



DOI:10.9789/2175-5361.rpcfo.v17.13922

Ahead of Print

Camila de Abreu Arruda¹ 0009-0004-0050-3748
Joyce Nyanzu² 0009-0004-6933-0785
Carolina Sales Galdino³ 0000-0003-1813-9724
Isabela Silva Cancio Velloso⁴ 0000-0001-5408-0825
Carolina da Silva Caram⁵ 0000-0001-6219-3301
Viviane Rodrigues Jardim⁶ 0000-0002-8593-2119
Matheus Vitoriano Serrão⁷ 0009-0003-0627-5566

^{1,2,3,4,5,7} Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

⁶ Hospital das Clínicas da UFMG, Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

AUTOR CORRESPONDENTE: Carolina Sales Galdino

E-mail: carolgaldino_17@hotmail.com

Recebido em: 08/05/2025

Aceito em: 29/07/2025

Como citar este artigo: Arruda CA, Nyanzu J, Galdino CS, Velloso ISC, Caram CS, Jardim VR, Serrão MV. Análise de planos de cuidados individualizados de idosos frágeis em cuidados paliativos. R Pesq Cuid Fundam (Online). [Internet]. 2025 [acesso em dia mês ano];17:e13922. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v17.13922>.

ANÁLISE DE PLANOS DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADOS DE IDOSOS FRÁGEIS EM CUIDADOS PALIATIVOS

ANALYSIS OF INDIVIDUALIZED CARE PLANS FOR FRAIL ELDERLY PEOPLE IN PALLIATIVE CARE

ANÁLISIS DE PLANES DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADOS PARA PERSONAS MAYORES FRÁGILES EN CUIDADOS PALIATIVOS

RESUMO

Objetivo: analisar o potencial das informações que compõem o plano de cuidados individualizados (PCIs) para o acompanhamento compartilhado do indivíduo idoso frágil pelas diferentes equipes envolvidas no apoio matricial. **Metodologia:** estudo qualitativo, em que

foram analisados 9 PCIs de pacientes idosos frágeis em cuidados paliativos, acompanhados por um programa de apoio matricial, em Belo Horizonte. As informações foram submetidas a Análise Documental. **Resultados:** foram observadas fragilidades como a falta de sistematização entre os planos e a ordenação dos elementos, a ausência da definição de metas terapêuticas e as intervenções de caráter médico centrado e generalizadas. Em contrapartida, o genograma e o ecomapa estão estruturados de forma a favorecer a contextualização social e familiar do idoso. **Conclusão:** os PCIs cumprem o papel de proporcionar a continuidade do cuidado entre as diferentes equipes de saúde, mas aperfeiçoamentos podem ser realizados para potencializar sua funcionalidade.

DESCRITORES: Cuidados paliativos; Saúde do idoso; Equipe de assistência ao paciente.

ABSTRACT

Objective: to analyze the potential of the information that makes up the individualized care plan (ICP) for the shared monitoring of frail elderly individuals by the different teams involved in matrix support. **Methodology:** qualitative study, in which 9 ICPs of frail elderly patients in palliative care, monitored by a matrix support program, in Belo Horizonte, were analyzed. The information was submitted to Document Analysis. **Results:** weaknesses were observed, such as the lack of systematization between the plans and the ordering of the elements, the absence of the definition of therapeutic goals and the interventions of a medically focused and generalized nature. In contrast, the genogram and the ecomap are structured in a way to favor the social and family contextualization of the elderly. **Conclusion:** the ICPs fulfill the role of providing continuity of care among the different health teams, but improvements can be made to enhance their functionality.

DESCRIPTORS: Palliative care; Health of the elderly; Patient care team.

RESUMEN

Objetivo: analizar el potencial de la información que compone el plan de cuidados individualizado (PCI) para el seguimiento compartido del anciano frágil por los diferentes equipos implicados en el apoyo matricial. **Metodología:** estudio cualitativo, en el que se analizaron 9 ICP de pacientes ancianos frágiles en cuidados paliativos, acompañados de un

programa de apoyo matricial, en Belo Horizonte. La información fue enviada a Análisis de Documentos. **Resultados:** se observaron debilidades como la falta de sistematización entre los planes y el ordenamiento de los elementos, la ausencia de definición de metas terapéuticas y las intervenciones de carácter médico-enfocado y generalizado. En cambio, el genograma y el ecomapa están estructurados de forma que favorecen la contextualización social y familiar de las personas mayores. **Conclusión:** los PCI cumplen el rol de dar continuidad asistencial entre diferentes equipos de salud, pero se pueden realizar mejoras para potenciar su funcionalidad.

