

SBNp news

A NEWSLETTER OFICIAL
DA SOCIEDADE
BRASILEIRA DE
NEUROPSICOLOGIA



A capa da SBNp News de agosto é dedicada ao Dia Nacional do Historiador, celebrado em 19 de agosto.

SBNp news

A NEWSLETTER
OFICIAL DA SBNp

DESTAQUES

04

A clínica como ela é:
Planejamento da reabilitação
neuropsicológica: do início ao fim

06

Clínica Baseada em Evidências:
O impacto do racismo na cognição
infantil

08

Funções Cognitivas:
Avaliação das funções executivas:
desempenho na clínica e
funcionamento no cotidiano

10

Curiosidades sobre Neuropsicologia:
O que as lesões históricas
revelam sobre redes cerebrais?

AGOSTO | 2026



NOSSA EQUIPE DE EDITORES

ISABELA HELSDINGEN | EDITORA CHEFE



THAYS TANNURE | EDITORA ASSISTENTE

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROPSICOLOGIA

Presidente

Beatriz Bittencourt Granjo

Vice-presidente

Maicon Rodrigues Albuquerque

Secretaria

Giulia Moreira Paiva

Tesouraria

Annelise Júlio-Costa

Conselho Deliberativo

Natália Martins Dias
Ana Luiza Rodrigues da Costa
Rodrigo Flores Sartori
Antônio Geraldo da Silva

Conselho Fiscal

Caroline Cardoso
Mônica de Souza Kerr

Comitê científico

Rochele Paz Fonseca
Tatiana Pontrelli Mecca
Camila Barbosa Riccardi León

Brazilian Neuropsychological Academy (ABNp)

Leandro Malloy Diniz
Deborah Azambuja

SBNp JOVEM

Presidente

Victoria Guinle

Vice-presidente

Caetano Schmidt Gundlach Knop
Máximo

Secretaria

João Victor Messias
Gabriella Polazzi

Equipe editorial

Isabela Helsdingen Espezin
Thays Tennure

EXPEDIENTE DO SBNp NEWS

Editor chefe

Isabela Helsdingen Espezin

Editora assistente

Thays Tannure

Projeto Gráfico e Editoração

Maithe Thomé da Cruz Bunn

Comitê de apoio SBNp Jovem selecionados pelo Edital

Aline Busch Czarnobai
Amanda Douat Cardoso
Amanda Gorziza da Silva
Ana Carolina Cândida Maia Ferreira
Anáthia Pereira dos Santos
Andressa Aguiar da Silva
Clara de Paula Gomes
Claudio Sausen Mallmann
Evellyn Millene Alves Camelo
Lys Malloy-Diniz
Maithe Thomé da Cruz Bunn
Milena Groetares Rosa

GUIA DE PLANEJAMENTO DA REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA: DO INÍCIO AO FIM

Amanda Gorziza da Silva e Caetano Schmidt Gundlach Knop Máximo

A reabilitação neuropsicológica (RN) caracteriza-se como uma intervenção complexa e dinâmica, guiada por hipóteses clínicas sustentadas nos princípios de neuroplasticidade funcional e neurogênese, e na compreensão do perfil neuropsicológico abrangente do indivíduo (1). Nesse contexto, o planejamento terapêutico fundamenta-se na definição estratégica de intervenções individualizadas, orientadas por objetivos específicos que abrangem não apenas déficits cognitivos – mas também repercussões emocionais e funcionais associadas a diferentes etiologias neurológicas.

Para tanto, um planejamento terapêutico eficaz em RN requer tanto a definição de metas pessoalmente significativas incorporadas às expectativas e perspectivas do paciente e de sua família, quanto a busca por maior autonomia e independência funcional na vida diária. Por outro lado, intervenções não estruturadas e planejadas, baseadas apenas na aplicação de tarefas ou exercícios cognitivos isolados tendem a apresentar baixa efetividade e pouca generalização funcional (1). Dessa forma, compreende-se que o ponto de partida do planejamento terapêutico deriva da integração sistemática dos dados obtidos ao longo do seguimento neuropsicológico – incluindo informações provenientes da entrevista inicial (anamnese clínica), junto aos resultados de instrumentos neuropsicológicos padronizados e achados clínicos observados durante a avaliação, os quais subsidiam a elaboração e planejamento de intervenções clínicas.(2).

