



NEUROSTIM

Programa Estruturado de Estimulação Cognitiva

ORIENTAÇÕES PARA FAMÍLIAS EM REABILITAÇÃO COGNITIVA

**CUIDADORES E
FAMILIARES DE ADULTOS
E IDOSOS EM
REABILITAÇÃO**

Guia de psicoeducação para entrega ao familiar/cuidador. Pode ser usado pelo profissional como recurso complementar à orientação clínica.

Produzido por:

Cris Guimarães

www.portalneurostim.com.br

PORTAL NEUROSTIM

Cris Guimarães – Psicóloga e Pedagoga

Para cuidadores e familiares · Reabilitação cognitiva

ORIENTAÇÕES PARA FAMÍLIAS EM REABILITAÇÃO COGNITIVA

*Psicoeducação para cuidadores e familiares de pacientes
em processo de reabilitação neurológica*

AVC TCE

Causas
frequentes



Como
aplicar



Cuide
de você

www.portalneurostim.com.br

© 2025 Cris Guimarães – Psicóloga e Pedagoga. Todos os direitos reservados.

Este material é protegido pela Lei de Direitos Autorais (Lei n.º 9.610/1998). É vedada a reprodução total ou parcial deste conteúdo por qualquer meio — eletrônico, mecânico, fotocópia, gravação ou outros — sem autorização prévia e expressa da autora.

É permitido ao profissional adquirente imprimir o material para uso pessoal em sua prática clínica ou educacional. Não são autorizadas a distribuição, a revenda, o compartilhamento digital ou a reprodução em qualquer plataforma sem autorização expressa.

Portal Neurostim | www.portalneurostim.com.br

Sobre a Autora

Cris Guimarães é psicóloga e pedagoga, especialista em Saúde Mental e pós-graduanda em Neuropsicologia Aplicada ao Autismo e em Neuropsicologia – Avaliação e Reabilitação Cognitiva. Especialista também em Práticas Pedagógicas e fundadora do Portal Neurostim.

Desenvolve materiais técnicos de alta qualidade para estimulação cognitiva, intervenção neuropsicológica e práticas pedagógicas inclusivas, com rigor científico e foco na aplicabilidade prática.

Sumário

Apresentação.....	1
O que é reabilitação cognitiva?	2
Principais causas que demandam reabilitação cognitiva.....	4
Acidente Vascular Cerebral (AVC).....	4
Traumatismo Cranioencefálico (TCE).....	5
Transtornos do neurodesenvolvimento.....	6
Demências e envelhecimento cognitivo.....	6
A importância da reabilitação: por que ela funciona.....	8
O papel da família no processo de reabilitação	10
Como aplicar as atividades em casa.....	12
O que fazer — e o que evitar.....	15
Cuidando de quem cuida.....	17
Perguntas frequentes	18
Sinais que pedem atenção imediata	19
Referências Bibliográficas	20

Apresentação

A reabilitação cognitiva não acontece apenas no consultório. Acontece em casa, na rotina, nas conversas do dia a dia. A família é parte fundamental — e insubstituível — desse processo.

Receber o diagnóstico de um comprometimento neurológico ou cognitivo — seja de um familiar, de um filho, de um cônjuge — muda tudo. Muda a rotina, as expectativas, os papéis dentro da família. E frequentemente deixa uma pergunta sem resposta clara: o que eu posso fazer?

Este guia foi criado para responder exatamente isso. Não de forma genérica, mas com informações concretas sobre o que é a reabilitação cognitiva, por que ela funciona, como a família pode participar ativamente e o que evitar para não comprometer o processo.

Você não precisa ser profissional de saúde para fazer diferença. Precisa de informação, de paciência com o processo — e com você mesmo — e de clareza sobre o que está ao seu alcance.

O que é Reabilitação Cognitiva?

Reabilitação cognitiva é o conjunto de técnicas, estratégias e atividades estruturadas que visam recuperar, compensar ou adaptar funções cognitivas afetadas por uma lesão ou condição neurológica. Funções cognitivas são as capacidades mentais que usamos para pensar, aprender, lembrar, planejar e nos comunicar.

Quais funções cognitivas podem ser trabalhadas?

