

INTERVENÇÕES NEUROPSICOLÓGICAS BREVES EM CASOS DE LESÃO ENCEFÁLICA ADQUIRIDA (LEA)

BRIEF NEUROPSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS IN CASES OF ACQUIRED BRAIN INJURY (LEA)

Aline Carolina Bassoli Barbosa ¹

Ivanda de Souza Silva Tudesco ²

Vera Lúcia Messias Fialho Capellini³

RESUMO

Este trabalho consiste em uma revisão narrativa de bibliografia na área da neuropsicologia, com enfoque na intervenção breve em casos de LEA e um levantamento bibliográfico dos artigos publicados nos últimos 20 anos, no período de 2000 a 2020, na plataforma Scielo. Foi enfatizado o treino cognitivo como proposta de intervenção. Identificou-se dois artigos referentes à lesão encefálica, entretanto, apenas um deles tratava-se de um processo de avaliação e reabilitação neuropsicológica decorrente de uma LEA. Diante da análise dos artigos elencados no Scielo, foi possível verificar o alinhamento de propostas com os demais achados bibliográficos, havendo um montante diversificado e extenso de bibliografia referente à avaliação neuropsicológica e LEAs. Entretanto, referente ao processo de intervenção e reabilitação neuropsicológica, as publicações expõem uma síntese geral e poucas diretrizes de atuação para a intervenção, bem como há um déficit de produções científicas publicadas no período citado na plataforma Scielo, que contemplem a reabilitação neuropsicológica. **Palavras-chave:** Reabilitação Neuropsicológica. Lesão Encefálica Adquirida. Intervenção Breve.

ABSTRACT

This work consists of a narrative review of the bibliography in the area of neuropsychology, focusing on brief intervention in cases of LEA and a bibliographic survey of articles published in the last 20 years, from 2000 to 2020, on Scielo platform. Cognitive training was emphasized as an intervention proposal. Two articles referring to brain injury were identified, however, only one of them was about a process of neuropsychological assessment and rehabilitation resulting from an LEA. In view of the analysis of the articles listed in Scielo, it was possible to verify the alignment of proposals with the other bibliographic findings, with a diversified and extensive amount of bibliography referring to neuropsychological assessment and LEA's. However, regarding the process of intervention and neuropsychological rehabilitation, the publications present a general synthesis and few guidelines for

1 Psicóloga e neuropsicóloga; Pós-graduação em Neuropsicologia e em Neuropsicopedagogia e Educação Inclusiva pelo Centro Sul Brasileiro de Pesquisa, Extensão e Pós-Graduação; Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Professora e supervisora técnica da pós-graduação em Neuropsicologia Clínica da Faculdade CENSUPEG, aline.cb.barbosa@unesp.br

2 Psicóloga e neuropsicóloga, mestre e doutora em Ciências pelo Departamento de Psicobiologia-UNIFESP-SP. Professora, orientadora e supervisora clínica da Pós-graduação em Neuropsicologia da Faculdade CENSUPEG. Pesquisadora convidada no Departamento de Psicobiologia - UNIFESP-SP. ivandatudesco@gmail.com

3 Professora associada e diretora da Faculdade de Ciências - UNESP Bauru. Docente do Departamento de Educação e dos Programas de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem e em Docência da Educação Básica - UNESP Bauru. vera.capellini@unesp.br

action for the intervention, as well as there is a deficit of scientific productions published in the period mentioned on the Scielo platform, which include neuropsychological rehabilitation. **Keywords:** Neuropsychological Rehabilitation. Acquired Brain Injury. Brief Intervention.

INTRODUÇÃO

O presente artigo parte da premissa que é essencial aos profissionais da área de neuropsicologia o conhecimento acerca das possibilidades de intervenções breves focadas em pacientes com lesões encefálicas adquiridas (LEA). Ao longo do trabalho serão apresentados alguns tipos de lesões e propostas de intervenções, por uma revisão narrativa da literatura.

