



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE

CARINA MARIA SOARES MACIEL

**AVALIAÇÃO DE CUSTOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES
NEUROLÓGICOS EM UM HOSPITAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Recife
2020

CARINA MARIA SOARES MACIEL

**AVALIAÇÃO DE CUSTOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES
NEUROLÓGICOS EM UM HOSPITAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Orientadora: Prof^ª Dr^a Michelly Cristiny Pereira

Recife

2020

Catálogo na Fonte
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

M152a Maciel, Carina Maria Soares
Avaliação de custos dos cuidados paliativos para pacientes neurológicos em um hospital do Sistema Único de Saúde / Carina Maria Soares Maciel. - 2020.
53 folhas: il. 30 cm.

Orientadora: Prof.^a Dra. Michelly Cristiny Pereira.
Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2020.
Inclui referências.

1. Cuidados paliativos. 2. Custos. 3. Neurologia. I. Pereira, Michelly Cristiny (Orientadora). II. Título.

330.9 CDD (22. ed.) UFPE (CSA 2020 – 086)

CARINA MARIA SOARES MACIEL

**AVALIAÇÃO DE CUSTOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES
NEUROLÓGICOS EM UM HOSPITAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Michelly Cristiny Pereira (Orientadora)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a Dr^a Máira Galdino da Rocha Pitta (Examinadora Interna)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a Dr^a Priscilla Stela Santana de Oliveira (Examinadora Externa)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a Dr^a Daniella Araújo de Oliveira (Examinadora Externa)

Universidade Federal de Pernambuco

Dedico este trabalho aos doentes com grave acometimento funcional decorrente de doenças neurológicas. Suas dores, seus desejos, suas vidas são importantes. Cuidados Paliativos podem atender as demandas de tantas pessoas que não podem mais se expressar e lutar ativamente por elas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, autor e consumidor de todas as coisas, pelo dom da vida, pela oportunidade de ter acesso ao conhecimento técnico-científico e, assim, ajudar a sociedade a avançar na área da saúde e da educação. Sou grata aos meus familiares por todo apoio, esses são exemplos de honestidade, disposição para o trabalho e interesse pelos estudos. Ensinam-me sempre que vale a pena exercer minhas atividades profissionais, colocando em prática todo embasamento científico possível.

Também agradeço aos meus colegas de trabalho e de classe, pois tornaram a rotina acadêmica viável e mais leve. A amizade e o auxílio de cada um tornaram possível a concretização desse sonho acadêmico. Agradeço aos meus professores, principalmente à professora Michelly, que esteve sempre ao meu lado, ensinando, corrigindo e estimulando. Foi uma grande parceira nesse processo, sem ela teria sido impossível chegar até aqui.

Por fim, sou muito grata ao Hospital Mestre Vitalino, onde aprendo todos os dias, e aos pacientes que pude avaliar para a composição da amostra de pesquisa. Os Cuidados Paliativos são essenciais para melhorar a qualidade de vida das pessoas com doenças que ameacem a vida, assim como proporcionar uma assistência digna à saúde. Por isso, agradeço a todos que lutam para o avanço dessa ciência no nosso país; ainda há muito a ser feito, o trabalho está só começando.

RESUMO

Cuidados Paliativos (CPs) são definidos como um serviço ofertado pela equipe multidisciplinar, visando à qualidade de vida do paciente e de sua família, buscando alívio do sofrimento, avaliação criteriosa e tratamento da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. Assim, esse tipo de cuidado, além de melhorar a qualidade de vida, pode reduzir os custos de internação hospitalar, pois tratamentos intensivos não empregados com menor frequência. Considerando que há poucos estudos sobre o tema no cenário nacional, o objetivo desta pesquisa, foi quantificar os custos diretos diários através do custeio por absorção e o perfil demográfico dos pacientes neurológicos em CPs em um hospital do Sistema Único de Saúde. A amostra foi composta por conveniência ao longo do ano de 2019, totalizando 132 indivíduos internados no Hospital Mestre Vitalino (HMV), em Caruaru-Pernambuco, com diagnóstico de doenças neurológicas que ameacem a continuidade da vida, acima de 18 anos e parecer favorável aos CPs. O intervalo de tempo entre o início dos CPs e o óbito apresentou média de 18,3 dias. Após a instituição dessa assistência, houve uma redução de 27% ($p < 0,0001$) nos custos das diárias nas enfermarias para o grupo avaliado. A redução dos custos para os pacientes em CPs internados em Unidade de Terapia Intensiva não teve significância estatística para a amostra avaliada, assim como, as variáveis demográficas não influenciaram estatisticamente nos custos. O custo total foi de R\$ 893.316 para R\$ 693.486,00 em diárias após a instituição dos CPs para toda a amostra durante o ano de 2019. Esse estudo permitiu o levantamento de custos para os CPs em neurologia e poderá contribuir para a discussão sobre esse tema no Brasil.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos. Custos. Neurologia. Acidente Vascular Cerebral.

ABSTRACT

Palliative Care (PC) are a set of assistance measures provided by a multidisciplinary team aiming to improve the quality of life of patients and their relatives. It is employed in cases of life-threatening disease and consists of prevention and relief of suffering, early identification, evaluation and treatment of pain and other physical, social, psychological and spiritual symptoms. Thus, this type of care, in addition to improve the quality of life, can reduce the costs of hospitalization. Considering that there are few studies on the topic in the Brazilian scenario, the objective of this research was to quantify the daily direct costs through absorption costing and demographic profiling of neurological patients that received PC in a hospital of the Brazil's publicly funded health care system. The sample was composed by convenience and consisted of 132 individuals admitted to the Hospital Mestre Vitalino (HMV), in Caruaru - Pernambuco, in the year of 2019. Inclusion criteria were diagnosis of neurological diseases that threaten the continuity of life, above 18 years of age and medical indication favorable for PC. The time interval between the onset of PC and death presented an average of 18.3 days. After the implementation of this assistance, there was a reduction of 27% ($p < 0.0001$) of the hospital daily costs for the group of patients located at wards. In the case of PC patients admitted to the Intensive Care Unit, the reduction in costs was not statistically significant, just as demographic variables did not statistically influence costs. The hospital daily costs dropped from 893,316.00 BRL to 693,486.00 BRL after the implementation of PC for the entire group of patients assisted during the year 2019. With this study, it was possible to survey the costs of PC in a neurological ward and may contribute to the discussion of this topic in Brazil.

Keywords: Palliative Care. Costs. Hospital Costs. Neurology. Stroke.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação dos níveis de integração dos CPs com serviços de saúde tradicionais em alguns países.....	20
Quadro 2 – Orientações do Ministério da Saúde para a execução de CPs no SUS.....	22
Quadro 3 - Descrição das bases de dados administrativas.....	32
Quadro 4 – Etapas para mensuração de custos dos CPs na perspectiva do HMT.....	34

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Custeio total antes e depois de iniciar os CPs.....	38
Gráfico 2 –	Diferença entre os custos diretos totais antes e depois de iniciar os CPs, de acordo com o setor de internação.....	39
Gráfico 3 –	Comparação de custos antes de iniciar os CPs, de acordo com o tempo de CPs.....	40
Gráfico 4 –	Comparação de custos depois de iniciar os CPs, de acordo com o tempo de CPs.....	41
Gráfico 5 –	Diferença entre os custos diretos totais antes e depois de iniciar os CPs, de acordo com o tempo de CPs.....	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Características sociodemográficas dos pacientes neurológicos em CPs do H MV.....	35
Tabela 2–	Características clínicas dos pacientes neurológicos em CPs do H MV..	36
Tabela 3–	Custos médios diários considerando a diferença antes e após o início dos CPs.....	37
Tabela 4 –	Comparação de custos totais de acordo com o setor de internação hospitalar com respectivas diferenças.....	38
Tabela 5 –	Regressão logística univariada tendo “Dias em CPs” como variável dependente.....	43
Tabela 6 –	Regressão logística multivariada tendo “Dias em CPs” como variável dependente.....	44
Tabela 7 –	Regressão logística univariada tendo “Redução dos custos” como variável dependente.....	44
Tabela 8 –	Regressão logística multivariada tendo “Redução dos custos” como variável dependente.....	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCP	Associação Brasileira de Cuidados Paliativos
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANCP	Academia Nacional de Cuidados paliativos
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
CPs	Cuidados Paliativos
DM	<i>Diabetes Mellitus</i>
ELA	Esclerose Lateral Amiotrófica
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIP	Hemorragia Intraparenquimatosa
HMV	Hospital Mestre Vitalino
HSA	Hemorragia Subaracnoidea
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCR	Parada Cardiorrespiratória
PE	Pernambuco
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SES/PE	Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial

SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	155
2 OBJETIVOS	Erro! Indicador não definido.
2.1 OBJETIVO GERAL	166
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	166
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	167
3.1 CUIDADOS PALIATIVOS	177
3.1.1 Histórico dos cuidados paliativos	177
3.1.2 Cuidados paliativos no mundo e no Brasil	19
3.2 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	23
3.3 HOSPITAL MESTRE VITALINO (HMV) E OS CUIDADOS PALIATIVOS	24
3.4 GESTÃO DE CUSTOS	25
3.4.1 Gestão de custos para empreendimentos	25
3.4.2 Custeio por absorção	26
3.4.3 Gestão de custos na saúde	27
3.4.4 Financiamento e controle de custos no SUS	30
4 MÉTODOS	31
4.1 TIPO DE ESTUDO	31
4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO	31
4.2.1 Critério de inclusão	31
4.2.2 Coleta de dados e variáveis avaliadas	31
4.3 LOCAL DO ESTUDO	32
4.4 ASPECTOS ÉTICOS	33
4.5 AVALIAÇÃO DOS CUSTOS	33
4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA	34
5 RESULTADOS	35
5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	35

5.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	36
5.3 AVALIAÇÃO DE CUSTOS	37
5.3.1 Custeio total	37
5.3.2 Custeio total médio por setor de internação hospitalar	38
5.3.3 Custos considerando dias em CPs	39
5.3.4 Análise estatística considerando variáveis sociodemográficas <i>versus</i> dias em CPs	42
5.3.5 Análise estatística considerando variáveis sociodemográficas <i>versus</i> redução dos custos após os CPs	44
6 DISCUSSÃO	45
7 CONCLUSÃO	49
8 PERSPECTIVAS	49
REFERÊNCIAS	50

1 INTRODUÇÃO

A definição de Cuidados Paliativos (CPs) da Organização Mundial de Saúde (OMS) foi publicada em 1990, atualizada em 2002, e diz:

“Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Os CPs não são geridos por protocolos, mas sim por princípios básicos como: Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis; assim, o objetivo não é acelerar ou adiar a morte, mas buscar afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal. Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente, oferecendo um sistema de suporte terapêutico que promova a máxima funcionalidade. Acompanhar também os familiares durante a doença do paciente e o luto, assim como deve ter uma abordagem multiprofissional focada nas necessidades dos pacientes e dos seus cuidadores, melhorando a qualidade de vida e influenciando positivamente o curso da doença (CARVALHO, 2018).

Os CPs só podem ser iniciados a partir de diagnóstico clínico confirmado, porém recomenda-se iniciar o mais precocemente possível. Outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia, incluindo todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes compõem tal cuidado.

Há crescente incidência de afecções neurológicas que podem comprometer a continuidade da vida. Doenças neurológicas constituem a segunda causa de morte no mundo nos dias atuais. As doenças cerebrovasculares são as principais afecções neurológicas entre adultos e idosos, gerando grande morbimortalidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION NONCOMMUNICABLE DISEASES AND MENTAL HEALTH, 2005).

No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde (MS), são registradas aproximadamente 100 mil mortes decorrentes de AVC por ano. Em 2016, foram registradas 211.319 internações por doenças cerebrovasculares que, atualmente, representam a primeira causa de morte e incapacidade no país. Tal patologia traz grande impacto econômico e social, sendo que esse quadro tende a se agravar à medida que a expectativa de vida da população brasileira cresce (ALMEIDA; VIANNA, 2018).

Desta forma, esse cenário promove um aumento da demanda por CPs, tanto em âmbito hospitalar quanto no domiciliar, uma vez que geralmente são doenças crônicas que podem

trazer risco à qualidade de vida, ao bem-estar psicossocial e econômico familiar. Além disso, essa população tende a permanecer por mais tempo no ambiente hospitalar, trazendo maior dispêndio de recursos.

Desse modo, os CPs são uma opção útil na otimização de condutas terapêuticas, pois focam no tratamento dos sintomas, com tendência a reduzir os custos hospitalares, evitando o emprego de medidas potencialmente exageradas. Embora os hospitais e os sistemas de saúde frequentemente concordem com os objetivos clínicos dos CPs, são necessárias evidências de valor e retorno sobre seu investimento nesse tipo de assistência (BICKEL; OZANNE, 2017).

Diante do exposto, não foram encontradas na literatura nacional publicações que buscaram avaliar os custos hospitalares para pacientes neurológicos no contexto dos CPs. Sendo assim, o objetivo dessa pesquisa foi estimar os custos diretos referentes à internação hospitalar de pacientes neurológicos antes e após a instituição de CPs em um hospital do Sistema Único de Saúde (SUS).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Estimar os custos diários diretos referentes à internação hospitalar de pacientes neurológicos antes e após a instituição de CPs.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil sociodemográfico dos indivíduos componentes da amostra.
- Realizar um levantamento dos custos diários médios envolvidos durante a internação de pacientes neurológicos em CPs.
- Analisar se houve redução dos custos de internação após a instituição dos CPs para o grupo estudado.
- Verificar o tempo (em dias) de CPs para o grupo e relacionar com os custos médios.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 CUIDADOS PALIATIVOS

O termo paliativo tem a sua origem no étimo latino *palliare*, cujo sentido remete a acolhimento e proteção. Com isso, deve ser iniciado o mais precocemente possível, após o diagnóstico clínico confirmado, juntamente com outras medidas que visem prolongar a vida, como a quimioterapia e a radioterapia. Assim, todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes devem estar presentes. (CONNOR; BERMEDO, 2014).

Os CPs consistem em uma abordagem que visa à valorização da qualidade de vida de pacientes diagnosticados com doenças que ameacem a continuidade da vida - através da prevenção e alívio do sofrimento desses indivíduos - bem como de seus familiares. Esse tipo de assistência necessita da identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (CARVALHO, 2018).

Os CPs não são geridos por protocolos, e sim por princípios básicos como: Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis; portanto, o objetivo não é acelerar ou adiar a morte, mas uma melhor qualidade de vida e considerar a morte como um processo inerente da condição humana. Acompanhar também os familiares durante a doença do paciente e o luto. Assim, a abordagem multiprofissional focada nas necessidades dos pacientes e seus cuidadores melhora a qualidade de vida e influencia positivamente o curso da doença (TAVARES DE CARVALHO; PARSONS, 2012).

A origem do termo “*hospice*” remonta à época medieval, com o significado de “o local de acolhimento e de cuidados para os doentes pobres e para os moribundos”. Em geral, o *hospice* era ligado a uma instituição religiosa e proporcionava cuidados físicos simples e espirituais a estes pacientes, com o intuito de lhes assegurar conforto. O conceito moderno de *hospice* inclui cuidados paliativos para os doentes em fim de vida (BARBOSA, 2011).

3.1.1 Histórico dos cuidados paliativos

A origem dos CPs remonta à Civilização Grega, no século IV a.C., em que alguma atividade social era denominada *xenodochium*, ou seja, hospitalidade. Durante o Império Romano, o termo *xenodochium* foi traduzido para o latim como *hospitium*. Durante a Idade Média construíram-se muitos hospícios que se destinavam a acolher os peregrinos, com o objetivo de alimentá-los e proporcionar-lhes alguns cuidados médicos. Porém, com o movimento da Reforma, os hospícios foram extintos, e somente na segunda metade do século

XIX, na França, especificamente em Lyon, ressurgiu o movimento de apoio aos doentes terminais (SILVA, 2014).