DESCRIPTORES: Cuidados paliativos; Salud del anciano; Grupo de atención al paciente.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial. No Brasil, observa-se, desde a década de 1970, uma transição demográfica caracterizada pelo crescimento da parcela de idosos que se justapõe à queda no percentual de crianças, relacionado ao aumento da expectativa de vida e à queda nas taxas de natalidade.¹

Concomitantemente ao envelhecimento, há o adoecimento dessa população, devido ao acometimento por doenças crônicas, cuja baixa efetividade do tratamento tende a levar à perda funcional e consequente fragilidade da população idosa.² Indivíduos idosos frágeis são aqueles que apresentam redução da reserva homeostática ou da capacidade de adaptação a agressões biopsicossociais e, devido a isso, estão sujeitos ao aumento da vulnerabilidade, bem como ao declínio funcional e suas consequências.³

Neste cenário, as práticas de Cuidados Paliativos (CPs) se tornam relevantes, já que proporcionam, a pessoas com doenças ameaçadoras da vida e seus familiares, conforto e alívio dos sintomas, evitando procedimentos fúteis e proporcionando qualidade de vida e dignidade diante do processo de adoecimento.⁴ Os CPs vislumbram medidas como a prevenção e identificação precoce de sinais e sintomas como dor, náusea e dispneia, além de contemplarem analgesia, diminuição do sofrimento e de outros sintomas psicossociais e espirituais.⁴

Para que os objetivos dos CPs sejam alcançados, é necessária a atuação de uma equipe de saúde multiprofissional, com uma visão global do paciente.⁵ Assim, cada profissional contribui com conhecimentos específicos e habilidades técnicas para que o cuidado seja prestado de forma ampliada e diversificada, levando em conta todos os aspectos do paciente.⁵ Além disso, é necessário que a equipe trabalhe em prol da priorização do vínculo e da comunicação efetiva entre profissionais, profissional/paciente e familiares.⁶ É preciso que a equipe conheça o significado do conforto específico para cada paciente e planeje os cuidados de forma individualizada, garantindo a efetividade terapêutica.⁷

Neste contexto, o apoio matricial (AM) ou matriciamento na atenção à saúde da pessoa idosa frágil em CPs é uma estratégia inovadora, que combina serviços assistenciais e educacionais contínuos, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).⁸ O AM é a comunicação entre equipes da Rede de Atenção à Saúde (RAS) de diferentes pontos da rede, de forma a conduzir o cuidado do paciente, por meio do compartilhamento de informações e discussões de casos.⁹ Abrange equipes de referência da Atenção Primária à Saúde (APS) e equipes de apoio matricial composta por profissionais especialistas⁸, de forma que a equipe da APS tenha um suporte teórico-clínico específico, relacionado aos acometimentos do paciente idoso frágil.⁹

O produto final do AM é a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS), também chamado de Plano de Cuidados Individualizado (PCI). O PCI é uma ferramenta composta por um conjunto de propostas de condutas terapêuticas, organizadas de forma articulada com a equipe de referência, equipe especializada, paciente e familiares considerando as fragilidades e o contexto do indivíduo na sociedade, podendo ser usado nos diferentes níveis de atenção.¹⁰ No cenário da pessoa idosa frágil, o PCI é baseado na estratificação de risco, no diagnóstico multidimensional, na definição de metas terapêuticas e proporcionalidade terapêuticas, de intervenções curativas, reabilitadoras, paliativas e cuidados de fim de vida. Consideram-se os aspectos epidemiológicos, nutricionais e de suporte familiar.¹⁰

O modelo de atenção matricial na atenção à saúde do idoso frágil em CPs é algo ainda em fase de construção no país e atende a necessidades dos serviços de saúde. Por sua fácil

operacionalização, o AM é uma boa ferramenta para as equipes de referência na avaliação no seguimento de indivíduos idosos.⁸

Em maio de 2024, foi instituída a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), por meio da portaria GM/MS Nº 3.681. Os pilares em que se baseiam a PNCP são: foco na equipe multiprofissional, transmissão de conhecimentos e educação em saúde acerca dos CPs e acesso aos materiais necessários para a promoção do cuidado.¹¹ Para isso, a PNCP propõe a criação de mais de mil equipes multiprofissionais capacitadas em todo o país, que serão divididas em equipes matriciais e equipes assistenciais, a fim de gerir o serviço e atender a população, respectivamente.¹¹

Nesse contexto, o PCI assume extrema relevância, por se tratar de um instrumento de comunicação entre as equipes de saúde, por meio da coordenação do cuidado pela equipe de referência e a longitudinalidade do cuidado no atendimento ao paciente na RAS.¹⁰ Assim, o PCI é a comunicação, o elo que servirá de base para a gestão do cuidado individualizado aos pacientes. Na literatura os estudos sobre o PCI são majoritariamente voltados na área da Saúde Mental¹², existindo uma lacuna de conhecimento em relação ao PCI em outras áreas da atenção à saúde. Desta forma, justifica-se este estudo por contribuir no desenvolvimento do conhecimento acerca de ferramentas utilizadas no AM em CPs, em especial o PCI. Assim questiona-se: Qual o potencial das informações que compõem o PCI para o acompanhamento compartilhado do idoso frágil pelas diferentes equipes envolvidas no apoio matricial?

