



Increasing Employability and Standards of Elderly Caregivers through Specialized Training and Innovative Empowerment

O7. Elaboração de um modelo de intervenção para apoiar cuidadores de idosos, a fim de reduzir os custos públicos.



Erasmus+

This project has been funded with support from the European Commission.

Documento informativo

Data de emissão	11/08/2016	
Autores	Elisabetta Masala; Manuela Macherozzi; Francesca De Fazi; Chiara Salimbeni; Giovanni Billi; Marina Lupari.	
Contributos	Victor Seco; Ikbal Karaman; Florina Peptea; Ionescu Mihai	
Nome de contato	Elisabetta Masala	
Endereço de e-mail	elisabetta.masala@comune.fi.it	
Organização	Município de Florença	
Estado de aprovação	Rascunho <input type="checkbox"/>	Final <input checked="" type="checkbox"/>
Número de páginas		
Lista de palavras-chave	Cuidador, recetor de cuidados, focos grupo	
Recipientes	Apenas parceiros <input type="checkbox"/>	Público <input checked="" type="checkbox"/>
Método de Distribuição	E-mail <input checked="" type="checkbox"/>	Internet <input checked="" type="checkbox"/>
Estado de Confidencialidade	Confidencial <input checked="" type="checkbox"/>	Público <input type="checkbox"/>

Controlo de Versão do Documento

Versão	Data	Comentário
01	11/08/2016	Final
02		
03		
04		

Índice

1. Introdução e definição do contexto social	4
1. Inclusão e Voz do Cuidador.....	5
2. Colaboração.....	6
3. Evidência informada.....	6
4. Respeito e Dignidade.....	6
5. Diversidade e Marginalização.....	6
6. Escolha, Auto-Determinação e Independência.....	7
7. Acessibilidade.....	7
8. Avaliação de Cuidados.....	7
9. Apoiar os Cuidadores.....	7
10. Sustentabilidade dos Programas.....	7
3. Análise dos diferentes modelos sociais na Itália, Turquia, Roménia e Portugal	8
4. Um estudo de caso. O projeto "Ao seu lado" do Município de Florença	9
1. Anos 2011 – 2012. Fase Experimental.....	12
2. Anos 2013 - 2014. Fase da Implementação.....	14

1. Introdução e definição do contexto social

As últimas pesquisas de população em geral que tenham sido desenvolvidos em vários países, revelam o aumento da expectativa de vida, em particular nos países onde o desenvolvimento económico encorajou a satisfação das necessidades básicas, principalmente a nutrição e cuidados de saúde.

Em alguns desses países, a redução da taxa de natalidade permanece como estado e, no futuro, irá definir uma população idosa. A extensão da idade média das pessoas, irá causar um aumento do tempo para as necessidades de saúde.

A questão significativa comum agora é "qual o papel" que deverão ter hoje e no futuro o bem-estar político e social dos países individuais.

Neste cenário, o cuidador assume um papel cada vez mais sentido na governança dos cuidados de saúde, tanto para a despesa pública diminuir como dentro da estrutura da comunidade familiar e social (cuidador informal ou voluntária).

Observa-se uma agitação contínua, que veem na administração estatal atores e família envolvida para definir a responsabilidade que devem ou têm de assumir em relação aos não auto-suficientes cidadãos mais velhos nos cuidados e assistência. Em que medida deve a administração do Estado assegurar serviços específicos e assistência de saúde aos cidadãos mais velhos não auto-suficientes?

Enquanto isso, todos os estudos sobre a intervenção de cuidados informais, novos tipos de associações cujos membros estão envolvidos com uma carga de cuidados pesados, o desenvolvimento da política de assistência social, que são identificados através da desinstitucionalização e cuidados na comunidade; têm contribuído para abrir novos caminhos para que os serviços sociais possam trabalhar seriamente com cuidadores, ou melhor "ajudar os ajudantes". Deve notar-se que, no passado o papel do cuidador tem sido negligenciada, agora o interesse por este tipo de figura está a ficar mais forte. Vários estudos têm destacado o fato de que os doadores de assistência não são um grupo homogéneo, na verdade, o papel do cuidador envolve uma gama de pessoas sobre quem ele é possível definir alguma generalização, mas não podemos esquecer ou subestimar as diferenças básicas.

