

Transtornos da linguagem oral em adultos e idosos: relação entre a gravidade do transtorno e desempenho em tarefas linguísticas

Oral language disorders in adults and older adults: relationship between disorder severity and performance on linguistic tasks

Trastornos del lenguaje oral en adultos y ancianos: relación entre la gravedad del trastorno y el desempeño en tareas lingüísticas

Ana Paula Arruda Estery¹ 

Ananda Ramos-Pereira¹ 

Bárbara Costa Beber¹ 

Resumo

A linguagem é uma função cognitiva complexa em que estão envolvidos processos de compreensão e produção comunicacionais. **Objetivo:** Verificar a relação entre a gravidade do transtorno de linguagem e o desempenho nas tarefas linguísticas em adultos e idosos com transtornos da linguagem oral. **Metodologia:** Foi realizado um estudo quantitativo transversal retrospectivo executado no serviço de fonoaudiologia do ambulatório de neurologia de um hospital, com participantes maiores de 18 anos, com o diagnóstico fonoaudiológico de transtorno da linguagem oral. Foram obtidos os dados sociodemográficos e clínicos dos participantes, assim como o desempenho em tarefas de linguagem oral da Bateria Montreal Toulouse de Avaliação da Linguagem e a escala de severidade da afasia de Boston. Os dados foram analisados utilizando o teste de correlação de *Spearman*. **Resultados:** A amostra final do estudo foi composta por

¹ Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Contribuição dos autores:

APAE: concepção do estudo e esboço do artigo.

ARP: revisão crítica da literatura, ajustes na redação.

BCB: concepção do estudo, esboço do artigo, orientação e tradução do texto para a língua inglesa.

Email para correspondência: ananda.ramos@gmail.com

Recebido: 16/04/2025

Aprovado: 03/07/2025

18 participantes, com idades entre 33 e 75 anos, com os seguintes diagnósticos fonoaudiológicos: afasias clássicas (global, de Wernicke, de Broca e anômica), afasia progressiva primária (variantes logopênica e semântica), transtorno cognitivo da comunicação, e transtorno de linguagem não afásico. Houve relação estatisticamente significativa entre a severidade da afasia e todas as tarefas de linguagem avaliadas, exceto a compreensão oral de palavras. O artigo discute as tarefas que demonstraram relação mais relevante com a severidade. **Conclusão:** Praticamente todas as habilidades linguísticas investigadas possuem relação com o grau da severidade do transtorno, demonstrando a importância destas habilidades para o diagnóstico e reabilitação fonoaudiológica.

Palavras-chave: Afasia; Transtornos da Comunicação; Cognição; Neuropsicologia; Transtornos da Linguagem.

Abstract

Language is a complex cognitive function involving processes of comprehension and communication production. **Purpose:** To verify the relationship between language disorder severity and the performance on language tasks in adults and older adults with oral language disorders. **Methods:** A retrospective cross-sectional quantitative study was carried out at the speech-language therapy service of a neurology outpatient clinic, with participants older than 18 years old, with diagnosis of oral language disorder. Participants' sociodemographic and clinical data were obtained, as well as performance on oral language tasks of the Montreal Toulouse Language Assessment Battery and the Boston aphasia severity scale. Data were analyzed using the Spearman correlation test. **Results:** The final study sample consisted of 18 participants, aged 33 to 75 years, with the following diagnosis: classical aphasia (global, Wernicke's, Broca's, and anomic), primary progressive aphasia (logopenic and semantic variants), cognitive communication disorder, and non-aphasic language disorder. There was a statistically significant relation between aphasia severity and all language tasks assessed except oral word comprehension. The article discusses the tasks that showed the most relevant relation to severity. **Conclusion:** Almost all investigated language skills are related to the degree of severity of the disorder, demonstrating the importance of these skills for diagnosis and speech rehabilitation.

Keywords: Aphasia; Communication Disorders; Cognition; Neuropsychology; Language Disorders.