Esta pesquisa tem como objetivo analisar o potencial das informações que compõem o PCI para o acompanhamento compartilhado do idoso frágil pelas diferentes equipes envolvidas no apoio matricial.

METODOLOGIA

Este estudo é um subprojeto do Projeto de Pesquisa intitulado “Repercussões do apoio matricial em cuidados paliativos a idosos frágeis no domicílio na perspectiva de cuidadores familiares”. Trata-se de um estudo qualitativo, que tem entre suas premissas a compreensão e interpretação de uma situação que não pode ser entendida e analisada apenas com a operacionalização de variáveis, mas trabalha com significados, motivos e

valores do porquê algo acontece.¹³ Neste estudo, busca-se a compreensão das informações presentes nos PCIs de indivíduos idosos frágeis em CPs e como essas informações podem contribuir para a continuidade do cuidado compartilhado por diversos profissionais da RAS.

O programa Matrix 10 foi o cenário do estudo. O programa foi criado em 2021, por profissionais especialistas do ambulatório de Geriatria e Gerontologia do Hospital Universitário da UFMG (HC-UFMG), como um programa de AM para pacientes idosos frágeis, em terminalidade de vida. A equipe do Programa é composta por médicos geriatras, enfermeiros gerontólogos, residentes médicos e enfermeiros, que formam uma equipe multidisciplinar. Foi criado para garantir suporte especializado na gestão de casos complexos, tendo como objetivo o monitoramento das condições clínicas realizadas por meio de contato regular com a equipe de referência do paciente na APS, de forma remota ou presencial. O Programa também oferece educação em saúde aos cuidadores familiares dos idosos por meio de encontros virtuais semanais. Além disso, há um grupo permanente para os cuidadores, coordenado por profissional do Serviço Social Geriátrico do HC-UFMG, que realiza encontros para os enlutados dos familiares dos idosos que evoluem para óbito no decorrer de sua inserção nas atividades do Programa.

Os idosos são classificados conforme seu grau de vulnerabilidade, sendo idosos frágeis de alta complexidade aqueles que podem ter ganho funcional com o atendimento do especializado, sendo acompanhados ambulatorialmente até receber alta, o que pode acontecer após o ganho funcional ou pela evolução da fragilidade para a baixa complexidade.³ Esses indivíduos que evoluem, em seu grau de fragilidade, com perdas funcionais e recebem alta são os pacientes idosos acompanhados pelo programa Matrix 10. Apresentam condições frágeis e requerem CPs no domicílio, sendo referenciados para a APS de referência, com um PCI que abarca definição de metas e proporcionalidade terapêuticas, além de intervenções paliativas. O PCI destes idosos é o objeto deste estudo.

Como este estudo é fruto de um projeto maior, a amostra é congruente com a amostra do projeto originário, do qual participaram 9 cuidadoras familiares de idosos frágeis atendidos no Programa Matrix 10. Na pesquisa de origem, foi realizada entrevista com roteiro

semiestruturado com as cuidadoras, observação de campo e análise dos 9 PCI dos idosos, que passaram por critérios de inclusão até a saturação da amostra. Para este estudo, a amostra foi composta somente pelos 9 PCIs dos pacientes idosos acompanhados pelo Programa Matrix 10, no ano de 2024.

O PCI é composto por informações relativas a: estratificação de risco aferida por meio do instrumento Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional, funcionalidade global, sistemas funcionais (cognição, humor, mobilidade, comunicação), genograma, ecomapa, comorbidades, necessidades de saúde, definição de metas terapêuticas, proporcionalidade terapêutica, intervenções paliativas, tratamento farmacológico e não farmacológico.

Os dados foram extraídos dos PCI e organizados em uma ficha de extração de dados em Excel com as seguintes variáveis: a estratificação de risco, o diagnóstico multidimensional, a definição de metas terapêuticas e proporcionalidade terapêuticas, intervenções curativas, reabilitadoras, paliativas e de suporte familiar.