O Movimento Hospice Moderno foi introduzido por uma médica inglesa com formação humanista, chamada Dame Cicely Saunders. Em 1947 Cicely Saunders, assistente social e em formação como enfermeira, conheceu um paciente judeu de 40 anos chamado David Tasma, natural do Gueto de Varsóvia. David recebera uma colostomia paliativa devido a um carcinoma retal inoperável. Aquela médica o visitou até o momento do óbito, tendo com ele longas conversas. Este foi, segundo Cicely Saunders, o início do compromisso com uma nova maneira de cuidado (MATSUMOTO, 2012).

Algum tempo depois, em 1967 houve a fundação do “St. Christopher’s Hospice”, cuja estrutura não só permitiu a assistência aos doentes, mas também o desenvolvimento de ensino e pesquisa, recebendo bolsistas de vários países. Cicely Saunders relata que a origem dos CPs modernos incluiu o primeiro estudo sistemático com 1.100 pacientes com câncer avançado assistidos no St. Joseph’s Hospice entre 1958 e 1965, na Inglaterra. O estudo foi baseado em registros de prontuários e entrevistas com pacientes. Os resultados apontaram significativo alívio da dor quando os pacientes foram submetidos a um esquema de administração regular de drogas analgésicas, em vez de administrar apenas quando sentiam dor. Este trabalho, publicado por Robert Twycross nos anos 1970, afasta mitos sobre dependência e problemas de tolerância aos opioides em pacientes no final da vida (MATSUMOTO, 2012).

Diante do ocorrido, esse tipo de assistência aos pacientes gravemente enfermos, sem prognóstico de cura, passou a se difundir pelo mundo, começando pelos Estados Unidos da América (EUA) e Canadá. Em 1982, o Comitê de Câncer da OMS criou uma equipe para definir políticas para o alívio da dor e cuidados do tipo *hospice* para pacientes com câncer, e que fossem recomendados em todos os países (MATSUMOTO, 2012). Inicialmente, o cuidado paliativo estava focado em pacientes oncológicos sem perspectiva de cura, mas hoje se sabe que outros grupos de portadores de doenças crônicas podem se beneficiar com essa vertente de assistência à saúde.

Infelizmente, muitos profissionais de saúde receberam treinamento inadequado para conduzir o processo de morte, uma vez que, diante de doenças incuráveis e de evolução progressiva, a tecnologia médica implacável e a obsessão por cura, pode dar ao paciente um processo de morte prolongado, perpetuando a dor intratável, e despojando o indivíduo de sua dignidade. Entendendo que o falecimento é um processo natural da vida, deve ser dada a garantia de conforto e dignidade a todos no momento de seu óbito, sendo uma parte essencial da relação médico-paciente (AMORIM; OLIVEIRA, 2010).

Com a melhora nas condições de vida e com o avanço técnico-científico na área da saúde houve um aumento da expectativa de vida, de modo que as doenças crônicas tornaram-se mais frequentes, assim como os desconfortos que acompanham o sujeito e sua família (CORREIA; DE CARLO, 2012). Diante disso, os CPs tornam-se uma assistência essencial para atender as demandas atuais do sistema de saúde e de seus usuários.

3.1.2 Cuidados paliativos no mundo e no Brasil

De acordo com estimativas da OMS, aproximadamente 20 milhões de pessoas têm indicação de cuidados paliativos no mundo por ano. Desse total, 78% dos adultos vivem em países de baixa e média renda. A OMS recomenda que todos os países implementem programas de CPs para pacientes com câncer ou outra doença que ameace a continuidade da vida (CONNOR; BERMEDO, 2014).

Houve um crescimento considerável em medicina paliativa na última década. Em 2015, 67% dos hospitais dos EUA com 50 leitos ou mais tinham serviços de medicina paliativa; entre hospitais maiores (acima de 300 leitos), mais de 90% possuía programas de CPs. Esta tendência foi atribuída, em parte, ao aumento da longevidade e da prevalência de doenças crônicas (HUGHES; SMITH, 2014).

Além disso, a literatura sugere que os CPs são benéficos para pacientes e familiares, melhorando os cuidados de saúde e o gerenciamento de sintomas, aumentando a satisfação do paciente e da família. Outros aspectos também são relevantes, como a redução de internações e procedimentos desnecessários em pacientes próximos ao final da vida, assim como diminuição o luto prolongado e transtorno de estresse pós-traumático entre os membros da família (ROBINSON; HOLLOWAY, 2017).

O estudo de Lynch *et al.* teve o objetivo de categorizar o desenvolvimento de CPs em todo o mundo, mostrando mudanças ao longo do tempo (LYNCH; CONNOR; CLARK, 2013). Os países estudados foram divididos em seis grupos, de acordo com o nível de integração dos CPs com os serviços de saúde de cuidado padrão (Quadro 1).

Quadro 1. Classificação dos níveis de integração dos CPs com serviços de saúde tradicionais em alguns países.

Nível de integração	Descrição	Países (exemplos)
Grupo 4b	Serviços de CPs em estágio avançado de integração com os serviços de saúde convencionais.	Austrália, Canadá, França, Alemanha, Irlanda, Itália, Singapura, Uganda, Estados Unidos, Reino Unido.
Grupo 4a	Integração preliminar dos serviços de CPs com os serviços de saúde convencionais.	China, Israel, Malásia, Mongólia, Nova Zelândia, Sérvia, Espanha, Eslováquia, Eslovênia.
Grupo 3b	CPs primários em diversas localizações do país; grande disponibilidade de opioides e de programas de treinamento e educação em CPs.	Argentina, Croácia, Costa do Marfim, Índia, Jordânia, Nepal, Portugal, República Tcheca.
Grupo 3a	Serviços isolados de CPs; limitado acesso a opioides.	Angola, Botsuana, Brasil, Kuwait, Líbano, México, Arábia Saudita.
Grupo 2	Ainda em processo de implantação de serviços de CPs	Bolívia, Haiti, Catar, República Democrática do Congo.
Grupo 1	Sem conhecimento de atividades de CPs.	Afeganistão, Groenlândia, Somália, Iêmen.

CPs: Cuidados paliativos. Fonte: Adaptado de Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping levels of palliative care development: A global update. J Pain Symptom Manage, 2013;45(6):1094–106.

Esses mesmos autores concluíram que, em 2011, 136 dos 234 países do mundo (58%) tinham pelo menos um serviço de CPs - um aumento de 21 países (+ 9%) em relação a 2006 - com os ganhos mais significativos ocorridos na África. A instituição avançada de CPs foi alcançada em apenas 20 países (8,5%), considerados países desenvolvidos economicamente (LYNCH; CONNOR; CLARK, 2013).

A história dos CPs no Brasil é recente, tendo se iniciado na década de 1980. O primeiro serviço de CPs no Brasil surgiu no Rio Grande do Sul em 1983, seguido da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, em 1986, e logo após em Santa Catarina e Paraná. Um dos serviços que merece destaque é o Instituto Nacional do Câncer (INCA), do Mato Grosso do Sul, que inaugurou em 1998 o hospital Unidade IV, exclusivamente dedicado aos CPs. A Unidade IV oferece CPs em 56 leitos de enfermaria, pronto-atendimento, ambulatório e internação domiciliar, com recursos excelentes. Além do mais, oferece, curso de especialização em Medicina Paliativa (HERMES; LAMARCA, 2013).

Em 1997, foi criada a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), composta por um grupo de profissionais interessados no assunto, que propunham prática de divulgação da filosofia dos CPs no Brasil. Em 2000, surgiu o Programa do Hospital do Servidor Estadual de São Paulo que, a princípio, tratou de pacientes com câncer metastático e, posteriormente em 2003, criou uma enfermaria de CPs, a fim de garantir uma assistência mais humanizada para esse público (HERMES; LAMARCA, 2013).

Em fevereiro de 2005 foi criada a Academia Nacional de Cuidados paliativos (ANCP). A importância da mesma para o Brasil transcende os benefícios para a medicina brasileira. Para os “paliativistas” a fundação da academia é um marco não só para os CPs no Brasil, como também para a medicina que é praticada no país. A academia foi fundada com o objetivo de contribuir para o ensino, a pesquisa e a otimização dos CPs no Brasil (HERMES; LAMARCA, 2013).

