**Projeto de Elaboração e Criação de Programa de Cuidados ao Idoso**

**Frederico S. Falcão**

**PROJETO DE ATENÇÃO AO IDOSO – PAI**

Mais autogerenciamento, mais autoconfiança e retenção funcional entre pessoas idosas vulneráveis ​​- essa é a forma de abordagem idealizada para este Projeto de Atenção ao Idoso (PAI). Com uma proposta inovadora, este programa integra a eficiência nos cuidados ao idoso, tomando por iniciativa a ampliação de redes geriátricas regionais com o propósito de envolver outras sistemáticas já existentes, alinhando a outros tipos de apoio, tais como: bem-estar, moradia e financiamento.

**Cuidados de recuperação:**

1. **Recuperando as perdas funcionais**

Neste “Cuidados de recuperação”, exemplifica-se como o cuidado pode contribuir para restaurar e manter a saúde de idosos vulneráveis ​​após a internação hospitalar (aguda).

Apresentando uma ampla visão dos vários pontos que se enquadram individualmente, em outros componentes individuais, como os vários [instrumentos de rastreio](http://www.nfu.nl/publicaties/resultaten-en-voortgang-nationaal-programma-ouderenzorg/%7Bpage_2118%7D) e o conteúdo do [plano de cuidados](http://www.nfu.nl/publicaties/resultaten-en-voortgang-nationaal-programma-ouderenzorg/%7Bpage_2119%7D).

* **Modelo de cuidados**

**Objetivo**

* Rastreio diagnósticos e intervenções destinados a manter ou melhorar o funcionamento (físico).
* Projeto de transição
* Resultado: Atendimento domiciliar que permite a identificação rápida e eficiente de idosos com maior risco de perda funcional. Posteriormente, uma abordagem sistemática garante a prevenção de complicações hospitalares evitáveis, em que a retenção da função é rastreada. Este método de trabalho foi investigado no hospital de origem e os dados preliminares mostram um funcionamento significativamente melhor após a alta hospitalar aos três meses.
* Objetivo: Rastreamento de pacientes idosos hospitalizados para um risco aumentado de perda funcional.
* Projeto de Implementação.
* Resultado: Como uma ferramenta de triagem rápida. Consegue-se obter mais informações.
* Objetivo: Avaliação sistemática (CCGG) e intervenções destinadas a manter a função na 1ª e 2ª linha.
* Projeto de Implementação.
* Resultado: Aplicação do guia prático de cuidados e intervenções extras sobre humor, cognição e Polifarmácia.
* **Transmurais**
* Objetivo: Atendimento integral ao idoso com o objetivo de manter a funcionalidade por meio de boa coordenação entre a 1ª e a 2ª linha no cuidado de idosos agudamente hospitalizados.
* Projeto de transição.
* Resultado: Cuidado consiste em três fases

1. Identificação de idosos frágeis durante a internação e uso de intervenções.
2. A Enfermeira de distrito vem para o hospital para transferência.
3. A enfermeira distrital orienta as pessoas idosas após a hospitalização e concentra-se na recuperação do funcionamento.

* **Curso eficaz de cuidado de idoso.**

**Objetivo:**

* Módulo de treinamento para a prática de enfermagem e enfermeira do distrito para atendimento proativo integrado para idosos vulneráveis.
* Projeto de transição
* Resultado: O cuidar do Idoso abre um grande diferencial no que diz respeito ás técnicas usuais da Enfermagem, quando comparável com o hospitalar e o domicilio.

* **Avaliação sistêmica**

**Objetivo**

* Medição sistemática e linear da análise do resultado relevante para o paciente, que também pode ser usado para medir a gravidade do cuidado, a adequação do atendimento e como uma referência para o resultado do cuidado ou intervenção.
* Projeto de Investigação
* Resultado: Oferecer atendimento adequado a idosos vulneráveis ​​sob todas as condições, resultando em um instrumento com o qual os cuidados apropriados podem ser indicados. Além disso, relatar resultados relevantes para o paciente, como melhora.
* **Carta do paciente X Resumo de alta**

**Objetivo**

* Transferência de informações em linguagem compreensível para o paciente e seus familiares após a alta do hospital, dando uma carta pessoal e não só um resumo de alta com suas terminologias que dificultam o entendimento dos familiares.
* Projeto de Implementação
* Resultado: Boa transferência de informações para os mais velhos e seus entes queridos.
* **Gestão de Risco**