Conforme Miotto (2015), a lesão encefálica adquirida se refere a todo tipo de lesão cerebral apresentada ao longo da vida, excluindo doenças neurodegenerativas. As lesões adquiridas podem resultar de traumatismo cranioencefálico (TCE), acidentes vasculares encefálicos, tumores, infecções, anóxia, entre outras causas. De acordo com o Ministério da Saúde (2015), o TCE é uma das causas mais frequentes de morbidade e mortalidade em todo o mundo, com impacto significativo na qualidade de vida.

O TCE é uma agressão traumática ao cérebro ocasionada por causas externas, gerando lesões anatômicas ou comprometimento funcional, de couro cabeludo, crânio, meninges e/ou o encéfalo e é a principal causa de morte e sequela em crianças e adultos jovens nos países industrializados ocidentais (VAZ; ANAUATE, 2017). Segundo Miotto (2014), as suas principais causas são acidentes automobilísticos e quedas.

A lesão provocada pelo TCE pode ser dividida em duas fases: primária e secundária, sendo a primária resultante direta de forças mecânicas (como objetos fixos ou em movimento), que atuam no momento do impacto e afetam diretamente o crânio, podendo resultar em lesões difusas e lesões focais. As lesões secundárias surgem nas primeiras horas após o insulto primário e se caracterizam por alterações intra e extracelulares determinantes do edema cerebral pós-traumático e, por consequência, em muitos casos, pelo aumento da pressão intracraniana (VAZ; ANAUATE, 2017).

As consequências do TCE podem culminar em incapacidades físicas, cognitivas e emocionais. As físicas podem ser motoras, visuais, táteis, entre outras. As incapacidades cognitivas podem estar relacionadas a problemas de atenção, memória e funções executivas. No que se refere às incapacidades ou comportamentos inadequados, os aspectos emocionais que interferem na qualidade de vida do indivíduo incluem a dificuldade de autocontrole, perda da autoconfiança, motivação diminuída, depressão e ansiedade (VAZ; ANAUATE, 2017). De acordo com Miotto (2014), é possível identificar déficits de linguagem, prosopagnosia (dificuldade para reconhecer faces familiares) e agnosia auditiva (dificuldade em reconhecer sons). Os pacientes com forma leve de traumatismo podem apresentar alguns sintomas conhecidos por síndrome pós-concussional, caracterizados por dificuldades de memória, atenção, tontura, fadiga, irritabilidade e flutuação do humor. O TCE de forma leve corresponde a, aproximadamente, 80% de todas as lesões.

Conforme o Ministério da Saúde (2013), o Acidente Vascular Encefálico (AVE) representa a primeira causa de morte ou incapacidade no Brasil, com uma incidência anual de 108 casos por 100 mil habitantes, sendo os principais sinais: fraqueza repentina ou dormência na face, braço e/ou perna, geralmente de um lado do corpo, bem como confusão mental, alteração cognitiva, dificuldade para falar ou compreender, engolir, enxergar com um ou ambos os olhos e caminhar, distúrbios auditivos, tontura, perda de equilíbrio e/ou coordenação, dor de cabeça intensa sem causa definida e diminuição ou perda da consciência. O AVE se refere a um problema neurológico, temporário ou permanente, focal e abrupto, em decorrência de um processo patológico dos vasos sanguíneos encefálicos, que pode ser classificado de dois tipos, como isquêmico ou hemorrágico dos vasos. O primeiro tipo é o mais frequente e, normalmente, o AVE se relaciona a doenças vasculares anteriores, como arteriosclerose, hipertensão arterial e diabetes, sendo a

maioria dos casos devido ao bloqueio de uma artéria cerebral (PEREIRA; HAMDAN, 2014).