Por exemplo, há uma necessidade de realçar as relações familiares; cerca de 4 em 5 cuidadores pertencem à rede parental (Green, 1988;. Em " Aiutare i carer" " Ed Erickson, 2002), normalmente a medida do sentido de responsabilidade depende do grau de relação, quanto mais próxima é a relação, mais é o compromisso sobre o cuidado da pessoa.

Então é melhor observar a diferença entre papéis parentais do cuidador, entre casado, filho / filha, irmão / irmã, sobrinhos.

Outro elemento de diferença para levar em conta é o sexo do cuidador; as mulheres cuidam da pessoa, os homens preferem tratar dos procedimentos e burocracia. Esses papéis são influenciados por fatores sociais, culturais e psicológicos.

A coabitação entre cuidador e parentes é outro fator que pode definir uma diferença relacionada com o diferente envolvimento físico e psicológico.

A idade do cuidador é um indicativo de diferenças significativas, em particular quando ele é velho demais ou jovem demais. Hoje há uma necessidade de considerar a minoria étnica do cuidador. O cuidador poderia estar talvez numa condição mais desfavorável do que os cidadãos membros do grupo étnico peculiar nativo, pelo menos em relação à possibilidade de aceder a serviços de assistência.

A carga de cuidado de um único cuidador, é mais pesado do que o prestador de cuidados que pode compartilhar com irmãs, irmãos, filhos, filhas.

Em diferentes países ocidentais, falando sobre um possível futuro bem-estar, tem sido feito uma experiência; uma forma diferente de abordar as pessoas mais velhas que precisam de cuidados, recebem cuidados gerais, na verdade cuidados sociais não são dirigidas a pessoas individuais, mas sim a toda a comunidade que é o recurso potencial e decisiva contra angústia existencial da única pessoa. Na União Europeia, este modelo de intervenção é amplamente utilizado. Os cursos de formação que são propostos aos técnicos sociais e assistentes sociais estão focados no desenvolvimento de intervenções do cuidador na comunidade, trabalhos em grupo e rede. Os cidadãos estão cada vez mais envolvidos como atores dentro da prática de cuidados de saúde e na definição e organização dos serviços que são direcionados a um indivíduo.

Para entender como um serviço social pode agir corretamente, em apoio aos cuidadores não é só uma questão de civilização pura com o objetivo de garantir aos cidadãos melhores condições de bem-estar, mas representa uma ferramenta de boa gestão das finanças públicas.

É dentro desta tensão cultural, social e profissional que estão a ser desenvolvidos modelos diferentes de intervenção de apoio aos cuidadores. Estes modelos são todos baseados essencialmente nos princípios de aplicação geral que devem ser ajustados de acordo com as diferentes políticas e organização dos serviços sociais existentes a nível nacional, regional e local nos diferentes Estados Membros Europeus.

Neste documento, depois de uma breve apresentação de 10 princípios de orientação de aplicação geral, vamos fazer um confronto das diferentes políticas e organização dos serviços sociais na Itália, Turquia, Roménia e Portugal.

Por fim, vamos apresentar um estudo de caso, o projeto "Ao seu lado" desenvolvido pela Câmara Municipal de Florença e ativo desde 2011.

2. Valores e Princípio Subjacente para o modelo de Intervenção do Cuidador.

O grupo de estudo do Projeto IESEC identificou os seguintes 10 princípios de aplicação geral para a conceção de um modelo de intervenção a nível local. Estes princípios baseiam-se principalmente numa abordagem comunitária que respeitam as diferentes metodologias de trabalho, bem-estar e políticas sociais existentes nos Estados Membros Europeia.