Resumen

El lenguaje es una función cognitiva compleja que implica procesos de comprensión y producción de comunicación. **Objetivo:** Verificar la relación entre la gravedad del trastorno del lenguaje y el desempeño en tareas lingüísticas en adultos y ancianos con trastornos del lenguaje oral. **Metodología:** Se realizó un estudio cuantitativo transversal retrospectivo llevado a cabo en el servicio de fonoaudiología del ambulatorio de neurología de un hospital, con participantes mayores de 18 años, con diagnóstico fonoaudiológico de trastorno del lenguaje oral. Se obtuvieron los datos sociodemográficos y clínicos de los participantes, así como el desempeño en tareas de lenguaje oral de la Batería Montreal Toulouse de Evaluación del Lenguaje y la escala de severidad de la afasia de Boston. Los datos se analizaron utilizando la prueba de correlación de *Spearman*. **Resultados:** La muestra final del estudio estuvo compuesta por 18 participantes, con edades entre 33 y 75 años, con los siguientes diagnósticos fonoaudiológicos: afasias clásicas (global, de Wernicke, de Broca y anómica), afasia progresiva primaria (variantes logopénica y semántica), trastorno cognitivo de la comunicación y trastorno del lenguaje no afásico. Hubo una relación estadísticamente significativa entre la severidad de la afasia y todas las tareas de lenguaje evaluadas, excepto la comprensión oral de palabras. El artículo discute las tareas que mostraron una relación más relevante con la severidad. **Conclusión:** Prácticamente todas las habilidades lingüísticas investigadas tienen una relación con el grado de severidad del trastorno, lo que demuestra la importancia de estas habilidades para el diagnóstico y la rehabilitación fonoaudiológica.

Palabras clave: Afasia; Trastornos de la Comunicación; Cognición; Neuropsicología; Trastornos del Lenguaje.

Introdução

Os transtornos da linguagem oral observados na população adulta e idosa podem ser definidos como dificuldades linguísticas que afetam o desempenho das habilidades de compreensão e/ou expressão e independem da idade ou escolaridade do indivíduo. Avaliar e caracterizar as possíveis alterações linguísticas nos diferentes quadros neurológicos, seja afasias, demências ou distúrbios neuropsiquiátricos é requisito para o estabelecimento dos transtornos¹. Esses transtornos manifestam-se após a aquisição completa da linguagem e decorrem de lesões ou disfunções adquiridas no Sistema Nervoso Central (SNC), bem como de quadros psiquiátricos. Podem ser classificados em três grandes categorias: transtornos cognitivos da comunicação, transtornos de linguagem não afásicos e transtornos de linguagem afásicos. Este último grupo constitui o mais prevalente e subdivide-se em afasias clássicas, afasias subcorticais, afasias cruzadas e afasias progressivas primárias (APPs). Por sua vez, os transtornos de linguagem não afásicos e os transtornos cognitivos da comunicação não apresentam subdivisões formais².

Dentre os *transtornos de linguagem afásicos*, as afasias clássicas são o grupo mais frequente na clínica fonoaudiológica, e podem ser divididas didaticamente em 8 tipos diferentes, classificadas como afasias fluentes e não fluentes. Nas afasias fluentes, o indivíduo é capaz de produzir a fala de maneira encadeada, com frases estruturadas, mas podem existir falhas em outras funções, como a compreensão, a nomeação e/ou a repetição. Neste grupo, estão incluídas as afasias de *Wernicke*, a transcortical sensorial, a de condução e a anômica^{3,4}.

Já as afasias clássicas não fluentes podem ser caracterizadas por alterações na fluência que incluem hesitações, esforço ao falar, redução na extensão do enunciado, e produção de sentenças agramaticais. Este grupo é constituído pelas afasias de *Broca*, transcortical motora, transcortical mista e global. Dentre os transtornos afásicos, existem ainda outros tipos de classificações que ocorrem com menos frequência, como a afasia cruzada, que afeta indivíduos destros com lesão no hemisfério direito e a afasia subcortical, consequente a uma lesão nas estruturas subcorticais. Por último, as APPs representam uma síndrome neurológica com etiologia degenerativa caracterizada, principalmente, pela

perda progressiva da linguagem, especialmente nos dois primeiros anos de evolução^{3,5}.

Os *transtornos de linguagem não afásicos* são definidos como dificuldades de linguagem sutis, muitas vezes perceptíveis pelo indivíduo e pelo avaliador, mas de difícil detecção na avaliação das características linguísticas. O desempenho da linguagem na avaliação neuropsicológica está próximo do normal ou próximo do esperado⁶.

Já nos *transtornos cognitivos da comunicação*, o déficit ocorre nas funções cognitivas não linguísticas que intermediam a linguagem, como a memória, as funções executivas e a atenção. Embora haja a preservação das funções linguísticas, há impacto na comunicação do indivíduo, o que pode se manifestar através de dificuldades na expressão, compreensão, leitura, escrita e interação social⁷.

