerebral hospitalizados**. 2020. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
- AMARAL, Cláudia Maria Silva Ribeiro; DOS SANTOS, Karlos Thiago Pinheiro. Qualidade de vida de pacientes afásicos pós acidente vascular cerebral. **Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás\* Cândido Santiago\***, v. 9, p. 1-17 9g7, 2023.
- ARARUNA, Mariana Késsia Andrade. Ensaio neurobiológico, validade e desenvolvimento do Protocolo de Intervenção Musicoterapêutica Nas Afasias–PIMAFs. 2024.
- BARROS, Ingrid Maria Santos. Atuação fonoaudiológica com o idoso afásico: intervenção e abordagens. 2020.
- BRANDÃO, Lenisa; BAUER, Magda Aline; JUNIOR, Sergio Duarte. Mudança paradigmática na reabilitação da afasia: uma experiência de terapia em grupo. **Teoria e Prática na Reabilitação Neuropsicológica**, 2020.
- BRANQUINHO, Ana Sofia; MAIA, Patrícia; RODRIGUES, Inês Tello. O uso de brain computer interface na intervenção em pessoas com afasia pós-acidente vascular cerebral: uma revisão sistemática. 2025.
- CARDOSO, Irene Nepomuceno et al. O papel do enfermeiro no acolhimento de pacientes afásicos e familiares nos serviços de saúde. 2025.
- CARDOSO, Justine Morgado Salvador. **Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Pessoa com Afasia Após AVC**. 2023. Dissertação de Mestrado. Instituto Politecnico de Braganca (Portugal).
- COSTA, Raíssa Caroline Sales et al. Características das afasias no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Maligno. **Revista Neurociências**, v. 31, p. 1-21, 2023.

DA CUNHA LIMA, Claudia Simões Pinto; WINKLER, Ingrid; DE SENNA, Valter. Sobreviventes do Covid e do AVC, têm em comum uma jornada de reabilitação: reflexões sobre a afasia e tecnologia. **Cuadernos de Educación y Desarrollo-QUALIS A4**, v. 15, n. 1, p. 434-451, 2023.

DE CARVALHO RODRIGUES, Jaqueline et al. **Neuropsicologia da Linguagem: Bases para Avaliação e Reabilitação**. Vetor Editora, 2020.

DE FREITAS, Sónia Catarina Cabete. **Comunicação Acessível na Afasia Pós-AVC: Programa de Formação para Cuidadores Informais**. 2023. Dissertação de Mestrado. Instituto Politecnico de Leiria (Portugal).

DE SOUZA PAULA, Alana et al. Reabilitação da afasia em pacientes pós acidente vascular cerebral: revisão de literatura. **Atas de Ciências da Saúde (ISSN 2448-3753)**, v. 12, n. 1, p. 68-79, 2024.

DE SOUZA, Gabriela Avelino et al. Intervenção fonoaudiológica nos quadros de afasia: revisão integrativa. **Apoena**, v. 5, n. 2, p. 222-233, 2022.

DE SOUZA, Ingridy Christian Araújo et al. Abordagem multidisciplinar na reabilitação de pacientes pós-AVC: estratégias integradas para a recuperação funcional, cognitiva e emocional. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 7, n. 2, p. 1000-1009, 2025.

FAVORETTO, Natalia Caroline. **Terapia fonoaudiológica intensiva: influência na qualidade de vida e no grau de depressão de pessoas com afasia e na sobrecarga de seus cuidadores/familiares**. 2019. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

FERREIRA-DONATI, Grace C. et al. Conversando sobre afasia. **São Paulo: Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, 2020.

FERREIRA, Jordana Angelica et al. Desempenho pré e pós-tratamento fonoaudiológico em grupo de pacientes afásicos. 2019.

GERHARDT, Gunther. AVC sem Raza (o Afasia sem Palavras. 2024.

LIMA, Fábio da Silva. Triagem de linguagem em ambiente hospitalar em quadros de lesões encefálicas adquiridas: revisão integrativa. 2025.

LIMA, Roxele Ribeiro et al. Intervenção fonoaudiológica grupal e seu impacto na qualidade de vida de pessoas com afasia. 2019.

MAIS, Ana Letícia; BASSI, Daiane; LIMA, Roxele Ribeiro. Perfil fonoaudiológico de pacientes pós-acidente vascular cerebral isquêmico: prevalência de afasia e nível de ingestão oral. **Audiology-Communication Research**, v. 30, p. e3036, 2025.

MARQUES, Ana; OLIVEIRA, Verónica. Efeitos psicológicos da afasia na pessoa com status pós-AVC: uma revisão scoping. 2021.

MATOS, Klayne Cunha. Efeito da eletroestimulação funcional em pacientes com disfagia orofaríngea após acidente vascular cerebral isquêmico agudo: um ensaio clínico randomizado. 2022.

NOLL, Giovani. Impacto da implementação do cuidado estruturado em unidade de AVC: estudo observacional longitudinal em um hospital público universitário no Sul do Brasil. 2024.

REINHEIMER, Alícia et al. A pedagogia como ferramenta de reabilitação na afasia pós-AVC: um relato de experiência. 2024.

RIBEIRO, Renata Antonia Aguiar et al. A TERAPIA DE REABILITAÇÃO INTENSIVA EM PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO AGUDO: RESULTADOS DE FUNÇÃO MOTORA PÓS-TRATAMENTO. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 10, n. 12, p. 4173-4182, 2024.

RODRIGUES, Tayna Maiara Pilla. **Treinamento de habilidades sociais em cuidadores de indivíduos com afasia: efeitos na qualidade de vida?**. 2020. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

ROSA, Bárbara Camilo. **Componente de interação binaural nos potenciais evocados auditivos em indivíduos pós AVC isquêmico**. 2019. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

ROSENDO, Beatriz VY et al. Distúrbios da linguagem em pacientes após AVC: uma revisão sistemática. **Revista Neurociências**, v. 30, p. 1-15, 2022.

SANTOS, Luciana Avila dos et al. Efeito da estimulação transcraniana por corrente contínua na deglutição na fase aguda do acidente vascular cerebral. 2023.

TEIXEIRA, Ilderlene Dorneles; DE SALES, Alessandra Mendes. A IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA PRECOCE EM PACIENTES AFASICOS, PÓS AVC—REVISÃO SISTEMÁTICA. **Revista Acadêmica Online**, v. 11, n. 60, p. e1763-e1763, 2025.