Cancela (2008) aponta que o AVE é uma doença caracterizada por início agudo de um déficit neurológico e reflete envolvimento focal do sistema nervoso central, resultante de um distúrbio na circulação sanguínea cerebral. As lesões são provocadas por um enfarte resultante de isquemia ou hemorragia que levam a um comprometimento da função cerebral.

Conforme Pereira e Hamdan (2014), existem três causas principais do acometimento: a) trombose cerebral (obstrução em artéria cerebral); b) embolia, que é o caso no qual a obstrução ocorre em outra parte do corpo e, posteriormente, instala-se numa artéria cerebral e c) hemorragia, que é a ruptura de vasos sanguíneos.

De acordo com o Ministério da Saúde (2013), os tipos de AVEs se caracterizam em: a) AVE Isquêmico: quando há obstrução de um vaso sanguíneo, bloqueando o seu fluxo para as células cerebrais. No caso de um Acidente Isquêmico Transitório (AIT), esse pode ser preditor de um novo evento; b) AVE Hemorrágico: resultante da ruptura de um vaso, com conseqüente sangramento intraparenquimatoso ou subaracnóide.

As conseqüências do AVE dependem da área acometida e da extensão da lesão. As funções são divididas em cinco grupos: funções motoras, sensoriais, cognitivas, comunicativas e emocionais (VAZ; ANAUATE, 2017).

Outros tipos de LEAs são as Doenças Cerebrovasculares (DC). Souza e Teixeira (2013) ressaltam que as DCs são consideradas a segunda causa mais frequente de demência e a sua prevalência aumenta em função da idade. Elas se constituem como um conjunto de demências secundárias às lesões cerebrovasculares, sendo reconhecidas, atualmente, como um grupo heterogêneo de condições clínicas.

As DCs podem ser diferenciadas em quatro principais categorias: anatomoclínicas, conforme localização e o aspecto das lesões vasculares observadas no tecido cerebral, demência por múltiplos infartos cerebrais, demência por infarto estratégico, demência vascular subcortical e demência secundária às lesões hemorrágicas.

As condições clínicas associadas à hipoperfusão cerebral difusa, são causas menos frequentes de demências vasculares, acometendo, principalmente, os territórios vasculares junccionais. Arteriopatias específicas e doenças inflamatórias sistêmicas também são causadoras, eventuais, de tais demências (SOUZA; TEIXEIRA, 2013). Ainda segundo os autores, o termo “demência pós-AVE” abrange o conjunto das demências decorrentes de infartos e/ou hemorragias cerebrais, tratando-se de uma categoria clínica.

Enfatizando o aspecto relacionado ao processo de reabilitação em LEAs, é importante ressaltar que as metas da reabilitação neuropsicológica devem ser traçadas individualmente, pois cada paciente é único. Dessa forma, é delimitado um objetivo geral e, depois, objetivos específicos, sendo necessário transmiti-los a todos os envolvidos no processo: paciente, familiares e/ou cuidadores (VAZ; ANAUATE, 2017).

Conforme Wilson (2009 apud ABRISQUETA-GOMEZ, 2012), o termo recuperação pode ter diversos significados, desde uma completa recuperação da lesão cerebral (situação quase impossível para vítimas de LEA moderadas a graves) até a diminuição do comprometimento devido à adaptação funcional, que pode ser propiciada através da reabilitação.

Um aspecto vital para a gestão da reabilitação em pacientes com LEA é o ajuste emocional ou psicológico, uma vez que diversos estudos apontam que o isolamento social, ansiedade e depressão são comuns em sobreviventes de dano cerebral (ABRISQUETA-GOMEZ, 2012). Segundo Prigatano e colaboradores (2005 apud ABRISQUETA-GOMEZ, 2012), pessoas com déficits de autoconsciência podem apresentar enfrentamento defensivo, que precisa ser compreendido,

uma vez que o incômodo dos familiares está voltado, geralmente, às alterações de humor, estresse pós-traumático e outros fatores sociais e ambientais que impactam o processo do ajuste emocional.