A partir dessa integração, são definidos os objetivos e alvos terapêuticos, considerando os déficits identificados, a funcionalidade do paciente e as demandas de maior impacto em sua vida cotidiana. Para tanto, é necessário compreender a gravidade das dificuldades, os contextos em que ocorrem e sua repercussão na rotina, relacionando as queixas apresentadas aos déficits observados na avaliação. Tendo isso em vista, a seguir, iremos sugerir pontos que devem ser considerados no momento de estruturar o planejamento de uma reabilitação neuropsicológica.

ETAPA 1. Planejando as sessões introdutórias.

As sessões introdutórias devem estruturar a psicoeducação, que ocupa um papel central nesse momento, permitindo que o paciente compreenda seu quadro e os objetivos das intervenções propostas, promovendo maior adesão e motivação ao processo terapêutico. Além disso, o estabelecimento de um vínculo terapêutico consistente desde o primeiro contato e início do trabalho favorece o engajamento e a adesão ao tratamento (3). É fundamental que as expectativas de resultados e efetividade do tratamento sejam alinhadas com o paciente, seus familiares e equipe multidisciplinar neste momento.

ETAPA 2. Início das sessões de RN.

As sessões iniciais de reabilitação ocorrem na medida em que o paciente, ciente das condições de trabalho e objetivos terapêuticos, passa a pôr em prática as atividades e estratégias de RN que serão passadas pelos profissionais e equipe de tratamento. A introdução de estratégias para reabilitação cognitiva deve ocorrer de forma gradual, respeitando o nível de dificuldade adequado e ideal para o paciente. Estratégias internas, como o treino de habilidades cognitivas específicas, podem ser combinadas a estratégias externas, como o uso de pistas ambientais e dispositivos compensatórios (4). Um dos principais desafios nessa fase é evitar tanto a

subestimação de capacidades quanto a exposição a demandas excessivamente complexas, que podem gerar frustração, fadiga e mesmo a interrupção do tratamento, sendo necessários ajustes constantes do nível de dificuldade conforme as particularidades de cada caso. Mais adiante, ao longo das sessões intermediárias, a intervenção assume um caráter mais ativo e direcionado. Espera-se uma progressão gradual da complexidade das tarefas, bem como a ampliação de sua aplicação para contextos mais ecológicos e funcionalmente relevantes. A generalização dos ganhos constitui um dos principais objetivos da RN e depende não apenas da repetição de exercícios, mas de sua inserção em situações significativas para o paciente (4).

ETAPA 3. Monitoramento de progresso.

Embora não se configure em uma etapa sequencial propriamente, o monitoramento do progresso do paciente configura-se uma prática central ao longo de todo o processo de reabilitação, que deve iniciar logo após o início do trabalho de modo sistemático e periódico de modo a monitorar a evolução de tratamento e, se cabível, ajustar eventuais estratégias e objetivos terapêuticos. Apesar de as reavaliações formais serem úteis em determinados momentos, a prática clínica demanda o uso de medidas mais ecológicas e contínuas. Indicadores de mudanças na autonomia, desempenho em atividades de vida diária e percepção do paciente e de seus familiares frequentemente oferecem informações relevantes sobre a evolução clínica (2). Nesse sentido, a avaliação qualitativa não substitui as medidas quantitativas – mas deve atuar como um complemento indispensável a elas, contribuindo para uma compreensão mais ampla e contextualizada do funcionamento do paciente ao longo do processo terapêutico.

ETAPA 4. Sessões finais, e encerramento do trabalho.

As sessões finais de RN marcam a transição do processo terapêutico para a promoção da autonomia do paciente. A decisão de alta não deve se basear exclusivamente no tempo de intervenção – mas na análise dos objetivos previamente estabelecidos e dos ganhos funcionais obtidos (1). Nesse momento, é fundamental consolidar o uso independente das estratégias trabalhadas durante todo o processo terapêutico, bem como orientar o paciente e seus familiares sobre formas de manutenção dos resultados no cotidiano. Em alguns casos, pode ser indicada a redução gradual da frequência das sessões ou a realização de acompanhamentos periódicos.