1. Inclusão e Voz do Cuidador

- ✓ A nenhuma pessoa deve ser dado mais valor ou respeito do que a outra.



- ✓ Cuidadores devem ser reconhecidos e valorizados, e deve-se entender que não há dois cuidadores iguais.
- ✓ Cuidadores devem ser envolvidos no processo de desenvolvimento, implementação e avaliação dos programas

2. Colaboração

- ✓ Para os cuidadores, as necessidades de apoio em matéria de atividades não-médicas da vida diária são tão importantes quanto um foco biomédica.
- ✓ Suporte para cuidadores diz respeito a todos - não só no domínio dos serviços de saúde.
- ✓ Agência de Inter-comunicação, networking e desenvolvimento de capacidades é o único caminho viável para desenvolver programas de cuidador.
- ✓ Uma boa comunicação é uma pedra angular no desenvolvimento e fornecimento de programas e serviços que sustentam a prestação de cuidados.

3. Evidência informada

- ✓ Os programas devem ser informados pela melhor evidência disponível na literatura revisada por pares e o conhecimento experimental desses serviços por quem os recebe e por quem os entrega. Isso inclui ferramentas de avaliação e programas de intervenção do cuidador comprovados.
- ✓ É necessário planejar a monitorização e avaliação quando se projeta o programa, política ou serviço; isso vai ajudar a criar e manter uma política eficaz, programa ou serviço.
- ✓ Os programas devem ter mecanismos para garantir a inclusão de perspectivas e experiências cuidador.

4. Respeito e Dignidade

- ✓ Cuidadores familiares devem ser reconhecidos, respeitados e valorizados pelo seu trabalho de cuidar.
- ✓ O respeito é transmitido através da linguagem utilizada para referir-se a profissionais de saúde e prestação de cuidados que devem retratar cuidadores de forma positiva.

5. Diversidade e Marginalização

- ✓ Os cuidadores são um grupo diversificado, com diversas necessidades, desejos e habilidades.
- ✓ Compreender a diversidade de prestadores de cuidados para que eles não sejam marginalizados significa estar consciente de como a etnia, diversidade cultural, fé, saúde mental, e orientação sexual influencia a experiência de uma pessoa como um cuidador.

6. Escolha, Auto-Determinação e Independência

- ✓ Vontade ou capacidade de assumir o papel de cuidador não pode ser entendida.
- ✓ Para que haja uma verdadeira escolha, devem ser fornecidas informações sobre o que esperar em termos de necessidades dos destinatários de cuidados e que tipo de apoio pode ser esperado a partir do sistema de saúde e de serviços.

7. Acessibilidade

- ✓ Apoiar cuidadores exige que os programas sejam acessíveis e sensíveis às necessidades dos diversos cuidadores. Como um programa ou serviço é organizado, promovido e entregue tem efeitos importantes sobre os cuidadores.

8. Avaliação de Cuidados

- ✓ Cuidadores familiares têm o direito de expressar as suas necessidades e receber apoio. Cuidadores têm o direito de ter as suas próprias necessidades avaliadas, não apenas em relação às de quem recebe os cuidados.
- ✓ Resiliência é a capacidade que um cuidador tem para lidar com o stress e adversidade. No desenvolvimento do apoio do cuidador, um foco na resiliência exige identificar os fatores individuais, familiares e comunitários que apoiam a resiliência dos cuidadores e aqueles que o colocam em risco.
- ✓ Os prestadores de serviços precisam de ser pro-ativos e imparciais quando questionam o cuidador sobre o seu auto-cuidado, os desafios que está a enfrentar, e como pode ser ajudado.