Ao trabalhar com a reabilitação de déficits cognitivos, é necessário considerar que a cognição e a emoção interagem de forma complexa, exigindo que o profissional esteja atento aos distúrbios emocionais e motivacionais que o indivíduo possa apresentar. Dessa forma, o ambiente social da reabilitação é um fator de extrema importância para a recuperação do paciente (ABRISQUETA-GOMEZ, 2012). De acordo com Bolognani (2015), o planejamento inicial do caso é uma ação de elaboração da aliança terapêutica entre paciente, família e profissional. É necessário um momento em que todos trabalham juntos, selecionando metas prioritárias e entrando em acordo quanto às estratégias de ações para atingi-las.

Vaz e Anauate (2017) ressaltam que a reabilitação neuropsicológica, como forma de tratamento não farmacológico, busca recuperar as funções cognitivas superiores do paciente e resgatar sua autonomia, bem como a da sua família, visando possibilitar o reconhecimento de uma nova forma de lidar com as dificuldades, seja cognitiva, social ou emocional, sendo necessário dar feedback ao paciente de forma constante e sistemática, bem como motivá-lo durante o processo de reabilitação.

Também é importante considerar que, durante todo o processo de reabilitação, a neuroplasticidade - que consiste na possibilidade do cérebro reorganizar os seus múltiplos padrões de respostas e conexões mediante a experiência -, estão presentes. Assim, Muszkat e Mello (2012) afirmam que pelos mecanismos da plasticidade neural, a própria lesão representa um impulso mobilizador para que o cérebro reorganize seus padrões originais de funcionamento e especialização hemisférica, o que podemos atrelar ao conceito de neuroplasticidade.

Para otimizar ao neuropsicólogo o processo de registro de evolução, Bolognani e Bueno (2012 apud BOLOGNANI, 2015) desenvolveram a Tabela de Hipóteses e, segundo os autores, é uma ferramenta simples que reúne, de forma clara e organizada, as informações relevantes referentes às dificuldades do paciente e os caminhos para tentar solucioná-las ao longo da intervenção.

A Tabela de Hipóteses pode ser utilizada para a organização e o registro das etapas do raciocínio clínico, independentemente da faixa etária do paciente ou da etiologia do problema cognitivo, uma vez que a proposta de intervenção tenha as metas bem definidas, com resultados que possam ser observáveis na vida do indivíduo, de forma quantitativa ou qualitativa (BOLOGNANI, 2015).

Dentre os recursos que podem ser utilizados para uma intervenção neuropsicológica breve, o Treino Cognitivo é um deles.

A premissa básica do Treino Cognitivo no processo de reabilitação é exercitar ou treinar a função prejudicada, utilizando tarefas repetitivas e avaliando a melhora do desempenho. A atuação deve ser no nível das competências, permitindo que o indivíduo encontre uma nova forma de desempenhar a atividade que não podia realizar devido à lesão (VAZ; ANAUATE, 2017).

Conforme Andrade (2014), após identificar os domínios cognitivos deficitários na abordagem que se emprega o Treino Cognitivo, o terapeuta faz uso de atividades de mesa e exercícios computadorizados, com o objetivo de trabalhar a capacidade cognitiva que está prejudicada no indivíduo, visando que a melhoria nas tarefas propostas possa ser generalizada para as habilidades cognitivas que estão relacionadas. Uma vez que um treino cognitivo sem a generalização se torna sem grande valia (SOHLBERG; MATTER, 1989 apud ANDRADE, 2014), o desafio de tal abordagem é transferir as atitudes e estratégias aprendidas para a vida prática do paciente. Dessa forma, seguindo a progressão do sujeito nas atividades, o nível de dificuldade e complexidade no treino aumenta e sempre promove experiências de sucesso (ANDRADE, 2014).