A RN deve ser compreendida como um processo individualizado, no qual o planejamento funciona como um guia, e não como um roteiro rígido. A integração de múltiplas fontes de informação e a flexibilidade na tomada de decisão tornam-se fundamentais para a construção de intervenções mais eficazes e bem fundamentadas, sempre considerando as necessidades e o contexto de vida do paciente.

Referências:

- (1) CICERONE, K. D. et al. (2019). Evidence-based cognitive rehabilitation: Systematic review of the literature from 2009 through 2014.
- (2) FUENTES, D. et al. (2014). Neuropsicologia: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed.
- (3) PRIGATANO, G. P. (1999). Principles of neuropsychological rehabilitation. New York: Oxford University Press.
- (4) WILSON, B. A. (2009). Memory rehabilitation: Integrating theory and practice. New York: Guilford Press



O IMPACTO DO RACISMO NA COGNIÇÃO INFANTIL

Ana Carolina Cândida Maia Ferreira

O impacto de fatores pré-natais no desenvolvimento infantil já é bem reconhecido. No entanto, ainda pouco é comentado sobre os impactos e efeitos estressores específicos de vivências do racismo na cognição. Experiências como discriminação racial e racismo configuram-se como fatores de risco relevantes, com possíveis repercussões intergeracionais no desenvolvimento cognitivo infantil.

Recentemente, foi publicado um estudo em 2025 (1) de delineamento longitudinal conduzido por Barbee e colaboradores que buscou investigar a associação entre experiências maternas de discriminação racial e estresse racial relacionado ao gênero durante a gestação e o funcionamento executivo de crianças negras aos 4 anos de idade em uma amostra prospectivamente acompanhada desde o período pré-natal composta por 266 díades mãe-filho. O estudo também analisou o papel moderador de variáveis como escolaridade, renda e apoio social maternos. Os achados desse estudo serão discutidos a seguir.

#1. Evidências de transmissão intergeracional do estresse racial.

De forma geral, os achados revelaram que a discriminação materna significativamente associou-se a piores desfechos em funções executivas (FE) na infância, tanto ao longo da vida quanto no período pré-natal, reforçando a importância de considerar não apenas os impactos de fatores psicossociais, étnicos e contextuais no desenvolvimento infantil, como também a saúde mental materna. Esses dados apontam que o impacto do racismo não se restringe à experiência individual – mas pode influenciar diretamente o desenvolvimento cognitivo da próxima geração, configurando um importante mecanismo intergeracional de vulnerabilidade.

#2. Os efeitos estressores do racismo exercem impacto desde o período gestacional.

O funcionamento executivo, que envolve habilidades como controle inibitório, flexibilidade cognitiva e memória de trabalho, mostrou-se particularmente sensível a fatores de estresse materno durante a gestação. Nesse sentido, esses achados apoiam que o estresse pré-natal pode afetar o neurodesenvolvimento por meio de alterações biológicas, incluindo mecanismos epigenéticos, impactando trajetórias cognitivas desde os primeiros anos de vida.

#3. Racismo de gênero como estressor específico e relevante.

Além da discriminação racial geral, o estudo investigou o racismo de gênero – uma experiência interseccional que combina racismo e sexismo. Foi revelada uma associação significativa entre essas vivências e maiores dificuldades de FE nas crianças. Esse dado reforça a necessidade de compreender o estresse de forma contextualizada, considerando experiências específicas vividas por mulheres negras e seus efeitos no desenvolvimento infantil.

#4. Renda e escolaridade maternas atuam moderadores significativos nessas relações.

Os resultados indicaram que tanto a renda quanto a escolaridade materna moderaram a relação entre discriminação racial vivenciadas pelas mães e as FE infantis. No entanto, curiosamente, níveis mais elevados de escolaridade e renda não atuaram necessariamente como fatores protetores. Em alguns casos, observaram-se associações mais fortes entre estresse racial e dificuldades cognitivas em contextos de maior escolaridade materna, possivelmente devido à

maior exposição a ambientes com maior incidência de discriminação. Já níveis mais baixos de renda, associados a maior discriminação, estiveram relacionados a piores desfechos no funcionamento executivo das crianças.

#5. Apoio social não demonstrou efeito protetor significativo

Diferentemente do esperado, o apoio social materno não apresentou efeito moderador significativo na relação entre discriminação e funcionamento executivo infantil. Esse achado sugere que, embora o apoio social seja tradicionalmente considerado um fator de proteção, sua influência pode ser limitada diante de estressores estruturais mais amplos, como o racismo.