Um grande avanço dos CPs no cenário nacional foi a sua normatização na Rede de Atenção à Saúde; decorrente da pactuação ocorrida na Comissão Intergestores Tripartite, os CPs se tornaram obrigatórios no SUS a partir de 2018. Esse pacto também expõe que a implantação e a oferta devem acontecer em todas as esferas de cuidados e níveis de complexidade. Ademais, o texto traz orientações quanto à organização e aos objetivos dos CPs na saúde nacional, conforme explícito no Quadro 2 (MINISTÉRIO DA SAÚDE - COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, 2018). Na Figura 1 consta uma linha do tempo da história dos CPs no mundo e no Brasil.

Quadro 2. Orientações do Ministério da Saúde para a execução de CPs no SUS.

Artigo 3º (parágrafos)	Orientações
I	Integrar os cuidados paliativos na rede de atenção à saúde.
II	Promover a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.
III	Incentivar o trabalho em equipe multidisciplinar.
IV	Fomentar a instituição de disciplinas e conteúdos programáticos de cuidados paliativos no ensino de graduação e especialização dos profissionais de saúde.
V	Oferecer educação permanente em cuidados paliativos para os trabalhadores da saúde no SUS.
VI	Promover a disseminação de conhecimento sobre os cuidados paliativos na sociedade.
VII	Ofertar medicamentos que promovam o controle dos sintomas dos pacientes em cuidados paliativos.
VIII	Fomentar o desenvolvimento de uma atenção à saúde humanizada, baseada em evidências, com acesso equitativo e custo efetivo, abrangendo toda a linha de cuidado e todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, domiciliar e integração com os serviços especializados.

CPs: Cuidados paliativos; SUS: Sistema Único de Saúde. Fonte: Adaptado de “Ministério da Saúde - Comissão Intergestores Tripartite. Resolução Nº 41, de 31 de Outubro de 2018.”

Figura 1 – Linha do tempo da história dos CPs no mundo e no Brasil

ABCP: Associação Brasileira de Cuidados Paliativos; ANCP: Academia Nacional de Cuidados paliativos; CP: Cuidados paliativos; OMS: Organização mundial da saúde; SUS: Sistema Único de Saúde. Fonte: Elaboração própria.

3.2 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

O termo Acidente Vascular Cerebral (AVC) é usado para designar uma doença vascular, que ocorre em uma área cerebral e resulta em déficit neurológico focal ou global. Decorre o desenvolvimento súbito de sintomas e/ou sinais clínicos com duração superior a 24 horas, que podem levar à morte. Pode ser dividido em dois grupos, de acordo com a sua etiologia: AVC isquêmico e AVC hemorrágico (FILHO, 2005).

O AVC isquêmico é resultante da insuficiência do suprimento sanguíneo cerebral e tem como principais fatores de risco a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), as cardiopatias e o *Diabetes Mellitus* (DM). Por sua vez, o AVC hemorrágico compreende a Hemorragia Subaracnóidea (HSA), na maioria dos casos decorrente da ruptura de aneurismas saculares congênitos localizados nas artérias do polígono de Willis, e a Hemorragia Intraparenquimatosa (HIP), cujo mecanismo causal básico é a degeneração hialina de artérias intraparenquimatosas cerebrais, decorrente geralmente de HAS. O AVC isquêmico é o mais frequente e corresponde a aproximadamente 80% dos casos; todavia, sua mortalidade é menor (10-12%), quando comparado ao de etiologia hemorrágica (30-50%) (KRISHNAMURTHI et al., 2013).

No Brasil, ao considerar-se as principais causas de morte, as doenças cerebrovasculares estão em primeiro lugar, seguidas do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Em 2014, o grupo com 80 anos ou mais representou aproximadamente 37% dos óbitos e a incidência foi semelhante em ambos os gêneros (50,1% dos casos em homens). A OMS estima que, até o ano de 2030, o AVC continue sendo a segunda maior causa de mortes no mundo, sendo responsável por 12,2% dos óbitos previstos para o ano (ARAÚJO et al., 2018).

O AVC compreende a principal afecção neurológica entre adultos e idosos, gerando grande morbimortalidade. Há crescente incidência de afecções do Sistema Nervoso Central (SNC) que podem comprometer a continuidade da vida. Desse modo, com o número crescente de internações hospitalares decorrentes de complicações dessa enfermidade, o que resulta em perda funcional e piora da qualidade de vida, os CPs podem fornecer apoio adicional para melhorar os resultados dos pacientes com AVC e de suas famílias (WORLD HEALTH ORGANIZATION NONCOMMUNICABLE DISEASES AND MENTAL HEALTH, 2005).

Pacientes com uma variedade de condições neurológicas - tais como: doença de Parkinson, demência, Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), tumores cerebrais, AVC e doenças neurológicas agudas - têm necessidades substanciais não atendidas, que podem ser tratadas com a combinação de CPs primários e especializados. As necessidades complexas

desses pacientes são idealmente administradas com uma abordagem abrangente de atendimento que atenda às necessidades físicas, psicológicas e sociais e aos aspectos espirituais do cuidado, em um esforço para reduzir o sofrimento (ROBINSON; HOLLOWAY, 2017).

Desse modo, os CPs são uma opção útil na otimização de condutas terapêuticas, pois focam no tratamento dos sintomas, com tendência a reduzir os custos hospitalares, evitando o emprego de medidas potencialmente exageradas. Embora os hospitais e os sistemas de saúde frequentemente concordem com os objetivos clínicos dos cuidados paliativos, eles querem ver evidências de valor e retorno sobre seu investimento nesse tipo de assistência (BICKEL; OZANNE, 2017).

3.3 HOSPITAL MESTRE VITALINO (HMV) E OS CUIDADOS PALIATIVOS

O estudo foi desenvolvido no HMV, serviço público de saúde, inaugurado em junho de 2014, que está sob responsabilidade do Governo do Estado de Pernambuco (PE), é gerido pela Organização Social de Saúde Hospital do Tricentenário, e localiza-se na cidade de Caruaru-PE. O HMV é considerado um hospital de grande porte, pois tem capacidade operacional atual de 261 leitos, sendo 140 leitos de enfermaria (Clínica Médica, Neurologia, Pediatria Clínica, Cirurgia Geral, Pediatria Cirúrgica e Clínica Cardiológica).

Também dispõe de 60 leitos da UTI (40 leitos para adultos, 10 leitos são destinados para o público pediátrico e 10 leitos para a Unidade Coronariana); 61 leitos da Unidade de Urgência e Emergência (38 pactuados + 23 extras), além de Salas de Recuperação Pós-Anestésica (13 leitos). O atendimento ambulatorial é voltado para pacientes egressos do hospital, de acordo com as especialidades em que é referência.

O atendimento na Urgência é ininterrupto, ou seja, 24 horas por dia com acolhimento através do sistema de classificação de risco, preferencialmente referenciada através do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Resgate do Corpo de Bombeiros e pela Central de Regulação da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco (SES/PE), para as seguintes especialidades: anestesiológista, clínico geral, neurologista, cirurgião pediátrico, cardiologista, hemodinamicista, radiologista (tomografia e ultrassonografia).

Devido ao grande número de pacientes idosos, com sequelas neurológicas graves ou com qualquer outro acometimento que leve à perda de qualidade de vida e ameace a continuidade da mesma, em 2016 foi criada a Comissão de CPs, com o objetivo de ofertar esse tipo de cuidado para os pacientes e familiares atendidos na unidade. Tal comissão é composta por médicos oncologistas, neurologistas e intensivistas, assim como por outros

profissionais da saúde: nutricionistas, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistentes sociais e psicólogos.

As reuniões da comissão acontecem mensalmente para discussão de casos pertinentes ao tema. Os pareceres para CPs são solicitados por médicos de todos os setores do hospital e respondidos pelos médicos da comissão. Vale salientar que o HMV não possui setor específico para internação de pacientes em CPs. Essa assistência é prestada onde o paciente já estiver internado, seja na enfermaria, emergência ou UTI.