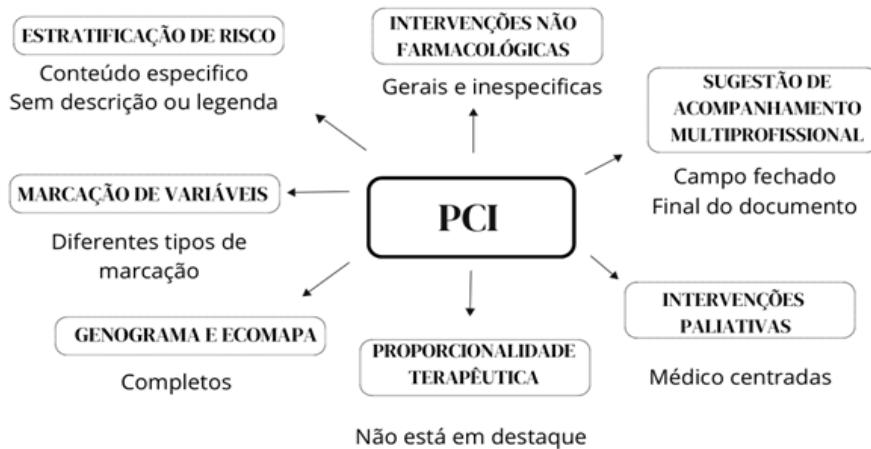
Os dados coletados foram submetidos à Análise Documental, um método no qual os dados são provenientes de documentos, com o objetivo de extrair informações, a fim de se compreender um fenômeno. Os documentos são meios de comunicação elaborados para alguma finalidade, sendo importante compreender quem os produziu e com qual intuito.¹⁵ A análise documental exige que o pesquisador selecione, trate e interprete a informação contida nos documentos, com o objetivo de compreender sua relação com o contexto em que foram coletados.¹⁶ A análise foi feita seguindo-se as seguintes etapas: escolha do documento (PCIs), caracterização de documento, codificação, registros dos dados, categorização e análise crítica.¹⁵

Submeteu-se a aprovação do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP), com parecer número 6.683.249, conforme previsto na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes do projeto originário assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A análise dos Planos de Cuidados Individualizados foi realizada mediante a assinatura do Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) pelo responsável do serviço.

RESULTADOS

A amostra do estudo foi composta por 9 PCIs de idosos frágeis em CPs, atendidos no Programa Matrix 10. Os PCIs foram analisados e seus dados foram compilados e organizados em uma planilha de Excel. Nesta planilha as informações dos PCI foram organizadas segundo as informações contidas nos PCIs: Condição Determinante, Estratificação de Risco, Dados Gerais, Diagnóstico Multidimensional, Comorbidades, Proporcionalidade Terapêutica e Intervenções Paliativas. A partir das informações presentes nos PCIs foi elaborado um mapa mental (Figura 1) para ilustrar como estas informações estavam dispostas e como foram preenchidas.

Figura 1 - Mapa mental: Informações PCI



Os pacientes idosos para quem foram elaborados os PCIs apresentavam idades entre 78 e 96 anos, sendo 5 mulheres e 4 homens. Todos apresentavam como condição determinante de fragilidade a doença de Alzheimer e, adicionalmente, dois deles também tinham diagnóstico de doença de Parkinson. Na Escala Visual de Fragilidade, na qual os idosos são classificados de 1 a 10, sendo 1 idoso no grau máximo de vitalidade e 10 o grau máximo de fragilidade, os idosos foram classificados em 9 (que conseguem se alimentar sozinhos) ou 10 (dependentes completos para as atividades de vida diária).³ Também apresentavam grau de imobilidade variando entre II, no qual o indivíduo é incapaz de deambular e de se transferir de um lugar ao outro sem auxílio, ao grau IV, no qual, além das incapacidades do

nível II, a pessoa é incapaz de permanecer sentada e de mudar de decúbito.³ Todos apresentavam edentulismo, além de urgência ou incontinência urinária e fecal, sete apresentavam disfagia e seis apresentavam constipação.

Todos os pacientes possuíam cinco intervenções paliativas em comum, a saber: manejo da dor, cuidados com a pele, manejo da constipação, manejo da infecção e cuidados bucais. Em relação à proporcionalidade terapêutica, em oito dos nove PCIs constavam os desejos dos pacientes e de seus cuidadores em relação a quais intervenções invasivas não deveriam ser realizadas.

Ao analisar os PCIs observa-se que eles não seguem um padrão de informações, apesar de terem sido produzidos por profissionais de uma mesma instituição. Alguns possuem mais informações, como instruções para cuidado dos idosos e são mais detalhados nas intervenções paliativas. As informações contidas nos PCIs foram compiladas no Quadro 1.

Quadro 1 - Informações contidas nos PCIs

PCIs	Idade	sexo	Condição determinante de risco	Estratificação de risco	Imobilidade	Genograma e Ecomapa	Comorbididades	Condição Secundária	Proporcionalidade terapêutica	Intervenções Paliativas
PC1	92	F	Demência de Alzheimer	EVF 10	Grau II	Estado civil:viúva; Cuidador: filha; Renda complementar: sim	Fratura de Fêmur, Problemas Neurológicos Crônicos, Depressão, e Hemorroidas	Parkinson, edentulismo, disfagia, incontinência urinária e incontinência fecal.	sim	Manejo da dor, cuidados com a pele, manejo da constipação, manejo da infecção, cuidados bucais, controle pressórico, controle glicêmico, manejo de sintomas comportamentais e manejo da saúde mental