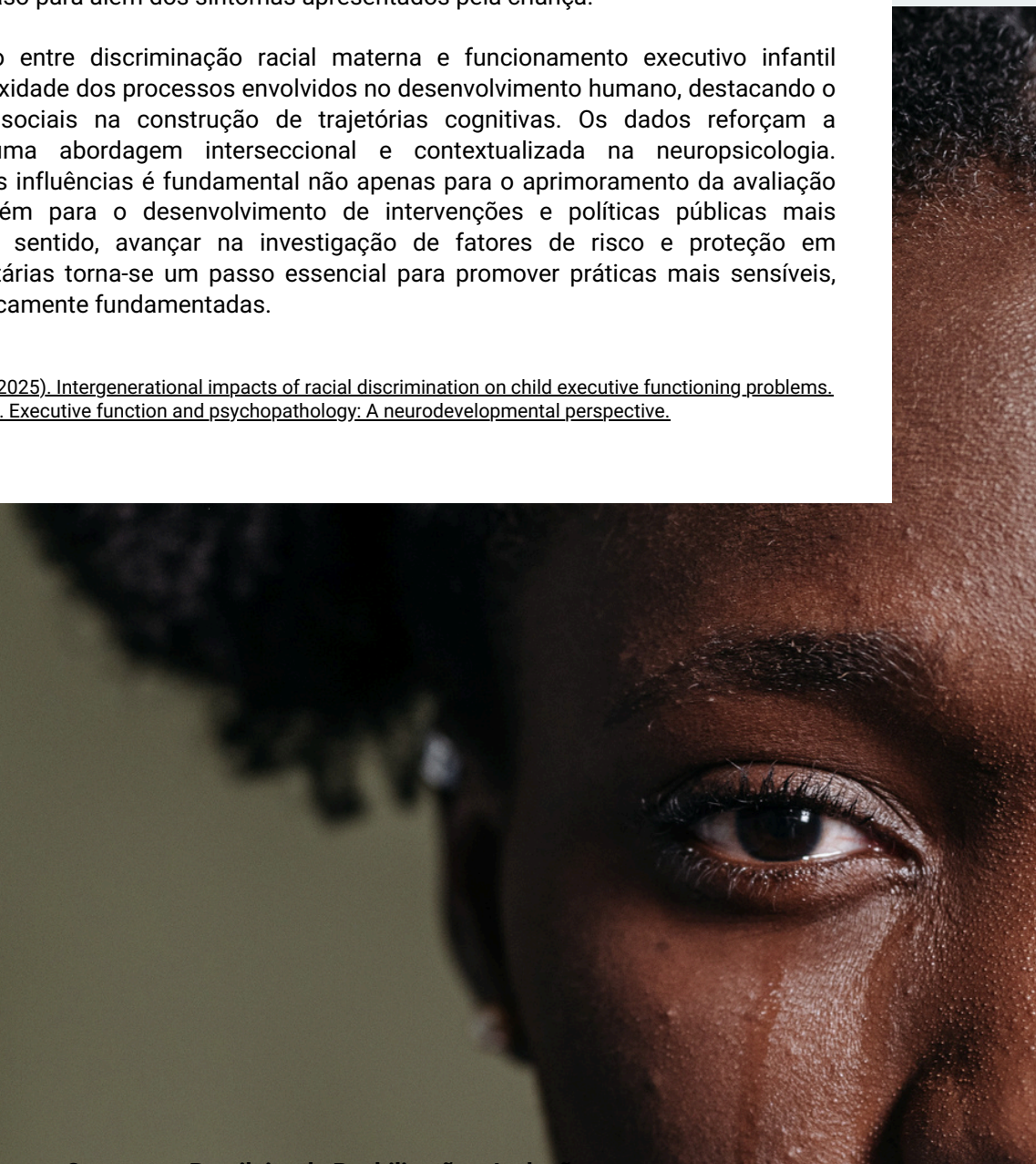
Implicações da evidência à prática.