Função cognitiva	O que é	Exemplos de dificuldade
Atenção	Capacidade de focar, manter e alternar o foco	Se distrai facilmente; não termina tarefas; perde o fio da conversa
Memória	Registro, armazenamento e recuperação de informações	Esquece conversas recentes; não lembra datas; repete perguntas
Linguagem	Comunicação verbal e compreensão da fala	Dificuldade em encontrar palavras; compreensão reduzida; fala lenta ou imprecisa
Funções executivas	Planejamento, organização e controle do comportamento	Dificuldade de se organizar; impulsividade; dificuldade de iniciar tarefas
Habilidades visuoespaciais	Percepção de espaço, formas e orientação	Se perde em lugares conhecidos; dificuldade em reconhecer objetos ou rostos
Velocidade de processamento	Rapidez com que o cérebro processa informações	Resposta mais lenta; precisa de mais tempo para entender e agir

Recuperar, compensar ou adaptar — qual é a diferença?

Recuperar: Restaurar a função ao nível anterior — possível especialmente nas primeiras semanas/meses após a lesão, quando a plasticidade neural é maior.

Compensar: Usar estratégias alternativas para realizar uma função que foi perdida — ex: anotações sistemáticas para compensar déficit de memória.

Adaptar: Modificar o ambiente e as demandas para reduzir o impacto das dificuldades na vida cotidiana — ex: rotinas visuais, alarmes, organização do espaço.

Principais Causas que Demandam Reabilitação Cognitiva

AVC

Acidente Vascular Cerebral

O AVC é a principal causa de comprometimento cognitivo adquirido na vida adulta. Ocorre quando o fluxo sanguíneo para uma área do cérebro é interrompido (AVC isquêmico) ou quando há ruptura de um vaso com sangramento (AVC hemorrágico). As sequelas cognitivas dependem da localização e extensão da lesão.

Localização frequente	Sequelas cognitivas mais comuns
Hemisfério esquerdo	Afasia (dificuldade de linguagem), déficit de memória verbal, lentidão de processamento
Hemisfério direito	Negligência espacial, déficit visuoespacial, alterações de atenção e prosódia
Regiões frontais	Comprometimento de funções executivas, impulsividade, apatia, dificuldade de planejamento
Cerebelo / tronco	Comprometimento de velocidade, coordenação e processamento de informações

TCE

Traumatismo Cranioencefálico

O TCE ocorre por impacto direto ou indireto na cabeça — acidentes de trânsito, quedas e acidentes esportivos são as causas mais comuns. Mesmo TCEs considerados leves podem deixar sequelas cognitivas duradouras, especialmente quando há repetição (como em esportes de contato).

Sequelas cognitivas mais frequentes após TCE

- ▶ Déficit de memória de curto e longo prazo (antero e retrógrada)

- ▶ Fadiga cognitiva — o cérebro se cansa rapidamente de tarefas mentais
- ▶ Dificuldades atencionais, especialmente atenção dividida e sustentada
- ▶ Lentidão de processamento — mais tempo para pensar e responder
- ▶ Alterações de humor, irritabilidade e impulsividade
- ▶ Cefaleia e tontura que interferem na cognição

Neurodesenvolvimento

TDAH, TEA, Dislexia e outros

Nos transtornos do neurodesenvolvimento, não há uma lesão única — há um perfil neurobiológico diferente desde o início. A reabilitação aqui tem foco em habilitação: construir, fortalecer e criar estratégias para funções que se desenvolvem de forma atípica.

Condição	Funções mais afetadas	Foco da reabilitação
TDAH	Atenção sustentada, controle inibitório, memória de trabalho	Autorregulação, estratégias compensatórias, rotina
TEA	Flexibilidade cognitiva, cognição social, comunicação	Generalização, CAA, suporte às FE
Dislexia	Processamento fonológico, memória verbal, fluência	Consciência fonológica, estratégias de leitura
DI (Def. Intelectual)	Memória, velocidade de processamento, raciocínio de	Atividades concretas, repetição estruturada, autonomia

Demências

Doença de Alzheimer e outros

Nas demências, o objetivo primário da reabilitação não é restaurar — é preservar, desacelerar o declínio e manter a qualidade de vida e a autonomia pelo maior tempo possível. Intervir cedo faz diferença mensurável.