Mais recentemente, a partir de 2018, a unidade de saúde em questão passou a receber demanda espontânea de usuários vítimas de acidentes com animais peçonhentos. A unidade ambulatorial oncológica foi inaugurada no mesmo período e atende pacientes com câncer para tratamento quimioterápico e acompanhamento clínico. Operando em sua capacidade máxima, o HMV beneficia uma população de 1.784.903 habitantes de 53 municípios, 19,99% da população total do Estado de Pernambuco (HOSPITAL MESTRE VITALINO, 2019).

3.4 GESTÃO DE CUSTOS

3.4.1 Gestão de custos para empreendimentos

Abordando o contexto histórico, até os anos 1970 a mão de obra direta e os materiais eram os fatores de produção predominantes. Porém, a partir dessa década, ocorreram modificações no ambiente no qual as organizações estavam inseridas e as mesmas passaram a investir intensamente em tecnologias de ponta, engenharia, *marketing*, desenvolvimento de produtos, serviços de atendimento aos clientes e treinamento, provocando assim um aumento significativo nos custos indiretos (ABBAS; GONÇALVES; LEONCINE, 2012).

No âmbito contábil, a gestão de custos tem relação intrínseca para um controle de excelência, pois pode dar o suporte necessário aos tomadores de decisão. As diversas ferramentas de análise do comportamento das operações das instituições, que combinam informações de planejamento e de seu posicionamento no mercado, possibilitam a identificação de distorções e processos falhos. Isso dá à empresa a vantagem competitiva para que os detentores do poder de decisão possam orientar suas ações (SANTOS, 2011).

A ideia subjacente para o estabelecimento de um ambiente de controle gerencial está suportada na necessidade de minimizar os riscos inerentes ao processo decisório, estabelecer regras claras para o cumprimento das estratégias estabelecidas e, principalmente, fomentar a otimização no uso dos recursos escassos, conduzindo os desempenhos das pessoas e os resultados da unidade a níveis sempre crescentes (FILHO, 2005). Neste sentido, vários

conceitos devem ser abordados, como custeio por absorção ou por atividades, que buscam informações valiosas para garantir a continuidade da entidade, gerando mensuração adequada de passivos, ativos, receitas, despesas e custos (FILHO, 2005).

Porém, há forte recomendação que nenhum método de custeio pode atender a todas as necessidades informativas dos gestores, devido à complexidade do processo de administração das organizações. Desta forma, nenhuma informação de custos, qualquer que seja o método de custeio, substitui o julgamento e o bom senso das pessoas que analisam e das que decidem. O melhor método será aquele que ajude a resolver o problema que se apresente em determinada situação, levando os gestores a tomarem decisões adequadas em cada caso (ABBAS; GONÇALVES; LEONCINE, 2012).

3.4.2 Custeio por absorção

No custeio por absorção, todos os custos de produção irão compor o custo do bem ou serviço. As despesas não fazem parte do custo do bem ou serviço, ou seja, são lançadas diretamente no resultado, enquanto que os custos, tanto diretos quanto indiretos, são apropriados a todos os bens e serviços (SANTOS, 2011).

De acordo com Martins (2010) (MARTINS, 2010), para obter o custo dos bens ou serviços, a partir do custeio por absorção, a empresa pode proceder de duas maneiras:

a) realizar uma alocação dos custos diretos (materiais diretos e mão de obra direta), visto que são custos relacionados diretamente com a produção, sendo possível verificar seu real consumo nos bens ou serviços. Então, pode-se ratear os custos indiretos, que são os itens que não estão diretamente relacionados com a fabricação dos bens ou serviços, a partir de estimativas, ou seja, de bases de rateio;

b) dividir a empresa em departamentos de serviços (executam serviços auxiliares) e em departamentos produtivos (promovem qualquer tipo de modificação sobre o produto final de forma direta), sendo os custos indiretos, inicialmente, rateados aos departamentos. Após, tanto os departamentos de serviços quanto os produtivos transferem os seus custos para os custos de produção. Todas essas transferências são feitas a partir de rateios.

No âmbito dos custos diretos, há alocação aos bens/serviços por intermédio da sua efetiva utilização, ou seja, de forma fácil e confiável. É importante salientar que a departamentalização tem a finalidade de aumentar a eficiência de controle de custos das organizações, visto que os custos passam a ser apurados primeiramente em níveis departamentais, dando à gestão condições de apresentar relatórios e dados que apontam o desempenho de diversos setores, antes de atribuir o custo ao bem ou serviço.

Severiano Filho e De Melo (SEVERIANO FILHO; DE MELO, 2006) citam várias vantagens da utilização desse método:

- a) está de acordo com os princípios contábeis, sendo o método formalmente aceito, como requerido pela legislação do imposto de renda para propósitos de lucro;
- b) consegue levantar todos os custos, tanto os diretos quanto os indiretos;
- c) há uma tendência de ser menos custosa a sua implementação, desde que não requeira a separação dos custos em fixos e variáveis.

O mesmo autor traz também as seguintes desvantagens:

- a) os custos são, na maioria das vezes, distribuídos com base em critérios de rateio com grande grau de arbitrariedade;
- b) o custo fixo por unidade depende ainda do volume de produção, ou seja, um bem/serviço pode ter seu custo elevado em função de outro;
- c) os custos fixos existem, independente da fabricação ou não desta ou daquela unidade, e acabam presentes no mesmo montante, mesmo que ocorram oscilações (dentro de certos limites); desse modo não devem ser alocados aos bens e serviços (SEVERIANO FILHO; DE MELO, 2006).

Em uma revisão de literatura, Abbas e colaboradores (2012) dizem que os artigos analisados corroboram com as principais desvantagens apresentadas na literatura sobre esse método, principalmente no que se refere ao alto grau de arbitrariedade nos critérios utilizados nas bases de rateio. Quanto às vantagens, os resultados apontados nos estudos confirmam a sua importância por ser o método formalmente aceito pela legislação do imposto de renda, pela facilidade de ser implementado e pelo baixo custo para sua implantação (ABBAS; GONÇALVES; LEONCINE, 2012).

3.4.3 Gestão de custos na saúde

O controle dos custos tornou-se parte essencial no processo administrativo. Com a evolução da gestão de custos e a competitividade nas organizações, as empresas da área de prestação de serviços, principalmente dos serviços de saúde, por se tratarem de organizações complexas, perceberam tal necessidade (PACHECO, 2013).

Há um crescente desenvolvimento tecnológico em diversos setores, e isso tem provocado transformações que os levam a modificarem a forma como esses serviços são oferecidos, como a gestão deve ser reavaliada e detalhadamente planejada, bem como a qualidade dos serviços deve acompanhar o desenvolvimento tecnológico em questão. Desse

modo, torna-se de vital importância o conhecimento dos gastos e despesas para a manutenção das atividades e a constante inovação (JACINTO et al., 2015).

O aumento dos gastos com procedimentos de saúde, a incorporação de técnicas médicas cada vez mais caras e o domínio da indústria farmacêutica em escala global criaram condições para colocar as entidades hospitalares no centro da perspectiva de controle gerencial (FILHO, 2005). Diante disso, estudos de avaliação econômica em saúde são importantes para a gestão pública, porque conseguem quantificar os recursos gastos pelo sistema de saúde. Concomitantemente, a análise dos custos relacionados a doenças é uma etapa importante para a realização de análises econômicas completas, isto é, que comparam diferentes intervenções, a fim de subsidiar a escolha da melhor delas. A quantidade de estudos de impacto econômico tem crescido desde o desenvolvimento dos estudos de custo da doença, e continua sendo de longe o método de medição mais comum (OLIVEIRA et al., 2014).

Nesse contexto, é importante saber que Economia da Saúde é: “O ramo do conhecimento que tem por objetivo a otimização das ações de saúde, ou seja, o estudo das condições ótimas de distribuição dos recursos disponíveis para assegurar à população a melhor assistência à saúde e o melhor estado de saúde possível, tendo em conta meios e recursos limitados”. (MONTONE, 2012).

O microcusteio, como sugerido por Silva et. al. (2016) para avaliações econômicas em saúde, busca os valores demandados por prontuário de acordo com os recursos utilizados no tratamento e investigação diagnóstica do paciente. Para estes autores, a estimativa de custos em saúde deve seguir uma sequência lógica até a obtenção dos resultados na análise, a fim de, garantir que o processo seja feito de forma sistematizada. Assim, é necessário seguir determinadas etapas e responder perguntas norteadoras para a identificação correta dos custos (SILVA; SILVA; PEREIRA, 2016).