**Objetivo**

* Triagem de pacientes idosos para vulnerabilidade, para que medidas corretas possam ser tomadas no gerenciamento de risco e, se necessário, um caminho de atendimento individual possa ser implantado.
* Projeto de transição
* Resultado: Nos hospitais que participarão do projeto, o método de triagem que ora fora criado para o PAI será aplicado como auxílio na alocação da capacidade das equipes geriátricas.
* **Vias de cuidados e reabilitação**

**Objetivo**:

* O desenvolvimento de caminhos de cuidados interfuncionais que se concentram em manter e promover a reabilitação.
* Projeto de transição
* Resultado: As vias de cuidado para pacientes idosos agudamente admitidos e para pacientes ortopédicos que forem (re) arranjados para cirurgia nos joelhos ou quadris. As diretrizes foram inventariadas, elaboradas, atualizadas, complementadas e / ou refinadas e o nível de conhecimento de médicos e enfermeiros aumentará. Um modelo de qualidade da cadeia será desenvolvido para caminhos de cuidados interinstitucionais.
* **Garantindo a função geriátrica em torno do paciente**

**Objetivo**

* Alcançar uma coordenação adequada de responsabilidades e tratamento para que o paciente receba o cuidado certo no lugar certo em todos os momentos do processo.
* Projeto de Transição
* Resultados: Com o instrumento que fora desenvolvido para a Triagem, com o qual a forma correta de cuidados posteriores possa ser determinada o mais rapidamente possível no hospital. Um Departamento de Transferência para pacientes com problemas cognitivos poderá ser aberto para pacientes idosos que desenvolvem problema cognitivo no hospital, partindo do principio de uma segunda e uma primeira linha redesenhada para tal propósito.
* **Otimização e Transição**

**Objetivo**

* Melhorar as transições entre os prestadores de cuidados de saúde, desenvolvendo uma transferência digital uniforme em termos, de forma e conteúdo na região. Esforço extra para melhorar a continuação do atendimento na cadeia de atendimento.
* Projeto de Transição
* Resultados: Uma comunicação digital significativa na região será alcançada através dos estabelecimentos interligados com todas as partes regionais, através de software ou aplicativo digital. Os enfermeiros de implementação que foram implantados na cadeia do sistema assegurarão a melhoria da cooperação e coordenação do método de reabilitação nas organizações da cadeia.
* **Programa de Cuidados para Prevenção e Recuperação**

**Objetivo**

* Identificação precoce de idosos frágeis e intervenções destinadas a manter ou melhorar o quadro do idoso.
* Projeto de Transição
* Resultado: A identificação rápida e eficiente de pessoas idosas com risco aumentado de perda de função é possível, seguida de uma abordagem sistemática visando à retenção. Papel central para o gerente de caso.
* **Centro de Prevenção e Recuperação**

**Objetivo**

* Cuidados intensivos de recuperação após a admissão, visando manter ou melhorar o funcionamento.
* Projeto transição
* Resultado: Cuidado intensivo de recuperação, com um papel central para o gerente do caso.
* **Gerenciamento**

**Objetivo**

* Fortalecer o autogerenciamento do idoso que retorna à situação domiciliar após uma curta permanência na clínica de reabilitação; o "empoderamento" mais antigo em seu próprio quadro clínico e insight do conhecimento, em suas limitações e especialmente nas possibilidades remanescentes e na própria rede social pessoal.
* Projeto de transição
* Resultado: Fortalecer o autocontrole do paciente (por meio de entrevista motivacional) e a rede social (participação). Tornar claro, juntamente com o paciente, quais são os seus desejos e necessidades, e como isto se ajusta às suas possibilidades remanescentes. Elaboração de um plano de tratamento conjunto baseado em desejos e necessidades. Assegure a transferência adequada entre a segunda e a primeira linha.
* **Caminhos da recuperação**

**Objetivo**

* Desenvolvimento, avaliação e implementação de uma linha de cuidados de reabilitação geriátrica para o grupo alvo outros diagnósticos.
* Projeto de Transição
* Resultado: Avaliação de um programa de atendimento multidisciplinar para os idosos que são admitidos em um departamento de tratamento de reabilitação geriátrica após um acidente vascular cerebral e, em seguida, à situação de casa.