Sohlberg e Matter (1989 apud ANDRADE, 2014) relatam que o treino cognitivo melhora os mecanismos biológicos de recuperação cerebral, facilitando a reorganização dos circuitos cerebrais independentemente do tempo após a lesão. Assim, conforme Bolognani e Fabricio (2006 apud ANDRADE, 2014), as atividades devem contemplar a melhoria da função intelectual, bem como metas objetivas de enriquecimento funcional que influenciem na vida e rotina do indivíduo.

Conforme Vaz e Anauate (2017), há atividades e jogos que podem ser utilizados para reabilitar as funções cognitivas superiores comprometidas e os atendimentos podem ser realizados com a participação da família do indivíduo, uma vez que é necessário ao profissional dar suporte para que os familiares possam lidar com as perdas e aceitem melhor a nova condição do paciente. As autoras também sugerem algumas possibilidades para a intervenção:

- a) Atividade Motora: atividades que estimulem a coordenação recíproca, praxia digital, praxia espacial, oral e construtiva, assim como desenhos.
- b) Gnosias: atividades que estimulem a percepção acústica, reconhecimento de objetos, gnosia espacial e facial, percepção cutânea sinestésica e percepção de cor.
- c) Função Verbal: atividades para estimular a fala automática e espontânea, nomeação, repetição, leitura, escrita, compreensão de palavras e de construções lógico-gramaticais.
- d) Memória: atividades com série de palavras, sentenças, histórias, série de figuras com objetos reais e desenhos abstratos e série de movimentos.
- e) Funções Executivas: atividades com cálculo, resolução de problemas, compreensão de histórias verbais, compreensão de histórias em figuras, generalização e compreensão de analogias (VAZ; ANAUATE, 2017, p. 191).

Morais (2014) ressalta que, atualmente, a neuropsicologia tem a visão da lesão encefálica adquirida como um fenômeno multidimensional e mensurável, que requer uma ampla abordagem. Conforme Lezak (1995 apud MORAIS, 2014), o impacto comportamental da LEA depende das particularidades individuais neuroanatômicas e fisiológicas do sujeito, bem como as diferenças relativas à idade, gênero, condição física, extensão e duração da lesão.

Abordando a avaliação neuropsicológica como premissa básica num processo de intervenção, Camargo (1997 apud CAMARGO; BOLOGNANI; ZUCCOLO, 2014) discorre que ela tem se mostrado de valor fundamental, auxiliando o trabalho de vários profissionais da saúde, pois propicia um amplo leque de aplicações em diversos contextos, como no caso de uma lesão. Segundo Wilson e Gracey (2009 apud ABRISQUETA-GOMEZ, 2012), a avaliação neuropsicológica pode seguir diversas abordagens e as mais conhecidas são: abordagem psicométrica, com base na análise estatística; abordagem localizacionista, que tenta examinar quais estruturas cerebrais são danificadas e quais estão intactas e abordagem ecológica, em que são feitas tentativas para entender a deficiência na vida do sujeito.

A avaliação neuropsicológica consiste num processo amplo e complexo de exame de desempenho e de funcionalidade dos aspectos cognitivos e da sua relação com a queixa apresentada (SANTOS; ANDRADE; BUENO, 2015). Lezak et al. (2004) afirmam que tal processo é necessário para identificar os aspectos pré-morbidos do paciente, comparando o desempenho atual a uma estimativa da habilidade esperada, o que possibilita identificar as habilidades preservadas que podem ser utilizadas como recursos no processo de reabilitação.

Diante da exposição temática de LEAs e reabilitação neuropsicológica, este estudo objetivou analisar os artigos em português publicados nos últimos vinte anos na plataforma Scielo (Scientific Electronic Library Online). O trabalho foi realizado por uma Revisão Narrativa. Dessa forma, houve o levantamento bibliográfico prévio em fontes científicas (livros, informativos com diretrizes de atenção à saúde, teses de mestrado, trabalho de conclusão de curso e artigos), com foco na área de reabilitação neuropsicológica e LEAs. Ao compreender a temática, levantou-se as produções presentes na plataforma Scielo em português.