Assim, o esforço para o controle de custos é, em primazia, relevante para a sobrevivência de hospitais, os quais dependem de forma acentuada das receitas geradas na prestação de serviços vindos do SUS ou do financiamento privado. Em qualquer organização, o sucesso do gerenciamento depende, em boa parte, da conscientização das áreas envolvidas, de apoio da direção e da mobilização de todos na busca de melhores indicadores de desempenho (BERTÓ; BEULKE, 2012).

Para a apuração de gastos é importante incluir não apenas as principais categorias de serviços de saúde e dos bens consumidos por pacientes (incluindo internação hospitalar e atendimento ambulatorial, cuidados de saúde primários, equipamentos médicos, insumos, exames diagnósticos, medicamentos etc.), mas também os custos de planejamento e

administração de saúde, programas de formação, educação em saúde e atividades de sua promoção. Embora tais custos, na maioria das vezes, são de difícil mensuração, eles constituem um componente potencialmente substancial da despesa total do governo para determinadas condições de saúde (OLIVEIRA et al., 2014).

No atendimento dos mais distintos pacientes, uma instituição hospitalar coloca à disposição uma estrutura de serviços representada por seus funcionários e instalações, e aciona a sua área específica de suprimento de materiais e medicamentos, entre outros recursos e fatores de produção. Cabe transformar esses dados físicos, não adicionáveis entre si, em uma expressão monetária homogênea para diversas avaliações em gestão.

A obtenção dos valores dos insumos físicos pode ocorrer de várias maneiras:

- a) pesquisa junto à fonte de fornecimento de materiais ou serviços sobre os custos que vigoram um período médio de vigência dos preços;
- b) pesquisa em publicações sobre a tendência dos valores de custo para um determinado período;
- c) projeções de custos históricos para um período médio de vigência dos preços, a partir de sinalizações e evolução dos mesmos (BERTÓ; BEULKE, 2012).

Cavassini e colaboradores (2010) afirmam que o custo é o somatório dos gastos com pessoal, material, estrutura física e aparelhos utilizados, e deve ser compreendido como poderoso instrumento gerencial para análise de desempenho, produtividade e qualidade dos serviços. Além disso, é um dado complexo que engloba elementos mensuráveis tanto qualitativamente como quantitativamente, aos quais podem ser atribuídos valores financeiros que podem ser classificados em:

- **Custos diretos:** Referem-se ao dispêndio monetário envolvido diretamente na produção do produto ou do serviço como, por exemplo, os custos com material, medicamentos e folha de pagamento dos profissionais assistenciais. Implicam retirada financeira real e imediata.

- **Custos indiretos:** São comuns a diversos procedimentos ou serviços, não sendo atribuídos a um setor ou produto exclusivo. Sua apropriação se faz por meio de rateio, baseado em fator volumétrico. São considerados indiretos os gastos relativos à luz, água, limpeza, aos aluguéis e às taxas administrativas.

- **Custos fixos:** São os operacionais vinculados à infraestrutura instalada. Eles se mantêm constantes, mesmo havendo modificações no número de atendimentos da unidade de saúde. São exemplos as despesas com salários, depreciação de equipamentos e aluguel.

- **Custos variáveis:** Estão intimamente relacionados ao volume de produção, que podem aumentar ou diminuir de acordo com o número de atendimentos. São considerados custos variáveis os gastos com os materiais e insumos, medicamentos, lavanderia, entre outros (CAVASSINI et al., 2010).

Além desses conceitos clássicos, no âmbito da saúde é importante ressaltar o conceito de **custos intangíveis**, os quais dizem respeito às perdas em qualidade de vida, particularmente relacionadas à dor, ao sofrimento e à exclusão social. Esse custo é de difícil mensuração, uma vez que, é uma variável subjetiva, porém pode ser avaliado através de escalas específicas de avaliação à beira do leito (SILVA; SILVA; PEREIRA, 2016).

Pode-se perceber que as mensurações de custos em saúde expressam-se de maneira heterogênea, necessitando de estratégias e de métodos sistemáticos de aferição e acompanhamento. Os hospitais operam em um ambiente econômico complexo, precisando de um sistema de controle financeiro e de avaliação de resultados.

Entretanto, Silva *et. al.* (2016) tiveram como objetivo principal fornecer orientação sobre os procedimentos para estimar custos em avaliação econômica. Os pesquisadores relataram que países em desenvolvimento têm pouca tradição em análises de custos, o que se reflete na produção incipiente de estudos sobre avaliação econômica (SILVA; SILVA; PEREIRA, 2016). No Brasil, verifica-se um aumento recente – a partir de 2006 - das publicações de análises de custo-efetividade e de custo-utilidade.

Para os custos diretos, há dois métodos de valoração, ou seja, abordagem de microcusteio ou *bottom-up* e de macrocusteio ou *top-down*. O primeiro foca nos indivíduos e, por isso, recomenda-se trabalhar com amostra representativa para que haja poder de extrapolação. O segundo refere-se a dados agregados, em sistemas de informação; neste caso, divide-se o custo agregado pelo número de pacientes atendidos para a obtenção dos custos diretos (SILVA; SILVA; PEREIRA, 2016).

É possível obter esta estimativa por *bottom-up* através da coleta de dados em amostra de prontuários de pacientes em um hospital. Alternativamente, pode-se usar a abordagem *top-down* por meio de registros nacionais, como o Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) e o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) do MS (OLIVEIRA et al., 2014).

3.4.4 Financiamento e controle de custos no SUS

A gestão dos custos é uma realidade antiga nas empresas privadas, mas as mudanças que estão acontecendo no ambiente econômico mundial têm levado a administração pública à busca de eficiência e qualidade nos serviços públicos. Isso só será possível se o gestor tiver à

sua disposição um sistema de informação eficiente sobre os custos e fontes de financiamento, uma vez que realizar cortes de custos, reduzindo os gastos das atividades essenciais e deixando os gastos supérfluos, poderá afetar a qualidade dos serviços (PACHECO, 2013).

O SUS foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei N.º 8.080/1990 e pela Lei n.º 8142/1990. O MS implantou o SIH/SUS por meio da Portaria GM/MS n.º 896/1990. Assim, o controle dos gastos em saúde no contexto hospitalar se dá pela Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que é o instrumento de registro utilizado por todos os gestores e prestadores de serviços SUS, e apresenta como característica a proposta de pagamento por valores fixos dos procedimentos médico-hospitalares onde estão inseridos os materiais que devem ser utilizados, os procedimentos que são realizados, os profissionais de saúde envolvidos e a estrutura de hotelaria (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). A Portaria GM/MS n.º 396/2000 atribuiu a responsabilidade da gestão do SIH/SUS à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), a Portaria GM/MS n.º 821/2004 descentralizou o processamento do SIH/SUS para Estados, Distrito Federal e Municípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Foi realizado um estudo de descrição quantitativa de custo retrospectivo para estimar custos associados ao serviço de CPs, sob a perspectiva do Hospital Mestre Vitalino (HMV).

4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

4.2.1 Critério de inclusão

A amostra foi composta por conveniência. Foram considerados elegíveis os pacientes maiores de 18 anos, com diagnóstico de doenças neurológicas, que foram internados na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e/ou enfermarias do HMV, e que tiveram parecer favorável da comissão de CPs para iniciar esse tipo de cuidado no HMV entre 01/01/2019 e 31/12/2019, evoluindo para óbito na unidade nesse mesmo período de tempo.

4.2.2 Coleta de dados e variáveis avaliadas.

O horizonte temporal da análise retrospectiva teve início no momento do óbito e se estendeu até o ingresso do paciente no hospital. As fontes de dados foram os prontuários

eletrônicos gerenciados pelo Sistema MVPEP e as bases de dados administrativas no setor Comissões. (Quadro 3).

Quadro 3 - Descrição das bases de dados administrativas.

Base de dados	Descrição
MVPEP (<i>software</i> de gestão hospitalar)	• Dados demográficos e clínicos do prontuário eletrônico dos pacientes; • Dados relacionados aos dias de internação e data do óbito.
MV 2000 Gestão Hospitalar	• Registro de solicitação e resposta de pareceres para a comissão de CPs. • Registro de custos por paciente antes e após o início dos CPs.

