



Ministério da Saúde
Instituto Nacional de Câncer
Residência Multiprofissional em Oncologia

Giulia Bruno Flôres

SISTEMA DE PRIORIZAÇÃO DE VISITAS DOMICILIARES DO ASSISTENTE SOCIAL (SISTEM-AS): Uma proposta de acompanhamento social para o profissional inserido na assistência domiciliar do HC IV

Rio de Janeiro
2025

GIULIA BRUNO FLÔRES

**SISTEMA DE PRIORIZAÇÃO DE VISITAS DOMICILIARES DO
ASSISTENTE SOCIAL (SISTEM-AS):** Uma proposta de
acompanhamento social para o profissional inserido na assistência
domiciliar do HC IV

Trabalho de Conclusão de Residência
apresentado ao Programa de Residência
Multiprofissional em Oncologia do Instituto
Nacional de Câncer, como requisito parcial
à obtenção do título de especialista em
Serviço Social na Oncologia.

Orientadora: Dra. Andreia Pereira de Assis
Ouverney

Rio de Janeiro

2025

CATALOGAÇÃO NA FONTE
INCA/COENS/SEITEC/NSIB
Elaborado pela bibliotecária Izani Saldanha – CRB7 5372

F634s Flôres, Giulia Bruno.

Sistema de priorização de visitas domiciliares do assistente social (SISTEM-AS): uma proposta de acompanhamento social para o profissional inserido na assistência domiciliar do HC IV / Giulia Bruno Flôres. – Rio de Janeiro, 2025.
63 f.: il. color.

Trabalho de conclusão de curso (Residência) – Instituto Nacional de Câncer, Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia, Rio de Janeiro, 2025.

Orientadora: Dra. Andreia Pereira de Assis Ouverney.

1. Serviço social. 2. Assistência domiciliar à saúde. 3. Cuidados paliativos. 4. Administração de serviços de saúde. 5. Equidade na saúde. I. Ouverney, Andreia Pereira de Assis. II. Instituto Nacional de Câncer. III. Título.

CDD 362.14

GIULIA BRUNO FLÔRES

SISTEMA DE PRIORIZAÇÃO DE VISITAS DOMICILIARES DO ASSISTENTE

SOCIAL (SISTEM-AS): Uma proposta de acompanhamento social para o profissional inserido na assistência domiciliar do HC IV

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer, como requisito parcial à obtenção do título de especialista em Serviço Social na Oncologia.

Aprovado em: 06/05/2025

Banca Examinadora:

Andreia Pereira de Assis Ouverney
Instituto Nacional de Câncer

Érika Fernanda Palmieri Guimarães Fontes
Instituto Nacional de Câncer

Renata Figueiredo da Rocha Roque
Instituto Nacional de Câncer

Rio de Janeiro
2025

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha mãe, Rita de Cássia; ao meu irmão, Gustavo Bruno; aos usuários e seus familiares; e à vida.

Além disso, dedico este trabalho a José Augusto Pinheiro Flôres, que foi um marido maravilhoso, um filho exemplar, o irmão mais velho, o amigo festeiro, um padrinho brincalhão e o tio preferido.

Também, foi paciente do INCA, professor de química e, principalmente, meu pai.

Um homem alto, de cabelos cacheados e barrigudo que nunca perdeu a fé.

Ele escreveu em 18/08/2001, que conseguia ver apenas vitórias e milagres, “só o fato de acordar e ver os primeiros raios de sol, [...] ter o prazer de ver os filhos sorrirem e correrem no nosso quintal”.

Mesmo diante dos desafios, você demonstrou resiliência, esperança e amor incondicional. Você me ensinou que a verdadeira força está na capacidade de enfrentar e dar valor à vida.

Sua luz me guia.

Seu amor me acalma.

Sua presença persevera em mim.

Te amo.

RESUMO

FLÔRES, Giulia Bruno. **Sistema De Priorização De Visitas Domiciliares Do Assistente Social**: uma proposta de acompanhamento social para o assistente social na assistência domiciliar. Orientadora: Andreia Pereira de Assis Ouverney. 2025. Trabalho de Conclusão de Residência. Residência multiprofissional em Oncologia - Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, 2025.

O presente trabalho apresenta como tema a proposta de construção de um instrumento de sistematização e priorização dos pacientes em acompanhamento social para o assistente social na assistência domiciliar a partir das demandas por eles apresentadas. Trata-se de um estudo realizado no Hospital de Câncer IV - Instituto Nacional de Câncer, cuja motivação partiu da experiência durante a Residência Multiprofissional em Oncologia, no setor do Serviço Social, no ano de 2023 e 2024. A pesquisa-ação foi adotada como método, cuja abordagem busca responder aos problemas encontrados e identificar possíveis soluções. Como objetivo geral, tem-se o desenvolvimento de um sistema de priorização de visitas para o serviço social na assistência domiciliar do HC IV/INCA. A partir da aplicação do SISTEM-AS, foi possível perceber que o mesmo se configura como um instrumento de trabalho para organizar e planejar as visitas domiciliares. Além de promover o mapeamento das demandas sociais, auxiliar o assistente social a coordenar suas ações de intervenção e os acompanhamentos aos usuários. O SISTEM-AS permite que haja um sistema de análise e priorização de visitas com base em critérios, oferecendo uma visão detalhada da realidade enfrentada na assistência domiciliar do HC IV. Além de direcionar o saber e as competências teórico-metodológicas e técnico-operativas do assistente social para o melhor atendimento ao usuário. O trabalho apresenta limites como a não aplicabilidade do sistema a todos os pacientes e campos de trabalho, limitação em sua abrangência, possibilidade de generalização dos critérios e a falta de incorporação de elementos como gênero e raça.

Palavras-chave: serviço social; assistência domiciliar à saúde; cuidados paliativos; administração de serviços de saúde; equidade na saúde

ABSTRACT

FLÔRES, Giulia Bruno. **Social Worker Home Visit Prioritization System**: a proposal for social follow-up for the social worker in domiciliary care. Advisor: Andreia Pereira de Assis Ouverney. 2025. Residency Final Paper. Multiprofessional Residency Program in Oncology - National Cancer Institute, Rio de Janeiro, 2025

This paper presents the proposal to develop an instrument for systematizing and prioritizing patients under social follow-up for social workers in home care, based on the demands they present. The study was conducted at Hospital de Câncer IV – Instituto Nacional de Câncer, motivated by experience during the Multiprofessional Oncology Residency in Oncology, in the Social Service department, in 2023 and 2024. Action research was adopted as the method, whose approach aims to respond to identified problems and pinpoint possible solutions. The general objective is the development of a visit prioritization system for social service in home care at HC IV/INCA. From the application of SISTEM-AS, it was possible to observe that it functions as a working tool to organize and plan home visits, to map social demands, and to assist the social worker in coordinating intervention actions and follow-ups with users. SISTEM-AS enables an analysis and visit prioritization system based on criteria, providing a detailed view of the reality faced in home care at HC IV. It also directs the theoretical-methodological and technical-operational knowledge and competencies of the social worker to provide better service to the user. Limitations of the study include the system's inapplicability to all patients and work settings, its limited scope, challenges in generalizing its criteria, and the omission of elements such as gender and race.

Keywords: social work; home care services; palliative care; health services administration; health equity

Lista de tabelas

Tabela 1 - Pacientes ativos na Assistência Domiciliar.....	23
Tabela 2 - Pacientes por região.....	24
Tabela 3 - Carga horária de trabalho estimada geral e por categoria profissional...	24
Tabela 4 - Capacidade produtiva prevista por categoria profissional.....	25
Tabela 5 - Atendimentos realizados na Assistência Domiciliar pela equipe multiprofissional total e por categoria profissional.....	26
Tabela 6 - Teleatendimento por categoria profissional.....	26
Tabela 7 - Avaliações de local.....	27
Tabela 8 - Distribuição Geográfica e Aplicação da Escala ARCP no SISTEM-AS..	50
Tabela 9 - Faixa etária dos cuidadores no SISTEM-AS.....	52
Tabela 10 - Perfil dos pacientes por idade.....	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Assistência Domiciliar
ARCP	Avaliação da Rede Primária de Cuidados do Paciente em Cuidados Paliativos
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
KPS	Karnofsky Performance Status Scale
HC IV	Hospital do Câncer IV
INCA	Instituto Nacional de Câncer
OMS	Organização Mundial de Saúde
SISTEM-AS	Sistema de Priorização de Visitas Domiciliares do Assistente Social
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
CAPÍTULO I: A PERSPECTIVA TEÓRICA	11
1.1 Instrumentalidade Do Serviço Social	11
1.2 Mensuração E Prática Profissional No Sus	13
1.3 Serviço Social E Cuidados Paliativos	15
CAPÍTULO II: ONDE O SISTEM-AS FOI PENSADO? AS ESPECIFICIDADES DO ATENDIMENTO DOMICILIAR EM CUIDADOS PALIATIVOS DO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER	19
2.1 Hospital Do Câncer IV	19
2.2 Assistência Domiciliar do HC IV - O cuidado paliativo no domicílio do usuário	20
2.3 O trabalho do assistente social na assistência domiciliar - Particularidades e Contexto	28
CAPÍTULO III: O PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA	32
3.1 O Caminho Metodológico Percorrido	32
CAPÍTULO IV: SISTEMA DE PRIORIZAÇÃO DE VISITAS DOMICILIARES DO ASSISTENTE SOCIAL (SISTEM-AS): uma proposta de acompanhamento social para o profissional inserido na assistência domiciliar do HC IV	36
4.1 Sistema De Priorização De Visitas Domiciliares Do Assistente Social	38
4.1.1 DESCRIÇÃO DOS CRITÉRIOS	39
4.1.2 Escala ARCP	39
4.1.3 Idade do cuidador	41
4.1.4 Capacidade funcional do paciente	44
4.1.5 Demandas sociais do paciente	45

4.1.6 Observações	46
CAPÍTULO V: SISTEM-AS: ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	47
5.1 Distribuição Dos Pacientes Acompanhados Pelo SISTEM-AS Segundo Região E Classificação Na Escala ARCP	47
5.2 Idade Do Cuidador Por Nível De Prioridade	51
5.3 Perfil Dos Pacientes Por Idade	53
5.4 Demandas Identificadas	53
5.6 Tendências Observadas: uma análise crítica	55
CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60

INTRODUÇÃO

O presente trabalho apresenta como tema a construção de um instrumento de sistematização e priorização dos pacientes em acompanhamento social para o assistente social na assistência domiciliar a partir das demandas por eles apresentadas. Trata-se de um estudo realizado no Hospital de Câncer IV - Instituto Nacional de Câncer (HCIV/INCA), cuja motivação partiu da experiência durante a Residência Multiprofissional em Oncologia, no setor do Serviço Social, na modalidade de atendimento denominada Assistência Domiciliar (AD). No ano de 2023, durante o esquema de rodízio¹, houve a primeira aproximação com a Assistência Domiciliar e, posteriormente, em 2024 houve a fixação² no referido setor. Durante essa trajetória foi possível observar que existia uma necessidade de repensar a forma como o serviço social se organiza diante de um grande número de usuários inscritos no processo, a dificuldade de realizar acompanhamentos sociais, a sobrecarga de trabalho, além da presença de múltiplas demandas sociais dos usuários e institucionais. A escolha deste tema para a monografia surgiu, portanto, da identificação de uma demanda institucional clara: a necessidade de sistematizar e priorizar as visitas domiciliares realizadas pelo assistente social na AD do INCA.

Durante a rotina de acompanhamento dos casos, durante a fixação enquanto residente, foi possível identificar situações que possuíam uma maior urgência e necessidade do retorno do assistente social. Contudo essas prioridades não eram levadas em consideração para a organização da agenda de atendimento do profissional em domicílio. Os critérios utilizados para a organização da agenda do assistente social são definidos por critérios institucionais que são: 1) pacientes de primeira vez, 2) os sem visitas durante um longo período e 3) os que não receberão visitas pela equipe de enfermagem ou/e médica na semana. Tais critérios não consideram as especificidades técnico-operativas específicas da profissão que são pautadas pelas necessidades sociais dos usuários.

¹O Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia, na área de Serviço Social, organiza um planejamento que possibilita a atuação dos residentes em todas as unidades do Hospital do Câncer durante o primeiro ano de residência. Para isso, é adotado um sistema de revezamento, no qual os residentes permanecem, em média, três meses em cada unidade, garantindo a vivência e o conhecimento dos diferentes processos de trabalho.

² A fixação refere-se ao segundo ano de atuação, no qual, os residentes têm a oportunidade de escolher a unidade do Hospital do Câncer onde deseja se fixar, de acordo com seus interesses profissionais e afinidade com a área de atuação.

Tal cenário trouxe uma questão técnico-operativa para reflexão, sobre a necessidade de balizar a demanda institucional de acompanhamento social dos pacientes e o direcionamento técnico da prática assistencial, acarretando na busca de alternativas que integrassem a análise das demandas sociais à organização técnica do serviço. Desse modo, tornou-se imprescindível desenvolver critérios que possibilitassem a identificação de prioridade de atendimento para o assistente social. Portanto, o problema de pesquisa que orienta este estudo está em como organizar e direcionar o acompanhamento social do assistente social na Assistência Domiciliar, na perspectiva que o profissional direcione seu saber e competências teórico-metodológicas e técnico-operativas para o melhor atendimento do usuário, a partir de um sistema de priorização de demandas sociais por este apresentadas.

A partir dessa problemática, o estudo se propõe desenvolver um Sistematização da Priorização de Visitas Domiciliares do Assistente Social (SISTEM-AS) como um instrumento que irá avaliar e reavaliar o conjunto critérios relevantes para a continuidade do cuidado do usuário e a demanda por ele/seus familiares apresentadas.

A realização deste estudo se fundamentou na pesquisa-ação, que tem como abordagem de pesquisa responder aos problemas encontrados e buscar possíveis soluções (THIOLLENT, 1986). Ao vivenciar e correlacionar teoria e prática, torna-se possível observar os processos sociais em sua totalidade, isso fornece os subsídios para a construção de um instrumento que sistematiza as demandas e orienta as intervenções do assistente social. Convém ressaltar que o instrumento apresentado não pretende substituir a autonomia do profissional, mas oferecer uma ferramenta que auxilie no trabalho profissional e no acompanhamento dos usuários. A estrutura deste trabalho está organizada em cinco capítulos, mais as considerações finais. O primeiro capítulo apresenta o referencial teórico do estudo, utiliza conceitos fundamentais relacionados à prática do serviço social, à instrumentalidade na atuação profissional e apresenta as bases que justificam a mensuração dos critérios utilizados no instrumento de sistematização. Também é discutido sobre o serviço social no contexto dos cuidados paliativos.