**Descrição e resultados possíveis dos componentes de cuidados**

**Modelo de atendimento de defesa**

O modelo de cuidados de defesa é uma abordagem de três etapas para evitar a perda de função em idosos que são internados agudamente no hospital.  A abordagem vem por garantir uma identificação rápida e eficiente dos idosos com risco de perda de função, e oferecer um instrumento de diagnóstico para mapear as condições geriátricas e concluir por uma intervenção geriátrica personalizada. Assim são explicados abaixo.

1º Passo: Rastreio: Todos os idosos admitidos com 65 anos ou mais são rastreados. Este é um questionário amigável, composto de quatro perguntas sim / não que podem ser questionadas por uma enfermeira ainda na enfermaria.  Com uma pontuação de dois ou mais, há um risco aumentado de perda de função e o idoso passa para a etapa dois.

2º Passo: Avaliação Geriátrica Diagnóstica (AGD): A AGD consiste em perguntas sobre problemas geriátricos comuns. Essas perguntas são baseadas em instrumentos de medição testados. No final deste questionário, o enfermeiro tem um quadro completo da presença de problemas geriátricos em idosos.

3º Passo: Intervenção Geriátrica: Com base nos achados da AGD, o enfermeiro decide se a consulta com uma equipe de consulta geriátrica é necessária. Juntamente com a equipe geriátrica e os idosos, analisamos quais problemas serão resolvidos. Para quase todos os problemas, há um plano passo a passo com mais diagnósticos e intervenções que podem ser usados ​​pelo enfermeiro. Objetivos, intervenções e acordos são registrados em um plano de tratamento de saúde.

Com o resultado do desenvolvimento do modelo de cuidados DEFESA, dentro das pontes de cuidados transmurais, os idosos recebem cuidados hospitalares geriátricos melhorados de acordo com o modelo de cuidados DEFESA e uma ponte é então construída para a atenção primária, representada por uma enfermeira distrital. O enfermeiro do distrito é apresentado ao paciente durante a internação e recebe uma transferência com os achados da AGD e do plano de tratamento. Após a hospitalização, são supervisionados pelo enfermeiro distrital, no qual o objetivo principal da recuperação está funcionando. A intensidade e o conteúdo das visitas domiciliares são personalizados; o plano de tratamento e os resultados da AGD são centrais, complementados por intervenções padronizadas baseadas em evidências por visita domiciliar. Em média, cinco visitas domiciliares acontecem. Durante a primeira visita domiciliar, a ênfase é na transferência de medicamentos e no inventário dos cuidados e cuidados informais envolvidos. Visitas posteriores tratam de temas como desnutrição, sistema social e moradia e bem-estar. Um dos princípios mais importantes do PAI é a participação do eu antigo, tanto por indicar o que ele considera importante, mas especialmente por trabalhar ativamente na recuperação. Os efeitos da ponte de cuidados estarão sendo medidos por meio de um estudo multicêntrico. O número pretendido de pacientes será incluído em coleta de dados.

**Prática de Suporte Prático para Cuidados com o Idoso**

Desenvolver treinamento para a prática de apoio aos idosos. Este é um projeto de treinamento que leva em torno de 10 dias, composto por três módulos, nos quais os enfermeiros do nível cinco são treinados para fornecer cuidados de primeira linha eficazes ao paciente idoso.

Os conteúdos dos módulos são:

1) Orientação sobre o cuidado ao idoso, com ênfase nos referenciais que formam a base do cuidado ao idoso na situação de moradia. Entre outras coisas, atenção é dada às competências, pensamento orientado a problemas, triagem e diagnóstico para idosos frágeis, fazendo um plano de tratamento e um mapa social.

2) Problemas somáticos, este módulo lida com problemas somáticos comuns e fornece treinamento em habilidades de comunicação.

3) Problemas psicogeriátricos , com atenção para problemas psicogeriátricos, como problemas cognitivos, ansiedade e solidão, e também para o cuidado informal e a carga de cuidado informal.

Este treinamento deverá ser oferecido pela instituição governamental, ainda que seja terceirizada sua aplicação.

Os enfermeiros que participam do projeto participarão desse treinamento. As respostas ao treinamento serão de fato positivas, com as enfermeiras encontrando no treinamento um enriquecimento de sua profissão.

