



**RECOMENDAÇÕES POLÍTICAS
E BOAS PRÁTICAS
PARA A ATENÇÃO DO
DANO CEREBRAL ADQUIRIDO**



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Projecto **TOOLS4BRAIN** financiado com o apoio da Comissão Europeia.

A informação contida nesta publicação vincula exclusivamente aos autores, não sendo a Comissão responsável pela utilização que dela possa ser feita.



Índice

1 Contexto nacional

| | |
|----------------|---|
| Espanha | 4 |
| Portugal | 5 |
| Turquia | 6 |

2 Recomendação políticas


| | |
|----------------|---|
| Espanha | 8 |
| Portugal | 9 |
| Turquia | 9 |

3 Boas práticas

| | |
|----------------|----|
| Espanha | 11 |
| Portugal | 14 |
| Turquia | 15 |

4 Fichas técnicas

| | |
|----------------|----|
| Espanha | 18 |
| Portugal | 18 |
| Turquia | 19 |



Espanha

Em Espanha, existem **420.000 pessoas com Lesão Cerebral Adquirida**, de acordo com o relatório da FEDACE com a colaboração do Patrocínio Real sobre Deficiência em 2015. O DCA (dano cerebral adquirido) ocorre de forma súbita e inesperada e implica uma série de consequências físicas, cognitivas e comportamentais que limitará a funcionalidade e a independência da pessoa, causando uma mudança abrupta no seu projeto vital. No entanto, não devemos esquecer que o impacto pode ser tão devastador para a pessoa afetada quanto para a família, sobre a qual geralmente caem o cuidado e a atenção da pessoa dependente. Ninguém está preparado para isso: nem as pessoas que sofrem, nem seus parentes e amigos íntimos.

Com a lesão cerebral, inicia-se um **longo processo de recuperação** que geralmente começa com a chegada da pessoa afetada nos serviços de emergência. Uma vez alcançada a estabilidade clínica, e após um período de admissão variável, o paciente é encaminhado para casa. Infelizmente, em muitas ocasiões, a alta hospitalar não é tratada da forma ideal pelos serviços sociais e de saúde devido à escassez de recursos temporários, econômicos e sociais. Naquele momento, a responsabilidade pelo cuidar do paciente clinicamente estável, mas com sequelas complexas, é transferida para a família. Os familiares começam a cuidar de pacientes com DCA sem ter conhecimento e formação específicos, sem adaptar o ambiente ou os produtos de suporte necessários para o manejo e sem o apoio social e de saúde relevante.

Atualmente, existe um grande **desequilíbrio entre as áreas de saúde e assistência social**; A necessidade de suporte e cobertura diminui com o passar do tempo. Os avanços técnicos, médicos e farmacológicos utilizados durante a fase aguda melhoraram drasticamente nos últimos anos e foram generalizados para todos os cidadãos. De facto, hoje os tratamentos salvam muito mais vidas. No entanto, essa homogeneidade na qualidade do atendimento é diluída ao avançar para a fase subaguda ou de reabilitação e torna-se anedótica quando a cobertura do apoio social é analisada. A implementação em 2007 da Lei sobre autonomia pessoal e atenção às situações de dependência resolveu parcialmente essa sobrecarga, mas ainda há um longo caminho a percorrer.

O impacto da **DC no ambiente familiar** geralmente está associado à sua gravidade, mas difere de uma família para outra, dependendo de variáveis como estrutura e coesão familiares anteriores, estilo de comunicação, estratégias de gestão de problemas e recursos disponíveis. Uma variável especialmente importante é o tipo de relacionamento entre pessoa com DCA e o seu cuidador principal. De qualquer forma, implica uma reorganização dos recursos pessoais e papéis da família, a necessidade de articular apoios que antes não eram necessários e a repensar o projeto de vida. Os familiares devem ser responsáveis pelo cuidado, atenção e apoio financeiro imersos num processo de adaptação emocional no qual emergem sentimentos contraditórios. Eles passam por diferentes estágios emocionais que culminam idealmente com um reajuste pessoal e familiar que permite uma adaptação ideal à situação de dependência. A incerteza e angústia das fases iniciais dão lugar à esperança e euforia

baseadas na sobrevivência do membro da nossa família, algo que alguns dias/semanas antes parecia impossível. A complexidade e duração do processo de reabilitação, a escassez de recursos sociais e de saúde e o atendimento de um membro da família que "já não é o mesmo que era antes ou no mínimo, comporta-se de forma muito diferente" geralmente geram um sentimento de sobrecarga emocional e física conhecida como Síndrome do cuidador.