O Capítulo II, situa o local no qual o SISTEM-AS foi pensado, contextualiza o HC IV como a unidade de cuidados paliativos do INCA e as modalidades de atendimento, com ênfase na assistência domiciliar. São apresentados dados da dinâmica de trabalho no setor e evidenciando suas especificidades. Também são

apresentados indicadores institucionais e os desafios observados na rotina de trabalho do assistente social, que motivaram a identificação da necessidade do sistema de priorização das visitas.

No Capítulo III é descrito a metodologia da pesquisa, onde é detalhada a abordagem da pesquisa-ação como o método. Além disso, é apresentada as fases da pesquisa, isto é, fase exploratória, as limitações identificadas, os objetivos e a hipótese do estudo.

O Capítulo IV apresenta os critérios de sistematização, com a descrição do Sistema de Priorização de Visitas Domiciliares do Assistente Social. O instrumento é explicado, assim como os critérios de avaliação adotados para a priorização. Por fim, tem-se o último capítulo apresentado, o Capítulo V, que apresentou os resultados obtidos com a aplicação do SISTEM-AS, sistematizando o perfil dos usuários, a localização das residências dos pacientes, a faixa etária dos cuidadores, assim como a idade dos pacientes atendidos pela AD/INCA e as demandas identificadas. Cabe ressaltar que a análise dos dados revelou que a maioria dos pacientes acompanhados pelo serviço social AD encontra-se na baixada fluminense, possuem cuidadores idosos e são pacientes idosos, que possuem demandas sociais.

Já nas considerações finais são retomadas, de maneira resumida, todo o conteúdo do trabalho e realizada uma análise dos dados colhidos e produzidos pelo SISTEM-AS. Dessa forma, chega-se à conclusão que os pacientes classificados como de alta prioridade e que precisam de um acompanhamento mais sistemático do assistente social encontram-se na baixada; contam com cuidadores que se encontram nas extremidades da faixa etária (ou menores de idade ou idosos com mais de 65 anos); apresentam capacidade funcional reduzida. Além disso, fica evidenciado que o SISTEM-AS ao padronizar uma sistematização facilita a identificação dos casos mais urgentes e contribui para gerar dados que podem subsidiar a formulação de políticas públicas, além de ser um sistema de priorização que permite uma prática assistencial técnica e humanizada.

Este estudo foi construído a partir de inquietações e experiências vivenciadas na prática profissional do HC IV, buscando ampliar o olhar sobre a importância da organização técnica das visitas domiciliares. Que esta leitura inspire reflexões, proporcione novas discussões e novas possibilidades de instrumentos no campo do serviço social em oncologia.

CAPÍTULO I: A PERSPECTIVA TEÓRICA

Este capítulo apresenta a fundamentação teórica que embasa o estudo, abordando a instrumentalidade do Serviço Social e a atuação do assistente social no contexto dos cuidados paliativos. Inicialmente, serão abordados conceitos que evidenciam a dimensão técnico-operativa da profissão e a instrumentalidade dos assistentes sociais, evidenciando como o conhecimento teórico se traduz em intervenções e como a atuação do profissional pode ser articulada de maneira crítica.

1.1 Instrumentalidade Do Serviço Social

Para compreender a operacionalização do Sistema de Priorização de Visitas Domiciliares do Assistente Social (SISTEM-AS) é fundamental, primeiramente, apresentar uma breve contextualização sobre a instrumentalidade do Serviço Social, entendendo-a como parte crucial da prática profissional, influenciada por diferentes contextos sociais, políticos e econômicos. Além disso, serão realizados apontamentos de que a instrumentalidade está diretamente ligada à dimensão técnico-operativa do Serviço Social, que envolve os métodos, técnicas e ferramentas utilizadas pelos profissionais, apesar de não se reduzir aos instrumentos. Desse modo, cabe destacar o conceito da professora Yolanda Guerra.

A autora apresenta a instrumentalidade como uma propriedade, capacidade, habilidade ou competência que os assistentes sociais desenvolvem à medida que atingem seus objetivos. Segundo a autora, a instrumentalidade é adquirida no exercício profissional e isso permite que os assistentes sociais realizem sua intencionalidade em respostas profissionais. É dessa forma que “os assistentes sociais modificam, transformam, alteram as condições objetivas e subjetivas e as relações interpessoais e sociais existentes num determinado nível da realidade social: no nível do cotidiano” (GUERRA, 2011, p.2).

Em outras palavras, a instrumentalidade se transforma e evolui dentro do processo sócio-histórico, uma vez que a profissão se transforma de acordo com a conjuntura, os meios em que o trabalho se desenvolve nos espaços sócio-ocupacionais e de acordo com políticas sociais. A instrumentalidade é também o resultado do confronto entre a intencionalidade (ou teleologia) e as condições objetivas e subjetivas da realidade concreta (causalidade) (Ibid, 2000).

Em síntese, a instrumentalidade pode ser entendida como a habilidade, capacidade ou competência que o assistente social tem de adequar suas finalidades aos meios disponíveis, ou de criar e modificar esses meios para alcançar um determinado objetivo.

Cabe ressaltar que é necessário compreender que a instrumentalidade está inserida na divisão social e técnica do trabalho na sociedade capitalista. Isso significa que, para executar seu trabalho de forma eficaz, o profissional precisa objetivar o trabalho para executá-lo. O assistente social necessita de uma instrumentalidade que determine uma capacidade, propriedade e/ou qualidade.

A instrumentalidade está intrinsecamente ligada à dimensão técnico-operativa do serviço social, pois é através dessa dimensão que ela se manifesta concretamente na prática profissional. A dimensão técnico-operativa abrange os métodos, técnicas, ferramentas e procedimentos que os assistentes sociais utilizam para realizar suas atividades diárias. Esses instrumentos são essenciais para que o profissional possa transformar suas intenções em ações práticas e eficazes (SANTOS, 2010). Porém, como dito anteriormente, a instrumentalidade não pode ser reduzida apenas aos instrumentos e técnicas de trabalho, apesar deles pertencerem ao âmbito da operacionalização da ação. A escolha do instrumento está direcionada a uma finalidade. SANTOS (2013) diz que os instrumentos e técnicas são:

(...) elementos que compõem os meios de trabalho; elementos que, dentre outros, compõem a dimensão técnico-operativa do Serviço Social – que, por sua vez, mantém uma relação de unidade com as demais dimensões, apesar de sua especificidade; não estão soltos no tempo e no espaço e não possuem um fim em si mesmo, uma vez que, não estão descolados da finalidade que o profissional imprime à sua ação.

Com base nessa concepção, o agir profissional deve ser antecedido pelo pensar sobre os valores que impregnam as ações do Serviço Social, sobre as respostas que a profissão vem dando às demandas postas e sobre as direções que orientam tais demandas. Ou seja, é necessário o conhecimento da profissão, de suas condições, possibilidades e determinações (ibid, 2013, p. 6)

Desse modo, os instrumentos e técnicas são elementos constitutivos da dimensão técnico-operativa e devem ser escolhidos com base em finalidades específicas, considerando as transformações sociais e históricas. Exemplos de alguns instrumentos usados no cotidiano do assistente social incluem entrevistas, relatórios sociais, atendimentos individuais ou coletivos, estudo de caso, dinâmicas de grupo, palestras, entre outros. Sua escolha está ligada aos objetivos e

finalidades da profissão, e deve estar alinhada com a perspectiva crítica do projeto ético-político, com o compromisso da defesa dos direitos humanos, ampliação da cidadania e a justiça social, além das atribuições, competências, princípios e normas contidas no Código de Ética do Assistente Social de 1993 e na Lei 8.662 de 1993.

Isso posto, a instrumentalidade é uma habilidade adquirida no exercício profissional, que permite aos assistentes sociais transformarem suas intenções em ações concretas. A prática profissional deve ser precedida por uma reflexão crítica sobre os valores e respostas da profissão às demandas postas. Foi dessa maneira que o SISTEM-AS foi pensado, como um instrumento de medida para padronizar a necessidade de retorno e acompanhamento do serviço social, que visa contribuir para uma avaliação mais objetiva e sistemática dos usuários na assistência domiciliar.

1.2 Mensuração E Prática Profissional No Sus

O SISTEM-AS emerge como uma estratégia que se alinha aos princípios doutrinários do SUS e busca garantir a equidade no acesso aos serviços de saúde e socioassistencial integrando-o à atuação profissional do assistente social. Essa equidade, conceito fundamental nas políticas de saúde públicas brasileiras, visa corrigir desigualdades históricas e assegurar que os indivíduos em situação de maior vulnerabilidade ou com condições de saúde graves tenham prioridade no acesso aos recursos de saúde. Ao colocar a justiça social e o cuidado centrado no usuário como pilares, o SISTEM-AS se destaca como um instrumento que articula a mensuração dos fenômenos de saúde com a prática do assistente social.

A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), exemplifica esse conceito por meio do modelo de classificação de risco utilizado nos hospitais onde a prioridade de atendimento é determinada por uma combinação de critérios que incluem a ordem de chegada, a urgência e a gravidade da condição do paciente/usuário. Exemplos práticos

de equidade ocorrem frequentemente nos hospitais, especialmente naqueles nos quais se implantou a classificação de risco, onde a prioridade no atendimento é definida por critérios combinados de ordem de chegada, urgência e gravidade. Por esse princípio, uma vítima de acidente grave passará na frente de quem necessita de um atendimento menos urgente, mesmo que esta pessoa tenha chegado mais cedo ao hospital (FIOCRUZ, s.d., par. 3).

No contexto dos cuidados paliativos, o SISTEM-AS apresenta-se como um instrumento estratégico para a organização e qualificação das visitas domiciliares realizadas pelo assistente social. Ao fundamentar-se em critérios mensuráveis, o sistema permite uma avaliação precisa das múltiplas dimensões que influenciam no paciente e de seus familiares. Entre os indicadores utilizados estão a Escala ARCP, que possibilita classificar a rede de cuidados primária do paciente, a idade do cuidador, a capacidade funcional do paciente e as demandas sociais do paciente e/ou familiares identificadas durante o atendimento. Essa integração de dados permite que o assistente social classifique as prioridades e direcione seu trabalho de forma mais assertiva.

Cabe ressaltar que a construção de instrumentos de classificação de atendimento aos pacientes tem se consolidado como uma prática adotada por diversos profissionais de saúde, principalmente pela equipe de enfermagem. Os sistemas são essenciais para auxiliar a prioridade de atendimento, identificar as demandas em saúde, qualificar o cuidado prestado e otimizar a organização do trabalho profissional. Elas se justificam para organizar uma assistência mais eficiente permitindo o monitoramento contínuo das necessidades dos usuários. Algumas escalas utilizadas pela enfermagem incluem: a Avaliação da Autoconfiança e do Comportamento do Paciente (Breastfeeding Self-Efficacy Scale), Priorização e Estratificação de Risco (Nursing Activities Score - NAS) e Qualidade de Vida e Bem-Estar (WHOQOL-BREF) (CARVALHO et al., 2014). O SISTEM-AS se aproxima dessas escalas da enfermagem pelo uso de instrumentos padronizados para qualificar o cuidado, organizar a assistência e garantir a equidade no atendimento, assim a sistematização atua na classificação das necessidades dos usuários, na definição de prioridades entre eles e na gestão de recursos humanos, compartilhando da mesma lógica dos instrumentos de medida em saúde, utilizados por exemplo, pela enfermagem. O SISTEM-AS é inspirado nessa ideia, adota uma abordagem que alia a quantificação dos fenômenos à prática clínica e assistencial. Ademais, a mensuração corrobora para a identificação das necessidades mais urgentes, para a construção de um registro sistemático das variáveis que influenciam o processo de cuidado, além de ser crucial para a melhoria contínua e para a realização de pesquisas que busquem analisar o perfil dos usuários, o perfil do cuidador, as demandas mais recorrentes, etc.

Ao estabelecer uma pontuação aos diferentes critérios, o SISTEM-AS

promove uma compreensão abrangente dos desafios enfrentados no contexto dos cuidados paliativos. Essa pontuação, possibilita ao profissional do serviço social não só identificar as demandas individuais, mas evidenciar as vulnerabilidades estruturais, identificar e priorizar os atendimentos em alta prioridade direcionando seu trabalho. Além disso, quando a metodologia padronizada é adotada, o sistema não só contribui para a organização dos atendimentos, mas gera dados que podem subsidiar a elaboração de políticas públicas mais efetivas e direcionadas às necessidades reais da população. Dessa forma, o SISTEM-AS se configura como uma tecnologia do cuidado que fortalece o processo de tomada de decisão e, conseqüentemente, promove intervenções mais eficazes e equitativas, sendo necessário sua validação.

1.3 Serviço Social E Cuidados Paliativos

A implementação do SUS nos anos de 1990 exigiu novas formas de organização do trabalho em saúde, através das reivindicações históricas do movimento sanitário, como universalização, descentralização e participação popular (CFESS, 2010). Cabe ressaltar que a saúde é atualmente compreendida como um fenômeno biopsicossocial, o que significa que está intrinsecamente ligada a fatores biológicos, sociais, econômicos e emocionais. Nesse contexto, o assistente social irá atuar nas mais variadas demandas sociais da saúde relacionadas à desigualdade, ao trabalho e à vulnerabilidade social, operando nas expressões da questão social e considerando os condicionantes e determinantes sociais que incidem sobre a saúde da população. Portanto, é de suma importância identificar e considerar o contexto social e as condições sociais que influenciam o processo saúde-doença do usuário. Assim, as ações dos assistentes sociais devem ir além do caráter emergencial e burocrático, adotando uma abordagem socioeducativa que reflita sobre as condições sócio-históricas dos usuários, promovendo sua mobilização e participação nas lutas pela garantia do direito à saúde (Ibid, 2010). Segundo os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, esses profissionais podem trabalhar nos diversos espaços da saúde, desde a atenção básica, até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta complexidade (Ibid, 2010), bem como, no campo do Cuidado Paliativo.

Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu que os cuidados paliativos como cuidado ofertado aos pacientes que enfrentam doenças

ameaçadoras da vida, sejam agudas, crônicas, reversíveis ou não, com ou sem possibilidade de cura, sendo necessário um cuidado amplo e complexo em que haja interesse pela totalidade da vida do paciente com respeito aos seus sofrimentos e de seus familiares. Esse cuidado, com uma abordagem que almeja a qualidade de vida dos pacientes, através da prevenção e alívio do sofrimento e de sintomas físicos, sociais, emocionais, espirituais, no contexto de doenças que ameaçam a continuidade da vida (WHO, 2020). Os cuidados paliativos exigem uma equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, entre outros, que trabalham de forma integrada para atender às diversas necessidades do paciente e de sua família.