O que a reabilitação pode fazer nas demências

- ▶ Preservar memórias autobiográficas através de estimulação de memória episódica
- ▶ Manter orientação no tempo e espaço com rotinas visuais e calendários
- ▶ Estimular linguagem e comunicação, prevenindo isolamento
- ▶ Promover autonomia em atividades de vida diária o máximo possível
- ▶ Reduzir ansiedade e agitação através de rotinas previsíveis e atividades significativas

A Importância da Reabilitação: Por que Ela Funciona

A reabilitação cognitiva funciona porque o cérebro é plástico — tem capacidade de se reorganizar, criar novas conexões e recrutar regiões alternativas para compensar áreas lesadas. Essa plasticidade é a base neurocientífica de todo processo de reabilitação.

Neuroplasticidade: o cérebro que se reorganiza

Princípio	O que significa na prática
Use or lose it (use ou perde)	Funções não exercitadas se deterioram mais rapidamente. Estimular regularmente mantém as conexões ativas.
Use it and improve it (use e melhora)	Funções exercitadas de forma desafiadora e progressiva se fortalecem. A dificuldade controlada é o motor da melhora.
Specificity (especificidade)	O treino deve ser específico para a função que se quer melhorar. Treino de memória melhora memória; treino de atenção melhora atenção.
Intensity matters (intensidade importa)	Frequência e consistência são determinantes. Sessões regulares ao longo do tempo superam sessões esporádicas intensas.
Time matters (tempo importa)	Quanto mais cedo a intervenção começa após a lesão, maior o potencial de recuperação.

O que a evidência científica mostra

Revisões sistemáticas sobre reabilitação cognitiva (Cicerone et

al., 2019; Rohling et al., 2009) demonstram que intervenções estruturadas produzem melhoras mensuráveis em atenção, memória, funções executivas e qualidade de vida — inclusive em condições crônicas como sequelas de AVC e TCE moderado a grave.

✓ Com suporte familiar ativo

- ✓ Maior frequência e consistência das atividades
- ✓ Generalização dos ganhos para a vida cotidiana
- ✓ Motivação sustentada ao longo do tempo
- ✓ Detecção precoce de regressão ou piora
- ✓ Ambiente adaptado que reduz erros e frustração

✗ Sem suporte familiar

- ✗ Atividades limitadas às sessões clínicas
- ✗ Dificuldade de manter rotina entre as sessões
- ✗ Frustração maior do paciente isolado
- ✗ Perda de oportunidades de estimulação cotidiana
- ✗ Adaptações ambientais não implementadas

O Papel da Família no Processo de Reabilitação

O familiar ou cuidador não é um terapeuta — e não deve tentar sê-lo. Mas é um parceiro terapêutico insubstituível. Há uma diferença clara entre o que está no seu papel e o que não está.

O que está no seu papel

Papel	Como exercer
Criar rotina previsível	Horários fixos para atividades, refeições e descanso. Previsibilidade reduz ansiedade e exige menos esforço cognitivo do paciente.
Adaptar o ambiente	Reduzir distrações, organizar o espaço com identificações visuais, manter materiais acessíveis e organizados.
Aplicar as atividades indicadas	Seguir as orientações do profissional sobre frequência, duração e abordagem. Não improvisar conteúdo além do que foi orientado.
Registrar observações	Anotar o que funcionou, o que gerou frustração e mudanças de comportamento para reportar ao profissional.
Oferecer encorajamento genuíno	Reconhecer o esforço — não apenas o resultado. 'Você se dedicou muito nisso' é mais útil do que 'você errou de novo'.

O que sai do seu papel

- X Decidir quais atividades fazer sem orientação do profissional responsável
- X Aumentar a dificuldade ou a duração das sessões por conta própria

- X Comparar o progresso com o de outros pacientes ou com o estado anterior à lesão
- X Forçar a atividade quando há sinais claros de fadiga ou recusa
- X Assumir que qualquer mudança no comportamento é 'preguiça' ou 'falta de esforço'
- X Negligenciar os próprios limites e adoecer para continuar cuidando



!

Comunicação com a equipe profissional

A família é os olhos do profissional dentro de casa. Registre e comunique: como o paciente se comportou na semana, quais atividades geraram mais resistência, se houve mudanças de sono, humor ou apetite. Essas informações guiam os ajustes do plano.

Como Aplicar as Atividades em Casa

A aplicação de atividades cognitivas em casa é mais eficaz quando segue alguns princípios simples que aumentam o engajamento, reduzem a frustração e maximizam o aproveitamento de cada sessão.