O objetivo dos **programas de atenção à família e / ou cuidadores formais e informais** é contribuir para o desenvolvimento de estratégias que facilitem a construção de novos equilíbrios nos quais a felicidade, a esperança e o crescimento pessoal são possíveis. Para esse fim, três grandes grupos de necessidades foram reconhecidos: o de fornecer informações, a formação de novas capacidades e facilitar a adaptação psicológica. Em 2007, a FEDACE trabalhou com o IMSERSO e vários profissionais da área da neuro-reabilitação, a fim de desenvolver um modelo de atenção aos danos cerebrais no qual foram analisadas as necessidades das pessoas com DCA e suas famílias e princípios básicos que devem orientar sua abordagem a partir da campo socioambiental.

Portugal

Incidência, morbidade e causas:

Segundo um levantamento feito pela associação "Novamente" em parceria da DGS (Direção Geral de Saúde), estima-se que em Portugal existam mais de 220.000 pessoas a viver com sequelas de traumatismo crânio encefálico grave.

Até ao ano de 1992 o número de novos casos de traumatizados foi crescendo até ao record de **15 casos por dia**. Portugal era, até essa data o país da europa ocidental com maior número de acidentes rodoviários (per capita) os quais geravam e justificavam esse elevado número de acidentes. A entrada do país na comunidade europeia obrigou a apertadas regras rodoviárias para o país, em especial no que se refere ao limite de álcool no sangue com que é permitido guiar, a obrigatoriedade de cinto de segurança em todos os passageiros, regras especiais nos transportes públicos ou de serviço, obrigatoriedade de uso de capacete, entre outros.

Nos anos seguintes até 2016 o número de incidência foi decrescendo até passar a existir 6.000 novos casos de TCE grave por ano, 10% com morte em ambiente hospitalar. A principal causa de TCE, até 2016, era o acidente rodoviário (mais frequente em pessoas de idade ativa com maior incidência no sexo masculino), a segunda maior causa eram as quedas (principal causa nas pessoas com mais idade, em especial as que vivem isoladas).

Os dados mais recentes sobre a população portuguesa mostram um balanço negativo no crescimento da população, nestes últimos 10 anos. Há poucos nascimentos (primeiro devido à grave crise financeira e depois devido à crise do emprego dos jovens) e um aumento na esperança de vida nas pessoas mais velhas. Mais velhos, menos pessoas em idade ativa, geram os números que Portugal tem à década de 2020. **4.000 casos graves de TCE** com especial incidência em pessoas acima dos 65 anos. Apesar destes números de casos novos a cada ano, temos de reforçar a existência dos números de caos que existiram em pessoas jovens até há 10^a nos atras, pessoas essa que vivem hoje isoladas, sem solução e sem entender as suas sequelas

Sofrer um Traumatismo Crânio Encefálico em Portugal:

Em Portugal, como em qualquer outro país, **sofrer um traumatismo gera dano no próprio**, em toda a sua família e meio envolvente. A “Novamente” única associação do país dedicada ao apoio às famílias e vítimas de TCE grave, tem feito estudos (com parceria de outros hospitais e universidades (POAT 2014), avaliação de dados de morbidade e encontros anuais na Fundação Calouste Gulbenkian com os principais stakeholders do caminho de um TCE desde o dia do acidente até ao seu regresso ou desejo de regresso à vida ativa.

A fase de emergência e tratamento clínico tem sido alvo de louvor, mas toda a ligação e envolvimento à família, a ligação e comunicação entre entidades, a personalização de tratamentos e o encaminhamento para a reabilitação cognitiva e o apoio no regresso à vida ativa são todos eles, graves lacunas no caminho de uma pessoa com TCE e sua família.

Turquia

A **lesão cerebral traumática (TCE)** é a forma mais comum de lesão cerebral. Em casos como anoxia, alguns tipos de acidente vascular cerebral, infeções e tumores cerebrais, o TCE também pode ocorrer. A reabilitação é necessária para a grande maioria das pessoas com lesão cerebral traumática. Habilidades básicas, como andar ou falar, podem precisar ser reaprendidas.

O objetivo deste **processo de reabilitação** é fornecer as habilidades necessárias para que os pacientes desempenhem suas funções vitais em casa e na comunidade. Lesão cerebral traumática é uma condição que pode acontecer a qualquer momento, a qualquer pessoa, em qualquer lugar. É especialmente comum em jovens entre 15 e 25 anos. É mais comum em acidentes de moto e / ou bicicleta. O uso de capacete ou boné de proteção reduz significativamente a ocorrência de lesão cerebral traumática.