Matsumoto (2012), aponta que são necessárias algumas práticas de atuação dentro dos cuidados paliativos, que incluem entender o melhor tratamento e manejo dos sintomas, reafirmar a vida e a sua importância, compreender a morte como processo natural sem antecipar ou postergá-la, avaliar, reavaliar e aliviar as dores e outros sintomas, entender o usuário em sua completude, oferecer suporte para influenciar positivamente o curso da doença, quando for possível, e ajudá-lo a viver de forma ativa até sua morte. Além disso, é fundamental oferecer suporte aos familiares e à rede de cuidado primária e familiar durante o adoecimento, no processo de luto e no pós-óbito do usuário. A autora sinaliza, ainda, que conversar sobre os cuidados de fim de vida é um fator positivo e protetor contra o desenvolvimento de depressão e do luto complicado para os familiares.

Andrade (2010) destaca que o assistente social inserido nos Cuidados Paliativos desempenha um papel fundamental ao atuar com o usuário, seus familiares, bem como sua rede de suporte social e institucional, conforme a organização do serviço. Do mesmo modo, a autora enfatiza a importância de conhecer o usuário, a família e os cuidadores, ressaltando a necessidade de identificar o perfil social e econômico, além de compreender as condições de moradia do usuário, tanto em relação à localização quanto às condições que a mesma se encontra. A autora (2010) aponta que a escuta e o acolhimento durante a entrevista social são ações essenciais para a coleta de informações relevantes, como a composição familiar, local de moradia, renda, religião, formação, profissão e a relação previdenciária do usuário. No que diz respeito à estrutura familiar, Andrade (2010) defende que é essencial compreender com quem o usuário convive e quem será ou serão os responsáveis pelos cuidados necessários do usuário, destaca os

diferentes modelos familiares como aqueles formados por laços consanguíneos e laços afetivos, e atenta-se para a possibilidade da existência de outra pessoa da casa que precisem de cuidados específicos. Essas informações são fundamentais, pois o assistente social irá desvelar uma situação cotidiana na vida dos familiares do usuário, evidenciando um cenário que possa necessitar da busca de alternativas para suprir todas as necessidades de cuidado no domicílio. O entendimento profundo da dinâmica familiar permite desenvolver estratégias mais eficazes e personalizadas, contribuindo para um melhor suporte e assistência ao usuário e seus familiares. Sendo necessário acionar uma rede de suporte social, como amigos, cuidador formal, parentes, amigos e vizinhos, com quem o usuário possa contar e ter à disposição diante de alguma urgência.

As informações relacionadas ao trabalho e à renda dos usuários são especialmente relevantes quando este exerce o papel de provedor da família. O assistente social deve estar atento a essas dimensões, pois impactam diretamente na dinâmica familiar e na qualidade de vida de seus membros. A análise cuidadosa dessas informações permite uma orientação adequada e um encaminhamento eficaz para o usuário, aumentando as chances de garantir a continuidade do sustento familiar. Tal cuidado é essencial para promover a estabilidade econômica. Entender sobre o local de moradia está intimamente ligado a questões como o acesso aos serviços do território e da rede, tanto do SUS quanto do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). É necessário conhecer a região em que o usuário reside, pois é essencial identificar e localizar as redes do território para que o mesmo seja referenciado e, assim, ocorra o atendimento especializado promovido pela assistência domiciliar (AD) do Instituto Nacional de Câncer (INCA) e pela atenção primária na modalidade de assistência domiciliar do território. Além disso, os territórios atendidos pela AD podem revelar vulnerabilidades específicas, como por exemplo, a precariedade ou insuficiência de serviços básicos. Compreender essas questões é crucial para o planejamento de intervenções adequadas. Entretanto, é fundamental reconhecer que sem uma rede intrainstitucional, é impossível solucionar todas as demandas dos usuários e de seus familiares (ANDRADE, 2010).

A análise socioeconômica e cultural das famílias atendidas garante que a intervenção profissional esteja alinhada às necessidades específicas de cada família, levando em conta não apenas suas condições materiais, mas também suas

crenças e valores (Ibid, 2010). Ao analisar essa realidade de forma crítica, o assistente social contribui para a equipe de saúde, orientando as ações de cuidado de maneira mais precisa e contextualizada, auxiliando a comunicação entre a equipe de saúde, usuários e família, garantindo que as necessidades e expectativas dos usuários sejam compreendidas e atendidas (Ibid, 2010). Essa mediação é fundamental para alcançar os objetivos dos Cuidados Paliativos, que incluem assegurar uma morte digna para o paciente e oferecer apoio aos familiares. Nesse contexto, Hermes e Lamarca (2013) destacam que os assistentes sociais contribuem para o fortalecimento das relações entre os pacientes e seus familiares, além de orientar sobre os recursos necessários para que os usuários recebam o cuidado básico e uma morte digna.

CAPÍTULO II: ONDE O SISTEM-AS FOI PENSADO? AS ESPECIFICIDADES DO ATENDIMENTO DOMICILIAR EM CUIDADOS PALIATIVOS DO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

Este capítulo contextualiza a estrutura institucional do INCA, com ênfase no Hospital do Câncer IV e na organização das modalidades de atendimento, como internação, ambulatório e assistência domiciliar. Será apresentada uma visão detalhada do funcionamento da assistência domiciliar, demonstrando a realidade institucional a partir da análise dos indicadores institucionais da Assistência Domiciliar. Além disso, será abordado sobre o trabalho do assistente social na assistência domiciliar, subsidiado, também, na análise dos dados dos indicadores institucionais da Assistência Domiciliar.

2.1 Hospital Do Câncer IV

O Hospital do Câncer IV (HC IV) é a Unidade de Cuidados Paliativos do INCA, responsável pelo atendimento de pacientes com câncer em estágio avançado, encaminhados de outras unidades do Instituto sem proposta terapêutica de cura. Os cuidados paliativos têm como principal objetivo melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias, por meio do alívio da dor e do sofrimento, independentemente do estágio da doença. Nesse contexto, o HC IV busca facilitar a permanência do paciente em casa, oferecendo suporte clínico e social, incluindo material de conforto e medicamentos para o manejo dos sintomas e bem-estar, assegurando um cuidado integral e humanizado. O HC IV possui como missão promover e prover cuidados paliativos oncológicos da mais alta qualidade, com habilidade técnica e humanitária (INCA, 2014). Significa majoritariamente aliviar a dor e os sintomas levando em consideração o ser humano em sua totalidade, o paciente como um todo, cuidado do corpo físico, os aspectos mentais, emocionais, espirituais e ambientais do paciente (GOMES E MELO, 2023). Dessa forma, identificar e dar continuidade às necessidades urgentes e recorrentes, considerando as condições sociais, emocionais e financeiras que impactam no bem-estar do paciente e de sua rede de cuidado é fundamental.

Atualmente, o HC IV conta com uma estrutura hospitalar destinada ao atendimento integral e ativo de todos os pacientes com doença oncológica avançada, sem possibilidade de cura, oriundos das outras unidades do INCA. O HC

IV trabalha com equipes multiprofissionais e conta com estrutura para acompanhar os pacientes atendidos em uma das três modalidades: atendimentos ambulatoriais, atendimentos domiciliares e internação. Em síntese, a internação hospitalar é destinada ao atendimento de usuários internados para controle de sintomas, usuários submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos e/ou pacientes em cuidados em fim de vida. Já o atendimento ambulatorial é indicado aos pacientes que possuem uma melhor capacidade funcional e condições de comparecer ao hospital. O familiar/cuidador também participa da consulta, recebendo informações, treinamento sobre os cuidados e esclarecendo suas dúvidas (INCA, 2014). Para aqueles pacientes que são inelegíveis ao acompanhamento da Assistência Domiciliar, após avaliação, e que não possuem condições de se deslocar até o hospital, é oferecido o Ambulatório a Distância³, que estabelece parceria com a unidade de atenção primária de saúde próxima à casa do paciente.

Dentre as modalidades de atendimento oferecidas pelo HC IV, a internação hospitalar e o atendimento ambulatorial desempenham papéis fundamentais na assistência aos pacientes em cuidados paliativos. No entanto, há casos em que o deslocamento até a unidade hospitalar torna-se inviável pela condição clínica do paciente. Para esses casos, a assistência domiciliar surge como uma estratégia.

2.2 Assistência Domiciliar do HC IV - O cuidado paliativo no domicílio do usuário

Para ser atendido na assistência domiciliar do HC IV, o paciente deve ter sido encaminhado por uma das unidades do INCA e avaliado pelo posto avançado. Essa modalidade é destinada a pacientes que possuam dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até a unidade e que necessitam de maior frequência de cuidado e acompanhamento contínuo domiciliar (INCA, 2021, p. 25). Os atendimentos da equipe multidisciplinar na assistência domiciliar estão inscritos na modalidade

³O Ambulatório a Distância é uma alternativa para assegurar a qualidade dos cuidados técnico-profissionais aos pacientes e seus familiares que por fatores físicos, sociais, econômicos, geográficos e urbanos apresentam dificuldades para irem até o hospital. Garantindo aos pacientes a continuidade dos cuidados paliativos em seu território de domicílio, diminuindo seu deslocamento, por meio do estabelecimento de uma ação integrada com a Atenção Primária à Saúde (APS). Os profissionais da APS atuam presencialmente e os profissionais do ambulatório do HC IV/INCA como orientadores/consultores e condutores do plano de cuidados. (FONSECA, D. F, et al. Integração com a Atenção Primária à Saúde: Experiência de uma Unidade de Referência em Cuidados Paliativos Oncológicos. Revista Brasileira de Cancerologia, [S. l.], v. 67, n. 4, p. e-011327, 2021. Disponível em: <<https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1327>>. Acesso em: 15 maio. 2025).

atenção domiciliar do tipo 2 (AD2)⁴. A modalidade AD2 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo (Ibid, 2021, p. 25).

A equipe multiprofissional da assistência domiciliar é composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, farmacêuticos, dentistas e capelão e, além disso, há o suporte técnico dos auxiliares administrativos e motoristas (INCA, 2021, pp. 26-27). Os profissionais da assistência domiciliar organizam-se em equipes, cada uma atendendo a uma região geográfica específica, entretanto, atualmente há apenas uma profissional do Serviço Social, que atende todos os pacientes e cobre todas as regiões⁵ as quais o serviço é realizado, regiões essas do Norte, Oeste, Centro-Sul do município do Rio de Janeiro, a região metropolitana do Rio (Baixada)⁶ e região metropolitana 2⁷ do Rio de Janeiro até 60 km de distância do HC IV.

A composição multidisciplinar da equipe de assistência domiciliar do HC IV evidencia o compromisso com um atendimento integral e coordenado. Entretanto, o acesso a esse serviço não se baseia apenas na estrutura técnica e humana, mas também em critérios específicos que possam garantir a continuidade do cuidado aos usuários. Assim, a introdução do paciente ao serviço de assistência domiciliar depende da existência de uma rede de apoio adequada e segue alguns protocolos, por exemplo, o usuário só pode ser introduzido no serviço de assistência domiciliar se houver uma rede de apoio, para garantir que o paciente receberá os cuidados necessários. Convém mencionar que o usuário pode ser encaminhado à modalidade de atendimento domiciliar de três maneiras: transferência direta do hospital de origem para a AD, ser encaminhado do ambulatório do HC IV ou da internação do HC IV.

⁴ A modalidade AD2 faz parte da Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, do Ministério da Saúde, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS. Essa portaria estabelece as diretrizes para os Serviços de Atenção Domiciliar, incluindo a classificação dos tipos de assistência domiciliar em AD1, AD2 e AD3. Para os pacientes serem elegíveis à AD2, devem ter necessidade de cuidado contínuo, demandar acompanhamento multiprofissional periódico e necessitar de procedimentos terapêuticos de média complexidade, como, por exemplo, administração de medicação endovenosa, oxigenoterapia contínua, ou cuidados paliativos intermediários.

⁵ Será realizado, adiante, apontamento sobre as condições de acesso à casa do paciente.

⁶ Os municípios que compõem a Baixada, região metropolitana do Rio de Janeiro, são: Belford Roxo, Duque de Caxias, Guapimirim, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Paracambi, Queimados, São João de Meriti, Seropédica.

⁷ A Região Metropolitana II do Rio de Janeiro é composta por sete municípios: Itaboraí, Maricá, Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá.

Além disso, as formas de elegibilidade de um paciente para o atendimento domiciliar dependem de condições que estão relacionadas à segurança da área onde o usuário reside e sua acessibilidade. O local que o paciente reside não deve apresentar riscos para a equipe de saúde, tampouco sua casa pode estar localizada em regiões de difícil acesso. Isso porque a segurança e a acessibilidade são aspectos fundamentais, pois influenciam diretamente na capacidade dos profissionais de prestarem um atendimento adequado e contínuo. Além disso, essas condições asseguram que a equipe possa realizar suas atividades de forma segura e eficiente, minimizando quaisquer impedimentos que possam comprometer a qualidade do cuidado oferecido. Por isso, toda a equipe segue a Norma Administrativa da assistência domiciliar, que determina:

a) em relação ao perfil do paciente para admissão na AD:

1) serem encaminhados de outras unidades assistenciais do INCA, após término da terapêutica com intenção curativa ou da sua impossibilidade;

2) apresentar situação clínica impeditiva ao atendimento ambulatorial (PS maior que 2 ou KPS menor que 50%);

3) portadores de imobilidade (por causas como amputações, fraturas, grandes linfedemas, feridas tumorais extensas...); e

4) portadores de condições clínicas incapacitantes ou restritivas (como por exemplo, dispneia, dependência de oxigênio, sequelas neurológicas, entre outras condições).

b) condições de acesso à casa do paciente: para que os atendimentos ocorram, é necessário que:

1) a casa esteja situada até 60 km de distância do HC IV;

2) tenha acesso livre e fácil para a equipe de assistência domiciliar; e

3) não esteja em áreas consideradas de risco e/ou com iminência de conflito urbano relatado pelos órgãos de Segurança Pública (apud INCA, 2021, pp. 25-26).

Isto significa que locais que não possuem essas características tornam-se inelegíveis para o acompanhamento pela equipe de assistência domiciliar. Desse modo, o paciente não ingressará na AD e continuará na modalidade ambulatorial.

A partir dos dados da planilha de indicadores institucionais, produzida e fornecida pela equipe administrativa da Assistência Domiciliar, é possível dimensionar o trabalho realizado pela equipe multiprofissional no ano de 2024. Os cálculos referentes à Assistência Domiciliar foram elaborados com base no número

de pacientes ativos, ou seja, aqueles que permanecem sob acompanhamento contínuo no serviço de atenção domiciliar. Para essa contabilização, excluem-se os usuários que, por diferentes motivos, deixaram temporariamente ou definitivamente o acompanhamento domiciliar. Entre os casos de exclusão, destacam-se os usuários que apresentaram alguma intercorrência clínica que exigiu internação hospitalar, seja em uma unidade do INCA ou outro hospital, aqueles encaminhados para acompanhamento ambulatorial e os usuários que vieram a óbito.