Os achados do estudo trazem importantes reflexões para a prática clínica em avaliação neuropsicológica. Primeiramente, reforçam a necessidade de considerar fatores contextuais, socioculturais vinculados a minorias raciais e de gênero na avaliação neuropsicológica infantil, especialmente em populações vulnerabilizadas. Além disso, indicam que dificuldades em FE não devem ser compreendidas exclusivamente sob uma perspectiva intrínseca ou neurobiológica – mas também como possíveis desdobramentos de experiências adversas vividas no contexto familiar e social, conforme já é trazido pela literatura científica vigente (2). Dessa forma, a investigação clínica deve incluir, sempre que possível, aspectos relacionados à história de vida materna, condições socioeconômicas e exposição a estressores psicossociais, ampliando a compreensão do caso para além dos sintomas apresentados pela criança.

Por fim, a relação entre discriminação racial materna e funcionamento executivo infantil evidencia a complexidade dos processos envolvidos no desenvolvimento humano, destacando o papel de fatores sociais na construção de trajetórias cognitivas. Os dados reforçam a importância de uma abordagem interseccional e contextualizada na neuropsicologia. Compreender essas influências é fundamental não apenas para o aprimoramento da avaliação clínica, mas também para o desenvolvimento de intervenções e políticas públicas mais equitativas. Nesse sentido, avançar na investigação de fatores de risco e proteção em populações minoritárias torna-se um passo essencial para promover práticas mais sensíveis, inclusivas e cientificamente fundamentadas.

Referências:

- (1) BARBEE, N. R. et al. (2025). Intergenerational impacts of racial discrimination on child executive functioning problems.
(2) ZELAZO, P. D. (2020). Executive function and psychopathology: A neurodevelopmental perspective.



AValiação das Funções Executivas: Desempenho em teste traduz em desempenho funcional?

Lys Malloy-Diniz e Anáthia Pereira dos Santos

No consultório, é comum que dificuldades em testes de funções executivas (FE) sejam rapidamente associadas a prejuízo importante no dia a dia. A lógica parece simples: se o indivíduo apresenta baixo desempenho em tarefas de planejamento, inibição, memória de trabalho ou flexibilidade cognitiva, então provavelmente também terá dificuldades marcantes para se organizar, tomar decisões e lidar com as demandas da rotina. No entanto, essa relação nem sempre é tão direta quanto parece.

As FE são habilidades que ajudam a organizar o comportamento em direção a metas. Entre elas, destacam-se habilidades mais básicas, como controle inibitório, memória de trabalho e flexibilidade cognitiva, e funções mais complexas, como planejamento, raciocínio e solução de problemas. Em termos práticos, são elas que entram em cena quando precisamos decidir por onde começar uma tarefa, mudar de plano diante de um imprevisto, sustentar o foco, controlar impulsos ou manter informações em mente enquanto resolvemos um problema (1).

Na prática clínica, essas habilidades costumam ser avaliadas por meio de tarefas estruturadas, com regras claras e objetivos bem definidos. Esse tipo de medida é importante porque permite investigar, com mais precisão, processos como controle inibitório, memória de trabalho e flexibilidade cognitiva (2). Ainda assim, o desempenho nesses instrumentos não deve ser interpretado automaticamente como sinônimo de funcionamento executivo no cotidiano. Isso acontece porque a vida diária impõe exigências diferentes daquelas presentes no contexto de testagem. Fora do consultório, o indivíduo precisa lidar com distrações, emoções, pressa, imprevistos, desejos e vontades, aspectos de personalidade, humor, e múltiplas demandas simultâneas e menor estrutura externa. Além disso, apoio familiar, uso de agenda, lembretes, hábitos estabelecidos e estratégias compensatórias podem reduzir (ou ampliar) o impacto funcional de fragilidades executivas (1).

Essa diferença aparece de forma clara quando se comparam testes de desempenho com escalas baseadas em comportamentos cotidianos. Em uma revisão com 20 estudos, Toplak e colaboradores observaram que a associação entre esses dois tipos de medida foi baixa, com correlação mediana de 0,19 (2). Isso sugere que elas não avaliam exatamente o mesmo construto: enquanto os testes tendem a captar a eficiência de determinados processos cognitivos em contextos altamente estruturados, os relatos do cotidiano se aproximam mais de como o indivíduo consegue, de fato, perseguir metas em situações reais e menos previsíveis (2).