As pessoas que têm TCE precisam principalmente de **atenção médica**. Fornecer suporte de oxigênio ao cérebro e ao resto do corpo, garantindo o fluxo sanguíneo adequado e controlar a pressão arterial é uma prioridade. Técnicas de imagem como raio-x, tomografia e RM são muito importantes na determinação do diagnóstico e tratamento do paciente com TCE. Após visualizar e diagnosticar os danos, são necessárias as intervenções médicas e cirúrgicas necessárias.

Em períodos posteriores, são organizados programas de terapia individuais adequados ao paciente. Esses programas podem ser fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala, psicologia e treino de relacionamentos sociais.

O principal **objetivo da reabilitação** no período após a saída do hospital é manter a vida da pessoa o mais independente possível. No período agudo de lesão cerebral traumática, problemas vitais são o grande foco. No entanto, essa situação não deve negligenciar o que deve ser feito para evitar complicações futuras. Com o desaparecimento do edema no tecido cerebral no período pós-agudo, a condição médica se estabiliza e a recuperação no tecido cerebral continua. No período crônico posterior, a recuperação pode ocorrer no sistema nervoso central.

A pesquisa mostrou que a **melhoria neurológica é maior nos primeiros 6 meses**. Aqueles que têm lesão cerebral traumática, mas estão bem reabilitados e não têm problemas com suas funções cognitivas, como aprender , concentrar-se e ter boa memória, podem se tornar independentes. No entanto, aqueles com lesão cerebral traumática grave podem permanecer dependentes toda a vida. As famílias de pacientes que se enquadram nessa categoria precisam de apoio. Serviços de atendimento no lar devem ser prestados. Além disso, o acompanhamento de centros de reabilitação apropriados, programas de re-hospitalização e apoio ao longo da vida podem ser implementados, se necessário. Os direitos das pessoas com deficiência em nosso país são garantidos pela Circular do Primeiro Ministério nº 2002/58. Arranjos para indivíduos com TCE também são abordados nesta circular.



Espanha

As recomendações detalhadas abaixo são baseadas na incidência e prevalência de danos cerebrais na Espanha, na severidade de seus efeitos em todas as áreas (motora, cognitiva, comportamental, emocional) e na importância, em termos de eficácia e eficiência, de uma reabilitação intervenção tão precoce e planejada quanto possível e na notória falta de recursos sociais e de saúde no nosso país, visando a reabilitação abrangente e intensiva de pessoas com lesão cerebral.

1. Adotar as iniciativas relevantes para a preparação de um **estudo epidemiológico** sobre a incidência e prevalência de danos cerebrais na Espanha, a fim de planejar recursos, projetar e desenvolver as ações necessárias em questões de prevenção, prevenção e integração social.
2. Estudar as medidas necessárias para **melhorar os cuidados de saúde** prestados pelo Sistema Nacional de Saúde aos pacientes afetados por danos cerebrais a través de:
 - a) a possível adoção de **acordos em coordenação com as administrações** competentes no campo dos serviços sociais, para responder às necessidades do segmento da população que sofre de dano cerebral e que exige o fornecimento integral de medidas sociais e de saúde.
 - b) elaboração de um **documento de consenso** sobre os critérios e diretrizes clínicas que devem presidir o tratamento especializado, integral, intensivo e multidisciplinar exigido pelas pessoas com danos cerebrais.
 - c) avaliar a viabilidade da **criação de unidades de referência nacionais e específicas** para pessoas com envolvimento moderado a grave, quando os critérios clínicos assim o aconselharem e seus cuidados na casa da família não forem possíveis.
 - d) promover a qualidade baseada no conhecimento por meio de **pesquisas e outras atividades acadêmicas** voltadas ao formação e informações de profissionais do Sistema Nacional de Saúde relacionados ao tratamento de lesões cerebrais e a pacientes e familiares.
3. As **informações fornecidas aos prestadores de cuidados** em relação aos auxílios existentes devem ser aumentadas para facilitar o seu trabalho.
4. Seria necessário haver uma coordenação socio-sanitária que forneça aos usuários e suas famílias **recursos especializados para a continuidade do cuidado**. Deve ser incluída a reabilitação após a fase aguda, uma vez que a vida tenha sido salva e haja estabilidade médica, nos serviços sociais, sem esquecer a coordenação com a saúde. É um modelo mais sustentável e cuja evidência de eficácia pode ser verificada no CEADAC (Centro de Referência

Estatal de Atenção ao Nascimento Cerebral): 18 anos de operação e mais de 5.500 usuários que receberam programas para promover a autonomia pessoal, conseguindo melhorar a sua situação de dependência.

Portugal

Ao longo dos 10 anos de existência e fruto do espírito de cooperação e interligação entre as entidades da área de saúde, da área governamental, a área social, a de emprego, a sociedade civil, outras ONG e outras entidades da área de TCE noutros países, que pela iniciativa da novamente, se encontram 1 vez ano para debater o estado da nação do TCE em Portugal, chegou-se à conclusão que existem uma enorme necessidades e possibilidade de diminuir o impacto que um traumatismo causa à pessoa e família.