PC2	78	F	Demência de Alzheimer/Mista	EVF 9	Grau II	Estado civil:viúva; Cuidador: filha; Renda complementar: necessária.	Hipertensão, Problemas Neurológicos Crônicos, Agitação Noturna e Anemia Crônica, Dispepsia crônica e osteoporose.	Esquizofrenia, edentulismo, incontinência urinária e incontinência fecal, Tentativa de autoextermínio	sim	Manejo da dor, cuidados com a pele, manejo da constipação, manejo da infecção, cuidados bucais, controle pressórico, controle glicêmico, estímulo ao lazer e manejo da náusea/vômito
PC3	96	M	Demência de Alzheimer	EVF 9	Grau IV	Estado civil: união estável; Cuidador: filha e profissional ; Renda complementar: necessária; Conflitos: ocasionais	Hipertensão, Problemas Neurológicos Crônicos, DM tipo II, Problemas Cardiovasculares, DRC, Lesões Crônicas, Fraturas e Hipotireoidismo	Infecção Urinária de Repetição, Sarcopenia, disfagia, Edentulismo, Incontinência Urinária e Incontinência Fecal	sim	Manejo da dor, cuidados com a pele, manejo da constipação, manejo da infecção, cuidados bucais, controle pressórico e controle glicêmico.
PC4	93	F	Demência de Alzheimer	EVF 10	Grau IV	Estado civil: viúva; Cuidador: filhas e neta; Renda complementar: necessária. Sem conflitos.	Hipertensão, Hipotireoidismo, Problemas Neurológicos Crônicos.	Incontinência fecal, Edentulismo, Depressão, Sintomas Comportamentais Psicológicos da Demência (BPSD), Disfagia e Obesidade Sarcopênica.	não	Manejo da dor, cuidados com a pele, manejo da constipação, manejo da infecção, cuidados bucais, manejo da disfagia, orientação de familiares, manejo de sintomas desconfortáveis, encaminhamento para serviços, qualidade do sono e

PC5	89	M	Demência Mista (Alzheimer + Vascular)	EVF 10	Grau III	Estado civil: viúva; Cuidador: filha; Renda complementar: necessária.	Hipertensão, Problemas Neurológicos Crônicos, DRC, Doença Pulmonar Crônica, Hipotireoidismo.	Depressão, Refluxo, Disfagia, Edentulismo, Incontinência Fecal e Incontinência Urinária.	Sim	Manejo da dor, cuidados com a pele, manejo da constipação, manejo da infecção, cuidados bucais, controle pressórico, controle glicêmico, manejo da disfagia, manejo de sintomas desconfortáveis, qualidade do sono.
PC6	88	F	Demência de Alzheimer Déficit Cognitivo Causado por Doença Mental de Vida Toda	EVF 10	Grau III	Estado civil: viúva; Cuidador: nora; Renda complementar: necessária.	Problemas Neurológicos Crônicos.	Esquizofrenia Edentulismo, Incontinência Fecal e Incontinência Urinária.	Sim	Manejo da dor, cuidados com a pele, manejo da constipação, manejo da infecção, cuidados bucais, controle pressórico, controle glicêmico e manejo de sintomas desconfortáveis
PC7	93	F	Demência de Alzheimer	EVF 10	Grau III	Estado civil: viúva; Cuidador: filhos; Renda complementar: não informado.	Hipertensão, DM TIPO II, Problemas cardiovasculares, Problemas Neurológicos Crônicos, Depressão, Hematoma subdural crônico, IC Isquêmica, e Vitílico.	Sintomas Comportamentais Psicológicos da Demência (BPSD), Edentulismo, Incontinência Fecal, Incontinência Urinária e Disfagia.	Sim	Manejo da dor, cuidados com a pele, manejo da constipação, manejo da infecção, cuidados bucais, controle pressórico, controle glicêmico, manejo de sintomas desconfortáveis, qualidade do sono e manejo da disfagia

PC8	88	M	Demência de Alzheimer, Demência Mista.	EVF 10	Grau IV	Estado civil: divorciado; Cuidador: filha; Renda complementar: não informado.	DPOC, fratura de fêmur, Agitação noturna, Hipersonolência diurna e Problemas Neurológicos Crônicos.	Disfagia, Agressividade, Delírios, Edentulismo, Incontinência Fecal e Incontinência Urinária.	Sim	Manejo da dor, cuidados com a pele, manejo da constipação, manejo da infecção, cuidados bucais, controle pressórico e controle glicêmico, qualidade do sono, manejo a disfagia, manejo de sintomas comportamentais e manejo da saúde mental
PC9	82	M	Demência associada à doença de Parkinson Demência de Alzheimer	EVF 10	Grau IV	Estado civil: casado; Cuidador: esposa; Renda complementar: necessária.	Problemas Neurológicos Crônicos.	Parkinson, Edentulismo parcial, sarcopenia, Incontinência Fecal e Incontinência Urinária.	Sim	Manejo da dor, cuidados com a pele, manejo da constipação, manejo da infecção, cuidados bucais, controle pressórico, controle glicêmico, manejo da disfagia, manejo dos sintomas desconfortáveis, encaminhamento para serviços, manejo a saúde mental e prevenção de agravos.