A origem dos transtornos de linguagem oral em adultos e idosos pode ser qualquer tipo de lesão cerebral associada às áreas da linguagem e/ou cognição. Tais lesões podem ser decorrentes de traumatismo crânio encefálico, Acidente Vascular Cerebral (AVC), tumores no SNC, doenças infecciosas, doenças neurodegenerativas, e até doenças tóxico-metabólicas⁸. Todavia, a grande maioria destes transtornos ocorre devido às causas cerebrovasculares como o AVC, que segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é a principal causa de incapacidade no Brasil com uma incidência anual de 108 para cada 100 mil habitantes e a segunda maior causa de mortalidade no país, atrás apenas de cardiopatias isquêmicas^{9,10}. As diferentes causas das lesões podem gerar um grande impacto na vida dos indivíduos acometidos e dos seus familiares. Assim como as características linguísticas e cognitivas definem o perfil comunicativo das pessoas com transtornos da linguagem oral, a severidade do quadro também tem papel no perfil comunicativo dos sujeitos¹¹.

A severidade da afasia é um fator importante, pois os prejuízos causados na compreensão e/ou expressão da linguagem refletem diretamente a extensão dos prejuízos na comunicação funcional. A correlação entre a gravidade do transtorno e o desempenho nas tarefas linguísticas permite identificar quais habilidades estão mais afetadas¹² e, consequentemente, que exigem maior atenção no processo terapêutico. Essa relação é fundamental para orientar o planejamento da reabilitação e priorizar intervenções mais eficazes.

Neste sentido, é aconselhável que o fonoaudiólogo saiba quais funções linguísticas contribuem mais para a severidade da doença, pois estas tendem a ser o foco da reabilitação para reduzir o prejuízo e o impacto comunicativo funcional na vida do paciente. Diante disto, o presente trabalho tem como objetivo verificar a relação entre a gravidade do transtorno de linguagem e o desempenho nas tarefas linguísticas em adultos e idosos com transtornos da linguagem oral.

Material e método

Desenho e local do estudo

Este é um estudo quantitativo transversal retrospectivo, realizado no serviço de fonoaudiologia do ambulatório de neurologia do Hospital Santa Clara, da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Brasil.

Participantes e amostra

A amostra do estudo se caracteriza como uma amostra de conveniência. Os participantes foram selecionados de um banco de dados do projeto de pesquisa “Avaliação e terapia dos distúrbios fonoaudiológicos em doenças neurológicas”, sendo que os critérios de inclusão foram: indivíduos maiores de 18 anos, com diagnóstico fonoaudiológico de transtorno da linguagem oral², atendidos no referido serviço de fonoaudiologia, e que consentiram em participar do estudo através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Contudo, foram excluídos do estudo indivíduos que não haviam realizado as avaliações fonoaudiológicas de interesse para este estudo (bateria Montreal Toulouse de Linguagem - MTL¹ e escala de gravidade da afasia de Boston¹³) e que apresentaram relato de déficits auditivos e/ou visuais não corrigidos.

Procedimentos e instrumentos

Para os procedimentos de coleta de dados foram selecionados, do banco de dados, os participantes que preencheram os critérios de inclusão e exclusão. Após, foram extraídos os dados de interesse para esta pesquisa, que foram os dados sociodemográficos (sexo, idade, escolaridade e dominância manual), dados médicos (diagnóstico neurológico, tempo de diagnóstico ou início dos sintomas e hemisfério cerebral lesionado), diagnóstico fonoaudiológico de acordo com a proposta de

classificação², e dados da avaliação da linguagem (bateria MTL e escala de severidade da afasia de Boston)^{1,13}.

A MTL é uma bateria adaptada e validada para a população brasileira e que possui várias tarefas para avaliação de funções básicas da linguagem oral e escrita, após uma lesão cerebral. Ela tem como objetivo identificar e caracterizar os transtornos na linguagem oral e escrita, dificuldades apráxicas e de cálculo, além de permitir avaliar o tipo de afasia que o paciente possui. Contudo, para este estudo foram analisadas apenas as tarefas essenciais para a caracterização da linguagem oral dos participantes: linguagem automática (forma e conteúdo); compreensão oral de frases e palavras; repetição de palavras e frases; praxias não-verbais; e nomeação oral de palavras e frases^{1,14,15}. Já a escala de gravidade da afasia de Boston, é uma das tarefas da bateria *Boston Diagnostic Aphasia Examination* que permite classificar o grau de severidade dos transtornos de linguagem, com base na observação da fala dos pacientes feita pelo fonoaudiólogo¹³. De acordo com esta escala, a severidade da afasia pode ser classificada de um a seis, sendo “um” comprometimento máximo da linguagem e “seis” desvantagem mínima. Os níveis de severidade¹³ são descritos do seguinte modo:

- Não utiliza fala funcional ou compreensão auditiva.
- Toda a comunicação é através de expressão fragmentada; grande necessidade de inferência, questionamento ou adivinhação por parte do interlocutor. A informação possível de ser intercambiada é limitada e o ouvinte assume a responsabilidade pela comunicação.
- A conversação sobre temas familiares é possível com ajuda do interlocutor. Ocorrem frequentes falhas para veicular a ideia, mas o paciente é capaz de compartilhar a responsabilidade pela comunicação.
- O paciente pode discutir quase todos os problemas da vida cotidiana com pouca ou nenhuma assistência. A redução da fala e/ou compreensão, entretanto, torna a conversação sobre determinados temas impossível.
- Ocorre perda óbvia da fluência na fala ou há alguma dificuldade para compreensão, sem limitação significativa nas ideias expressas ou forma de expressão.

- Desvantagem mínima, perceptível; o paciente pode ter dificuldades subjetivas que não são óbvias para o ouvinte.

foram testadas utilizando o teste de *Spearman*, com nível de significância de 5%.

Aspectos Éticos

O projeto “Avaliação e terapia dos distúrbios fonoaudiológicos em doenças neurológicas”, do qual este estudo faz parte, foi submetido e aprovado pelo ao comitê de ética da Universidade Federal de Ciência da Saúde de Porto Alegre, sob parecer de número 2.538.220. Foram utilizados apenas os dados dos pacientes que assinaram o TCLE.

Análise Estatística

As variáveis categóricas foram descritas em frequências relativas (%) e absolutas (n), enquanto as variáveis contínuas foram descritas em média, mediana, mínimo, máximo e desvio padrão. A distribuição dos dados foi verificada utilizando o teste *Shapiro-Wilk*. Correlações entre as variáveis

Resultados

Neste estudo, foram incluídos 18 participantes, sendo a maioria do gênero masculino e com faixa etária variando de adulto jovem até idoso. As características da amostra estão descritas na Tabela 1. Quanto ao diagnóstico fonoaudiológico destacam-se a afasia de Broca e global, o transtorno cognitivo da comunicação e a APP semântica como os diagnósticos mais frequentes e equidade no número de casos. Quanto ao diagnóstico neurológico, que foi extraído do prontuário médico dos pacientes, teve-se como mais frequente o diagnóstico de AVC, sendo que dentre todos os casos o hemisfério cerebral esquerdo foi o mais afetado. O tempo de sintomas ou do início da doença variou desde casos mais agudos até casos mais crônicos.

Tabela 1. Dados descritivos da amostra quanto aos aspectos sociodemográficos e clínicos

Variável	Média (DP)	Mín-Máx	Med	N (%)
Idade (anos)	54,40 (12,49)	33-75	57	-
Sexo (M)	-	-	-	10 (55,6)
Escolaridade (anos)	8,58 (6,32)	0-21	7,5	-
Dominância manual (D)	-	-	-	16 (88,9)
Tempo de doença ou sintomas (anos)	3,21 (2,39)	0,5-8	2,5	-
Diagnóstico fonoaudiológico	-	-	-	-
AC - Broca	-	-	-	3 (16,7)
AC - Wernicke	-	-	-	1 (5,6)
AC - anômica	-	-	-	1 (5,6)
AC - global	-	-	-	3 (16,7)
Transtorno cognitivo da comunicação	-	-	-	3 (16,7)
Transtorno de linguagem não afásico	-	-	-	1 (5,6)
Afasia subcortical	-	-	-	1 (5,6)
APP - semântica	-	-	-	3 (16,7)
APP - logopênia	-	-	-	2 (11,1)
Diagnóstico Neurológico	-	-	-	-
AVC	-	-	-	11 (61,1)
APP	-	-	-	5 (27,8)
Cirurgia para remoção de neoplasia	-	-	-	1 (5,6)
Cirurgia para clipagem de aneurisma	-	-	-	1 (5,6)
Hemisfério cerebral lesionado	-	-	-	-
Esquerdo	-	-	-	12 (66,7)
Ambos	-	-	-	1 (5,6)
Ambos, com predomínio E	-	-	-	1 (5,6)
Ambos, com predomínio D	-	-	-	1 (5,6)

AC= afasia clássica; APP= afasia progressiva primária; AVC= acidente vascular cerebral; D= direita; E= esquerda; DP= desvio padrão; Mín= mínimo; Máx= máximo, Med= mediana

O perfil linguístico dos participantes está descrito na Tabela 2.