A **procura de solução** está centrada em dois pontos:

- 1.** Alteração da **norma** que define procedimentos na área de agudos.
- 2.** A existência de uma **estratégia nacional para o dano cerebral**. Estratégia esta que defina os passos que qualquer profissional de qualquer área terá de ter em conta sempre que lida com um traumatizado ou familiar, estratégia que indique um só interlocutor prossiga com a família e traumatizado durante todo o processo de recuperação para a vida, desde o dia do acidente, garantindo que a pessoa traumatizada não fique nunca sem soluções, garantindo que os especialistas de cada área dão tratamento personificado e adequado àquele caso e trabalham comunicando e em sistema de rede e que os objetivos de reabilitação e recuperação para a vida de cada um é delineado e implementado pela e com a própria vítima de TCE, com apoio da sua família e revisto sempre que necessário.

Turquia

As questões mais importantes para os pacientes com TCE é a falta de informações detalhadas sobre a condição da sua doença e acesso aos relatórios. Embora seja benéfico a **abertura de novos centros de reabilitação** para indivíduos com TCE, o número de centros que atenderá totalmente às necessidades ainda não foi atingido em nível suficiente. Além disso, o número de especialistas e profissionais especializados deve ser aumentado.

Os centros de reabilitação que foram abertos nos últimos anos atendem a novos métodos tecnológicos, mas são insuficientes em número, o que pode impossibilitar o acesso de todos os pacientes com TCE. A expectativa geral é que se crie um maior número de locais bem equipados e de qualidade, como o Centro de Fisioterapia para Veteranos, que ouvimos frequentemente nos últimos anos. A FTR oferece hoje um serviço de classe mundial e está entre as organizações líderes no ranking mundial.

Será útil **compartilhar o conteúdo** sobre questões atuais para indivíduos com TBI, criado na Europa com mais detalhes. Nesse sentido, o projeto TOOLS4BRAIN foi útil.

Como Ministério das Políticas Familiares e Sociais, políticas mais ativas devem ser implementadas no nosso país em relação à reabilitação e tratamento de indivíduos com TCE. Seria benéfico **avaliar os regulamentos para indivíduos com TCE** separados dos regulamentos para indivíduos com deficiência. Esses indivíduos devem ser incluídos na vida profissional com a ajuda de especialistas. Programas de conscientização social devem ser desenvolvidos para evitar o aumento da incidência de pacientes com TCE.

As necessidades de formação dos funcionários que trabalham na área do TCE devem ser apoiadas com conteúdos formais e informais de formação realizados sob a coordenação do Ministério da Saúde.



Espanha

Boas práticas 1: IMSERSO (Instituto de Serviços Idosos e Sociais)

O cuidado aos familiares e cuidadores de pacientes com TCE deve ser organizado e estruturado em torno de três conceitos principais: informação, formação e apoio.

1. Informações sobre a patologia, suas consequências e como lidar com elas. Pode ser oferecido através de suporte físico (guias, livros, aplicativos móveis ...) ou pessoalmente através de reuniões com membros da família ou palestras informativas. Além disso, é importante que os profissionais envolvidos no processo terapêutico aconselhem sobre aspetos relacionados aos recursos de apoio à família (serviço de assistência domiciliar, auxílio financeiro, busca por cuidadores ...); a adaptação do ambiente e a aquisição de produtos de suporte e aspetos laborais e legais (definição do grau de incapacidade, direitos sociais, pensões, etc.).

2. Formação: inclui formação areas específicas de apoio ao paciente com TCE que facilitarão a sua vida diária. A formação deve ser realizada individualmente e adaptar-se às necessidades que o paciente e sua família têm em cada uma das fases do processo. Alguns tópicos a serem abordados são transferências e mobilizações, higiene e alimentação, como lidar com distúrbios comportamentais, diretrizes para lidar com problemas de comunicação, etc.

3. Apoio à família: intervenções focadas no apoio emocional de familiares / cuidadores por meio do processo de recuperação. É essencial começar com a escuta empática: nossa experiência clínica deve nos permitir ouvir, entender e ajudar os familiares / cuidadores a priorizar as necessidades, desenvolver estratégias de enfrentamento apropriadas, ajustar as expectativas e implementar mudanças e modificações relevantes para alcançar uma adaptação adequada à situação. Sessões individualizadas, terapia familiar e grupos de apoio podem ser incluídos nas intervenções desenvolvidas.