Fonte: Elaborado pelo autor

As informações presentes em todos os planos foram sinalizadas em negrito.

DISCUSSÃO

Ao analisar os 9 PCIs, observou-se que eles apresentam um roteiro com conteúdo pré-estabelecido, divididos em campos fechados, para serem assinaladas as características

presentes em cada indivíduo, além de campos abertos, para escrita livre do profissional. Os campos fechados são: a estratificação de risco (escala visual de fragilidade), a funcionalidade global, a cognição, o humor, a mobilidade e a comunicação e o diagnóstico das necessidades de saúde.

Os campos abertos são: o genograma (estrutura familiar), o ecomapa (recursos familiares e comunitários), as comorbidades, a proporcionalidade terapêutica, as intervenções paliativas, o tratamento farmacológico e não farmacológico. Entretanto, o documento não tem, em sua estrutura, uma definição de metas terapêuticas, com tempo determinado e as atribuições de cada profissional. Em um estudo de revisão integrativa, com o objetivo de analisar as características dos PCIs na atenção à saúde mental, também foi identificada a ausência de definição de metas terapêuticas no PCI e, nos que apresentam essa definição, não ficava claro o aprazamento das metas. A definição de metas terapêuticas e aprazamento com as atribuições foi identificado como uma dificuldade dos profissionais na elaboração dos PCIs.¹² A falta de definição de metas terapêuticas pelos profissionais resulta em ações e atividades que não contemplam necessariamente as demandas e necessidades dos pacientes.¹⁷

A estratificação de risco, representada pela escala visual de fragilidade está em destaque no plano, sendo essa a primeira informação, embora não haja nenhum tipo de legenda ou descrição. Nesse sentido, ressalta-se que, por se tratar de uma escala de uso específico da geriatria e gerontologia, é possível que outros profissionais, ao visualizá-la no PCI, tenham dificuldade para compreender o que ela representa. Um estudo identificou a mesma fragilidade nos PCIs referentes à saúde mental, em que o uso de uma linguagem especializada dificulta a comunicação efetiva dos profissionais da rede e resulta na fragmentação da assistência.¹²

Nos PCIs analisados, os conteúdos de campos fechados não são preenchidos da mesma forma pelos profissionais. Alguns são assinalados com “x” em uma fonte muito pequena, na cor preta como o restante do texto, sem destaque e de difícil visualização. Essa falta de clareza nas marcações pode dificultar a compreensão do profissional que não está

familiarizado com o formato do PCI e comprometer ou atrasar o atendimento. Outras formas de sinalização utilizadas foram o uso de um círculo vermelho ou a opção selecionada destacada de forma colorida. As duas últimas opções foram as que deram mais destaque às informações, o que dinamiza a leitura desses planos pelos profissionais.

Um estudo realizado com 58 profissionais da saúde mental, no estado de Goiás, identificou que, apesar de os profissionais compreenderem o PCI como uma estratégia de planejamento do cuidado e de articulação do cuidado na RAS, ele não é realizado de forma sistematizada e padronizada. A estratégia de se ter um roteiro para a elaboração do PCI se mostrou eficaz, entretanto, seu uso poderia ser potencializado com a padronização do preenchimento e a disposição das informações de fácil entendimento para os profissionais não especialistas.¹⁷

Os conteúdos com campos abertos dos PCIs, para preenchimento de dados acerca dos ecomapa e do genograma, estavam preenchidos de forma completa. O genograma foi preenchido com os nomes dos membros que constituem a família, as idades de cada um, com qual familiar o idoso reside e as interações familiares. Já no ecomapa, foi possível identificar as relações entre a família, as responsabilidades referentes ao cuidado do paciente idoso, o cuidador principal e a redes de apoios sociais disponíveis e sua utilização pela família. Estes instrumentos são ferramentas importantes para a identificação de fatores de risco na dinâmica familiar e compreensão das redes de apoio social, familiar e de saúde. Essas informações também são necessárias para o planejamento do cuidado à saúde e a elaboração de ações e intervenções singulares ao âmbito intrafamiliar.¹⁸