Tabela 2. Dados descritivos da amostra quanto à linguagem

Variável	Média (DP) ou N(%)	Mín-Máx	Med
Linguagem automática (total)	9,42 (2,68)	4-12	10
Linguagem automática (forma)	4,92 (1,31)	3-6	5,5
Linguagem automática (conteúdo)	4,25 (1,86)	1-6	4
Compreensão oral (total)	14,83 (4,2)	6-19	16
Compreensão oral (palavras)	4,58 (0,9)	2-5	5
Compreensão oral (frases)	10,33 (3,60)	2-14	11
Repetição (total)	15,08 (8,68)	4-33	29,5
Repetição (palavras)	8,75 (3,39)	2-13	10
Repetição (frases)	15,08 (8,68)	1-22	20
Praxias não-verbais	19 (6,37)	0-24	20,5
Nomeação oral (total)	18,83 (9,41)	0-30	20
Nomeação oral (palavras)	14,58 (7,46)	0-24	16
Nomeação oral (frases)	4,25 (2,42)	0-6	6
Escala de gravidade de Boston	3,75 (1,06)	2-5	3,5

DP= desvio padrão; Mín= mínimo; Máx= máximo; Med= mediana.

Conforme apresentado na Tabela 3, foi testada a relação entre a gravidade do transtorno e as tarefas linguísticas. Houve correlação significativa com todas as tarefas linguísticas, exceto com a compreensão oral de palavras. As correlações mais

fortes¹⁶ encontradas foram com repetição de frases, repetição total, linguagem automática (conteúdo) e praxias não-verbais. Já as relações mais fracas¹⁶ foram com repetição de palavras, compreensão oral total, e linguagem automática (forma).

Tabela 3. Relação da gravidade dos transtornos de linguagem oral com o desempenho nas tarefas de linguagem oral

Variável	Coefficiente de relação	Valor de p
Linguagem automática (total)	0,800	<0,00*
Linguagem automática (forma)	0,624	0,01*
Linguagem automática (conteúdo)	0,896	<0,00*
Compreensão oral (total)	0,654	0,03*
Compreensão oral (palavras)	-0,17	0,947
Compreensão oral (frases)	0,694	<0,00*
Repetição (total)	0,870	<0,00*
Repetição (palavras)	0,542	0,02*
Repetição (frases)	0,929	<0,00*
Praxias não-verbais	0,870	<0,00*
Nomeação oral (total)	0,782	<0,00*
Nomeação oral (palavras)	0,748	<0,00*
Nomeação oral (frases)	0,751	<0,00*

*=p<0,05 (teste de correlação de Spearman)

Discussão

Este estudo investigou a relação entre tarefas de linguagem oral e o grau de severidade do comprometimento linguístico de indivíduos adultos com transtornos da linguagem oral. Observou-se que todas as habilidades linguísticas analisadas apresentaram correlação significativa com o grau de severidade do transtorno, exceto a compreensão oral de palavras.

A gravidade dos transtornos da linguagem foi avaliada através de uma tarefa que observa a fala espontânea dos pacientes em situações informais, o que pode refletir a percepção auditiva subjetiva dos ouvintes diante do discurso do indivíduo. Esse julgamento é influenciado pelo contexto comunicativo¹⁷, já que, em situações naturais de fala, os interlocutores utilizam inferências contextuais para compreender os enunciados e atribuir intenções comunicativas. Assim, infere-se que as tarefas com correlações mais fortes com a gravidade são justamente aquelas que mais impactam na percepção auditiva do ouvinte, tornando-se, portanto, habilidades prioritárias nas intervenções terapêuticas.

As tarefas linguísticas que apresentaram correlações mais robustas com a severidade foram: repetição de frases, linguagem automática (conteúdo), praxias não-verbais e repetição total. A tarefa de repetição de fala avalia o processamento fonológico e lexical (entrada e saída) e a produção motora de fala¹. Intervenções que utilizam a repetição, como o programa Video-Implemented Script Training for Aphasia (VISTA), têm mostrado eficácia na reabilitação, promovendo ensaios intensivos de roteiros personalizados acompanhados de modelos audiovisuais. Nessa abordagem, a repetição de estruturas gramaticais corretas pode melhorar a produção sintática, mesmo sem treinamento gramatical explícito. Em casos de afasias não fluentes e apraxia de fala adquirida pós-AVC, o treinamento de roteiros tem promovido aumento na precisão, fluência e qualidade motora da fala¹⁸.