No ano de 2024, a Assistência Domiciliar apresentou variações relativas ao número de pacientes ativos ao longo dos meses, como é possível observar na tabela 1, a seguir. Essas oscilações, como exposto anteriormente, podem estar relacionadas a fatores como novas admissões, mudanças de processo, internações e óbitos. Dessa forma, a Tabela 1 apresenta a média de pacientes ativos, detalhando seus respectivos meses, além dos pacientes que ingressaram na AD, aqueles usuários que foram internados e os óbitos ocorridos nos meses.

Tabela 1 - Pacientes ativos na Assistência Domiciliar

2024	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Pacientes ativos/mês	137	129	130	143	149	159	154	135	128	119	108	115
Usuários Novos	28	30	31	43	35	41	30	19	25	19	25	34
Pacientes internados	40	30	30	31	28	36	42	41	31	28	23	26
Total de óbitos	31	26	33	24	22	25	41	31	25	32	25	26

FONTE: Indicadores Institucionais da Assistência Domiciliar. Equipe Administrativa. INCA, 2024.

Adicionalmente, a Tabela 2 apresenta o número de pacientes atendidos por região no ano de 2024, complementando a análise ao destacar o número de pacientes por região que ingressaram na Assistência Domiciliar entre 01/01/2024 e 31/12/2024, aqueles que já estavam sendo acompanhados por essa modalidade antes desse período, bem como os pacientes que vieram a óbito durante o mesmo intervalo de tempo.

Tabela 2 - Pacientes por região

REGIÃO	Usuários novos	Já acompanhados	Óbitos
Caxias	36	8	36
Nova Iguaçu	62	25	69
São João de Meriti	34	9	43
Centro-Sul	27	7	24
Niterói e regiões	26	10	25
Leopoldina	42	10	44
Norte	42	12	41
Campo Grande	66	19	74
Jacarepaguá	25	2	26
TOTAL DE PACIENTES NO PERÍODO:	360	120	382

FONTE: Indicadores Institucionais da Assistência Domiciliar. Equipe Administrativa. INCA, 2024.

O atendimento presencial à casa dos usuários é realizado apenas em dias úteis, de segunda à sexta-feira, das 8h às 16h. Para garantir a organização e a comunicação eficaz com os familiares, a equipe administrativa da Assistência Domiciliar é responsável por entrar em contato por telefone com o paciente ou algum familiar para informar sobre os atendimentos agendados e esclarecer eventuais dúvidas. Dito isto, em 2024, estavam previstos 244 dias de funcionamento para os atendimentos presenciais.

A Tabela 3 apresenta a carga horária estimada para os atendimentos presenciais para as seguintes categorias multiprofissionais: Enfermagem, Medicina, Serviço Social, Psicologia e Fisioterapia, respectivamente.

Tabela 3 - Carga horária de trabalho estimada geral e por categoria profissional

2024	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Atendimento presencial (dias)	22	17	20	21	20	20	23	22	21	22	17	19
ch enf. mensal	720	756	750	570	710	700	762	530	730	670	550	510
ch medicina mensal	144	324	336	204	180	108	144	144	168	180	60	108
ch seso mensal	140	60	90	50	110	128	240	200	350	340	290	100

ch psico mensal	200	170	130	180	130	126	222	214	240	180	180	160
ch fisio mensal	50	110	100	120	70	130	140	130	180	180	120	110

FONTE: Indicadores Institucionais da Assistência Domiciliar. Equipe Administrativa. INCA, 2024.

Com base no número total de dias de funcionamento e na carga horária alocada para cada categoria multiprofissional, é possível estimar a capacidade produtiva de atendimento presenciais. Isto é, a capacidade produtiva abrange o volume de atendimentos que podem ser realizados por cada especialidade. A Tabela 4 expressa a capacidade produtiva prevista de atendimentos presenciais por mês.

Tabela 4 - Capacidade produtiva prevista por categoria profissional

2024	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Enfermagem	369	324	385	338	396	392	381	290	360	315	275	255
Médicos	54	117	124	85	75	45	60	60	59	64	22	40
Serviço Social	76	35	54	30	66	78	148	115	125	120	121	57
Psicologia	80	68	52	72	52	60	91	84	96	72	72	64
Fisioterapia	20	44	40	50	28	52	56	52	72	56	48	44

FONTE: Indicadores Institucionais da Assistência Domiciliar. Equipe Administrativa. INCA, 2024.

A partir da capacidade produtiva prevista definida, é possível monitorar os atendimentos que de fato aconteceram ao longo do ano. Dessa forma, os atendimentos realizados correspondem ao total de atendimentos presenciais efetivamente executados ao longo dos meses. Esses atendimentos refletem a capacidade produtiva posta em prática, permitindo a análise do cumprimento do planejamento inicial.

Quando os dados da capacidade produtiva prevista são comparados com os atendimentos realizados, é possível identificar um número menor do que o esperado. Essa diferença pode ser atribuída a diversos contratempos enfrentados no dia a dia das visitas domiciliares, como trânsito intenso, engarrafamentos, tempo de deslocamento prolongado até a casa do usuário, pacientes com demandas complexas necessitando de maior tempo de atendimento, ausência do cuidador no momento da visita e condições climáticas adversas. Além disso, há também demandas internas que impactam na execução do serviço, entre elas, destacam-se

reuniões de equipe, discussões de casos e alinhamento de condutas, fundamentais para o atendimento, mas que podem interferir na organização e no tempo disponível para realizar as visitas. Os atendimentos realizados em 2024 podem ser observados na tabela a seguir.

Tabela 5 - Atendimentos realizados na Assistência Domiciliar pela equipe multiprofissional total e por categoria profissional

2024	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Total de visitas agendadas	491	467	511	485	551	568	654	588	620	571	404	435
Total de Visitas realizadas	442	423	462	433	513	516	619	538	579	536	374	388
Visita da equipe de Enfermagem	266	225	290	254	315	308	352	260	277	268	204	192
Visita da equipe de Médicos	41	90	67	56	55	21	41	33	48	53	14	59
Visita da equipe de Assistente Social	54	19	20	22	56	62	79	87	108	97	64	39
Visita da equipe de Psicologia	62	46	48	61	43	50	72	70	61	47	41	50
Visita da equipe de Fisioterapia	17	38	36	39	32	50	58	72	72	57	41	41

FONTE: Indicadores Institucionais da Assistência Domiciliar. Equipe Administrativa. INCA, 2024.

Cabe salientar que foram realizadas 107 visitas pela equipe de Nutrição e 16 visitas pela equipe de Odontologia ao longo do ano de 2024. Desse modo, os atendimentos realizados durante o ano totalizaram 5.823 visitas envolvendo a equipe multiprofissional.

Além dos atendimentos presenciais em caráter de consulta, foram realizados 1.012 teleatendimentos durante todo o ano de 2024. Essa abordagem visa a comunicação remota entre os profissionais e os pacientes, permitindo oferecer uma resposta mais imediata em situações que necessitam do acompanhamento clínico, suporte psicológico, orientação social ou nutricional. Como é possível observar na Tabela 6, os profissionais que realizaram teleatendimentos.

Tabela 6 - Teleatendimento por categoria profissional

2024	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Teleatendimentos da Enfermagem	26	45	63	23	37	50	41	34	17	27	23	43
Teleatendimentos Médicos	39	6	15	16	29	26	42	36	45	36	19	51
Teleatendimentos do Serviço Social	9	0	14	7	5	8	23	22	35	23	15	5
Teleatendimentos da Psicologia	5	4	4	3	1	0	3	5	2	0	2	1
Teleatendimentos da Nutrição	4	3	2	2	1	4	1	0	2	4	1	3

FONTE: Indicadores Institucionais da Assistência Domiciliar. Equipe Administrativa. INCA, 2024.

Por fim, a Tabela 7 destaca quantas avaliações de local foram realizadas por mês. O objetivo da avaliação é verificar as condições de acesso às residências dos pacientes, através dos critérios expostos anteriormente.

Tabela 7 - Avaliações de local

2024	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Avaliação de local	15	20	22	24	23	36	56	10	25	24	23	32

FONTE: Indicadores Institucionais da Assistência Domiciliar. Equipe Administrativa. INCA, 2024.

A análise dos indicadores institucionais referentes à Assistência Domiciliar em 2024 vai além dos números e revela a complexidade e os desafios enfrentados diariamente pela equipe multiprofissional. Embora exista uma capacidade produtiva prevista, os atendimentos efetivamente realizados evidenciam que fatores externos e internos influenciam significativamente o fluxo de trabalho, e é a partir dessa diferença entre expectativa e realidade que se faz necessário refletir e repensar os processos de organização do serviço. Mesmo que, em números absolutos, isso resulte em uma redução na capacidade produtiva, a constante troca de informações com a equipe multiprofissional para entender e conhecer as demandas clínicas e sociais dos pacientes se faz necessária, permitindo que as diferentes perspectivas dos profissionais contribuam para formulação de estratégias de atendimento e respondam às reais necessidades dos usuários.

2.3 O trabalho do assistente social na assistência domiciliar - Particularidades e Contexto

Como exposto anteriormente, os encaminhamentos para o atendimento domiciliar podem ocorrer através do ambulatório, da internação do HC IV ou a partir da unidade de origem. Nos dois primeiros casos, o usuário já foi previamente atendido pelo Serviço Social. Na transferência direta do hospital de origem para a AD, o primeiro contato com o assistente social no HC IV será durante a visita domiciliar. Nesses primeiros encontros, é comum que o assistente social realize uma entrevista social com o usuário, junto de seu familiar. Cabe ressaltar que a equipe do Serviço Social do HC IV elaborou o seu próprio formulário de avaliação social, que consiste em um plano de cuidado com diretrizes e condutas técnico-sociais do Serviço Social, o qual é aplicado a cada um dos usuários.

No processo da avaliação social, o assistente social precisa acolher os usuários e suas famílias, sem seus

preconceitos, ouvindo suas histórias, respeitando suas crenças, culturas, tradições, visões de mundo, buscando, assim, um cuidado que é singular, ao mesmo tempo que abarca a totalidade dos sujeitos e de suas demandas sociais. Para tal, é preciso reconhecer que as famílias possuem limites e possibilidades, e por isso é tão importante acolhê-las, criando espaços de diálogo com a equipe, sempre com a participação ativa do paciente e dos membros de sua família ou daqueles que participam dos seus cuidados (INCA, 2022, p. 130).

Vale ressaltar, também, alguns dos pontos centrais da avaliação social: a identificação do usuário, sua composição familiar, situação socioeconômica e profissional e a identificação da rede de cuidados (INCA, 2022). A avaliação social é um instrumento que se efetiva no processo de trabalho do assistente social, sendo ele um instrumento técnico-operativo que é sustentado pelo eixo ético-político e teórico-metodológico. A intencionalidade do instrumento é construída, e requisições e atribuições são assumidas pelo profissional, a partir dos seus valores. A entrevista possibilita aos usuários contar suas histórias através do uso da linguagem, e cabe ao profissional reconhecer e dar tanto sentido quanto significado nesse momento da realidade social do usuário, visualizando e atuando nas expressões da questão social.

A entrevista social é o ponto de partida para a intervenção profissional e, para ser realizada, precisa do registro. Essa ação é importante para a continuidade dos próximos atendimentos e entender o retrato da realidade do usuário naquele

momento, sistematizando as informações coletadas. O registro da entrevista social é a materialização e objetivação do trabalho profissional, sendo a maneira pela qual ocorre a expressão do exercício profissional com intencionalidade. A partir da aplicação da avaliação social, é possível obter a resposta de alguns critérios importantes para a organização da visita domiciliar do assistente social na AD, o retrato da realidade para definir qual é a rede primária do usuário dentro da Escala de Avaliação da Rede Primária de Cuidados do Paciente em Cuidados Paliativos (Escala ARCP) e suas demandas sociais. Além disso, há um espaço reservado para avaliar a capacidade funcional e o grau de dependência de cuidados do usuário, seja ele totalmente independente, parcialmente dependente ou dependente integral dos cuidados de terceiros. Ainda que a capacidade funcional do usuários na avaliação social não esteja apoiada na escala Karnofsky Performance Status (KPS) e sim em uma abordagem mais qualitativa, que mediante o atendimento o profissional obtém percepções dos pacientes e/ou do familiares sobre as limitações e capacidades, é uma informação da realidade que impacta diretamente nas ações e condutas tomadas pelos assistentes sociais.

Essa descrição do trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais na AD proporciona uma oportunidade valiosa para revisar e reinterpretar os indicadores institucionais, permitindo uma compreensão mais aprofundada e contextualizada sobre as atividades que compõem a atuação profissional da categoria. Retomando os indicadores institucionais no ano de 2024, é possível observar que, de acordo com a Tabela 1, o número máximo de usuários ativos⁸ acompanhados pela Assistência Domiciliar foi de 159 pacientes no mês de junho, enquanto a média aritmética simples de pacientes ativos ao longo dos meses correspondeu a 134. Dessa mesma forma, dentro desse universo, é possível observar, de acordo com a Tabela 3, que a carga horária estimada para os atendimentos presenciais do Serviço Social teve uma média mensal de 175 horas. Já na Tabela 4, encontra-se a capacidade produtiva prevista para os atendimentos mensais do Serviço Social, foi de 85 atendimentos. Quando é feita a análise produtiva estimada do assistente social pela carga horária da categoria dentro da Assistência Domiciliar, é revelado que seriam destinadas, em teoria, aproximadamente 2 horas e 4 minutos para cada atendimento.

⁸ Possui o mesmo significado de pacientes ativos, exclui-se pacientes com qualquer intercorrência.

Entretanto, quando os dados reais de produção são analisados (Tabela 5), verifica-se que a média prática de atendimentos foi de 59 visitas domiciliares por mês, o que corresponderia, teoricamente, a cerca de 2 horas e 58 minutos por atendimento. No entanto, esses cálculos não levam em consideração aspectos essenciais da rotina do Serviço Social na Assistência Domiciliar, tais como:

- a) o tempo de deslocamento, que pode ser impactado por engarrafamentos e variações na quilometragem entre o INCA e as residências dos pacientes, pois quanto mais longe, maior o tempo de deslocamento;
- b) a análise prévia de prontuário, para compreender o histórico do usuário, suas demandas anteriores e identificar possíveis mudanças desde a última visita;
- c) a necessidade de discussões de casos com a equipe multiprofissional ou a passagem de demandas para/de outros profissionais;
- d) necessidade imediata da produção de documentos técnicos do serviço social, como relatórios sociais, laudos, declarações e encaminhamentos.