**Escala de Deficiência Linear de Amsterdã**

O tratamento está incluído como uma medida de resultado relevante para o paciente idoso. Enquadramento e medição é um estudo sobre a avaliação correta e os resultados dos cuidados de reabilitação e reabilitação geriátrica. A decisão foi tomada para medir o funcionamento físico através do ALDS.

 O Índice de Deficiência Linear de Amsterdã (ALDS) é um banco de itens genérico calibrado que pode medir o nível específico de funcionamento físico em pacientes com várias doenças e distúrbios, um tipo de teste de cito para o funcionamento físico.

**Carta do paciente**

Uma hospitalização é um evento importante para um paciente. Após a alta hospitalar, o paciente tem que lidar com novas regras de vida, medicação e consultas de acompanhamento com (diferentes) prestadores de cuidados no hospital. Uma vez em casa, muitas vezes há muitas incertezas e o paciente tem dúvidas. A carta do paciente é um projeto que tem como objetivo uma boa preparação para a demissão e uma transferência eficiente de informações, a fim de evitar complicações indesejáveis, por exemplo, como resultado da ingestão incorreta de medicamentos.

A carta do paciente é uma carta escrita em linguagem clara para o paciente, escrita por um co-assistente ou assistente do médico, na qual o paciente é informado sobre quais tratamentos e exames foram realizados no hospital, quais medicamentos devem tomar, quais dieta e regras de vida, para quem eles podem ir e com perguntas ou complicações após a alta do hospital. A carta do paciente é explicada oralmente ao paciente e seus cuidadores durante uma entrevista de alta. A carta do paciente faz parte da educação para co-assistentes na unidade hospitalar, e é armazenada no sistema hospitalar e é, portanto, acessível a todos os prestadores de cuidados e ao clínico geral. Não conta como um substituto para a transferência médica regular. Esta carta promove o controle e a autossuficiência do próprio paciente.

**Gerenciamento de risco**

A fim de identificar os idosos vulneráveis ​​no hospital o mais rápido possível, uma triagem para a vulnerabilidade será introduzida no hospital. Com base em pesquisas, será desenvolvido um método no qual os resultados da triagem em quatro áreas de risco no contexto do Sistema de Gerenciamento de Segurança (SGS) serão usados ​​para identificar idosos vulneráveis. Assim que os idosos vulneráveis ​​entrarem no quadro, uma equipe geriátrica será avisada de que os problemas e riscos serão identificados de forma abrangente e um atendimento individual será preparado para o paciente, quando necessário.

**Caminhos de atendimento especifico**

Um caminho de atendimento específico será organizado para diferentes grupos-alvo (grandes). As diretrizes serão inventariadas, elaboradas, atualizadas, complementadas e / ou refinadas.

No tratamento agudo para pacientes idosos no hospital, a identificação precoce de riscos e complicações e um método de trabalho pró-ativo serão implementados. Uma equipe de geriatria será montada e o nível de conhecimento de médicos e enfermeiros no hospital serão ampliado. O caminho ideal de cuidados Peri-operatório: de casa para casa para pacientes ortopédicos que são admitidos para cirurgia em joelhos ou quadris será descrito na colaboração multidisciplinar entre o hospital e as USF, clínicos gerais e fisioterapeutas. Por fim, no subprojeto será desenvolvido um modelo de qualidade da cadeia para os percursos de atendimento interinstitucional. O modelo prevê consultas de qualidade com todos os profissionais da cadeia em que os casos são discutidos, indicadores mensuráveis ​​de qualidade serão visualizados e convertidos em ações de melhoria.

**Garantia da função geriátrica em torno do paciente**

Para garantir que a função geriátrica seja garantida a todo o paciente, é importante que o paciente receba a forma correta de atendimento no local certo em todos os momentos do processo. Um instrumento desenvolvido para a Triagem, com o qual a forma correta de cuidados posteriores pode ser determinada o mais rapidamente possível no hospital. Um Departamento de Transição para pacientes com problemas cognitivos poderá ser criado para pacientes idosos que desenvolvem um problema cognitivo no hospital. Para eles, acabaria por ser uma boa opção de cuidados posteriores, pelo que estes doentes permanecem no hospital por um período desnecessariamente longo, com todas as consequências prejudiciais que isso acarreta.