ESTUDOS ACERCA DA TEMÁTICA: INTERVENÇÃO NEUROPSICOLÓGICA BREVE EM CASOS DE LEAs

Este estudo se constituiu em uma revisão narrativa, que segundo Rother (2007) consiste na análise de literatura publicada com a interpretação e análise do autor, abordando a temática das

lesões encefálicas adquiridas e as intervenções para um processo de reabilitação neuropsicológica.

Foram levantados dados entre 2000 e 2020 com o filtro: lesão encefálica e analisados os resumos das publicações pertinentes à temática da intervenção neuropsicológica breve focada em casos de LEAs. A partir disso, os artigos que abordavam o processo de reabilitação neuropsicológica foram lidos e seguidos da discussão do material e conclusão.

Nesta revisão de literatura, optou-se por utilizar a base de dados Scielo. A pesquisa foi realizada no mês de abril de 2020, buscando artigos em português do Brasil e com a data dos últimos 20 anos. Utilizando os termos lesão encefálica, foram identificados 48 artigos, dentre eles, a temática da intervenção neuropsicológica foi averiguada em apenas dois artigos. Em seguida, foi realizada a leitura minuciosa dos resumos de tais artigos para verificar a interrelação com a intervenção neuropsicológica breve, a qual o presente estudo apresenta.

Após tal leitura, foram selecionados dois artigos para esta revisão por estarem de acordo com o critério estabelecido, que foram lidos na íntegra e ambos se caracterizam em estudos experimentais que serão apresentados a seguir.

O estudo “BSPD Following Traumatic Brain Injury” de Anghinah et al. (2013) consiste em um estudo experimental de pacientes que sofreram LEAs, submetidos a avaliações com equipe multidisciplinar e em intervenção farmacológica para o tratamento de sintomas apresentados. Dessa forma, foi identificada que a ênfase do trabalho consiste na abordagem farmacológica dos sintomas, o que não abrange a intervenção neuropsicológica.

O seguinte estudo encontrado “Avaliação e Reabilitação Neuropsicológica após Lesão Encefálica Adquirida” de Gouveia, Lacerda e Kernkraut (2017) abordam o estudo experimental de paciente vítima de LEA com o diagnóstico de adenoma hipofisário, submetido a uma cirurgia neurológica de craniotomia fronto-têmporo-parietal esquerda, evoluindo com bacteremia, embolia pulmonar e trombose em membro inferior esquerdo durante o pós-operatório. Foi realizada a avaliação dois meses após a cirurgia e a reabilitação neuropsicológica com duas sessões por semana, durante o período de oito meses e um follow up de dois meses com sessões mensais. O processo de reabilitação foi iniciado após quatro meses e duas semanas da cirurgia neurológica e o estudo aponta a sua evolução clínica e remissão de sintomas apresentados. Esse trabalho também enfatiza a importância da realização de estudos de intervenções neuropsicológicas para indivíduos com déficits cognitivos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos estudos realizados para a elaboração do artigo, foi possível identificar apenas um artigo publicado no período de 20 anos que contempla a reabilitação neuropsicológica na base de dados Scielo, porém, os achados corroboram o alinhamento de ações entre as pesquisas bibliográficas realizadas para um processo de intervenção neuropsicológica, conforme descrito por Gouveia, Lacerda e Kernkraut (2017).