Os indicadores institucionais e a análise crítica mostram a importância de uma abordagem que vá além dos números, considerando as particularidades e desafios enfrentados no cotidiano profissional. O trabalho do Serviço Social não se realiza e se encerra apenas nos atendimentos: o assistente social realiza acompanhamento como um processo contínuo e dinâmico que visa monitorar, avaliar e ajustar as intervenções sociais de acordo com as necessidades e mudanças apresentadas pelos usuários, com a finalidade de responder às demandas sociais identificadas.

No início do rodízio na AD como residente, houve um interesse pessoal de conhecer de forma mais aprofundada a dinâmica de funcionamento do atendimento social realizado no processo, diante do universo de demandas sociais identificadas e como se organizava a rotina de trabalho. Para sistematizar as informações de acompanhamento, foi criada, inicialmente, uma planilha de Excel que agregava os dados de identificação dos pacientes, região de moradia, data da última visita realizada pelo assistente social e as principais demandas identificadas. Os dados coletados no período entre abril de 2024 e 10 de fevereiro de 2025 foram analisados e aprimorados para servir de base para o desenvolvimento e elaboração do sistema de priorização que é o objetivo geral deste trabalho. Considerando que o número de

pacientes inscritos pode variar, como já mencionado, foi necessário definir um recorte temporal para entender a dimensão do trabalho.

A demanda institucional por visitas domiciliares realizadas pelo Serviço Social na Assistência Domiciliar do INCA evidencia desafios que comprometem a organização do atendimento. Além do reconhecimento das demandas sociais dos pacientes, há um expressivo quantitativo de usuários no processo e uma consequente sobrecarga de trabalho para o assistente social. Essa realidade, somada às demandas sociais e à ausência de uma sistematização para a definição de priorização dos retornos, ressalta a necessidade de um direcionamento técnico. Esses elementos somados caracterizam o problema da pesquisa sobre o qual esse trabalho se debruça. Diante desse cenário, o problema consiste em como organizar e direcionar as visitas domiciliares de maneira técnica, sendo, portanto, o objeto de intervenção desta pesquisa a otimização técnica das visitas domiciliares realizadas pelo assistente social inserido na Assistência Domiciliar do HC IV.

Neste sentido, o objetivo geral deste trabalho é criar um sistema de análise e priorização de visitas do assistente social, que auxilie o profissional a coordenar suas ações de intervenção no processo assistencial, direcionando sua prática de acordo com a análise das demandas sociais identificadas. Os demais objetivos e a metodologia de elaboração do trabalho serão apresentados no próximo capítulo.

CAPÍTULO III: O PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

Neste capítulo, são descritas as abordagens e os métodos utilizados para a implementação do SISTEM-AS. Baseado na pesquisa-ação, o capítulo detalha o percurso metodológico adotado, desde a fase exploratória.

3.1 O Caminho Metodológico Percorrido

O método utilizado para a criação do Sistema de Priorização de Visitas Domiciliares do Assistente Social foi a pesquisa-ação enquanto uma abordagem de pesquisa vinculada à participação e ação. Um dos principais objetivos desse instrumento consiste em responder com maior eficiência problemas e buscar soluções possíveis, em particular sob forma de diretrizes de ação transformadora. A pesquisa-ação foi usada como uma abordagem metodológica que une a investigação científica à intervenção prática, de forma que foi realizado um diagnóstico da situação da realidade, de base empírica, com a pesquisadora imersa no campo, sendo essa a realização de visitas domiciliares do assistente social na Assistência Domiciliar do HC IV/INCA.

Segundo Thiollent (1986), a pesquisa-ação não se limita apenas no levantamento de dados ou de relatórios, busca envolver os pesquisadores de forma ativa na realidade e nos fatos observados. Além disso, permite a utilização de diversos métodos e técnicas no processo investigativo, abrangendo estratégias para coletar e interpretar dados, resolver problemas e organizar ações. Foi por esse motivo que a aplicação da pesquisa-ação como método permitiu identificar e intervir para contribuir no processo de visitas domiciliares no contexto de assistência oncológica.

O planejamento da pesquisa-ação se caracteriza por sua flexibilidade: ao contrário de outras metodologias de pesquisa, ela não segue uma sequência rígida de etapas predefinidas. Desse modo, o ponto de partida se deu durante o ano de 2024, com a fase exploratória, observando-se que há uma única profissional do Serviço Social no setor, um expressivo número de usuários no processo da AD, bem como usuários que necessitam de acompanhamento social e uma gama de múltiplas demandas sociais que precisam de intervenção técnica do assistente social e as demandas da instituição. Com esse balanço, foi identificado alguns problemas da situação, são eles:

- a) Apenas uma profissional de Serviço Social realizando atendimentos, há a necessidade de reduzir a sobrecarga de trabalho;
- b) O grande número de usuários no processo da AD dificulta o acompanhamento social, evidenciando a carência de sistematização profissional para um melhor direcionamento do trabalho técnico;
- c) Presença de múltiplas demandas sociais dos usuários, mostrando que é fundamental organizar e direcionar a visita domiciliar do assistente social.

Na fase exploratória, a análise e a observação permitiram identificar as limitações operacionais, como a necessidade de uma equipe maior de assistentes sociais. Foram identificadas, também, demandas espontâneas e urgentes envolvendo usuários, as quais desviam a atenção de ações planejadas. Isso dificulta a realização de atividades de forma planejada e qualitativa. Além disso, há as pendências dos atendimentos cotidianos, que, em sua maioria, são resolvidos em um dia específico para responder às demandas. Nesse dia, o assistente social não realiza visitas domiciliares, dedicando-se a responder às demandas dos usuários, como relatório social para os diferentes fins, encaminhamentos para os demais serviços da seguridade social e trabalho, etc.

Evidenciando-se o problema em questão: “Como organizar e direcionar a visita do assistente social?”.

Dessa maneira, o objetivo geral deste estudo foi desenvolver um sistema de priorização de visitas domiciliares para o Serviço Social na assistência domiciliar do HC IV/INCA. E os objetivos específicos incluíram:

- 1) Analisar o contexto da assistência domiciliar em cuidados paliativos no INCA, identificando os principais desafios enfrentados pelo Serviço Social, identificando as demandas institucionais e sociais presentes;
- 2) Mapear as demandas dos usuários, categorizando as diversas necessidades sociais dos usuários.

Diante dos desafios identificados no contexto da assistência domiciliar e da necessidade de sistematizar as visitas, parte-se da hipótese de que a implementação do Sistema de Priorização de Visitas Domiciliares para o Serviço Social na assistência domiciliar do INCA redirecionará o trabalho técnico do assistente social e otimizará o atendimento aos usuários em cuidados paliativos, resultando em um atendimento mais assertivo às demandas sociais dos usuários. O SISTEM-AS, como uma proposta de acompanhamento social para o assistente

social na assistência domiciliar - a partir do diagnóstico inicial que evidenciou a sobrecarga de trabalho, dificuldade de realizar o acompanhamento social e múltiplas demandas sociais dos usuários - foi elaborado com as seguintes diretrizes:

I) Análise Contextual e Mapeamento das Demandas: foi realizado um levantamento detalhado do cenário da assistência domiciliar, bem como identificado as demandas institucionais e sociais e os desafios enfrentados pela equipe de Serviço Social. A partir desse diagnóstico, foi possível compreender as especificidades da AD.

II) Desenvolvimento de Critérios de Priorização, com base nas demandas identificadas: avaliação foi realizada a partir das necessidades dos usuários e dos cuidadores com a utilização de critérios, como: Escala ARCP, idade do cuidador, demandas sociais do usuário e capacidade funcional do usuário para determinar a necessidade de intervenção social, levando em consideração os desafios físicos e emocionais enfrentados pelos cuidadores, especialmente os idosos e menores de idade.

III) Sistematização da Priorização de Visitas do assistente social: instrumento estruturado para visualizar, perceber e identificar os usuários acompanhados e que necessitam de acompanhamento do Serviço Social. A cada visita domiciliar realizada pelo assistente social, deve ser feito seu preenchimento, avaliação e reavaliação, isto é, fazer uma reavaliação contínua da situação dos usuários e ajuste da pontuação conforme necessário, principalmente para os usuários acompanhados pelo Serviço Social, pois as condições sociais, econômicas dos usuários são variáveis.

IV) Monitoramento e Avaliação Contínua: a partir do monitoramento e acompanhamento, a equipe profissional deve reunir-se e realizar avaliações com base nas informações e dados colhidos. Para que desse modo, sejam realizados ajustes e melhorias no SISTEM-AS, de modo a atender com maior eficácia às demandas dos usuários e direcionar o trabalho do assistente social aos usuários em cuidados paliativos. O monitoramento e avaliação contínua permitem ajustes e aprimoramentos conforme as necessidades observadas e evidencia a importância de uma abordagem ao mesmo tempo flexível e participativa entre a equipe profissional.

Essas diretrizes visam estabelecer critérios técnicos para a priorização das visitas no contexto da assistência domiciliar, garantindo uma sistematização e um

monitoramento. A partir delas, busca-se orientar o trabalho do assistente social de maneira estratégica, assegurando que o acompanhamento seja direcionado aos usuários que encontram-se em alta prioridade, logo, possui uma demanda mais urgente.

A pesquisa-ação realizada neste estudo permitiu identificar uma lacuna relacionada à falta de um critério técnico estruturado para a priorização das visitas domiciliares, resultando na dificuldade de visualizar e identificar adequadamente os usuários que realmente necessitam de acompanhamento do Serviço Social e as demandas institucionais mais rotineiras. Ao notar esse cenário, observou-se a possibilidade de sistematizar os acompanhamentos sociais, contribuindo para a redução da sobrecarga de trabalho e para a otimização das visitas do assistente social. A estratégia adotada reafirma a importância de integrar teoria e prática na execução dos serviços de saúde, promovendo um atendimento equitativo, eficiente e alinhado com as demandas reais dos usuários. Além de otimizar os recursos.

O próximo capítulo apresenta o SISTEM-AS como um instrumento profissional. Introduce a estrutura e os critérios utilizados no Sistema de Priorização de Visitas Domiciliares do Assistente Social, assim como explica a categorização dos atendimentos em alta, média e baixa prioridade.

CAPÍTULO IV: SISTEMA DE PRIORIZAÇÃO DE VISITAS DOMICILIARES DO ASSISTENTE SOCIAL (SISTEM-AS): uma proposta de acompanhamento social para o profissional inserido na assistência domiciliar do HC IV

O Sistema de Priorização de Visitas Domiciliares do Assistente Social deverá ser preenchido, avaliado e reavaliado a cada visita que o assistente social realizar às famílias do serviço de atenção domiciliar do INCA IV daqueles usuários que apresentarem demandas sociais. Os atendimentos permitem reconhecer quais demandas sociais são necessárias para que os direitos sociais de cada usuária sejam orientados, ofertados e viabilizados de forma que possam ser compreendidos por eles. A necessidade de uma sistematização é resultado da observação e atuação no campo, pois ela permitirá objetivamente visualizar todos os usuários atendidos na assistência domiciliar, ao mesmo tempo em que apresentará a necessidade de retorno do assistente social à casa de cada um dos usuários, seja um retorno com alta prioridade, média ou baixa. Sua implementação seria um instrumento que auxiliará no planejamento das visitas domiciliares priorizando aqueles que mais necessitam.

FIGURA 1- Sistema de Priorização de Visitas Domiciliares do Assistente Social | SISTEM-AS



Data da visita:			Região da visita:		
Matrícula:					
Nome:					
Critério	Alta Prioridade 2	Média Prioridade 1	Baixa Prioridade 0	Notal final	
Escala ARCP	() 3 e () 4	() 6 e () 5	() 8 e () 7		
Idade do cuidador	() cuidador > 65 anos () cuidador < 18 anos	() cuidador entre 60-64 anos	() cuidador com menos de 59 anos		
Capacidade Funcional do paciente	() 10 () 20 () 30	() 40 () 50 () 60	() 70 () 80 () 90 () 100		
Demandas sociais do paciente e/ou familiares	() Questões relacionadas à renda	() Acesso a rede de saúde mental	() Acesso a insumos institucionais		
	() Documentação civil	() Representação legal	() Orientação de acesso a insumos e medicamentos externos		
	() Orientação sobre guarda	() Acesso a rede saúde básica			
	() Relatórios técnicos	() Acesso a benefícios socioassistenciais			
	Outro: _____				
Nota final total/ parecer do SISTEM-AS					
Alta Prioridade ()		Média Prioridade ()	Baixa Prioridade ()		
Observações: _____					

4.1 Sistema De Priorização De Visitas Domiciliares Do Assistente Social

O SISTEM-AS está expresso nesse instrumento que estabelece uma pontuação que pode variar de zero a oito (0 a 8), na qual a necessidade de retorno do profissional é determinada por três níveis de prioridade, sendo eles: alta, média e baixa. Os usuários que apresentam:

Alta prioridade pontuam entre seis e oito (6 e 8) no Sistema de Priorização de Visitas Domiciliares do Assistente Social, indicando uma necessidade imediata de intervenção profissional devido a situações de maior vulnerabilidade ou demandas urgentes que exigem atenção. Esse nível de prioridade sugere que as condições socioeconômicas ou de saúde desses usuários e suas famílias requerem suporte intensivo e contínuo.

Média prioridade é atribuída aos usuários que pontuam entre três e cinco (3 e 5), indicando a presença de fatores que, embora relevantes, não requerem intervenção imediata, mas ainda necessitam de um acompanhamento regular do assistente social. Essas famílias podem enfrentar desafios que precisam ser monitorados para prevenir uma piora em suas condições de vida, dessa forma, precisam ser atendidos com a finalidade de prevenção, para não se transformarem em usuários de alta prioridade.

Baixa prioridade são aqueles que pontuam entre zero e dois (0 e 2), sinalizando que, no momento, essas famílias não apresentam demandas sociais significativas que justifiquem um retorno frequente do assistente social. Esses casos são considerados estáveis, com menores níveis de vulnerabilidade, e podem ser acompanhados em intervalos mais longos, permitindo que o profissional concentre seus esforços em situações de maior urgência.