9. Apoiar os Cuidadores

- ✓ Existem dois componentes principais para a sustentabilidade do sistema: colaboradores e formação adequada, e foco em programas apropriados. Resumindo, significa programas certos, no momento certo.
- ✓ Até os programas bem desenvolvidos podem ter impactos involuntários negativos sobre o cuidador. Se um programa ou política tiver impactos involuntários negativos para o cuidador, isto traduz-se em impactos negativos para o recetor de cuidados também.
- ✓ Os cuidadores precisam de sentir que eles podem confiar em fornecedores de serviços, o que exige tempo e sanção suficiente para desenvolver relacionamentos.

10. Sustentabilidade dos Programas

- ✓ Os programas devem ser suficientemente flexíveis para responder às necessidades individuais e imediatas.

3. Análise dos diferentes modelos sociais na Itália, Turquia, Roménia e Portugal.

De forma a perceber como o nosso projeto poderia ser gerido nos diferentes Estados-Membros europeus, colocamos diferentes perguntas sobre a organização da política e serviços sociais que são oferecidos a pessoas dependentes em 4 Estados-Membros dos parceiros do projeto IESEC. O questionário não deve ter recolhido dados científicos, mas as informações recolhidas permitiram delinear a situação real e assim definir a hipótese para a realização deste projeto

Enquanto isso e, do ponto de vista legislativo, verifica-se que nos quatro países acima mencionados, toda a legislação nacional define a base para a assistência da pessoa e quem regula a lei (local ou regional) para implementar as intervenções.

Na Roménia, talvez, a legislação define a base através da delegação da gestão a zonas locais ou municípios. É bastante interessante a existência de um departamento provincial para a proteção da família na Turquia, diferente da Itália, onde o núcleo é desmontado em relação ao tipo necessidades. A definição de um departamento provincial para a proteção da família, lembra o "conceito" de uma família significativa, a Família como único assunto que deve ser protegido como único e nunca desmontado em relação às necessidades do único membro. Os quatro países, em relação à proteção social, oferecem um regime de pensões e possíveis complementos de rendimento em relação à idade e situação económica individual e familiar.

Os idosos não auto-suficientes idosos em Portugal são suportados pela família, na Turquia o cuidado para o serviço de apoio domiciliário está realmente presente, e um apoio económico é garantida tanto em Portugal, como na Itália. Os subsídios para as famílias de apoio à assistência e despesas da são diferentes em cada país. Em Portugal, por exemplo, existe a possibilidade de obter subsídios para óculos, aparelhos auditivos, próteses dentárias. Na Roménia, há um apoio económico apenas para a prestação do serviço (voucher), e não para o cuidador.

Nos 4 países, a administração do Estado garante as despesas em conta do auxílio para os cidadãos sem rendimentos

Na Itália, há uma diferença entre os custos dos serviços sociais e de saúde. Os custos para os serviços públicos são garantidos pelos impostos dos cidadãos, de acordo com o rendimento individual. Os custos de assistência à saúde são garantidos, independentemente dos rendimentos (em relação aos serviços, apoio ou diagnóstico). Na Itália os serviços e subsídios para pessoas mais velhas depende do nível de auto-suficiência, pois isto define a quantidade de apoio social e de cuidados de saúde.

Esta descoberta de diferença entre os serviços para pessoas mais velhas não auto-suficientes e os serviços para auto-suficientes não existe em Portugal, uma vez que não é a Comissão multidisciplinar que poderia determinar uma diferença entre eles. Na Itália, na verdade, há uma Comissão multidimensional e multidisciplinar que define que o serviço pode ser fornecido apenas em relação à não auto-suficiência.

Na Turquia, a Comissão multidisciplinar (enfermeiro, assistente social, o médico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo) compromete-se a fornecer os serviços de

apoio domiciliário. Em ambos os países há uma co-parceria com a pessoa como com a família.