Esse ponto ajuda a reverter um equívoco frequente propagado na prática clínica ao demonstrar que prejuízos em testes de FE não são, por si só, sinônimos de prejuízo funcional. Da mesma forma, desempenhos preservados em medidas de desempenho não excluem dificuldades relevantes na vida diária. Na realidade, em quadros disexecutivos, os impactos costumam aparecer justamente na rotina de mundo real: atrasos frequentes, dificuldade para iniciar tarefas, desorganização, procrastinação, falhas no automonitoramento, problemas para priorizar atividades e dificuldade em ajustar o comportamento diante de mudanças (3).

Por isso, a avaliação neuropsicológica das FE se torna mais robusta quando combina diferentes fontes de informação. Testes formais continuam sendo ferramentas valiosas, mas precisam ser interpretados em conjunto com entrevista clínica, observação, heterorrelatos e análise da funcionalidade no cotidiano. Mais do que identificar alterações em tarefas isoladas, importa compreender se — e em que medida — essas dificuldades repercutem na vida real do indivíduo (2, 3).

Referências:

- (1) RÊGO, G. G. do et al. (2024). Funções executivas no cotidiano. Capítulo de Tratado de funções executivas: o comportamento disexecutivo, v. 3.
- (2) TOPLAK, M. E. et al. (2013). Practitioner Review: Do performance-based measures and ratings of executive function assess the same construct?
- (3) DIAS, N. M. et al. (2024). Philippe Garcia: o disexecutivo. Capítulo de Tratado de funções executivas: o comportamento disexecutivo, v. 3.



O QUE OS CASOS CLÍNICOS CLÁSSICOS DE LESÕES CEREBRAIS REVELAM SOBRE O CÉREBRO?

Aline Busch Czarnobai

Phineas Gage, Monsieur Leborgne e Henry Molaison. Esses três nomes provavelmente já apareceram em alguma aula de neuropsicologia que você assistiu. São casos que atravessaram séculos, foram repetidos em livros didáticos e moldaram conceitos fundamentais sobre como o cérebro organiza comportamento, linguagem e memória. Mas o que acontece quando aplicamos a esses mesmos casos as ferramentas mais avançadas da neuroimagem contemporânea?

Em 2015, Thiebaut de Schotten e colaboradores (1) revisitaram esses três casos usando a tractografia por difusão, um método de ressonância magnética que mapeia as conexões de substância branca do cérebro. O que os pesquisadores encontraram vai além do que os livros didáticos costumam contar.

De onde vem o nosso conhecimento sobre o cérebro?

Durante grande parte da história da neurologia, a lógica dominante era simples: se uma lesão em determinada área do córtex provoca um déficit específico, então aquela área é a sede daquela respectiva função. Essa visão localizacionista, embora tenha sido extremamente útil para organizar o conhecimento inicial sobre o cérebro, acabou sendo uma simplificação problemática.

O problema é que o cérebro não funciona de forma isolada. Funções cognitivas complexas, como tomada de decisão, produção de linguagem e consolidação de memórias, dependem de regiões distribuídas que precisam se comunicar. Essa comunicação acontece por meio de feixes de fibras de substância branca, que funcionam como vias de comunicação entre diferentes áreas corticais e subcorticais. Quando uma lesão interrompe essas conexões, as consequências não ficam restritas ao ponto danificado – elas se propagam, comprometendo o funcionamento de regiões inteiras que dependem daquela via.

Três casos, três lições atualizadas

Caso 1. O caso de Gage

Em 1848, uma barra de ferro atravessou o lobo frontal esquerdo de Phineas Gage. Ele sobreviveu, mas sua personalidade mudou radicalmente. De responsável e equilibrado, passou a ser impulsivo, irreverente e socialmente inadequado. O caso tornou-se um marco no estudo do córtex orbitofrontal e sua relação com emoção e tomada de decisão. A tractografia mostrou que o dano ia muito além do córtex. A barra interrompeu o fascículo uncinado esquerdo, o trato aslant frontal e os tratos longitudinais frontais, comprometendo redes distribuídas de regulação emocional, controle inibitório e flexibilidade comportamental. Esse padrão é semelhante ao que se observa hoje em pacientes com traumatismo cranioencefálico.