Essa metodologia de pontuação permite otimizar a alocação dos recursos humanos e garantir que as necessidades mais urgentes sejam atendidas de maneira oportuna e eficaz. Com essa Sistematização de Priorização de Visitas do Assistente Social, será possível avaliar, de forma objetiva, a situação de cada usuário e de sua família, levando em consideração múltiplos fatores que influenciam a vulnerabilidade social e a complexidade dos cuidados necessários. Além disso, a metodologia da planilha é baseada na identificação e quantificação de fatores que impactam a qualidade de vida dos usuários em cuidados paliativos e suas famílias. Elementos como condições socioeconômicas, a presença de redes de apoio, o grau

de dependência do paciente, bem como aspectos emocionais e culturais, são levados em conta na atribuição de pontos. Quanto maior a pontuação, maior a necessidade de intervenção do assistente social, visto que essa soma reflete uma situação de maior vulnerabilidade e risco social. Por exemplo, o usuário que se encontra na categoria de alta prioridade pode estar em situação de pobreza, situações de violência, rompimento de vínculos com sua rede de suporte ou outras questões estruturais que possam dificultar o cuidado adequado ao paciente. Esses cenários requerem a atuação do assistente social e a sua intervenção.

Desse modo, o retorno do assistente social com o sistema de pontuação visa ser uma ferramenta que permitirá a categorização de demandas, assegurando que o profissional dedique mais tempo e atenção às famílias em maior risco, sem negligenciar aquelas em menor vulnerabilidade, além de facilitar o planejamento estratégico, garantindo que as visitas domiciliares ocorram de forma organizada e direcionada. Vale lembrar, como pontuado anteriormente, que a cada visita, a situação do paciente e da família pode ser reavaliada, e a pontuação ajustada conforme novas condições emergem, o que torna a abordagem flexível e adaptativa. Além disso, esse é um instrumento que permite auxiliar o assistente social, não tirar sua autonomia, dessa forma, mesmo que o paciente não apresente uma demanda considerada de alta ou média prioridade, o profissional tem sua autonomia preservada para decidir quando irá retornar a casa do usuário.

4.1.1 DESCRIÇÃO DOS CRITÉRIOS

O Sistema de Priorização de Visitas Domiciliares do Assistente Social baseia-se em uma avaliação abrangente que utiliza diversos critérios para determinar a necessidade de intervenção social. Esses critérios foram estabelecidos com o objetivo de garantir que tanto as necessidades do paciente quanto as de seus cuidadores sejam atendidas. Os critérios propostos são, escala ARCP, sobrecarga do cuidador, Idade do cuidador, demandas sociais do paciente e Capacidade funcional do paciente.

4.1.2 Escala ARCP

A escala ARCP faz parte do plano terapêutico da equipe do Serviço Social do HC IV/INCA, a qual avalia a oferta de cuidados ao paciente em tratamento paliativo, considera as alterações da rotina, a dependência de terceiros para as atividades da

vida diária, as possíveis alterações de papéis no núcleo familiar, entre outros. A escala ARCP avalia a organização, os laços de proximidade e afetividade em relação ao paciente, pois geralmente é um de seus membros que assume o papel central na rede de cuidados ao paciente. Ao identificar a rede primária de cuidados ao paciente, é possível que o assistente social tenha os instrumentos necessários para sua ação profissional, atuando com direcionamento e elaborando estratégias efetivas com base na oferta de cuidados ao paciente (INCA, 2022).

A Escala ARCP apresenta oito possibilidades para classificar a rede primária de cuidados do usuário, devendo ser escolhida a opção que melhor representa o contexto do mesmo. Não fazem parte do SISTEM-AS as classificações de rede tipo 1 e 2, pois o usuário não possui suporte familiar ou de pessoas com vínculos afetivos para os cuidados necessários e o paciente possui uma rede presente, mas a mesma não é participativa e não se organiza para ofertar cuidados, respectivamente. Nas demais classificações de rede, todas as possibilidades apontam que o usuário possui referência familiar e/ou pessoas com vínculos afetivos, alterando-se a quantidade de cuidadores e se abrange ou não a integralidade de demandas do paciente. Isso é relevante, pois é um critério para a inserção do paciente na AD e porque com o avanço da doença, é crescente a necessidade de suporte do paciente.

Além disso, na avaliação social do Serviço Social é possível identificar a rede de cuidados para saber quem é o cuidador principal e sua idade, sua situação trabalhista, se apresenta problemas de saúde e, ainda, se há mais de um cuidador ou se há outras pessoas que possam entrar no circuito como cuidadores. Ao entrevistar o paciente e completar a avaliação social, é possível identificar se a família dispõe de recursos para contratar um cuidador formal, entre outras questões.

As informações sobre a rede primária de cuidados ao paciente oncológico exclusivo em cuidados paliativos podem ser visualizadas no Quadro 1, que apresenta detalhadamente o conceito de cada uma das oito possibilidades para classificar a rede de cuidados do usuário, levando em consideração, a presença ou a ausência de laços afetivos, a existência de cuidadores, o quantitativo de cuidadores, a qualidade do cuidado ofertado.

Quadro 1 - Escala de Avaliação da Rede Primária de Cuidados ao Paciente em Cuidados Paliativos Oncológico Exclusivo

	Rede primária de cuidados	Quanto à existência de vínculos familiares e afetivos	Quanto à existência de cuidadores	Quanto ao quantitativo de cuidadores	Quanto à qualidade do cuidado ofertado	Conceito
1.	Rede	Ausente	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Quando não foi identificado nenhum suporte de familiar ou de pessoas com vínculos afetivos que participem dos cuidados ao paciente
2.	Rede	Presente	Não participativa	Não se aplica	Não se aplica	Quando identificados familiares e/ou indivíduos com vínculos com o paciente, mas que não se organizam em rede para oferta de cuidados
3.	Rede de cuidados	Presente	Participativa	Restrita	Parcial	Quando identificado apenas um cuidador que não abarca todas as demandas apresentadas pelo usuário
4.	Rede de cuidados	Presente	Participativa	Moderada	Parcial	Rede que envolve ação de duas pessoas que não abarca todas as demandas apresentadas pelo usuário
5.	Rede de cuidados	Presente	Participativa	Ampla	Parcial	Rede que envolve três ou mais pessoas cuja ação não abarca todas as demandas apresentadas pelo usuário
6.	Rede de cuidados	Presente	Participativa	Restrita	Plena	Quando identificado apenas um cuidador cuja forma de ação abrange a integralidade do cuidado
7.	Rede de cuidados	Presente	Participativa	Moderada	Plena	Rede que envolve duas pessoas cuja ação abrange a integralidade do cuidado
8.	Rede de cuidados	Presente	Participativa	Ampla	Plena	Rede que envolve três ou mais pessoas cuja ação abrange a integralidade do cuidado

Fonte: INCA, 2022, p. 58.

4.1.3 Idade do cuidador

Considerar a idade do cuidador principal é fundamental, pois leva em

consideração os desafios físicos, emocionais e a sobrecarga de cuidado. Além disso, a idade do cuidador pode influenciar na qualidade e na eficácia dos cuidados prestados ao paciente.

Para os cuidadores idosos, é possível constatar que enfrentam limitações físicas, como mobilidade reduzida, cansaço mais rápido, e maior suscetibilidade a doenças e lesões. Portanto, é necessário realizar o acompanhamento desse paciente junto de sua rede de cuidado, orientar os cuidadores sobre a importância do autocuidado para manter sua própria saúde e bem-estar enquanto cuidam do paciente. Quando o cuidador principal é um idoso, é necessário garantir que seus direitos sejam respeitados. O Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/2003) estabelece direitos e garantias para pessoas com 60 anos ou mais, reconhecendo a importância de proteger e apoiar os idosos. O artigo 3º do Estatuto da Pessoa Idosa ressalta direitos fundamentais, como o direito à saúde, à assistência social e à dignidade; isso inclui o suporte necessário aos idosos que desempenham papel de cuidadores, garantindo acesso aos serviços de saúde, apoio emocional, e articulação com a rede de apoio, promovendo seu bem-estar e qualidade de vida.

Já os cuidadores menores de idade, são aqueles que fornecem o cuidado de modo considerável e contínuo, seja no cuidado direto ou indireto ao doente, participando das atividades de vida diária dos familiares ou daqueles que vivem na mesma casa e que necessitam de ajuda (MAROTE et al., 2012). Segundo a revisão bibliográfica integrativa realizada em 2012 com o tema “Crianças como Cuidadoras”, foi apresentado que, em países ocidentais, diversos fatores podem influenciar que uma criança assuma o papel de cuidadora, em decorrência da condição financeira, gravidade e extensão da doença, conceitos e valores familiares, estrutura e dinâmica dos relacionamentos dentro da família, ausência de outros indivíduos para assumir a responsabilidade do cuidado, condições habitacionais, presença de mães adolescentes, existência de famílias ampliadas, monoparentais ou nucleares (ibid, 2012).

A revisão aponta que, em média, são crianças de 12 anos, majoritariamente do sexo feminino, que desempenham atividades diárias como alimentação, autocuidado, higienização, mobilidade e movimento do paciente. Além disso, oferecem apoio emocional, assistência nos cuidados de saúde, administração de medicamentos e tratamento das feridas, além de realizar funções de tradução, observação, proteção e, em caso de emergência (ibid, 2012). A revisão apresenta

as consequências e os impactos negativos significativos para o fato das crianças serem cuidadoras, como:

limitação das suas oportunidades e aspirações; limitação das oportunidades de lazer e contato social; falta de compreensão dos pares, e poucas amizades; estigma; sentimento de exclusão e isolamento; medo de separação da sua família; vivência da prestação de cuidados em silêncio e em segredo; dificuldades em elaborar as emoções; dificuldades na aprendizagem/rendimento escolar; problemas de saúde, stress, Burnout, cansaço; dificuldade na transição para a vida adulta; dificuldade em arranjar emprego; e falta de reconhecimento e apoio (ibid, 2012, p. 7).

Cabe ressaltar que a pesquisa não encontrou nenhuma produção sobre crianças cuidadoras na língua portuguesa, entretanto, esse é um aspecto da realidade que precisa ser debatido. Apesar da falta de artigos sobre crianças cuidadoras, é crucial destacar a Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990 que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que visa a proteção dos direitos e o bem-estar dessas crianças. O ECA determina que é dever da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos, como a vida, saúde, alimentação, educação, lazer, cultura, dignidade, convivência familiar e comunitária. O ECA assegura que crianças e adolescentes tenham o direito à proteção integral, oportunidades e facilidades para o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade. Quando menores de idade assumem responsabilidades de cuidado, especialmente com familiares em condições graves de saúde, é crucial que recebam o apoio e o suporte adequado.

Considerar a idade do cuidador permite o acompanhamento do núcleo familiar de forma mais holística e integrada, levando em consideração aspectos físicos, emocionais, mentais, sociais e espirituais da saúde tanto do cuidador quanto do paciente, promovendo o cuidado de todos os envolvidos. Embora haja uma carência de políticas públicas específicas voltadas diretamente para cuidadores, alguns recursos existentes podem ofertar suporte de forma indireta, como os Conselhos Tutelares, programas de transferência de renda, Centro de Referência de Assistência Social e Centro de Referência Especializado de Assistência Social, Programa de Atenção Domiciliar e Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos. Esses programas, embora não solucionem completamente a questão, representam uma rede de apoio que pode contribuir.

4.1.4 Capacidade funcional do paciente

A capacidade funcional é um conceito que engloba a capacidade de realizar atividades de vida diária. É a medida da independência e da qualidade de vida do usuário para realizar as atividades como alimentar-se, vestir-se, tomar banho e mobilizar-se. Saber sobre a capacidade funcional do usuário é fundamental para planejar as melhores orientações e intervenções, tanto para o paciente quanto para sua rede de apoio, como familiares e amigos, que desempenham um papel vital na manutenção da funcionalidade.

O KPS é uma ferramenta fundamental nesse processo. Essa escala permite classificar os pacientes em uma faixa de 0 a 100%, onde valores mais altos indicam maior independência e melhor capacidade funcional, enquanto valores mais baixos refletem um impacto mais severo da doença no desempenho físico e funcional. De acordo com Ferreira, Moreira e Lourenço (2024), a recente adaptação transcultural do KPS para o português reforça sua aplicabilidade no contexto nacional, respeitando as especificidades socioculturais e clínicas da população brasileira.

Por exemplo, um paciente com escore de 20-30% na KPS apresenta uma necessidade significativa de cuidados e assistência. A descrição de cada valor da capacidade funcional pode ser observada no Quadro 2. Saber e conhecer a capacidade funcional do paciente é fundamental para ajustar o plano de cuidados e identificar quais são as demandas mais imediatas para o determinado contexto familiar.

Além disso, essa avaliação pode auxiliar o acesso a benefícios, por meio de orientações adequadas a cada situação visto que alguns benefícios têm critérios diferentes para capacidades funcionais diferentes. Ademais, deve-se contar com o suporte de laudos médicos e sociais, que podem fomentar uma melhoria na qualidade de vida e proporcionar mais conforto ao paciente.

Quadro 2 - Escalas para avaliação do status funcional ou Karnofsky Performance Status (KPS)

Valor	Descrição da capacidade funcional	Equivalência KPS
0	Atividade normal	90 - 100%
1	Sintomas da doença, mas deambula e leva seu dia a dia normal	70 - 80%
2	Fora do leito mais de 50% do tempo	50 - 60%
3	No leito mais de 50% do tempo, carente de cuidados mais intensivos	30 - 40%
4	Restrito ao leito	20 - 10%
5	Óbito	0

Fonte: Oken et al. e Cuidado Paliativos Oncológicos *apud* INCA (2022).

4.1.5 Demandas sociais do paciente

Para identificação das demandas do paciente, se faz necessário que o mesmo possua a avaliação social, pois diante da avaliação social e dos registros em prontuário é possível dar continuidade ao atendimento e entender o retrato da realidade do usuário naquele momento. Com a sistematização das informações coletadas, é possível identificar as expressões da questão social que o usuário vivencia, e desse modo atuar sobre as demandas que podem ser variadas e complexas. Por exemplo, diante da falta de documentações do paciente, como identidade, cadastro de pessoas físicas (CPF), certidão de nascimento, comprovante de residência, as famílias enfrentam diversos desafios, pois dificultam a busca e o acesso a direitos sociais como o registro de óbito e acesso à herança e bens dos familiares.

Além disso, é possível pontuar outras demandas, tais como: identificação de direitos; acesso a benefícios sociais como: políticas de transferência de renda, acesso aos recursos da previdência, acesso a programas de distribuição de alimentos, programas de habitação; orientação sobre direitos sociais e serviços disponíveis, incluindo como acessá-los; realização de laudo/relatório social para processos relacionados a aposentadoria; articulação com serviços intersetoriais como o Tratamento Fora de Domicílio (TFD), rede de atenção básica, rede de saúde mental; acompanhamento e proteção contra abusos, maus-tratos, negligência, racismo, intolerância religiosa, intolerância de gênero, violência doméstica, LGBTfobia garantindo a defesa dos direitos do paciente e da família; organização da rede de cuidados; assistência familiar na orientações pós óbito, entre outras.