Associações de voluntários, estruturas privadas ou cooperativas trabalham de acordo com a administração. Em Portugal, o serviço privado está relacionada com a saúde e residências de assistência. Na Turquia, há a possibilidade de haver subsídios para as famílias que precisam de estruturas de saúde residenciais. Na Itália, a co-parceria nas despesas é garantido apenas para estruturas que estão de acordo com ASL (agência de assistência de saúde local) ou do município. Os cidadãos podem aceder à estrutura privada, mas sem contribuição da administração pública.

Com base no exposto, é possível tirar algumas conclusões:

Nos quatro países, os serviços de assistência são aproximadamente semelhante: residências com assistências, centros de dia e apoio domiciliário. Na Roménia há Casas em grupo / apartamentos para idosos, uma maneira interessante de residência, na Itália existem estudos sobre coexistências solidárias para idosos total ou parcialmente auto-suficientes.

Na Roménia é claramente identificável uma política social, sobre o fenómeno da exclusão social, em intervenções para pagar indigência como as interações e encontros entre gerações desenvolvidas dentro dos centros sociais que são abertos a pessoas de todas as idades.

O questionário identifica claramente o apoio psicológico que a administração Turquia prevê aos grupos dos cuidadores. Na Itália, o grupo de apoio fornece um objetivo de apoio maior, porque é gerido por uma assistente social e uma enfermeira. O seu papel é como um "facilitador", de apoio psicológico específico, mesmo que se verifique que é possível uma melhoria nesse campo.

É possível sugerir, de acordo com este pequeno resumo que o modelo de intervenção poderia ser aplicada em diferentes estruturas, culturas e sociedades. Não é obrigatório que o grupo tenha que ser apoiado por um assistente social, mas ele deve ser uma presença profissional em contato direto com os cuidadores.

Devemos enfatizar que o projeto pode ser aplicado em situações diferentes e a vários níveis (figuras profissionais, grupo de cuidadores, familiares e assistentes da família). O projeto, além de grupo de apoio dos cuidadores, é mais adaptável a diferentes ambientes sociais, a ação é dirigida para a comunidade local por meio de práticas de informação e formação sobre a doença degenerativa do idoso, cuidados de saúde e assistência direta, e sobre a nova figura de fora, tais como uma enfermeira ou um cuidador formal.

4. Um estudo de caso. O projeto "Ao seu lado" do Município de Florença.

A ideia de um projeto para a família e parentes que agem como cuidadores em relação a um recetor dependente de cuidados familiares, tem sido desenvolvido ao longo do tempo, como consequência das necessidades evidenciadas pelos cuidadores familiares utilizadores de serviços de saúde locais. Em particular cuidadores familiares pedem ajuda para lidar com a assistência diária e esgotamento emocional e físicas originadas pela sua dedicação contínua aos cuidados.

Consideramos que as ações individuais e serviços orientados para um idoso dependente, enquanto útil, nem sempre são suficientes para aliviar o fardo e não dão apoio suficiente para cuidadores familiares que passam por stress e pressão psicológica.

O primeiro apoio importante surgiu da regulamentação italiana. A 328/2000 direito nacional (artigo 1) afirma: "... o sistema integrado de intervenção e de serviços sociais, ..., tem a finalidade de promover o apoio social, dando valor às iniciativas das pessoas, às famílias, à auto-ajuda e reciprocidade para organizar solidariedade".

Este projeto, sendo considerado modelo de intervenção, gostaria de obter mais de experimentação do trabalho e permitir a sua propagação. Ao mesmo tempo, representa uma nova metodologia profissional, colocar em prática por assistentes sociais para atender as necessidades na área, com a integração de serviços de saúde.

O projeto "Ao seu lado" começou em 2011 com o objetivo de partilhar os aspetos diários de cuidador de idosos e de obter o apoio público de serviços sociais e de saúde, sem custos para os corpos sociais públicos.