Com a criação do departamento de transição para idosos, o médico, equipe de enfermagem e fisioterapias trabalhariam em conjunto na recuperação da funcionalidade e no diagnóstico de problemas cognitivos. Idosos com problemas de queda seriam encaminhados para a clínica de queda, onde a geriatria permite que a função geriátrica em torno do paciente seja mais bem protegida, proporcionando uma redução nos custos, e que esses custos sejam economizados.  .

**Otimização de transições**

A transição suave do hospital para uma forma de cuidados posteriores, na qual a transferência e a digitalização da Transmural são indispensáveis, é crucial para a recuperação. Uma comunicação digital significativa na região será alcançada através dos estabelecimentos interligados com todas as partes regionais, através de software ou aplicativo digital. Os enfermeiros de implementação que foram implantados na cadeia do sistema assegurarão a melhoria da cooperação e coordenação do método de reabilitação nas organizações da cadeia.

**Caminho da recuperação**

Visando o desenvolvimento, implementação e avaliação de um percurso de cuidados a idosos com problemas complexos que são admitidos num departamento de cuidados de reabilitação geriátrica e depois regressarem à situação de casa. O objetivo deste projeto é melhorar a qualidade do atendimento, introduzindo o caminho da assistência e, assim, melhorar o funcionamento da pessoa de reabilitação e seu cuidador.

O grupo-alvo da assistência consiste em pessoas com 60 anos ou mais que são internadas em um departamento de tratamento e reabilitação após serem admitidas em um hospital devido a problemas complexos. Cuidadores informais também estão envolvidos no caminho do cuidado.

O percurso assistencial abrange todo o processo, desde a internação hospitalar e o tratamento de reabilitação geriátrica até a alta hospitalar para a situação domiciliar. As características mais importantes da trajetória assistencial são a indicação de um coordenador de atenção que coordena a assistência às pessoas do grupo-alvo durante todo o processo de cuidado. Esse coordenador forma o elo entre os profissionais envolvidos nos diversos contextos assistenciais. Entre outras coisas, o coordenador se concentra em melhorar a triagem no hospital para atendimento de reabilitação (geriátrica) e melhorar a transferência entre os profissionais envolvidos durante as transferências entre os ambientes de atendimento. O coordenador também garante que haja um ponto de contato claro para o cliente e o cuidador em cada ambiente.

 .

Muitos idosos (vulneráveis), quando se trata de seus cuidados médicos, não veem mais a floresta para as árvores. Às vezes, eles recebem de sete ou mais médicos e de várias instituições assistenciais e assistenciais, além de assistência médica e de enfermagem, todos os tipos de serviços que devem apoiar a vida diária. Não apenas o paciente em si, mas também seu cuidador e os profissionais envolvidos correm o risco de perder a visão geral. A criação de do Programa Atenção ao Idoso – PAI forneceria uma ampla gama de inovações e avaliações inteligentes de saúde que poderiam ajudar a derrubar a barreira dos cuidados fragmentados e insuficientes ou descoordenados e torná-los melhores e mais eficazes.  .

**Pontos de atenção**

Os vários líderes do projeto formularam os seguintes pontos (frequentemente correspondentes) para atenção ao trabalhar com planos de cuidados.

1. **Tempo e prioridade** para o inventário de problemas, preparação do plano de cuidados, consulta com todos os envolvidos. Este método requer uma organização prática diferente.
2. **Combine os desejos e necessidades dos idosos.**As metas estabelecidas e as intervenções propostas às vezes não correspondem adequadamente às necessidades do paciente. Além disso, às vezes, é difícil que os planos de cuidados sejam deixados com o paciente.
3. **Colaboração multidisciplinar**, acordos de trabalho entre prestadores de cuidados, compartilhamento de informações com pacientes, cuidadores informais e prestadores de cuidados profissionais.
4. **Acompanhamento e avaliação substantiva.**Isso também é difícil de registrar e encontra gargalos organizacionais.
5. **Treinamento e coaching**, especialmente na fase inicial. Tanto no que se refere ao trabalho com planos de cuidados, quanto no trabalho multidisciplinar, dando espaço ao idoso e estimulando habilidades de autogerenciamento.

Programa de Atenção ao Idoso - PAI, com o objetivo de desenvolver as competências de diversos profissionais necessários para os diversos aspectos do cuidado ao idoso.