CPs: Cuidados paliativos. Fonte: Elaboração própria.

Foram avaliadas as seguintes variáveis sociodemográficas:

- Idade do paciente no momento de início dos CPs;
- Sexo;
- Escolaridade;
- Estado civil;
- Local de internação e óbito (UTI ou enfermaria);
- Data de inclusão nos CPs;
- Data do óbito.

As seguintes variáveis clínicas foram coletadas:

- Diagnóstico principal de doença neurológica que possa comprometer a continuidade e qualidade de vida.
- Número de comorbidades de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID)-10.

4.3 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no H MV, serviço público de saúde, inaugurado em junho de 2014, que está sob responsabilidade do Governo do Estado de Pernambuco (PE), é gerido pela Organização Social de Saúde Hospital do Tricentenário, e localiza-se na cidade de Caruaru-PE.

O H MV não possui setor específico para internação de pacientes em CPs. Essa assistência é prestada onde o paciente já estiver internado, seja na enfermaria, emergência ou UTI.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) em 04 de julho de 2019, com parecer consubstanciado nº 3.436.951.

4.5 AVALIAÇÃO DOS CUSTOS

Considerando os conceitos para estimar os custos diretos no âmbito da Economia da Saúde, foi utilizado o Microcusteio ou *bottom-up*, onde é feito o levantamento dos gastos em saúde por prontuário dos pacientes que compõem a amostra. Os dados contábeis do H MV são processados no programa *MV 2000 Gestão Hospitalar*, específico para esse fim, usando o modelo clássico de Custeio por Absorção. Os valores são agrupados através das AIHs à medida que os medicamentos e insumos são usados e checados pela equipe assistencial na prescrição médica do dia e farmácia.

Para essa pesquisa, os custos diretos foram avaliados após o fechamento do prontuário, ou seja, foi realizada a comparação dos custos referentes ao paciente desde a internação até o ingresso nos CPs, e após a instituição dos CPs até o óbito. Os valores foram divididos pela quantidade de dias de internação em cada fase do tratamento, até se obter os valores diários médios. Considerando o levantamento dos custos realizado nessa pesquisa, foi utilizado o custeio por absorção - já que esse é o método usado pela unidade hospitalar que sediou a coleta de dados.

Quadro 4. Etapas para a mensuração de custos dos CPs na perspectiva do HMV.

Ordem	Etapas	Questão central	Métodos
1	Definição da perspectiva do estudo	Quem pagará pelo uso da estratégia em investigação?	SUS
2	Delimitação do horizonte temporal	Por quanto tempo os custos serão estimados?	Um ano
3	Identificação dos custos	Quais itens de custos serão incluídos na análise?	Custos médicos diretos
4	Mensuração dos custos	Qual a unidade de medida adotada para cada item de custo?	Dados de consumo individuais
5	Determinação do método para valorar os custos	De que forma serão atribuídos valores às unidades de custo?	Microcusteio ou <i>bottom-up</i>
6	Ajustes temporais	O horizonte temporal é superior a um ano?	Não

CPs: Cuidados paliativos; HMV: Hospital Mestre Vitalino; SUS: Sistema Único de Saúde. Fonte: Adaptado de Silva EN, Silva MT, Pereira MG. Identificação, mensuração e valoração de custos em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2016; 25: 437- 439.

4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Inicialmente, os dados foram tratados em sistema de Planilhas Excel e apresentados em forma de tabelas e gráficos comparativos. A expressão dos resultados das variáveis contínuas foi feita pelas médias e desvios padrão. Então, o teste de D’Agostino foi escolhido para avaliação de normalidade da amostra avaliada. Para verificação de possíveis diferenças entre média, foi usado o teste “t” de *Student* para amostras independentes, com distribuição foi gaussiana.

Mas, nos casos em que o grupo estudado não passou no teste da normalidade foi usado o teste não paramétrico de Mann-Whitney ou Wilcoxon. Os valores considerados significantes foram os que apresentaram $p < 0,05$. Correlações foram determinadas usando a correlação de Spearman. Todos os dados foram analisados com o GraphPad Prism 6 e Software STATA versão 9.1, nesse último foram feitas regressões logísticas binárias, utilizando $p < 0,20$ como ponto de corte para regressões multivariadas.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

A pesquisa nos prontuários eletrônicos identificou 249 pacientes maiores de 18 anos que utilizaram os serviços de CPs em 2019 no HMV. Desses, 23 foram excluídos, pois não tiveram parecer favorável da comissão de CPs para ingressarem nesse tipo de assistência; outros 94 foram excluídos porque não possuíam doença neurológica como diagnóstico principal para ingresso nos CPs. A amostra final foi composta por 132 pacientes, sendo 74 do sexo feminino (56%) e 58 do sexo masculino (44%).

A idade dos pacientes em CPs inseridos na pesquisa variou entre 29 anos e 102 anos. A idade média foi de 73,2 anos. Na amostra estudada, a maioria dos indivíduos era casada, correspondendo a 63% dos avaliados. Abordando as informações sobre escolaridade registradas em prontuário, 45% desses pacientes não foram alfabetizados e apenas 1% possuía ensino superior. Tais dados podem ser melhores visualizados na Tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos pacientes neurológicos em CPs do HMV.

Característica		n	n (%)
Idade (anos)	< 60	22	17%
	60 - 69	30	23%
	70 - 79	33	25%
	80 - 89	31	23%
	90 - 99	14	11%
	≥ 100	2	2%
Sexo	Feminino	74	56%
	Masculino	58	44%
Cônjuge	Sim	83	63%
	Não	49	37%
Escolaridade	Não alfabetizado	60	45%
	Ensino fundamental I	27	20%
	Ensino fundamental II	10	8%
	Ensino médio completo	8	6%
	Ensino superior completo	1	1%
	Não declarado	26	20%

CPs: Cuidados paliativos; HMV: Hospital Mestre Vitalino. Fonte: Elaboração própria.

5.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Analisando clinicamente os prontuários da amostra, a principal afecção neurológica registrada foi AVC isquêmico (101 pacientes), seguido de hipóxia cerebral pós-parada cardiorrespiratória (PCR), encefalopatia hepática e epilepsia, somando 31 pacientes. Também foi contabilizado o número de morbididades associadas, estando entre dois e oito acometimentos físicos ou psíquicos. As principais alterações encontradas foram sequelas motoras e cognitivas, depressão, infecções do trato respiratório e urinário, distúrbios hidroeletrólíticos, úlceras por pressão, disfunções do sistema circulatório, entre outras.

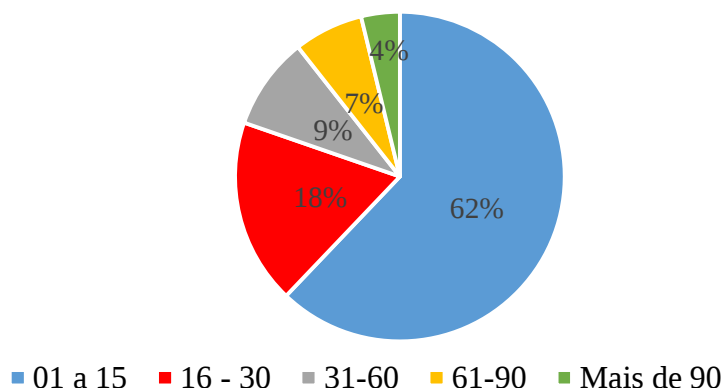
Foi avaliada a quantidade de dias que esses pacientes permaneceram em CPs durante a internação hospitalar. Houve uma grande heterogeneidade nesse aspecto, estando detalhada na Tabela 2 e na Figura 2. Dos pacientes neurológicos inseridos em CPs, 109 estavam internados em enfermarias e apenas 23 em UTI ao longo de todo o ano de 2019.

Tabela 2 - Características clínicas dos pacientes neurológicos em CPs do HMV.