A resposta às demandas dos usuários e de seus familiares reforça o compromisso do profissional na promoção dos direitos humanos, com a justiça social e com a qualidade de vida, desse modo, o assistente social deve fornecer informações sobre direitos e serviços disponíveis e orientar os cuidadores, promovendo sua autonomia e a participação ativa dos pacientes e suas famílias.

4.1.6 Observações

Este campo é destinado a apresentar um resumo sobre a situação do usuário e de seus familiares. Se não houver a necessidade de apresentar observações, o assistente social pode optar por escrever “não aplicável”. O propósito deste campo é expor de forma sintetizada a justificativa para a continuidade do acompanhamento do assistente social e transmitir uma ideia geral sobre determinado acompanhamento social.

CAPÍTULO V: SISTEM-AS: ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Neste capítulo, são apresentados os resultados obtidos com a aplicação do SISTEM-AS. A sistematização dos dados permitiu identificar o número de pacientes acompanhados pelo Serviço Social, a distribuição geográfica dos usuários, a rede de cuidados dos pacientes e as demandas sociais. Para fins de análise dos dados obtidos durante a realização do sistema, foi realizado um corte dinâmico em 10 de fevereiro de 2025, utilizando planilha de Excel que era constantemente atualizada. Esse recorte temporal em uma data específica se justifica por representar o último dia de alimentação do sistema, garantindo a consolidação das informações para a elaboração dos dados do trabalho. Esse corte também se fez necessário, pois o número de pacientes ativos, ou seja, aqueles que permanecem sob acompanhamento contínuo no serviço de atenção domiciliar, pode variar diariamente devido à alguma intercorrência, como explicado no Capítulo II. Dessa forma, essa abordagem permite identificar, de forma pontual, o número de usuários ativos e as variações inerentes ao fluxo de atendimento, o que é fundamental para entender a dinâmica do serviço.

No dia 10 de fevereiro de 2025, constatou-se que havia 100 usuários ativos na assistência domiciliar, dos quais 46 estavam sendo acompanhados diretamente pelo Serviço Social. Os pacientes foram inseridos no SISTEM-AS após a realização da visita domiciliar e avaliação do assistente social que identificou demandas sociais de acompanhamento e posterior classificação de prioridade de atendimento social pelo profissional, considerando os critérios elencados no capítulo anterior.

Os dados inseridos no SISTEM-AS possibilitaram também a sistematização do perfil dos usuários, a região em que os pacientes residem, a idade dos cuidadores, assim como a idade dos usuários atendidos pela AD/INCA e as demandas identificadas, que serão apresentados abaixo.

5.1 Distribuição Dos Pacientes Acompanhados Pelo SISTEM-AS Segundo Região E Classificação Na Escala ARCP

Com a aplicação do SISTEM-AS, foi possível identificar e categorizar os pacientes acompanhados pelo Serviço Social, organizando-os de acordo com o nível de prioridade para o retorno das visitas domiciliares. Dos 46 pacientes analisados, 12 foram classificados como alta prioridade, 29 como média prioridade e 5 como baixa prioridade. Esses dados podem ser visualizados na Tabela 8, que

apresenta a distribuição geográfica dos pacientes, categorizados por área programática e classificados na Escala ARCP dentro do sistema de priorização de visitas domiciliares.

A **Baixada Fluminense**, composta pelos municípios da região metropolitana do Rio, concentra o maior número de pessoas que necessitam de acompanhamento com alta prioridade - 6 pacientes. Na escala ARCP, um paciente possui rede 3, três pacientes possuem rede 4 e dois pacientes possuem rede 6. Isso sugere que, embora exista alguma rede de cuidados, ela pode ser parcial ou insuficientemente para atender às demandas do paciente. No caso dos pacientes que possuem uma rede de cuidados primários classificada em 6, pode significar que apresentam outras vulnerabilidades, como a idade do cuidador, a capacidade funcional do paciente e as demandas sociais, justificando sua prioridade.

Já em média prioridade, encontram-se 11 pacientes, representando a maior parcela dos usuários da Baixada. Embora não exijam intervenções urgentes quanto às de alta prioridade, eles necessitam de acompanhamento contínuo. A escala ARCP deste grupo varia entre 4 e 8, demonstrando níveis distintos de suporte. Destaca-se que 1 usuário possui ARCP=4, 5 têm ARCP=6, 3 possuem ARCP=7 e 2 têm ARCP=8, evidenciando redes de cuidado parcialmente organizadas ou estruturadas, mas com demandas específicas.

Por último, apenas um paciente foi classificado em baixa prioridade, apresentando um rede classificada em 5, o que indica que em outros critérios de pontuação possui fatores de menor priorização, como a idade do cuidador, capacidade funcional mais preservada e demandas sociais reduzidas. Assim, a necessidade de intervenção é menor, permitindo um retorno em intervalos mais espaçados sem comprometer o suporte necessário.

A análise dos dados da região da Baixada demonstra que a priorização dos atendimentos não se baseia exclusivamente na Escala ARCP, mas sim em uma avaliação integrada dos diversos critérios apresentados. Essa abordagem permite identificar as múltiplas expressões da questão social e as vulnerabilidades dos usuários, possibilitando um direcionamento estratégico das intervenções do assistente social e garantindo que os atendimentos sejam realizados de forma a responder às necessidades dos pacientes.

Há um total de quatro usuários acompanhados que residem na **região Fluminense** (municípios da Região Metropolitana 2). Um deles sendo alta

prioridade, por questões referente a rede ARCP=4 e demais critérios de elegibilidade, como a idade do cuidador, capacidade funcional e as demandas sociais, indicando a necessidade de intervenções mais imediatas do Serviço Social. Dois pacientes estão classificados como média prioridade e um paciente está classificado com baixa prioridade, ambos com ARCP=6, o que significa a existência de uma rede de cuidados relativamente estruturada, mas as diferentes pontuações obtidas nos demais critérios refletem condições particulares em cada caso. Dessa forma, os pacientes classificados em média prioridade situam-se em um nível de atenção regular, que demanda acompanhamento frequente, mas não emergencial. Um está em baixa prioridade, também possuindo ARCP=6, indicando que nos critérios do SISTEM-AS houve uma baixa pontuação, assim pode receber a visita do assistente social com intervalos mais prolongados, pois apresenta menor urgência, segundo a avaliação e os critérios do SISTEM-AS.

A **região Centro-Sul** apresenta dois pacientes, classificados em alta e baixa prioridade. O primeiro, com rede de cuidados igual a 3 na Escala ARCP, obteve pontuação elevada quando somados os demais critérios, indicando a necessidade de um retorno mais urgente do assistente social, com foco em reforçar ou reorganizar a rede de suporte e atender às demandas sociais. Já o segundo paciente, com rede de cuidados primária igual a 8, conta com uma rede que envolve mais de três cuidadores capazes de suprir suas necessidades. Somando os demais critérios, a pontuação geral permaneceu baixa, sugerindo que o retorno do profissional pode ocorrer em intervalos mais prolongados.

Na **região Norte** do município do Rio de Janeiro, 15 pacientes encontram-se em acompanhamento pelo Serviço Social. Destes, dois estão classificados em alta prioridade, apresentando uma rede de cuidados primários na Escala ARCP igual a 3. Em nível de média prioridade, há 11 pacientes, cuja rede de cuidados oscila entre os valores 5, 6 e 7, indicando estruturas familiares ou de suporte parcialmente organizadas. Por fim, dois pacientes estão em de baixa prioridade: um deles possui ARCP=2, mas permanece na AD por estar institucionalizado em uma Instituição de Longa Permanência, enquanto o outro, com ARCP=7, possui uma rede de cuidados, justificando a menor urgência no atendimento.

Na **região Oeste** do município do Rio, a classificação do SISTEM-AS evidenciou que dois pacientes foram categorizados em alta prioridade, ambos apresentando uma rede de cuidados primários com ARCP igual a 4. Além disso,

cinco pacientes encontram-se em média prioridade, com ARCP variando entre 6 e 7, sugerindo que, embora possuam uma rede de cuidados mais estruturada, ainda demandam acompanhamento regular para prevenir que se tornem pacientes de alta prioridade.

Tabela 8 - Distribuição Geográfica e Aplicação da Escala ARCP no SISTEM-AS

		Escala ARCP							Total geral
Região	SISTEM-AS	2	3	4	5	6	7	8	
Baixada	Alta prioridade		1	3		2			6
	Média prioridade			1		5	3	2	11
	Baixa prioridade				1				1
Baixada Total			1	4	1	7	3	2	18
Metropolita na 2	Alta prioridade			1					1
	Média prioridade					2			2
	Baixa Prioridade					1			1
Metropolitana 2 Total				1		3			4
CENTRO - SUL	Alta prioridade		1						1
	Baixa prioridade							1	1
CENTRO - SUL Total			1					1	2
Norte	Alta prioridade		2						2
	Média prioridade				1	8	2		11
	Baixa prioridade	1*					1		2
Norte Total		1	2		1	8	3		15
Oeste	Alta prioridade			2					2
	Média prioridade					3	2		5
Oeste Total				2		3	2		7
Total geral		1	4	7	2	21	8	3	46

SISTEM-AS	Total
Alta prioridade	12
Média prioridade	29
Baixa prioridade	5
TOTAL	46

*PACIENTE INSTITUCIONALIZADO (ILPI)

Fonte: elaboração própria.

No conjunto, a análise mostra que a priorização das visitas domiciliares não depende exclusivamente da Escala ARCP: é necessário realizar uma avaliação integrada considerando os demais critérios que compõem o SISTEM-AS, como a idade do cuidador, a capacidade funcional do paciente e suas demandas sociais. Essa abordagem possibilita uma compreensão mais precisa das vulnerabilidades de cada paciente, permitindo ao assistente social direcionar suas visitas de forma estratégica. Dessa forma, o profissional consegue responder às múltiplas expressões da questão social, assegurando suporte adequado para cada caso, seja ele de alta, média ou baixa prioridade.

5.2 Idade Do Cuidador Por Nível De Prioridade

A análise da faixa etária dos cuidadores no SISTEM-AS permite compreender o impacto da faixa etária na sobrecarga do cuidado e na necessidade de retorno do assistente social. Os dados observados na Tabela 9 revelam que a maior parte dos cuidadores são idosos entre 60 e 64 anos, que representam 41,3% do total de cuidadores. Além disso, os cuidadores dentro da faixa etária considerada economicamente ativa, com menos de 59 anos, correspondem a 24% do total e os cuidadores com mais de 65 anos ou menos de 18 anos simbolizam 34,7% dos cuidadores.

Observa-se que, entre os pacientes de alta prioridade, a maioria dos cuidadores (7) encontra-se em faixas etárias mais vulneráveis, ou seja, são idosos com 65 anos ou mais, ou jovens com menos de 18 anos. Esse dado reforça o entendimento de que o suporte oferecido pode estar comprometido devido a limitações físicas, emocionais, psicológicas desses cuidadores, aumentando a necessidade de acompanhamento. Além disso, nota-se um número reduzido de cuidadores na faixa dos 60-64 anos (2) o que pode indicar que houve uma sobrecarga ou uma fragilidade no suporte diante do usuário que os deslocou para alta prioridade. Pode-se observar, também, que há três cuidadores com menos de 59 anos, o que indica que eles enfrentam desafios, como por exemplo, ausência de uma rede de apoio que os coloca em uma situação de vulnerabilidade semelhante aos demais grupos.

Quando observados os pacientes acompanhados em média prioridade, há uma distribuição mais equilibrada, com 14 cuidadores situando-se entre 60 e 64

anos, representando o maior contingente. Esse dado sugere que esses cuidadores ainda conseguem manter o suporte necessário, mas podem estar próximos de enfrentar uma possível exaustão ou limitações futuras, justificando a necessidade de acompanhamento regular para acompanhar e evitar a evolução para alta prioridade. Além disso, nota-se que há um número significativo de cuidadores acima de 65 anos ou abaixo de 18 anos (9), o que demonstra que, mesmo em média prioridade, existe um risco potencial de fragilização da rede de cuidados. Por fim, 6 cuidadores com menos de 59 anos compõem a média prioridade, mostrando uma possibilidade de sobrecarga, falta de suporte adequado que podem comprometer a manutenção de um cuidado eficaz a longo prazo. Esses dados reforçam a importância de intervenções preventivas e do monitoramento contínuo.

Já entre os pacientes de baixa prioridade, nota-se a ausência de cuidadores com idade extrema (menores de 18 anos ou maiores de 65 anos), enquanto a maioria dos cuidadores encontra-se nas faixas entre 60-64 anos (3) e abaixo de 59 anos (2), o que pode indicar uma rede de suporte relativamente estável ou menos suscetível a fragilidades associadas às idades mais extremas.

A análise dos dados apresentados na Tabela 9 evidenciam que a idade do cuidador é um fator determinante na priorização dos atendimentos, pois está diretamente associada à capacidade de prover cuidados contínuos e à vulnerabilidade da rede de suporte. O fato de a maioria dos cuidadores idosos ou muito jovens se concentrarem nas categorias de média e alta prioridade reforça a necessidade de estratégias preventivas, para evitar que esses acompanhamentos tornem-se de alta prioridade. Isso destaca a importância do acompanhamento social contínuo e da formulação de políticas de suporte específicas para cuidadores.

Tabela 9 - Faixa etária dos cuidadores no SISTEM-AS

SISTEM-AS	Cuidador > 65 anos ou < 18 anos	Cuidador entre 60-64 anos	Cuidador com menos de 59 anos	TOTAL
Alta prioridade	7	2	3	12
Média prioridade	9	14	6	29
Baixa prioridade	0	3	2	5
TOTAL	16	19	11	46

Fonte: elaboração própria.

5.3 Perfil Dos Pacientes Por Idade

A distribuição etária dos pacientes acompanhados revela um perfil predominantemente composto por idosos, com maior concentração nas faixas entre 61 e 90 anos, totalizando 35 pacientes. O grupo mais numeroso encontra-se na faixa dos 81 a 90 anos (13 pacientes), seguido pelos pacientes entre 61 a 70 anos (12 pacientes) e 71 a 80 anos (10 pacientes). Esse dado reforça a característica do serviço de assistência domiciliar, além da condição oncológica avançada. Esses pacientes apresentam um maior declínio da funcionalidade, maior dependência de cuidadores e múltiplas comorbidades associadas à condição de saúde e ao envelhecimento.

Nota-se que há um número reduzido de pacientes mais jovens, com apenas 9 pessoas abaixo dos 60 anos. Desses, 1 paciente tem entre 21 e 30 anos, 2 pacientes estão na faixa de 31 a 40 anos, e 4 pacientes têm entre 41 e 50 anos. A presença de pacientes mais jovens sugere o extremo avanço da doença oncológica, com redução da mobilidade e a dependência de cuidados, que justificam a necessidade do AD.