A linguagem automática é uma habilidade linguística sequencial, que corresponde a um segmento aprendido como números, meses do ano, músicas, entre outros¹⁹. Na bateria MTL, esta tarefa avalia a capacidade do indivíduo de realizar comandos de forma autônoma e automática. Neste estudo, a linguagem automática (conteúdo) apresentou forte associação com a gravidade, sugerindo que déficits em produções automáticas podem refletir

maior comprometimento funcional. A literatura²⁰ aponta o uso de tarefas de linguagem automática como estratégia para treinamento de habilidades linguísticas comprometidas. Recursos como a progressão de tarefas; do reconhecimento do fonema, seguido de produção e manipulação isolada até um estágio mais avançado de sequências automáticas de palavras e não-palavras²¹ promovem melhorias na produção do discurso comunicacional.

As praxias não-verbais, por sua vez, envolvem movimentos orofaciais mas não exigem a produção de sons da fala. Essa tarefa requer percepção, análise e imitação motora, o que demanda planejamento motor e compreensão oral. É sabido, também, que tarefas como sopro, assobio, praxias linguais, inflação das bochechas, alternância entre estiramento e protrusão de língua poderiam favorecer movimentos de fala no sentido de fortalecer tais estruturas ao nível muscular²². Assim, déficits práticos seriam capazes de impactar direta ou indiretamente na produção articulatória da fala, explicando sua forte correlação com a severidade do transtorno nos dados no presente estudo.

Por outro lado, as tarefas com correlações mais fracas foram a linguagem automática (forma) e a repetição de palavras. A repetição isolada de palavras pode ter apresentado baixa correlação com a severidade por não refletir adequadamente a funcionalidade comunicativa do indivíduo, já que a medida de gravidade foi baseada em discurso espontâneo encadeado, que demanda produção frasal²³. Quanto à linguagem automática (forma), a ausência de forte relação com a gravidade pode decorrer de sua natureza automatizada e menos intencional, o que contrasta com os aspectos pragmáticos e planejados avaliados na fala espontânea.

A nomeação de figuras apresentou uma correlação intermediária. Esta tarefa requer reconhecimento visual e acesso ao sistema léxico-semântico, sendo sensível a déficits de natureza cognitiva e linguística²³. As abordagens terapêuticas focadas no desempenho de tarefas de linguagem específicas como nomeação de figuras, leitura, ortografia e compreensão de palavras e frases¹² são frequentemente eficazes na reorganização da relação estrutura-função no cérebro, facilitando a plasticidade cerebral. No âmbito terapêutico, associar abordagens baseadas em deficiência com abordagens de comunicação funcional, portanto, nomeação de figuras e comunicação funcional

compensatória pode ser uma ótima estratégia para integrar e restabelecer o sistema léxico-semântico.

Já a compreensão oral de palavras foi a única tarefa que não demonstrou relação significativa com a gravidade do transtorno. Isso se explica pela sua baixa complexidade linguística, uma vez que o indivíduo apenas associa uma palavra isolada a uma imagem, sem necessidade de processamento sintático ou semântico mais elaborado, como ocorre nas situações de fala encadeada.

É importante considerar que a compreensão oral depende de acuidade auditiva minimamente preservada, de modo que a entrada auditiva seja satisfatória para que a cóclea e nervo auditivo possam transmitir a informação auditiva ao córtex auditivo. Além disso, fatores como escolaridade podem influenciar significativamente o desempenho linguístico. Estudos^{24,25} demonstram que indivíduos sem educação formal tendem a apresentar pior desempenho em tarefas como compreensão oral, discurso narrativo oral, repetição de palavras, fluência verbal fonológica/ortográfica, ditado de números, leitura de números e cálculos numéricos escritos, quando comparados àqueles com baixa escolaridade.

A compreensão de frases, por sua vez, apresentou correlação moderada com a severidade, o que pode estar relacionado ao comprometimento léxico-semântico²⁶ observado em parte dos participantes. Essa tarefa demanda identificação de figuras a partir da escuta de frases, o que exige não apenas compreensão sintática, mas também acesso semântico, memória de trabalho, funções executivas²⁷ e sistema auditivo minimamente íntegro. Como a linguagem é uma função cognitiva complexa, déficits em compreensão impactam diversas tarefas comunicacionais de forma variada, dependendo do diagnóstico e de suas possibilidades de recuperação.