Para tais serviços o projeto é importante para:

- ✓ Valorizar estratégias e recursos potenciais e reais existentes no grupo;
- ✓ Fornecer um serviço de proximidade em situações de cuidados de longa duração, apoiar e orientar os cuidadores familiares, aumentando o conhecimento e a informação sobre as questões relacionadas com doenças incapacitantes;
- ✓ Promover as relações e formas de socialização com o objetivo de reforçar a rede social da comunidade.

O modelo de intervenção baseia-se em dois níveis diferentes, a primeira é realizada através de grupos de apoio, e é composto pelo apoio familiar que solicitam aos serviços públicos um apoio no cuidado ao seu familiar idoso não auto-suficiente, ou cidadão que pedem para participar em cuidados familiares. Cada grupo é gerido por dois operadores, um assistente social e uma enfermeira, especialista no cuidado de recetores não auto-suficientes.

Estes grupos de apoio permitem que o cuidador possa ter vários benefícios: em especial, o grupo de apoio desenvolve uma maior sustentabilidade no compromisso de cuidar, apesar da intensidade de cuidados que muitas vezes dura anos.

Especificamente, o grupo de cuidadores têm favorecido um "fortalecimento da auto-estima," que tem promovido o desenvolvimento da capacidade de adaptação, ajudando conter o nível de stress, estimulando os processos de sensibilização, estratégias avançadas e recursos potenciais de cada um, promovendo relações e formas de socialização e aumentando a adesão à rede social da comunidade.

O segundo nível de intervenção é representado por 3 seminários de dois meses realizados em diferentes lugares da cidade de Florença.

Os seminários envolvem não só cuidadores de família, mas também todos os profissionais envolvidos no cuidado de idosos não auto-suficientes, como voluntários, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, auxiliares de apoio domiciliário etc..

Tais dias-formação de informação são um local de encontro e discussão, oferecendo um serviço de proximidade em situações de cuidados de longa duração, apoiando a família através do reforço das competências e informações sobre questões relacionadas com doenças incapacitantes.

Os discursos são servos públicos, portanto seu envolvimento é gratuito e disponível aos cidadãos e outros profissionais, as suas habilidades, criando uma sinergia entre as diversas áreas do conhecimento.

Os tópicos abordados incluem o conhecimento de patologias na demência a partir de um ponto de vista clínico, mas também de um ponto de vista psicológico, relacional e comunicativa. Compreender a nova condição e necessidades do recetor de cuidados, facilita o cuidador em testar ferramentas e estratégias que podem dar maior confiança no desempenho do seu papel.

Os profissionais que trabalham no campo (enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, assistentes de cuidados ao domicílio) fornecem informações sobre o acesso aos serviços, os fundamentos práticos de como executar o apoio domiciliário (ou seja, as manobras de postura da cama para a cadeira) que evitam acidentes tanto para quem recebe o apoio, mas também para os cuidadores.

Outras questões relacionadas com os direitos e deveres do cuidador contratado pela família, como o contrato de trabalho e a importância do relacionamento interpessoal que se estabelece entre duas culturas diferentes, são abordadas durante os seminários.

Ambas as partes (família e cuidadores) estão diretamente envolvidos e uma atenção especial é dada ao conhecimento mútuo das suas origens culturais para facilitar a compreensão das necessidades de ambos (cliente, da família, cuidador). Durante estes seminários, os assistentes de cuidados familiares e de apoio domiciliário partilharam as suas experiências e sentimentos.

As suas informações são muito valiosas para os serviços públicos, a fim de ajudar a melhorar os serviços com soluções inovadoras mais próximas das necessidades dos prestadores de cuidados.

Ambos os níveis de intervenção mostrados acima são parte integrante do serviço público, não há nenhuma despesa adicional para a autoridade pública, porque cada profissional pode fazer uma mudança para o método próprio de trabalho, com o grupo de apoio, informação e formação à comunidade.

O modelo de intervenção deve ser constantemente comparado com as necessidades emergentes da comunidade local. Isto significa criar um modelo flexível, capaz de mudança de acordo com as novas necessidades emergentes dos beneficiários (assistidas e cuidador).