As informações referentes à proporcionalidade terapêutica estavam dispostas a partir da metade dos PCIs, sem nenhuma forma de destaque. Por sua relevância, considera-se que essa informação devesse aparecer mais no início do documento e em destaque, pois ela define o tratamento em CPs, cujo objetivo principal não é prolongar a vida, mas torná-la a mais confortável e significativa possível. Neste sentido, não é apenas uma questão de tratar ou não tratar a doença, mas da escolha do tratamento mais adequado, conforme a proporcionalidade terapêutica. No entanto, esta especificidade requer um conhecimento

sobre a proporcionalidade de medidas, bem como acerca das decisões dos tratamentos, que são complexas, pois levam em consideração parâmetros técnicos e concepções pessoais do que dá sentido à vida dos pacientes e de seus familiares. Assim, as definições bem estabelecidas no PCI subsidiam as decisões dos profissionais no atendimento na RAS e a diminuição da escolha de suportes inadequados.¹⁹

Já o registro das intervenções paliativas que são medidas terapêuticas, sem intenção curativa, que visam diminuir as repercussões negativas da doença sobre a qualidade de vida do paciente²⁰, foram majoritariamente de caráter médico centrado, focado em prescrições medicamentosas para alívio dos sinais e sintomas, com poucas ações não farmacológicas e relacionadas à espiritualidade e lazer. Apenas um PCI apresentou intervenções voltadas para o lazer e espiritualidade. Nessa perspectiva, estudos mostram haver uma verticalidade e centralidade do saber médico, com poucas trocas de saberes entre os profissionais na elaboração do PCI.^{21,17}

Ao final, os PCIs apresentam, nos campos fechados para marcação, sugestão de intervenções, de acompanhamento com a equipe multiprofissional e por qual categoria. Entretanto, esse campo não é suficiente para abranger as ações e orientações necessárias para que o paciente seja assistido de maneira multidisciplinar. Isso dificulta a compreensão biopsicossocial, que é a base da concepção de sujeito proposta para a construção de um PCI.²²

No que se refere às medidas não farmacológicas, elas foram iguais em todos os planos, sendo medidas gerais e não específicas e individualizadas. Exemplo disso é que em todos os planos há registro de intervenções sobre mudança de decúbito, mesmo quando o paciente não é acamado. Também há, em todos os planos, indicação de intervenções para o controle de disfagia, mesmo para aqueles que não têm disfagia. Uma situação parecida foi observada em um estudo que analisou os desafios na operacionalização dos PCI, em que os profissionais planejavam atividades que não eram correspondentes às necessidades dos pacientes, além da ausência da definição de metas terapêuticas, que é uma das causas para a ocorrência desse fenômeno¹⁷, corroborando os achados do presente estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os PCIs analisados no estudo contém informações com potencial para que se realizem os acompanhamentos compartilhados dos idosos frágeis pelas diferentes equipes envolvidas no apoio matricial. A partir desse documento, é possível que os profissionais conheçam o contexto social do paciente, seu quadro de saúde, grau de fragilidade, as propostas terapêuticas, além das intervenções em saúde propostas pela equipe especializada no cuidado ao idoso frágil em CPs. Dessa forma, o PCI possibilita acesso as informações de forma compilada em um único documento e a comunicação entre as equipes envolvidas no apoio matricial na RAS.

Entretanto, há questões estruturais que podem ser aperfeiçoadas, como a ordem de apresentação dos elementos, a falta de sistematização entre os planos e a maneira de sinalizar as informações. Além disso, os planos não apresentavam a definição de metas terapêuticas e atribuições dos respectivos profissionais. Em relação ao conteúdo, os planos trabalham com conceitos específicos da geriatria, que podem ser de difícil compreensão para os demais profissionais.

As intervenções têm caráter médico centrado e algumas foram descritas de forma genérica, abarcando a individualidade e singularidade do paciente. Em contrapartida, o delineamento da estrutura familiar e socioeconômica trazida no Genograma e Ecomapa estavam completos, com informações robustas, o que facilita a contextualização do paciente. Os planos também contavam com um roteiro pré-estabelecido, de forma a facilitar seu preenchimento pelos profissionais e, também, sua análise.

Este estudo pode contribuir para reflexões acerca das práticas de CPs aos indivíduos idosos frágeis RAS e a gestão dos cuidados entre equipes de saúde.