A anamnese e o levantamento das queixas consistem em processos inerentes à avaliação neuropsicológica. Dessa forma, após a realização disso, a avaliação deve ser previamente programada e direcionada a partir da queixa trazida pelo indivíduo e familiares e/ou cuidadores, como foi indicado no trabalho realizado por Gouveia et al. (2017). O conhecimento prévio da lesão e as suas áreas afetadas é necessário e a avaliação deve conter instrumentos quantitativos e qualitativos que mensurem as funções cognitivas e funções executivas do indivíduo, bem como os materiais que avaliem o estado de humor (escalas de humor), a autonomia (escalas de Atividades de Vida Diária - AVDs) e os testes de personalidade, os quais enriquecerão as informações sobre o sujeito e o trabalho do profissional, uma vez que, conforme referido por Abrisqueta-Gomez (2012), cognição, emoção e comportamentos interagem de maneira complexa entre si. Dessa forma, a avaliação tem o objetivo de estudar os efeitos da lesão e as suas

expressões comportamentais, cognitivas e emocionais, assim como a influência causada nas suas relações interpessoais e autonomia funcional.

A devolutiva da avaliação neuropsicológica deve ser realizada com os envolvidos no processo, ou seja, paciente e familiares e/ou cuidadores. Nessa etapa é necessário apresentar os resultados obtidos, no sentido de informá-los sobre quais aspectos foram analisados e o que foi constatado, visando estabelecer uma relação de apoio e colaboração entre todas as partes, o que será fundamental no processo de intervenção, também identificado no trabalho de Gouveia, Lacerda e Kernkraut (2017).

Como foi apresentado por Vaz e Anauate (2017), a família também demanda a necessidade de apoio profissional, pois geralmente as dificuldades e responsabilidades nos cuidados do ente que foi vítima de uma LEA sobrecarrega os envolvidos, os quais nem sempre conseguem compreender as alterações funcionais e de humor dele, podendo ocasionar sentimento de culpa, ansiedade, depressão e outros, nos familiares. Dessa forma, também é responsabilidade do neuropsicólogo esclarecer sobre as dificuldades e comportamentos apresentados pelo paciente em decorrência da lesão, com atividades de psicoeducação referentes às demandas para os envolvidos no processo. Na intervenção de Gouveia, Lacerda e Kernkraut (2017) foi realizado tal processo.

O estabelecimento de metas para a intervenção e a elaboração do plano de ação pode ser desenvolvido concomitantemente à devolutiva, pois deve abranger as demandas dos envolvidos junto aos achados da avaliação neuropsicológica. Foi enfatizada, ao longo do artigo, a intervenção neuropsicológica breve após a alta hospitalar, na fase pós-aguda, na qual o paciente já está apto a realizar a avaliação neuropsicológica e, posteriormente, um processo de reabilitação, assim como foi descrito no estudo experimental de Gouveia, Lacerda e Kernkraut (2017). Ao elaborar um plano de intervenção breve, é importante mensurar a disponibilidade e interesse da família e paciente, assim como as suas expectativas em relação ao acompanhamento. O objetivo deverá ser debatido previamente com ambos, visando focar em algo funcional para eles e, principalmente, ao paciente, como foi discorrido ao longo do trabalho.

As atividades propostas devem sempre traduzir em ganhos para o paciente e, caso seja trabalhado com o treino cognitivo, as tarefas realizadas em sessão de intervenção devem refletir na melhoria das funções no cotidiano do indivíduo. Também é possível realizar as sessões de intervenção nos ambientes familiares do paciente (trabalho, casa, dentre outras atividades), estabelecendo junto a eles adaptações e desafios para o retorno das atividades que eram realizadas anteriormente à lesão. Nesse aspecto, é necessário iniciar com tarefas que demandem pouca complexidade, para que o indivíduo realize e se motive ao longo do processo com seus ganhos e o feedback ao paciente deve ser constante.

O neuropsicólogo deve estabelecer metas pontuais que possam ser mensuráveis e trabalhar na conclusão delas, para então estabelecer os próximos passos e novas metas. Para a mensuração e acompanhamento desse processo, é sugerida a elaboração de uma Tabela de Hipóteses (BOLOGNANI; BUENO, 2012 apud BOLOGNANI, 2015), que auxilia a delimitar e organizar o trabalho. Ela deve ser preenchida de forma clara e objetiva durante toda a intervenção e possibilita mensurar as evoluções e o processo utilizado para alcançá-las, sendo necessário o registro de todas as atividades propostas e realizadas.