De forma a dar informações sobre os problemas surgiram durante o arranque e evolução do projeto "Ao seu lado" , onde a sua intervenção teve de ser dividida em 2 fases distintas:

1. Fase experimental;
2. Fase de implementação.

1. Anos 2011 – 2012. Fase Experimental.

O projeto começou em 2011, com uma primeira fase experimental em apenas um distrito da cidade de Florença (cidade distrito n.2). O primeiro passo foi identificar a tipologia do cuidador. Esta categoria foi identificada como membros da família que cuidam dos seus familiares idosos com o apoio dos serviços sociais do Município de Florença.

Normalmente Município de Florença fornece serviços de cuidados domiciliários integrados com o sistema de saúde público da Região Toscana e com a participação de associações de voluntários.

Assim, a cooperação com o voluntariado formal para a co-condução do grupo foi imediatamente acionada, envolvendo também outros residentes cidadãos no distrito da cidade n.2.

O projecto foi coordenado pelos serviços sociais do Município de Florença e a equipa interdisciplinar composta por assistentes sociais e enfermeiros do Município de Florença e do ASL (agência de assistência de saúde local) de Florença.

Os participantes foram identificados por assistentes sociais por meio de entrevista, questionário e metodologia CBI.

As entrevistas individuais com assistentes sociais, foram importantes para definir os temas recorrentes trazidas pelos cuidadores.

Cada grupo era composto por 2 mediadores, um assistente social e um enfermeiro, e 12 - 14 participantes.

A duração foi definida de nove meses, de outubro a junho, e a frequência foi definida numa reunião de 90 minutos, a cada 2 semanas. Os locais foram identificados em bibliotecas localizadas no distrito e as reuniões foram feitas no período da tarde.

Os participantes do grupo de apoio delinearam a agenda. Os principais tópicos de discussão foram sobre as dificuldades diárias relacionadas com o papel de cuidador, a gestão da relação com o recetor de cuidados e a necessidade de compreender os resultados emocionais e comportamentais ligados ao declínio cognitivo do seu recetor de cuidados a idosos.

Intervenções periódicas com especialistas externos, tais como psicólogos, fisioterapeutas e geriatras foram muito importantes para definir o perfil social e médico de cada recetor de cuidados e seu próprio consentimento de cuidados.

Esta primeira fase foi útil para levantar algumas questões que afetam o atendimento ao grupo de apoio. Especialmente do ponto de vista dos cuidadores, encontramos uma cultura centrada no indivíduo, uma relação de confiança escassa com o apoio do grupo, e um alto grau de alienação da vida social, devido ao longo período de assistência. Obviamente, essas considerações são diferentes dependendo de fatores pessoais, como a idade, o contexto familiar, história pessoal, valores, etc.

Os assistentes sociais e profissionais do sistema social e de saúde perceberam que o grupo não era um «recurso» eficaz para o cuidador e perguntaram-se a si mesmos como desenvolver o interesse e cultura para o apoio do grupo?

A resposta foi desenhar uma série de intervenções na comunidade, a rever a metodologia profissional (assistentes sociais, médicos, enfermeiros) a realização, acompanhamento e monitorização do grupo de apoio.

Esta revisão dos critérios do grupo de trabalho trouxe em 2012 para a organização da primeira edição dos seminários com base em três dias de informação para a comunidade da cidade, sobre o tema de cuidados contínuos e estratégias de intervenção com os pacientes com demência ou doença de Alzheimer.