Impacto:

- O cuidado da família deve ser abordado de uma perspectiva holística e interdisciplinar. Profissionais de diferentes especialidades clínicas, de saúde e sociais devem atender às necessidades de pacientes com TCE e suas famílias a partir de seu escopo de ação.
- O programa de assistência à família deve abranger todo o processo de recuperação e deve ser estruturado com base em três pilares básicos: informação, formação e apoio emocional.
- Para sua implementação, deve haver profissionais especializados na área que também demonstrem uma atitude empática e uma escuta ativa para facilitar a adaptação dos conteúdos

e estratégias utilizados às necessidades específicas de cada caso.

- Deve ser dinâmico e flexível. Requer uma adaptação contínua das informações, formação e apoio fornecidos às necessidades da pessoa afetada e de suas famílias nas diferentes fases do processo de recuperação.
- O cuidado da família deve ser personalizado e individualizado. Além das necessidades dos afetados, devemos considerar a situação e a dinâmica familiar, suas habilidades e estratégias de inserção social. Tudo isso deve ser reavaliado em momentos diferentes do processo para melhor adaptar os procedimentos.
- O programa de formação é destinado a familiares e cuidadores que não possuem conhecimento técnico à priori. É essencial adaptar a terminologia médica e técnica usada durante a comunicação com os membros da família para garantir o entendimento da mensagem.

Boa Prática 2: Defensor do Pueblo

O **relatório do Defensor del Pueblo** analisa a situação do DCA em Espanha. Analisa a assistência sócio-sanitária recebida pelos afetados nas fases aguda e subaguda e crônica.

A cobertura universal do sistema público de saúde, no que diz respeito a hospitais e atenção primária, coloca as pessoas com lesão cerebral e suas famílias diante do momento de melhor e maior atenção, apesar das diferenças entre diferentes centros, territórios, com suas realizações e necessidades resolvido.

Após o ABI, nos primeiros momentos a família experencia choque emocional, seguido de atenção à luta entre a vida e a morte. Na fase seguinte, a de estabilidade clínica, leva a uma busca de informações na net ou entre os médicos é uma das principais prioridades da família. Os maiores problemas percebidos pelas famílias em relação à fase aguda estão na desinformação e, sobretudo, no “abandono” do sistema de saúde no momento da alta hospitalar, é o momento de entrega à família de um paciente com sequelas graves que necessita de cuidados complexos (cuidados de saúde reabilitação, apoio psicológico, assistência social, orientação jurídica ...), com quase nenhuma preparação ou apoio adicional.

Terminado o risco vital, **o paciente irá da UCI** para a enfermaria do hospital, onde permanecerá um período de tempo variável até sua alta médica. No entanto, a eficácia para alcançar taxas mais altas de sobrevivência e estabilização não implica necessariamente atenção adequada às lesões cerebrais no hospital. As abordagens mais experientes no tratamento de lesões cerebrais indicam a necessidade de implementar uma abordagem abrangente de reabilitação desde a fase aguda.

Para alcançar melhores resultados na funcionalidade da pessoa afetada, essa reabilitação requer **atenção e cuidados específicos adaptados** a cada paciente em cada uma das fases, desde estimulação precoce, fisioterapia, terapia ocupacional, neuropsicologia até a

reinserção social. Infelizmente, existe **heterogeneidade entre os hospitais** em termos de protocolos de atenção a lesões cerebrais.

A expressão crítica em relação à reabilitação hospitalar por associações e familiares refere-se à natureza pontual - apenas alguns minutos quando ocorre - e à falta de adaptação à complexidade das sequelas dos afetados, principalmente quando apresentam problemas comportamentais mal compreendidos pelas equipes de fisioterapia e negligência dos problemas de fala e cognitivos.

A heterogeneidade das diretrizes nos cuidados de reabilitação precoce e básica também é possível se for feita em **ações formativas**. Geralmente, existe uma inadequação informativa no contexto do choque familiar. As ações de melhoria devem incluir programas de adaptação de informações. As informações devem incluir aspectos médicos relacionados ao diagnóstico, prognóstico e assistência ao paciente, além de informações de bem-estar e natureza social.

Devemos considerar as **dimensões contextuais dessa intervenção comunicativa**: a comoção extrema pela qual a família está passando, a iminência de alta hospitalar, que geralmente envolve a transferência para o ambiente de um paciente clinicamente estabilizado, mas com sequelas graves e a ausência de recursos acessíveis para reabilitação e integração social.

Somente **serviços de reabilitação especializados** realizam trabalhos de médio prazo com famílias que podem prepará-los para enfrentar a nova situação, através de um processo de elaboração gradual em que a busca de alternativas em diferentes áreas: da compreensão de mudanças cognitivas e comportamentais, adaptação domiciliar, serviços sociais no ambiente.