Caso 2. Monsieur Leborgne

Leborgne perdeu a fala aos 30 anos e viveu por 21 anos praticamente mudo. Após sua morte, em 1861, Paul Broca identificou uma lesão no giro frontal inferior esquerdo, a hoje famosa área de Broca. A tractografia aplicada ao cérebro preservado de Leborgne revelou que a lesão comprometeu o fascículo arqueado longo, o terceiro ramo do fascículo longitudinal superior e o trato aslant frontal. Esses três tratos formam a rede central de produção da fala. A afasia de Leborgne não era a perda de um centro cortical, mas o colapso de uma rede inteira.

Caso 3. Henry Molaison

Em 1953, Henry Molaison – conhecido por alguns estudiosos de neuropsicologia como HM – foi submetido a uma ressecção bilateral do lobo temporal medial para controle de epilepsia e ficou com amnésia anterógrada severa pelo resto da vida, incapaz de formar novas memórias declarativas. A tractografia mostrou que o dano se estendeu além das estruturas removidas, comprometendo o fórnice, o fascículo uncinado direito, a comissura anterior e o cíngulo ventral. Essas vias conectam o hipocampo a uma ampla rede de consolidação de memórias, o que explica por que sua amnésia era mais grave do que a de pacientes com lesões hipocampais isoladas.

O que isso muda na prática clínica?

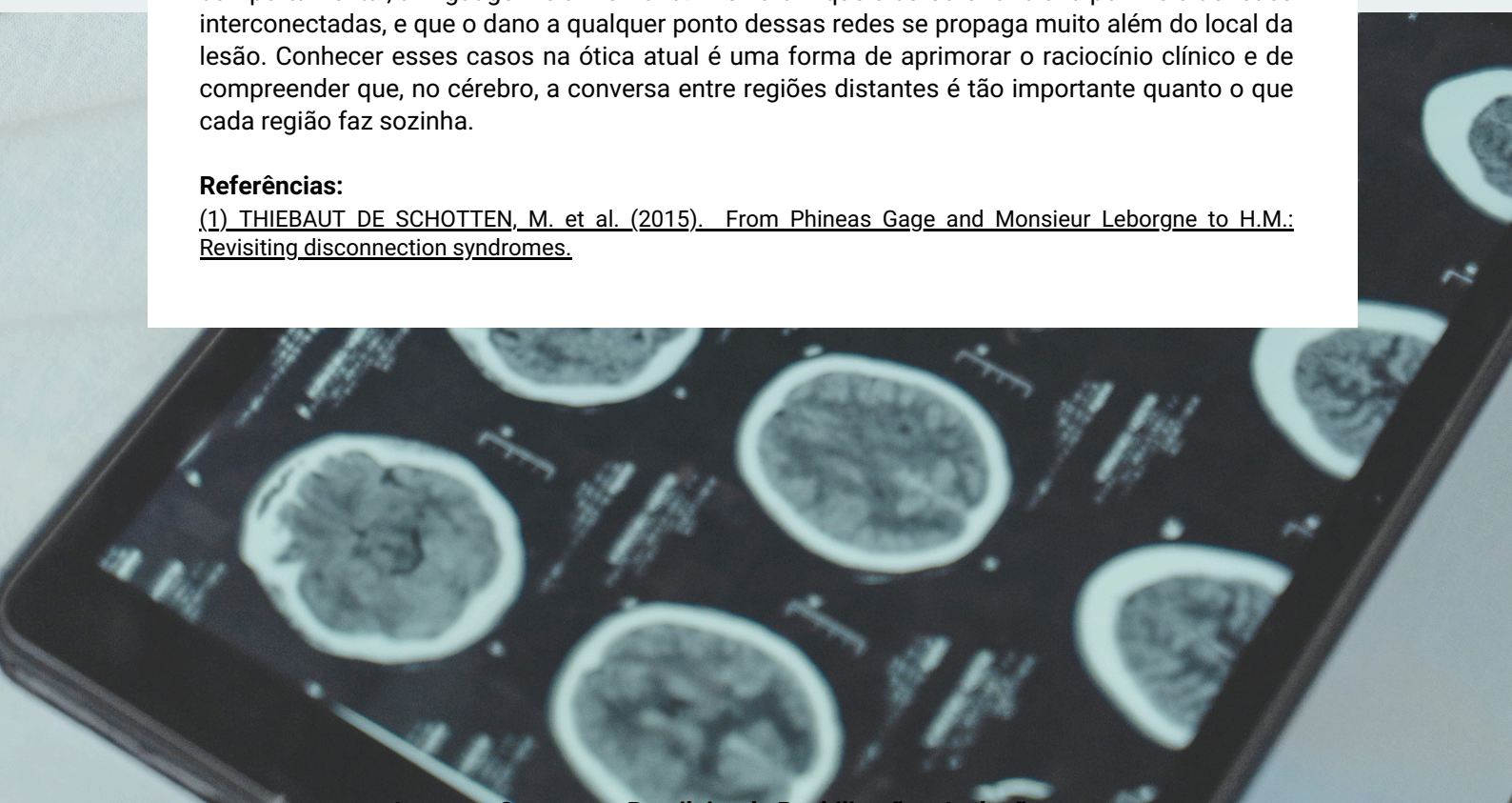
A releitura desses casos clássicos sob uma perspectiva de redes expõe ao menos três contribuições importantes sobre o cérebro, e neuroanatomia funcional:

1. O perfil de déficits observado em um paciente raramente pode ser atribuído a uma área cortical isolada. Comportamentos alterados, dificuldades de linguagem e prejuízos de memória tendem a refletir o comprometimento de circuitos, não de "centros". Isso deve orientar a interpretação dos resultados de testes neuropsicológicos, que precisam ser lidos à luz de hipóteses sobre redes funcionais.
2. A extensão da desconexão determina a gravidade do quadro. No caso de Molaison, a amnésia mais severa em relação a outros pacientes com lesões hipocampais seletivas pode ser explicada pelo comprometimento adicional das vias de conexão que o hipocampo usa para se comunicar com o restante do sistema límbico. Isso é relevante para o prognóstico e para o planejamento da reabilitação.
3. Os casos históricos não estão "encerrados". A neurociência revisita suas fundações à medida que surgem novas metodologias. Para o neuropsicólogo clínico, isso é um convite a manter uma postura de atualização contínua e de humildade epistemológica diante do conhecimento que parece consolidado.

Para concluir, Gage, Leborgne e Molaison continuam sendo casos fundamentais, mas não pelas razões que pensávamos. Eles não nos ensinaram apenas onde estão o controle comportamental, a linguagem e a memória. Ensinaram que o cérebro funciona por meio de redes interconectadas, e que o dano a qualquer ponto dessas redes se propaga muito além do local da lesão. Conhecer esses casos na ótica atual é uma forma de aprimorar o raciocínio clínico e de compreender que, no cérebro, a conversa entre regiões distantes é tão importante quanto o que cada região faz sozinha.

Referências:

(1) THIEBAUT DE SCHOTTEN, M. et al. (2015). From Phineas Gage and Monsieur Leborgne to H.M.: Revisiting disconnection syndromes.



CONGRESSO DA ACADEMIA BRASILEIRA DE NEUROPSICOLOGIA

A NEUROCOPA, PRIMEIRA
COMPETIÇÃO DE
NEUROPSICOLOGIA DA SBNP
JOVEM – CHEGOU!



ÁREA DO ASSOCIADO

SEJA UM ASSOCIADO

ENCONTRE UM ASSOCIADO

SIGA:
 

[Sobre a SBNp](#)

[Certificação](#)

[Associados](#)

[Biblioteca](#)

[Novidades](#)

[Eventos](#)

[Contato e localização](#)

CONGRESSO
DA ACADEMIA BRASILEIRA DE
NEUROPSICOLOGIA

Inscrições Abertas

 08 a 10 de outubro
 UFMG – Belo Horizonte

Um encontro para o debate qualificado e o
intercâmbio aprofundado em Neuropsicologia.



INSCREVA-SE JÁ

Em nosso site.



ABNP
Academia Brasileira
de Neuropsicologia



NEUROCOPA
1ª Olimpíada Brasileira de Neuropsicologia
da SBNp Jovem

**Você participa de algum
projeto em Neuropsicologia?
Seja nosso parceiro!**



Se você participa de alguma liga acadêmica, acesse:

<https://forms.gle/FC8hfE4dnVBno6bw9>

**Se você participa de grupos de pesquisa, projetos
de extensão, formação e ambulatórios, acesse:**

<https://forms.gle/14fp7QDr7UCtuat69>





@sbnp_brasil
sbnp@sbnpbrasil.com.br
www.sbnpbrasil.com.br