Outro aspecto importante durante todas as fases de um processo de avaliação ou intervenção neuropsicológica é a supervisão. Durante o curso de pós-graduação, a supervisão é inerente, porém, aos profissionais com menos experiência é recomendada a orientação e o apoio de um profissional experiente na área, uma vez que a neuropsicologia abrange a complexidade dos processos cognitivos, emocionais e comportamentais humanos, o que também demanda ao profissional a constante atualização dos seus conhecimentos.

Diante do que foi exposto ao longo desse trabalho, é possível afirmar que há um mon-

tante diversificado e extenso de bibliografia referente à avaliação neuropsicológica e LEA. No entanto, referente ao processo de intervenção e reabilitação neuropsicológica, as publicações expõem uma síntese geral e poucas diretrizes de atuação para a intervenção. Ademais, há um déficit de produções científicas publicadas entre os anos de 2000 e 2020 na plataforma Scielo, que contemplem a reabilitação neuropsicológica.

REFERÊNCIAS

- ABRISQUETA-GOMEZ, J. Fundamentos teóricos e modelos conceituais para a prática da reabilitação neuropsicológica interdisciplinar. In: ABRISQUETA-GOMEZ, J. (Org.). **Reabilitação Neuropsicológica: Abordagem Interdisciplinar e Modelos Conceituais na Prática Clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- ANDRADE, S. Fundamentos da Reabilitação Neuropsicológica. In: FUENTES, D. et al. (Orgs.). **Neuropsicologia: Teoria e Prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANGHINAH, R., et al. BPSD Following Traumatic Brain Injury. **Dement Neuropsychol**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 269-277, set. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dn/a/KDdJbPt-jyKR7PSWMqSW8CJh/?lang=en>. Acesso em: 02 abr. 2020.
- BOLOGNANI, S. A. P. Tabela de hipóteses: uma ferramenta para o trabalho clínico em reabilitação neuropsicológica. In: SANTOS, F. H.; ANDRADE, V. M.; BUENO, O. F. A. (Orgs.). **Neuropsicologia Hoje**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com traumatismo cranioencefálico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- CAIXETA, L.; CAIXETA, M.; ALMEIDA NETO, J. C. Neurocisticercose: forma psíquica e demência. **Revista de Patologia Tropical**, [s.l.], v. 33, n. 1, p. 33-44, jan. 2008. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/index.php/iptsp/article/view/3122>. Acesso em: 02 abril 2020.
- CAMARGO, C. H. P., BOLOGNANI, S. A. P., ZUCCOLO, P. F. O exame neuropsicológico e os diferentes contextos de aplicação. In: FUENTES, D., MALLOY-DINIZ, L. F., CAMARGO, C. H. P., COSENZA, R. M. (Orgs.). **Neuropsicologia: Teoria e Prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- CANCELA, D. M. G. O Acidente Vascular Cerebral - Classificação, Principais Consequências e Reabilitação. **Psicologia.pt - O Portal Dos Psicólogos**, 1-18, 2008. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0095.pdf> Acesso em: 08 dez. 2017.
- FONSECA, R. P.; ZIMMERMANN, N.; KOCHHANN, R. Avaliação neuropsicológica: bases para a interpretação quantitativa e qualitativa de desempenho. In: SANTOS, F. H., ANDRADE, V. M., BUENO, O. F. A. (Orgs.). **Neuropsicologia Hoje**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- GOUVEIA, P. A. R.; LACERDA, S. S.; KERNKRAUT, A. M. Avaliação e Reabilitação Neuropsicológica Após Lesão Encefálica Adquirida. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 4, p. 1523-1534, dez. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000400003