Na ausência dessa atenção às emoções como parte do processo, o trauma familiar é multiplicado por maior stress, sentimento de desamparo. A família a quem é designado, geralmente sem apoio, o cuidar deste doente "crônico", sem rede social ou social de saúde que lhes mantenha continuidade de tratamento diante de consequências tão graves.

Boa Prática 3: Estratégia para la atenção ao DCA na Com. Valenciana

Para estabelecer as políticas de cobertura, propõe-se cumprir os seguintes princípios gerais de assistência:

a) Equidade: a atenção ao grupo de pacientes com TCE deve chegar da mesma maneira e com o mesmo nível de oportunidades àqueles que atendem aos critérios e requisitos indicados no documento, tornando-os candidatos a receber tal assistência. Esta oportunidade não deve ser mediada por outras variáveis como idade, sexo, local de residência, etc.

b) Sustentabilidade: o atendimento a pacientes com TCE deve agregar valor às pessoas e à sociedade em geral que justifique seus custos.

c) **Qualidade** da assistência baseada basicamente em:

- **Segurança:** os cuidados DCA devem incluir medidas diagnósticas e terapêuticas consideradas seguras para a situação clínica individual em que cada paciente se encontra.
- **Eficácia:** as medidas diagnósticas e terapêuticas a serem aplicadas aos pacientes devem basear-se, tanto quanto possível, nas intervenções consideradas efetivas (Medicina Baseada em Evidências) e, ao mesmo tempo, considerar-se aplicáveis na prática clínica, aguardando sua aplicação é um efeito clinicamente benéfico.
- **Integração da assistência / Continuidade do atendimento / Coordenação / Organização:** o atendimento às pessoas afetadas pela TCE é um processo complexo e geralmente prolongado ao longo do tempo, no qual muitas pessoas intervêm e em diferentes áreas e locais de atendimento. A integração do cuidado, a continuidade do cuidado e a coordenação entre todo o grupo de profissionais, dispositivos e configurações de cuidado é um elemento necessário para que esse cuidado seja bem-sucedido e satisfatório para todos os participantes.

A integração do cuidado corresponde à coordenação nos eixos transversal e longitudinal, bem como entre os agentes e dispositivos no campo da saúde (integração dos recursos de saúde), além da coordenação entre agentes, dispositivos, áreas e recursos entre os diferentes cuidados setores, por exemplo, entre saúde e social, formação e emprego, educação, etc. Nesse contexto, a coordenação entre saúde e os recursos da sociedade é especialmente relevante.

Portugal

Boa Prática 1

Uma das boas praticas encontradas é a forma como varias áreas estão integradas e tratam a pessoa doente oncológica integrando todos os especialistas intervenientes em tratamentos, direitos sociais e outras entidades que ajudam o doente e familia, colocando-os em permanente contato e com um objectivo comum definido pelo doente com o apoio dos médicos e familia.

Boa Prática 2

A boa pratica existente relativa ao TCE e familia tem sido a existência da associacao novamente e seu maior serviço de apoio à familia, onde, desde o acidente fala com a familia oferecendo informações sobre o que é TCE, como lidar com a fase de coma , como gerir o resto da familia, emprego e contratos que a pessoa com TCE tinha, lidar com seguros, como falar com os especialistas médicos, como conseguir que na transição de um departamento medico para

outro, num hospital para um centro de reabilitação se mantenha a coerência e comunicação entre profissionais, como lidar com a pessoa TCE em cada fase, como gerir as crises e ruturas familiares e evita-las, como prepara o regresso a casa e como viver com uma pessoa com TCE e capacita-la o mais possível para ser autónoma e participativa na sociedade.

Nesta boa pratica ficam a faltar os produtos inexistentes no pais como a existência de um coach especializado para acompanhar o regresso à vida ativa, o coach de carreira profissional, um assistente pessoal, um apoio à familia na parte de saúde e higiene quando a pessoa com TCE é muito dependente, etc.

Turquia

No processo de reabilitação de indivíduos com DCA, é necessário aumentar a informação à família ou cuidador e fornecer o apoio necessário. Devem ser fornecidos formações à família ou ao cuidador para que os indivíduos com TCE tenham as suas vidas mais facilitadas e normalizadas possível. Além disso, é necessário fornecer informações sobre os direitos e acesso a aplicativos semelhantes do TOOLS4BRAIN que possam ser benéficos.

Na Turquia, estudos específicos para indivíduos com TCE são tratados sob o cabeçalho de pessoas com deficiência numa perspetiva mais ampla e, em todos os estudos ou projetos, os indivíduos com TCE são incluídos nas legendas.