Antes da sessão

1. Escolha um horário fixo — de preferência quando o paciente estiver mais disposto e menos fatigado (muitas vezes pela manhã).
2. Prepare o ambiente: retire distrações, desligue a televisão, separe o material com antecedência.
3. Comunique o que vai acontecer: 'Agora vamos fazer as atividades do caderno por 20 minutos.'
4. Tenha água e lanche leve disponíveis — hipoglicemia e desidratação comprometem o desempenho cognitivo.

Durante a sessão

Situação	O que fazer
O paciente errar	Não corrija imediatamente. Dê tempo. Se errar de novo, ofereça uma dica antes de dar a resposta.
O paciente travar ou demorar	Aguarde. Não complete a resposta por ele. A tentativa, mesmo que lenta, é estimulação real.
Sinal de fadiga (olhos fechando, respostas aleatórias, irritação)	Encerre a sessão. Forçar depois da fadiga não produz aprendizagem — produz estresse.
O paciente recusar	Não force. Ofereça uma atividade mais curta ou deixe para outro momento. Resistência sistemática deve ser reportada ao profissional.
Acerto após dificuldade	Comemore genuinamente. O reforço

positivo é parte ativa da estimulação.

Depois da sessão

1. Registre brevemente: quantas atividades foram feitas, nível de engajamento, algo que chamou atenção.
2. Elogie o esforço — não o resultado: 'Você se concentrou muito hoje' ou 'Foi uma sessão difícil e você não desistiu.'
3. Evite pedir que o paciente demonstre o que aprendeu para outros — isso gera pressão e pode ser constrangedor.
4. Deixe um intervalo mínimo de 30 minutos antes de qualquer outra demanda cognitiva.

Duração e frequência recomendadas

- ▶ Sessões de 20 a 40 minutos — nunca forçar além dos sinais de fadiga
- ▶ Frequência mínima: 3 vezes por semana para manutenção
- ▶ Frequência ideal: diária, com sessões mais curtas
- ▶ Dias de recusa ou cansaço extremo: pausa é parte do processo, não fracasso
- ▶ Sempre respeitar as orientações específicas do profissional responsável pelo caso

O que Fazer — e o que Evitar

✓ Faça isso

- ✓ Celebre pequenos progressos — eles são reais e importam
- ✓ Mantenha a rotina mesmo nos dias difíceis (adapte, mas não abandone)
- ✓ Envolver o paciente nas decisões que ainda pode tomar
- ✓ Trate o paciente como adulto — não como criança, mesmo que precise de ajuda
- ✓ Use a conversa cotidiana como estimulação: descrever o dia, lembrar eventos, comentar o que está vendo
- ✓ Consulte o profissional quando algo mudar

X Evite isso

- X Completar as frases ou tarefas antes de o paciente tentar
- X Comparar com 'como era antes'
- X Testar o paciente na frente de visitas
- X Falar sobre o paciente na frente dele como se ele não estivesse
- X Assumir que tudo que o paciente não faz é por incapacidade — às vezes é dor, tristeza ou fadiga
- X Ignorar os próprios sinais de esgotamento

Linguagem que apoia — linguagem que prejudica

Como você fala com o paciente importa tanto quanto o que você faz. A linguagem cria o ambiente emocional da reabilitação.

Em vez de...	Tente...
'Você já esqueceu outra vez'	'Sem problema. Deixa eu te ajudar lembrar.'
'Isso é muito simples, por que você não consegue?'	'Essa parte é difícil mesmo. Vamos devagar.'
'Você era tão diferente antes'	'Você está fazendo um esforço enorme. Eu estou vendo.'
'Se você não fizer agora, eu desisto'	'Hoje não deu. Amanhã a gente tenta de novo.'



Cuidando de Quem Cuida

O burnout do cuidador é um fenômeno bem documentado na literatura científica. Cuidar de alguém com comprometimento cognitivo é fisicamente exaustivo, emocionalmente intenso e socialmente isolante. Reconhecer isso não é fraqueza — é realismo.