Por fim, como limitações do estudo, destaca-se o fato de a Análise Documental ser um método em que apenas os dados presentes nos documentos são analisados, sem que se explore a perspectiva dos indivíduos envolvidos em sua formulação.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a Pró-Reitoria de Graduação e de Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais pelo apoio para o desenvolvimento desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Instituto de Estudo para Políticas de Saúde (IEPS). Envelhecimento populacional e saúde dos idosos: O Brasil está preparado? 2023 [acesso em 29 de dezembro 2024]. Disponível em: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2023/01/Estudo_Institucional_IEPS_10.pdf.
2. Velloso ISC, Caram CS, Almeida IRP, Souza MJS, Silva MH, Galindo CS. Palliative care for the elderly in the healthcare system: a scoping review. Aquichan. [Internet]. 2022 [cited 2024 dec 23];22(3):e2238. Available from: <https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.3.8>.
3. Moraes EN, Carmo JA, Moraes FL, Azevedo RS, Machado CJ, Montilla DE. Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. Rev Saúde Pública. [Internet]. 2016 [acesso em 23 de dezembro 2024];50. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006963>.
4. World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2nd ed. Geneva: WHO; 2002.
5. Cruz NAO, Nóbrega MR, Gaudêncio MRB, Andriani MT, Farias TZTT, Pimenta TS, et al. O papel da equipe multidisciplinar nos cuidados paliativos em idosos. Res Soc Dev. [Internet]. 2021 [acesso em 23 de dezembro 2024];10(8):e52110817433. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i8.17433>.
6. Silva MS da, Ferreira FS, Alcoforado DSG, Câmara AG, Souza MFB de, Oliveira MIC de, Pessoa ERX da C, Braga CEP. Importância da comunicação interdisciplinar no manejo de sintomas em cuidados paliativos: revisão integrativa da literatura. Rev. Foco. [Internet]. 2024 [acesso em 29 de julho de 2025];17(10):e6678. Disponível em: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v17n10-159>.
7. Souza M, Jaramillo RG, Borges M da S. Confort de los pacientes en cuidados paliativos: una revisión integradora. Enferm Glob. [Internet]. 2021 [cited 2025 jul 29];20(1). Available from: <https://doi.org/10.6018/eglobal.420751>.

8. Maia LC, Colares TFB, Moraes EN, Costa SM, Caldeira AP. Impacto do apoio matricial a idosos na atenção primária: ensaio comunitário randomizado. *Rev Saude Publica*. [Internet]. 2021 [acesso em 29 de julho2025];55:10. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002685>.
9. Canovas LB, Ramirez AC, Ferreira LL, Lira LVF, Nunes LMB, Rosa PMO, et al. A importância do matriciamento na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. *Recisatec*. [Internet]. 2022 [acesso em 29 de julho 2025];2(4):e24123. Disponível em: <https://doi.org/10.53612/recisatec.v2i4.123>.
10. Brasil. Manual de Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa para a Atenção Primária à Saúde: Aplicação do IVCF-20 e do ICOPE. 2023.
11. Brasil. Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017.
12. Baptista JA, Camatta MW, Filippone PG, Schneider JF. Projeto terapêutico singular na saúde mental: uma revisão integrativa. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2020 [acesso em 29 de julho 2025];73(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0508>.
13. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes; 2001. p. 31.
14. Velloso ISC, Azevedo RS. O atendimento ao idoso no Centro Mais Vida. In: Spagnol CA, Velloso ISC, organizadores. Ambulatório de especialidades: subsídios conceituais e organização de serviços a partir das experiências da enfermagem. São Paulo: Hucitec; 2020. p. 215-47.
15. Flick U. Métodos de pesquisa: introdução à pesquisa qualitativa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
16. Alves LH, Saramago G, Valente LF, Sousa AS. Análise documental e sua contribuição no desenvolvimento da pesquisa científica. *Cadernos da Fucamp*. [Internet]. 2021 [acesso em 29 de julho 2025];20(43). Disponível em: <https://revistas.fucamp.edu.br/index.php/cadernos/article/view/2335>.

17. Silva N dos S, Sousa JM, Nunes FC, Farinha MG, Bezerra ALQ. Desafios na operacionalização dos projetos terapêuticos singulares nos centros de atenção psicossocial. *Psicol Estud.* [Internet]. 2020 [acesso em 29 de julho 2025];25. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.49996>.
18. Sá J de S, Menegaldi C, Garcia LF, Grossi-Milani R. Uso do genograma e do ecomapa na avaliação das relações familiares de crianças em situação de vulnerabilidade e violência. *Saúde debate.* [Internet]. 2022 [acesso em 29 de julho 2025];46(spe5). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E507>.
19. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). A avaliação do paciente em cuidados paliativos. Rio de Janeiro: INCA; 2022.
20. Furtado MA, Nogueira VP, Araújo MCP, Cestari VRF, Pessoa VLM de P. Palliative care for SARS-CoV-2 patients in the intensive care unit: a comprehensive study. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2024 [acesso em 29 de julho 2025];77:e20230218. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0218>.
21. Antonio CR, Mangini FNR, Lunkes AS, Marinho LCP, Zubiaurre PM, Rigo J, et al. Projeto terapêutico singular: potencialidades e dificuldades na saúde mental. *Linhas Crít.* [Internet]. 2023 [acesso em 29 de julho 2025];29:e45423. Disponível em: <https://doi.org/10.26512/lc29202345423>.
22. Cardoso A, Sala GA, Andrade EC, et al. Uso do modelo biopsicossocial da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) associado ao projeto terapêutico singular para ampliar o cuidado centrado na pessoa: um relato de caso. São Paulo: UNINOVE; 2021.