Boa Prática 1: Ministério da Família, Políticas Trabalhistas e Sociais, Programa de Apoio à Deficiência (EDES)

Objetivo: Capacitar o pessoal de atendimento a pessoas com deficiência e melhorar as condições de atendimento a idosos e pessoas com deficiência no âmbito do EDES, conduzido pelo Ministério da Família, Políticas Trabalhistas e Sociais, Direção Geral de Serviços para Pessoas com Deficiência e Idosos (EDES).

Conteúdo: O EDES cria uma oportunidade no campo da deficiência para resolver o problema na sua origem e contribui para o desenvolvimento da cooperação entre instituições e organizações públicas, administrações locais e organizações não-governamentais da região. O EDES é um programa preparado e implementado por instituições públicas em nível local, especialmente em administrações provinciais, municípios, universidades e instituições profissionais que são instituições públicas, e que fornece propriedade local sobre a deficiência.

Efeito: Aumentou a conscientização sobre a deficiência ativando a dinâmica local, com o objetivo de contribuir para a reabilitação psicossocial e médica das pessoas com deficiência e a prevenção da deficiência. <http://kirsehir.meb.gov.tr/www/engelliler-destek-programi-edes-kapsaminda-7-proje-kabul-gordu/icerik/703>

Boa Prática 2: O primeiro projeto "Acessibilidade sem barreiras" da Presidência, sob a coordenação do governo de Çanakkale, no âmbito do "Programa de apoio aos deficientes", desenvolvido pelo Ministério da Família, Trabalho e Políticas Sociais, Geral Direcção dos Serviços para Pessoas com Deficiência e Idosos

Objetivo: O objetivo deste projeto é permitir que indivíduos com deficiência acessem ao mesmo que os indivíduos sem deficiência. A Associação de Deficientes Visuais de Çanakkale, foi uma das partes interessadas no projeto de responsabilidade social, realizada sob a coordenação da Direção Provincial de Políticas, Família e Trabalho e Políticas Sociais de Çanakkale com a participação da Direção Provincial de Educação Nacional de Çanakkale.

Conteúdo: Garantir que todo o pessoal das instituições relevantes seja submetido ao formação necessário e receba formação de conscientização e sensibilidade. Atividades de inclusão social foram realizadas com esses treinamentos.

Primeiro, seu principal objetivo é permitir que pessoas com deficiência não enfrentem nenhuma barreira na área histórica. Considerando que cada indivíduo não possui orçamento suficiente para visitar a área histórica, além disso, considerando que o custo de vir com um tradutor de língua de sinais e o acompanhamento é alto, vários estudos são realizados no âmbito deste projeto piloto exemplar. Nesse contexto, com os vídeos introdutórios, algumas pessoas com deficiência receberam alguns intérpretes de linguagem gestual, técnicas de gravação em alfabeto Braille e audiolivros.

Impacto: Com este projeto, o público-alvo com deficiência foi incluído na vida social e na comunicação, a interação e a conscientização foram aumentadas com o grupo-alvo sem deficiência. Nesse contexto, continuam oficinas de treinamento e atividades de inclusão social. <https://catab.ktb.gov.tr/tr-196345/engelsiz-erisim.html>

Boa Prática 3: Regulamento sobre a organização e deveres e procedimentos do Ministério da Família, Políticas Trabalhistas e Sociais, Direcção Geral de Serviços para Pessoas com Deficiência e Idosos

Objetivo:

- Realizar e coordenar as atividades de assistência social, preventiva, educativa, desenvolvidora, de orientação e de reabilitação social para deficientes e idosos.
- Coordenar esforços para prevenir a deficiência, educação de pessoas com deficiência, emprego, reabilitação, participação na vida social, beneficiando-se dos direitos humanos

sem discriminação e determinação de políticas e estratégias em nível nacional sobre outras questões, para implementar, monitorar e avaliar as políticas determinadas. e estratégias.

- Investigar os problemas e soluções das pessoas com deficiência, preparar e implementar sugestões e programas para o desenvolvimento da aplicação a esse respeito.
- Realizar pesquisas e pesquisas sobre questões relacionadas à deficiência, preparar e implementar projetos.
- Realizar os trabalhos relacionados aos cartões de identidade para deficientes, preparados para serem utilizados exclusivamente pelos direitos concedidos aos deficientes e pelos serviços prestados.
- Determinar e cumprir os princípios, procedimentos e normas relativos às atividades de serviço social realizadas por instituições e organizações públicas, organizações voluntárias e pessoas reais e coletivas para pessoas com deficiência e idosos.
- Organizar eventos científicos em nível nacional e internacional, preparar publicações que iluminem a sociedade, conduzir atividades e projetos educacionais, organizar congressos, seminários, conselhos e eventos similares nacionais e internacionais.