A agenda dos primeiros momentos foi a seguinte:

Dia 1

"Aprender a fim de compreender: As mudanças que a demência traz para a pessoa e os membros da família"

"Comunicação: não ser capaz de compreender os outros e eles não serem capazes de compreender"

"Ferramentas e técnicas para melhorar a comunicação"

«A relação com a pessoa idosa com demência: terapia com animais de estimação»

Dia 2

"O cuidador membro da família, um recurso a valorizar e apoiar"

"Sugestões práticas para a assistência à pessoa"

"Método Cinesiologia, útil para a capacidade de agir da pessoa não auto-suficiente"

Exemplos práticos

Dia 3

"Quais são as dificuldades quando a família decide contratar um cuidador?"

"Duas histórias (cuidador do idoso) e dois tipos de necessidade encontro... como tornar o encontro fácil?"

"Informações gerais sobre a contratação de um cuidado da família"

As suas histórias: partilha de histórias

Durante a fase experimental foram desenvolvidos também algumas ferramentas de avaliação sobre a eficácia do apoio do grupo sobre o participante cuidador.

Estas ferramentas são baseadas na ICC (INVENTÁRIO DA CARGA DO CUIDADOR) 1.

ICC é um questionário de múltipla escolha composto por 24 itens, divididos em 5 dimensões de carga, através dos quais é possível calcular a pontuação individual da pessoa, além da pontuação total de carga.

Esta escala oferece uma visão multidimensional da experiência de cuidados dando, uma vez que inspeciona 5 diferentes tipos de carga (burden).

- 1) A dependência - tempo carga
- 2) O desenvolvimento da carga
- 3) Carga física
- 4) Carga social
- 5) Carga emocional

O ICC é feito antes de entrar no grupo, a fim de trazer para fora o grau geral de stress do cuidador.

O questionário é auto administrado pelo cuidador, portanto, as respostas estão relacionadas com a perceção que a pessoa tem de sua própria condição.

O seu formato é dividido em 5 áreas, cada uma composta de 4/5 questões, para cada uma das quais está relacionado um grau de avaliação, de 0 a 4:

0 = nada

1 = pouco

2 = moderado

3 = bastante

4 = muito

O questionário ICC foi aplicado a um primeiro grupo de 12 cuidadores no início do programa. Os resultados foram que, para as primeiras três dimensões, a pontuação das formas era muito alta. O valor mais alto prevalece «4 = muito» Nas dimensões 4 e 5, a pontuação oscila entre «0 = nada» e apenas alguns «3 = bastante».

Depois de 9 meses foi feita uma primeira avaliação dos resultados obtidos com a participação de profissionais de saúde para os grupos. A avaliação foi feita com base numa amostra de 12 participantes. Alguns deles participaram no grupo desde o início, outros só durante alguns meses. Observamos diferenças significativas.

Na segunda dimensão «Desenvolvimento da Carga» e na 3ª dimensão «Carga física» era evidente uma diminuição significativa da escala de itens de valor.

2. Anos 2013 - 2014. Fase da Implementação.

A segunda fase do programa (2013 - 2014) teve o objetivo de difundir o projeto para as outras 4 cidades do distrito de Florença.

Primeiro de tudo foi realizado um workshop de 3 com uma reunião cujo objetivo era educar os 4 novos mediadores do grupo. O grupo-alvo do workshop eram assistentes sociais e enfermeiros. O workshop permitiu a implementação do projeto em outras 4 cidades do distrito de Florença, num total de 46 cuidadores participantes. A monitorização foi feita com verificação periódica das atividades desenvolvidas em cada grupo. A campanha de informação e sensibilização foi feita envolvendo agentes de serviços sociais e centros de saúde.

Durante esta fase surgiram alguns como ponto fraco, o número limitado de pessoas envolvidas nos grupos. Esta fraqueza teve a ver com:

1. O aumento do número de mediadores treinados com outros cursos de formação;
2. O aumento da campanha de informação e sensibilização a outros pontos públicos da cidade de contacto para a população de Florença (ou seja, centros de Alzheimer, centros de idosos etc ...);
3. O envolvimento dos assistentes sociais e enfermeiros na informação e sensibilização sobre os serviços oferecidos pelo projeto.