Sinais de sobrecarga do cuidador

- ⚠ Sentir que não há tempo para si mesmo — para dormir, comer bem, sair, ver amigos
- ⚠ Irritação desproporcional com o paciente por coisas pequenas
- ⚠ Sensação persistente de culpa — por descansar, por ter vida própria, por errar
- ⚠ Tristeza, choro fácil ou apatia que persistem por mais de duas semanas
- ⚠ Dificuldade em se desligar — pensar constantemente no paciente mesmo quando não está com ele
- ⚠ Sintomas físicos sem causa clara: dores, insônia, problemas digestivos

O que ajuda o cuidador a se manter

- ✓ Ter pelo menos uma atividade regular de prazer — não opcional, obrigatória
- ✓ Dividir responsabilidades com outros familiares — não carregar sozinho
- ✓ Buscar apoio psicológico — cuidadores têm demanda clínica real
- ✓ Participar de grupos de apoio a cuidadores — a troca de experiências alivia o isolamento
- ✓ Comunicar ao profissional quando o nível de sobrecarga estiver alto — isso afeta o cuidado

Perguntas Frequentes

Quanto tempo dura a reabilitação?

Em geral, os maiores ganhos ocorrem nos primeiros 6 a 12 meses após uma lesão aguda (AVC, TCE). Em condições crônicas, a reabilitação é contínua e sem prazo definido de encerramento.

Tem um momento em que para de funcionar?

A plasticidade neural não desaparece completamente com o tempo. Mesmo em condições crônicas, a estimulação regular mantém funções que seriam perdidas sem ela.

E se o paciente recusar fazer as atividades?

Recusa sistemática pode indicar fadiga, tristeza, frustração com o processo ou necessidade de ajustar as atividades. Reporte ao profissional. Nunca force.

Posso usar jogos de celular como estimulação?

Alguns aplicativos têm base em evidências. Mas não substituem atividades estruturadas orientadas por profissional. Use como complemento, nunca como substituto.

O que fazer quando percebo piora?

Comunique imediatamente ao profissional responsável. Piora súbita pode indicar evento neurológico novo (como um novo AVC). Piora gradual pode indicar progressão da condição.

Sinais que Pedem Atenção Imediata

Os seguintes sinais não devem aguardar a próxima consulta agendada. Entre em contato com a equipe de saúde imediatamente: **ou, se não for possível, leve o paciente a uma UPA ou pronto-socorro.**

Sinais neurológicos de alerta

- ▶ Perda súbita de força em braço, perna ou rosto — especialmente de um lado só
- ▶ Alteração súbita de fala: palavras embaralhadas, incompreensão ou ausência de fala
- ▶ Confusão mental aguda em alguém que estava estável
- ▶ Piora muito rápida de memória ou comportamento em poucos dias
- ▶ Queda com impacto na cabeça — mesmo que pareça leve
- ▶ Cefaleia intensa e súbita — 'a pior dor de cabeça da minha vida'

Referências Bibliográficas

CICERONE, K. D. et al. Evidence-based cognitive rehabilitation: Systematic review of the literature from 2009 through 2014. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, v. 100, n. 8, p. 1515-1533, 2019.

FORLENZA, O. V.; YASSUDA, M. S. *Neuropsicologia geriátrica*. São Paulo: Atheneu, 2018.

KOLB, B.; GIBB, R. Brain plasticity and behaviour in the developing brain. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v. 20, n. 4, p. 265-276, 2011.

LEZAK, M. D. et al. *Neuropsychological assessment*. 5. ed. New York: Oxford University Press, 2012.

ROHLING, M. L. et al. Effectiveness of cognitive rehabilitation following acquired brain injury: A meta-analytic re-examination of Cicerone et al.'s (2000, 2005) systematic reviews. *Neuropsychology*, v. 23, n. 1, p. 20-39, 2009.

SOHLBERG, M. M.; MATEER, C. A. *Cognitive rehabilitation: An integrative neuropsychological approach*. New York: Guilford, 2001.

WILSON, B. A. *Neuropsychological rehabilitation: Theory, models, therapy and outcomes*. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.

© 2025 Cris Guimarães – Psicóloga e Pedagoga. Todos os direitos reservados.

Este material é protegido pela Lei de Direitos Autorais (Lei n.º 9.610/1998). É vedada a reprodução total ou parcial deste conteúdo por qualquer meio — eletrônico, mecânico, fotocópia, gravação ou outros — sem autorização prévia e expressa da autora.

É permitido ao profissional adquirente imprimir o material para uso pessoal em sua prática clínica ou educacional. Não são autorizadas a distribuição, a revenda, o compartilhamento digital ou a reprodução em qualquer plataforma sem autorização expressa.

Portal Neurostim | www.portalneurostim.com.br