Fatores como gravidade da afasia, comprometimento da comunicação, status econômico, nível de educação²⁵, humor e fadiga podem ter relevância sobre as atividades de vida diária¹¹. Por este motivo, intervenções mais focadas em tarefas e processos que interferem diretamente na gravidade do transtorno de linguagem podem ser significativos para a melhora da qualidade de vida das pessoas.

Este estudo apresenta limitações como o tamanho reduzido da amostra e a heterogeneidade, especialmente quanto ao nível de escolaridade e diagnósticos fonoaudiológicos e médicos. Outra

limitação refere-se ao uso da Escala de Severidade de Boston, voltada especificamente para afasia, o que pode não contemplar adequadamente outros tipos de transtornos de linguagem. Recomenda-se que estudos futuros utilizem amostras maiores e mais homogêneas, bem como instrumentos de avaliação mais abrangentes, a fim de confirmar os achados apresentados.

Conclusão

Este estudo apresenta como principal novidade a análise integrada da correlação entre gravidade e tarefas específicas de linguagem oral, fornecendo subsídios objetivos para priorização terapêutica. Além disso, os achados corroboram evidências já existentes na literatura quanto à importância da repetição, linguagem automática e praxias não-verbais na avaliação da severidade.

Os resultados deste estudo ratificaram que praticamente todas as habilidades investigadas estão diretamente relacionadas com o grau de gravidade do transtorno de linguagem. Contudo, as que tiveram maior relevância são a repetição de frases, linguagem automática (conteúdo) e as praxias orofaciais. Desta maneira, é evidente a importância da avaliação dessas tarefas para o diagnóstico fonoaudiológico, assim como a utilização dessas habilidades como foco da reabilitação para minimizar o impacto dos transtornos de linguagem oral na qualidade de vida desses indivíduos.

Referências

1. Parente MAMP, Fonseca RP, Pagliarin KC, Barreto SS, Soares-Ishigaki ECS, Hübner LC et al. Coleção MTL Brasil - Bateria Montreal Toulouse de Avaliação da Linguagem. 1 ed. São Paulo: Vetor; 2016.
2. Beber BC. Proposta de apresentação da classificação dos transtornos de linguagem oral no adulto e no idoso. *Distúrb Comun*. Março, 2019; 31(1): 160-9. doi: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/36049>
3. Sheppard SM, Sebastian R. Diagnosing and managing post-stroke aphasia. *Expert Rev Neurother*. Feb, 2021; 21(2): 221-34. doi: 10.1080/14737175.2020.1855976
4. La Peña, MMJ de, Vicente, LG, Cobos, RG, & Vega, VM de. Correlación neurorradiológica de las afasias. Mapa cortico-subcortical del lenguaje. *Radiología*. Maio, 2018; 60(3), 250-61. doi: <https://doi.org/10.1016/J.RX.2017.12.008>
5. Vieira KR, Carvalho ACR de, Miotto EC. Revisão de intervenções cognitivas em pacientes com Afasia Progressiva Primária. *Rev Neurocienc*. Outubro, 2021; 29:1-25. doi: <https://doi.org/10.34024/rnc.2021.v29.12122>