Efeito: Com a prevenção da deficiência, a educação, o emprego, a reabilitação de pessoas com deficiência, sua participação na vida social, beneficiando-se dos direitos humanos sem discriminação, e a determinação de políticas e estratégias em nível nacional noutras questões foram coordenadas, políticas e estratégias determinadas implementados, conscientização e monitoramento e avaliação dos estudos. <https://kms.kaysis.gov.-tr/home/goster/24606?aspxautodetectcookiesupport=1>

Espanha

<https://drive.google.com/open?id=1nO1IUY6urDD4NMZFVM6hD-NC8qiCKMY9>

<https://drive.google.com/open?id=1X7OfwIVb3rkR1U66nGxwMpsncAJyl2PD>

- **Daño Cerebral Sobvenido en España: Un acercamiento epidemiológico y sociosanitario (Informe del Defensor del Pueblo, 2005)**. Relatório estadual elaborado pelo Defensor del Pueblo que analisa a situação da EGA na Espanha. Oferece uma abordagem epidemiológica que contribui para a incidência e prevalência de diferentes problemáticas que podem causar danos cerebrais. Além disso, analisa as medidas preventivas que estão sendo executadas, bem como a assistência sócio-sanitária recebida pelos afetados nas fases aguda e subaguda e crônica.

- **Modelos de Atención a las Personas con Daño Cerebral (IMSERSO, 2007)**. Relatório elaborado sob a proteção da IMSERSO, a fim de facilitar a comunidade de profissionais e agentes envolvidos no desenho de políticas e na prestação de serviços a pessoas com lesão cerebral, um importante instrumento para alcançar modelos de atendimento padronizados em todo o estado espanhol.

- **Guía Clínica de Neuro-Rehabilitación en Daño Cerebral Adquirido (IMSERSO, 2013)**. É um guia clínico baseado em evidências que foi desenvolvido por uma equipe multidisciplinar de profissionais dedicados à neuro-reabilitação de pessoas com lesão cerebral adquirida (DCA) sob o financiamento da IMSERSO. O trabalho de revisão da literatura científica, análise das evidências recuperadas e elaboração das recomendações foi realizado de forma coordenada entre os autores entre janeiro de 2012 e junho de 2013.

Portugal

Estudo sobre o impacto que o TCE sobre a Famílias.

- TCE estatísticas: Apresentaçãoso Giria final.
- Statistics modificada 24092016
- Statistics Relatorio ESP
- Mesa Redonda I
- Mesa Redonda II
- Mesa Redonda III
- Mesa Redonda IV
- Mesa Redonda V
- Mesa Redonda VI
- Mesa Redonda VII

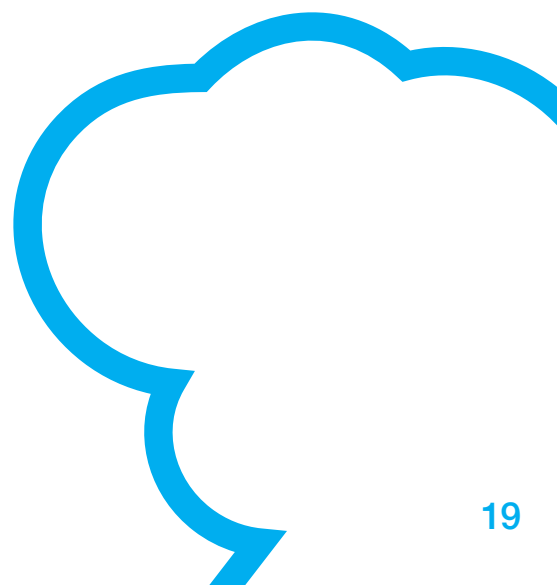
- Mesa Redonda VIII
- Mesa Redonda IX
- Guia Reabilitação após dano cerebral
- Guia para as famílias
- Guia regresso à vida

https://drive.google.com/open?id=1a7jjohEVOD1QWtNhYtQmnaahzyUOA_wp4

Turquia

- Ministério Primeiro-ministro, regulamento sobre pessoas com deficiência.
- Jornal oficial, incluindo o regulamento sobre a organização, deveres e procedimentos do Ministério da Família, Trabalho e Políticas Sociais.

<https://drive.google.com/open?id=1k9M2-msZ0jU-VEecVxCjjljhSD86DMaN>





TOOLS4BRAIN



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



NEURO RHB

SERVICIO DE NEURORREHABILITACIÓN



novamente

Associação de Apoio aos Traumatizados
Crânio Encefálicos e Suas Famílias



BÜYÜK ORTADOĞU
SAĞLIK VE EĞİTİM VAKFI