A maior concentração de idosos no atendimento domiciliar destaca a necessidade de estratégias que atendam às demandas específicas desse grupo, como o suporte ao cuidador, articulação com a rede de saúde primária, e o acompanhamento social para garantia de direitos. Além disso, evidencia a importância de ações voltadas para o fortalecimento da rede de suporte familiar, prevenindo situações de negligência, sobrecarga dos cuidadores e dificuldades de acesso a serviços de saúde e benefícios sociais para aqueles que for cabível.

Tabela 10 - Perfil dos pacientes por idade

Idade dos pacientes	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	91-100	Total
Nº de pacientes	1	2	4	2	12	10	13	2	46

Fonte: elaboração própria.

5.4 Demandas Identificadas

Foi realizado o levantamento detalhado das demandas sociais dos pacientes, que revelou a diversidade e a complexidade das dificuldades enfrentadas pelos usuários. Por exemplo, durante a análise dos dados, constatou-se que um total de

29 usuários (aproximadamente 63%) necessitavam de suporte em questões relacionadas à rede de cuidados, indicando uma demanda significativa de acompanhamento de rede de cuidados.

Foi observado, também, que dez (10) pacientes acompanhados apresentaram demandas ligadas à representação legal, o que indica a necessidade de acompanhamento e orientação por parte do assistente social quanto aos procedimentos administrativos e legais necessários. Essas dificuldades podem estar relacionadas à nomeação de curadores e obtenção ou regularização de procurações, refletindo desafios enfrentados pelos cuidadores na formalização da representação legal do paciente.

Ainda, identificou-se que quatro (4) usuários necessitavam da elaboração de relatórios técnicos, os quais poderiam embasar ações judiciais, fundamentar solicitações de benefícios sociais e previdenciários ou viabilizar outras demandas que requerem uma avaliação social criteriosa. Esses documentos, produzidos pelo assistente social, pretendem intermediar o ‘diálogo’ entre a realidade do usuário aos demais profissionais que terão acesso aos relatórios técnicos, e possuem

um processo metodológico específico do Serviço Social, que tem por finalidade conhecer com profundidade, e de forma crítica, uma determinada situação ou expressão da questão social, objeto da intervenção profissional – especialmente nos seus aspectos socioeconômicos e culturais. [...] de sua fundamentação rigorosa, teórica, ética e técnica, com base no projeto da profissão, depende a sua devida utilização para o acesso, garantia e ampliação de direitos dos sujeitos usuários dos serviços sociais e do sistema de justiça (FÁVERO, 2014, pp. 53-54 apud. CFESS, 2022, p. 49).

Outros quatro (4) enfrentavam desafios associados à renda, destacando uma vulnerabilidade econômica presente, além da alta prioridade do retorno do assistente social em orientar, acompanhar e/ou reforçar as orientações já prestadas sobre o acesso aos benefícios sociais e aos direitos previdenciários, que possam contribuir para a manutenção da qualidade de vida e, principalmente, a garantia de direitos.

A análise também mostrou que três (3) dos pacientes acompanhados enfrentavam dificuldade de acesso à rede de saúde básica, o que revela a necessidade de articulação do Serviço Social para organizar, viabilizar e encaminhar o atendimento na atenção primária. O contato com a unidade básica de saúde é essencial para garantir o acesso dos usuários e de seus familiares à consultas, realização de exames e demais recursos disponíveis no sistema de saúde, promovendo a inclusão e atendendo às necessidades de forma integral.

De acordo com os dados obtidos, dois (2) usuários acompanhados pelo SISTEM-AS possuíam pendências relacionadas à regularização de documentação cível, como emissão de certidões ou regularização de registros, evidenciando a necessidade de acompanhamento e orientação do assistente social para a obtenção da segunda via de documentação por meio dos serviços do DETRAN.

Por fim, foi identificado que cinco (5) pacientes acompanhados apresentavam demandas específicas, variando conforme cada acompanhamento. Entre essas demandas, por exemplo, destacava-se a necessidade de acesso ao transporte sanitário para garantir a realização regular de sessões de hemodiálise. Outra situação possuía como demanda a articulação com um terapeuta ocupacional para melhora da qualidade e ainda, uma organização para encaminhar um dos pacientes para uma instituição de Longa Permanência. Essas situações exigem a mediação do assistente social para viabilizar encaminhamentos, promover articulações interinstitucionais e realizar orientações.

5.6 Tendências Observadas: uma análise crítica

A aplicação do SISTEM-AS possibilitou uma leitura aprofundada do perfil dos usuários acompanhados pelo Serviço Social na assistência domiciliar, permitindo o mapeamento das demandas sociais e a categorização das necessidades específicas dos pacientes. Além disso, auxilia o assistente social a coordenar suas ações de intervenção no processo assistencial, estabelecendo um sistema de análise e priorização de visitas do profissional com base em critérios. Assim, o SISTEM-AS oferece uma visão detalhada da realidade enfrentada na assistência domiciliar do HC IV e se constitui como um instrumento. A análise dos dados revelaram que a maioria dos pacientes acompanhados pelo Serviço Social encontra-se na baixada, com cuidadores idosos, assim como são pacientes idosos e possuem demandas sociais. Em relação a idade do cuidador, a análise demonstrou que esse é um dos critérios que desempenha um papel determinante na classificação da prioridade de atendimento, visto que cuidadores idosos podem enfrentar desafios de limitação física, problemas de saúde e maior risco de exaustão, tornando o cuidado menos sustentável a longo prazo. Dessa forma, estratégias preventivas tornam-se essenciais para evitar a evolução dos casos para situações de alta prioridade.

A partir da sua implementação, é possível mapear as demandas dos usuários. Esse levantamento revelou questões que exigem a intervenção do Serviço Social às especificidades de cada usuário, para orientar, encaminhar e articular de acordo com as necessidades dos pacientes. Diante da análise realizada, é possível notar que o SISTEM-AS é um instrumento necessário e essencial para a organização e planejamento das visitas domiciliares, possibilitando que o assistente social direcione sua prática de forma estratégica e baseada em critérios técnicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo geral desenvolver o Sistema de Priorização de Visitas Domiciliares do Assistente Social (SISTEM-AS), um instrumento profissional destinado a auxiliar o saber e competências teórico-metodológicas e técnico-operativas do assistente social para o melhor atendimento aos usuários atendidos na assistência domiciliar do HC IV/INCA. O SISTEM-AS mostrou-se capaz de sistematizar e priorizar os atendimentos de forma a direcionar as ações do profissional de maneira mais estratégica e fundamentada. A pesquisa evidenciou que a presença de apenas uma assistente social responsável pelo atendimento domiciliar gera uma sobrecarga de trabalho, tornando essencial a adoção de estratégias para minimizar a alta demanda de trabalho e otimizar a prestação dos serviços. Além disso, o volume de usuários atendidos na AD torna o acompanhamento social um processo desafiador, destacando a importância da sistematização profissional para aprimorar o direcionamento e a efetividade do trabalho. E que a diversidade de demandas sociais apresentadas pelos usuários evidencia a necessidade de estruturar e direcionar as visitas realizadas pelo assistente social.

A metodologia adotada, fundamentada na pesquisa-ação, possibilitou uma imersão prática que, aliada à base teórica, forneceu subsídios para a criação do SISTEM-AS. Essa integração entre teoria e prática evidenciou lacunas no processo de acompanhamento – como a dificuldade de visualizar e identificar os pacientes que realmente necessitam de retorno prioritário – e ofereceu uma resposta para reduzir a sobrecarga do profissional, permitindo uma intervenção mais direcionada.

A priorização dos atendimentos não depende exclusivamente da condição clínica dos pacientes, mas também da Escala ARCP que permite classificar a rede de cuidados primária dos usuários, mensurando o grau de organização e participação dos familiares, a idade do cuidador, a capacidade funcional do paciente e as demandas sociais, dependendo da integração das variáveis que compõem o SISTEM-AS. Por meio dessa sistematização, foi possível identificar que os pacientes em situação de maior vulnerabilidade – evidenciados pela presença de redes de apoio parciais ou insuficientes, cuidadores em faixas etárias vulneráveis e demandas sociais complexas – necessitam de intervenções mais imediatas.

A análise dos dados aponta que, por exemplo, os pacientes classificados como de alta prioridade geralmente contam com cuidadores que se encontram nas

extremidades da faixa etária: cuidadores muito jovens ou idosos. Esses fatores, quando somados às demais variáveis – como a capacidade funcional reduzida dos pacientes e a multiplicidade de demandas sociais, que vão desde dificuldades no acesso à rede de saúde básica até desafios na representação legal e na obtenção de benefícios – reforçam a necessidade de um retorno mais urgente e em menor tempo do assistente social. Por outro lado, pacientes que apresentam redes de cuidados mais consolidadas e cuidadores em faixas etárias menos críticas podem ser acompanhados em intervalos mais prolongados, sem que haja comprometimento do suporte oferecido.

Outro aspecto que emergiu a partir da análise dos dados refere-se à distribuição geográfica dos pacientes da AD. Foi identificado que a Baixada Fluminense apresentou o maior número de pacientes classificados como alta prioridade no SISTEM-AS, demandando uma priorização no acompanhamento. Além disso, a sistematização contribui para que haja um planejamento estratégico das visitas domiciliares, permitindo que o Serviço Social direcione suas intervenções de forma a atender as necessidades dos usuários.

De forma geral, os resultados obtidos reforçam que a priorização dos atendimentos deve ser concebida como um processo contínuo, dinâmico e multifacetado, no qual o assistente social atua como um agente transformador, capaz de intermediar o acesso a direitos e recursos essenciais para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes. A sistematização promovida pelo SISTEM-AS fortalece essa atuação, permitindo a construção de uma prática assistencial que é, ao mesmo tempo, técnica e humanizada.

O SISTEM-AS demonstrou ter um potencial transformador ao padronizar uma sistematização, pois facilita a identificação dos casos mais urgentes e contribui para gerar dados que podem subsidiar a formulação de políticas públicas. Com o registro sistemático das variáveis que influenciam o cuidado, é possível realizar, além do acompanhamento, ajustes metodológicos, tornando o instrumento flexível e adaptável às mudanças na realidade dos usuários. Além disso, o SISTEM-AS está de acordo com o 10º princípio do Código de Ética Profissional do Assistente Social, “compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional” (CFESS, 2012, p.24).

Cabe ressaltar alguns limites do trabalho, como a não aplicabilidade do sistema a todos os pacientes e a todos os campos de trabalho, possibilidade de generalização dos critérios. A falta de incorporação de elementos interseccionais como gênero e raça, também se apresenta como limite neste trabalho, pois sem esses dados a análise da realidade fica restrita. Assim, a inclusão desses marcadores possibilitará uma melhor identificação do perfil do usuário.

Por fim, convém reforçar que o sistema se apresenta como uma ferramenta auxiliar e que não pretende substituir a autonomia do profissional. Espera-se, que este estudo inspire futuras pesquisas e inovações que ampliem a eficácia das intervenções no campo da assistência domiciliar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, L.. O papel do Serviço Social (Assistência Domiciliar). In: Yamaguchi, AM; Higa-Taniguchi, KT.; Andrade, L.; Jacob Filho, W.; Martins, MA.. (Org.). **Assistência Domiciliar: uma proposta interdisciplinar**. 1. ed. Barueri, SP: Manole, 2010. v. 1, p. 76-79.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

BRASIL. **Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993**. Dispõe sobre a profissão de assistente social e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 8 jun. 1993.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016**. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza os serviços habilitados na Atenção Domiciliar. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 26 abr. 2016.

CARVALHO FEITOSA, M. et al. Uso de escalas/testes como instrumentos de coleta de dados em pesquisas quantitativas em enfermagem. **Sanare - Revista de Políticas Públicas**, [S. l.], v. 13, n. 2, 2015. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/579>>. Acesso em: 30 mar. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de ética do/a assistente social**. 10. ed. Brasília: CFESS, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília: CFESS, 2010. (Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais.)

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Produção de documentos e opinião técnica em Serviço Social**. Brasília: CFESS, 2022. Disponível em: <<https://www.cfess.org.br/arquivos/EbookCfess-DocOpinioTecnica2022-Final.pdf>> Acesso em: 18 mar. 2025.

FERREIRA, P. C. S.; MOREIRA, M. N.; LOURENÇO, R. A. Adaptação transcultural do instrumento Karnofsky Performance Status para o português do Brasil. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. Rio de Janeiro, v. 51, e20243771, 2024. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20243771>>. Acesso em: 15 maio 2025

FIOCRUZ. **Equidade**. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/equidade>>.

Acesso em: 30 mar. 2025.

GOMES, A. M. L.; MELO, C. de F. Dor total em pacientes oncológicos: uma revisão integrativa da literatura. **Psicologia em Estudo**, v. 28, 13 jun. 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.4025/psicolestud.v28i0.53629>>. Acesso em: 18 mar. 2025.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do Serviço Social** - 9a. Edição. 9a. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

GUERRA, Y. Instrumentalidade do processo de trabalho do Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, v. 20, n. 62, p. 5-34, 2000.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/6RByxM8wLfBBVXhYmPY7RRB/>>. Acesso em: 18 mar. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Capítulo 4: avaliação da rede primária de cuidados ao paciente em cuidados paliativos: uma proposta de instrumento analítico. In: _____. **A avaliação do paciente em cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: INCA, 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Assistência domiciliar. Cuidados paliativos: vivências e aplicações práticas do Hospital do Câncer IV**. Rio de Janeiro: INCA, 2021

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. DIVISÃO DE COMUNICAÇÃO SOCIAL. **Conheça o Hospital do Câncer IV**. 4. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2014

MANUAL de cuidados paliativos / Maria Perez Soares D'Alessandro (ed.) et al. 2. ed. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2023.

MAROTE, A. S. F. et al. Crianças como cuidadoras: revisão integrativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, nov./dez. 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/JCNWwHcjHz3BRTftNxyjxFt/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 18 mar. 2025

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (org.). **Manual de cuidados paliativos ANCP ampliado e atualizado**. 2. ed. 2012. Disponível em: <<https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>> Acesso em: 18 mar. 2025.

SANTOS, C. M. dos. **A dimensão técnico-operativa e os instrumentos e técnicas no Serviço Social**. Belo Horizonte: Conselho Regional de Serviço Social (CRESS-MG), 2013.

SANTOS, C. M. dos. **Na prática a teoria é outra?**. Rio de Janeiro: Lumen Juris,

2010.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez; Autores Associados, 1986. (Coleção Temas Básicos de Pesquisa-Ação).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Palliative care**. 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>>. Acesso em: 18 mar. 2025