6. Basagni B, Pancani S, Pellicciari L, Gemignani P, Salvadori E, Marignani S et al. Funções cognitivas extralinguísticas envolvidas no Token Test: resultados de uma coorte de pacientes com AVC não afásico com lesão no hemisfério direito. *Behav Sci.* Dezembro, 2022;12(12):1-12. <https://doi.org/10.3390/bs12120494>
7. Savarimuthu A, Ponniah RJ. A Slip Between the Brain and the Lip: Working Memory and Cognitive-Communication Disorders. *J Psycholinguist Res.* Aug, 2023; 52(4):1237-48. doi: 10.1007/s10936-023-09946-3.
8. Togher L, Douglas J, Turkstra LS, Welch-West P, Janzen S, Harnett A et al. INCOG 2.0 Guidelines for Cognitive Rehabilitation Following Traumatic Brain Injury, Part IV: Cognitive-Communication and Social Cognition Disorders. *J Head Trauma Rehabil.* Fev, 2023; 38(1): 65-82. doi: 10.1097/HTR.0000000000000835
9. SAÚDE: Campanha alerta para tratamento do AVC na pandemia. AMB. [Acesso em 20 Mar 2025]. Disponível em: <https://amb.org.br/amb/saudecampanha-alerta-para-tratamento-do-avc-na-pandemia/>
10. Sociedade Brasileira de AVC: Números do AVC no Brasil e no Mundo. [Acesso em 29 Mar 2025]. Disponível em: <https://avc.org.br/sobre-a-sbavc/numeros-do-avc-no-brasil-e-no-mundo/>
11. Vitti E, Hillis AE. Treatment of post-stroke aphasia: A narrative review for stroke neurologists. *Int J Stroke.* Dez, 2021;16(9):1002-8. doi:10.1177/17474930211017807
12. Bullier B, Cassoudesalle H, Villain M, Cogné M, Mollo C, Gabory I de et al. New factors that affect quality of life in patients with aphasia. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine.* Jan, 2020; 63(1): 33-7. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rehab.2019.06.015>.
13. Goodglass H, Kaplan E, Brand S, Barresi B. The Boston diagnostic aphasia examination (BDAE). Philadelphia, Pa: Lippincott Williams; 2000.
14. Altmann RF, Ortiz KZ, Moraes DAO, Pagliarin KC. Brief Montreal-Toulouse Language Assessment Battery: validity and reliability. *Journal of Clinical Practice in Speech-Language Pathology.* Jun, 2024; 26(2): 218–33. doi: <https://doi.org/10.1080/22000259.2024.2359366>
15. Ferreira JA. Desempenho Pré E Pós-Tratamento Fonoaudiológico Em Grupo De Pacientes Afásicos [Monografia]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/202389>
16. Miot HA. Análise de Correlação em estudos Clínicos e Experimentais. *J Vasc Bras.* Dez, 2018; 17(4): 275-9. doi: <https://doi.org/10.1590/1677-5449.17411>
17. Caminha L dos S, Mazuroski Junior A. Afasia Pragmática: Cérebro, Linguagem e Comunicação. *Muitas Vozes.* Março, 2022;10:1-17. doi: <https://revistas.uepg.br/index.php/muitasvozes/article/view/20062>
18. Grasso SM, Bertis K, Mendez KS, Keegan-Rodewald WR, Wauters LD, Europa E et al. Investigating changes in connected speech in nonfluent/agrammatic primary progressive aphasia following script training. *Cortex.* Fev 2025;183: 193-210. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2024.09.019>.
19. Yeste-Fernández MJ. Terapia asistida con animales en un caso de afasia de Broca. [Dissertação]. Jaén (Espanha): Universidad de Jaén; 2019. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10953.1/11775>
20. Shah-Basak P, Boukrina O, Li XR, Jebahi F, Kiehl A. Targeted neurorehabilitation strategies in post-stroke aphasia. *Restor Neurol Neurosci.* Nov, 2023; 41(3-4), 129–191 <https://doi-org.ez41.periodicos.capes.gov.br/10.3233/RNN-231344>
21. Madden EB, Torrence J, Kendall DL. Cross-modal generalization of anomia treatment to reading in aphasia. *Aphasiol.* 11 Mar 2020; 35(7),875-99. doi: <https://doi.org/10.1080/02687038.2020.1734529>
22. Jesus FV. Praxias orofaciais não-verbais nas perturbações dos sons da fala: prática de terapeutas da fala portuguesas. [Dissertação]. Porto (Portugal): Universidade Fernando Pessoa; 2019. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10284/7709>
23. Sampaio NFS, Lacerda M dos A. A repetição na linguagem de MM: uma discussão à luz da Neurolinguística Discursiva. *RO. Setembro, 2017; 2(2):113-32.* doi: <https://periodicos.ufrn.br/odisseia/article/view/12271>
24. Fong MWM, Patten RV, Fucetola RP. The Factor Structure of the Boston Diagnostic Aphasia Examination, Third Edition. *J Int Neuropsychol Soc.* Aug, 2019; 25(7): 772-6. doi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31030708/>
25. Akashi DA, Ortiz KZ. Formal language assessment in low-educated healthy subjects. *Dement neuropsychol.* Jul, 2018; 12(3): 284–91. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-57642018dn12-030009>
26. Pereira A, Ortiz KZ. Language skills differences between adults without formal education and low formal education. *Psicol Refl. Crit.* Jan, 2022; 35(4): 1-9. <https://doi.org/10.1186/s41155-021-00205-9>.
27. Ortiz KZ, Lira JO de, Minett TSC, Bertolucci PHF. Language impairments in Alzheimer’s disease: What changes can be found between mild and moderate stages of the disease? *Clinics.* May, 2024; 79(1): 1-5. doi: <https://doi.org/10.1016/j.clinsp.2024.100412>.



Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional, que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a obra original seja devidamente citada.