Características clínicas		n	n (%)
Número de comorbidades	2	22	17%
	3	23	17%
	4	34	26%
	5	28	21%
	≥ 6	25	19%
Dias em CPs	1 - 15	82	62%
	16 - 30	24	18%
	31 - 60	12	9%
	61 - 90	9	7%
	> 90	5	4%
Setor de internação	Enfermarias	109	83%
	UTI	23	17%

CPs: Cuidados paliativos; HMV: Hospital Mestre Vitalino; UTI: Unidade de Tratamento Intensivo. Fonte: Elaboração própria.

Figura 2 - Distribuição de acordo com os dias em CPs dos pacientes neurológicos (HMV – 2019)



CPs: Cuidados paliativos; HMV: Hospital Mestre Vitalino. Fonte: Elaboração própria.

5.3 AVALIAÇÃO DE CUSTOS

5.3.1 Custeio total

Tanto nas UTIs, quanto nas enfermarias, mais dias em CPs mostrou associação com a redução dos custos de internação hospitalar. A Tabela 3 expõe os valores máximos e mínimos, bem como as medianas, médias e desvios-padrão dos valores monetários gastos com diárias para toda a amostra estudada.

Tabela 3 - Custos médios diários considerando a diferença antes e após o início dos CPs.

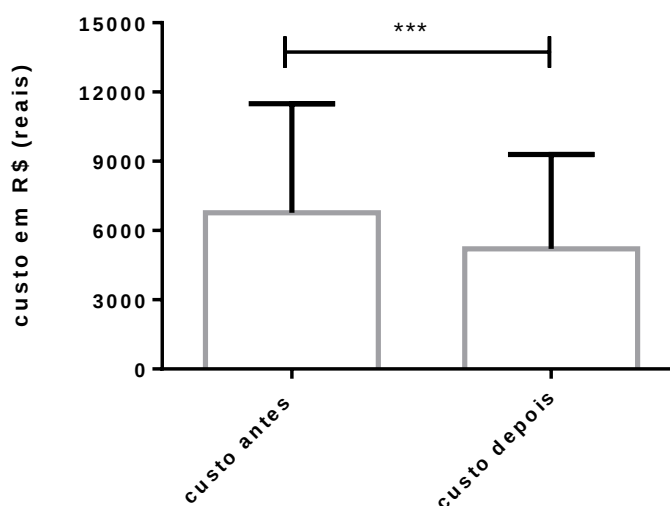
Valores	Custos antes	Custos depois	Diferença
Máximo	R\$ 24.593,00	R\$ 20.272,00	R\$ 5.994,00
Mínimo	R\$ 331,00	R\$ 298,00	R\$ 14.664,00
Mediana	R\$ 5.563,50	R\$ 4.171,00	R\$ 974,00
Média	R\$ 6.768,83	R\$ 5.208,31	R\$ 1.410,93
Desvio-padrão	R\$ 4.724,24	R\$ 4.089,83	R\$ 3.527,15

CPs: Cuidados paliativos. Fonte: Elaboração própria.

Para avaliação estatística foi feito pareamento das variáveis “custo antes” *versus* “custo depois”. Foi encontrado valor significativo estatisticamente para a variação de

desembolso com os pacientes neurológicos inseridos em CPs, com valor de $p < 0,001$ (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Custeio total antes e depois de iniciar os CPs, através do teste de *Wilcoxon*.



***: $p < 0,001$. Fonte: Elaboração própria (Software Prisma).

5.3.2 Custeio total médio por setor de internação hospitalar

Para o levantamento desse tipo de custeio foram somadas todas as médias dos gastos diários dos 132 pacientes avaliados, no período em que estavam fora de CPs e após a instituição dos CPs, de acordo com os setores de internação. Posteriormente, foi feita a diferença dos valores obtidos. Percebe-se que houve redução dos custos com a instituição dos CPs (Tabela 4).

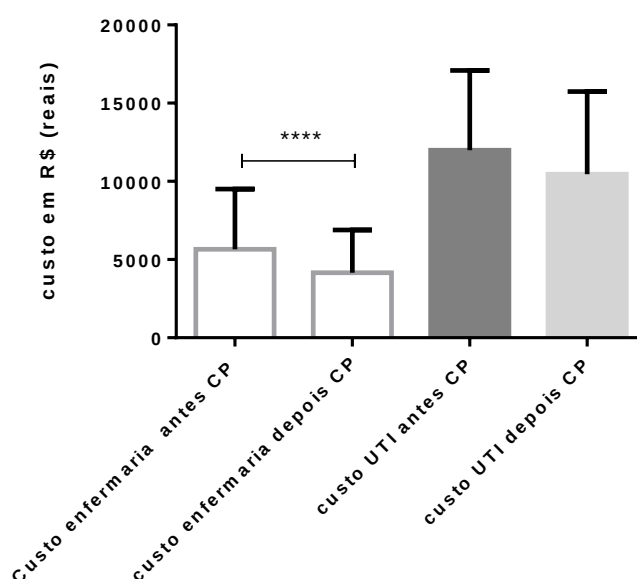
Tabela 4 - Comparação de custos totais de acordo com o setor de internação hospitalar com respectivas diferenças.

Setor	Custo antes dos CPs	Custo depois dos CPs	Diferença de custos
Enfermarias	R\$ 617.641,00	R\$ 452.811,00	-R\$ 164.830,00 (-27%)
UTIs	R\$ 275.675,00	R\$ 240.675,00	-R\$ 35.000,00 (-13%)

CPs: Cuidados paliativos; UTIs: Unidades de Tratamento Intensivo. Fonte: Elaboração própria.

Porém, na avaliação estatística foi encontrada diferença estatisticamente significativa apenas para a diferença de custos de internação em enfermaria ($p < 0,0001$), como é possível observar no Gráfico 2.

Gráfico 2 – Diferença entre os custos diretos totais antes e depois de iniciar os CPs, de acordo com o setor de internação, através do teste de *Wilcoxon*.



CPs: Cuidados paliativos; UTI: Unidade de Terapia Intensiva. ****: $p < 0,0001$. Fonte: Elaboração própria (Software Prisma).

5.3.3 Custos considerando dias em CPs

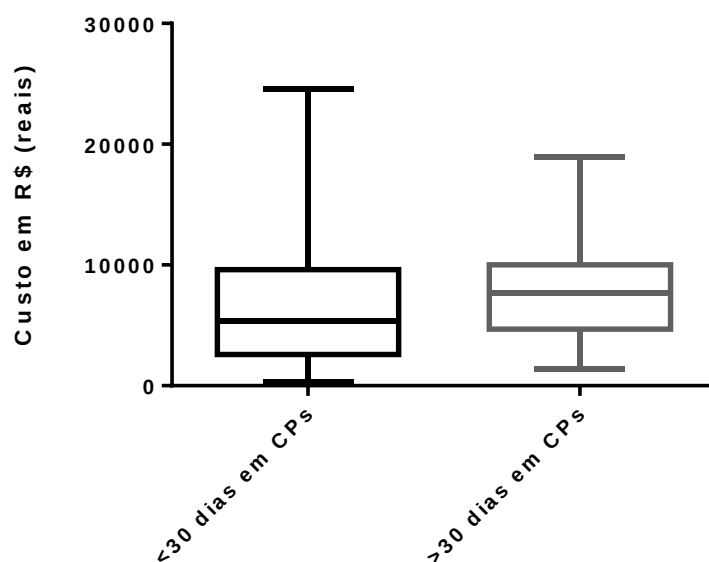
Os custos diretos de cada prontuário foram levantados após o óbito do paciente e divididos em diferentes momentos:

- Custos diretos gerados entre a data de internação até o parecer para CPs.
- Custos diretos gerados entre o parecer da comissão de CPs e o óbito, que corresponde ao tempo em CPs.

Esses dados foram agrupados em uma planilha de Excel, onde foi calculada a média do custo por dia, por paciente; assim como a diferença entre os custos antes de iniciar os CPs e após iniciados, para avaliar se houve redução nos valores médios diários de internação com a adesão à terapia em questão. Como mostra do Gráfico 3, não houve associação estatisticamente significativa ($p = 0,1312$) entre os grupos que iniciaram os CPs mais

precocemente (dias em CPs > 30) quando comparados com os pacientes que foram incluídos em CPs em menos de 30 antes do óbito.

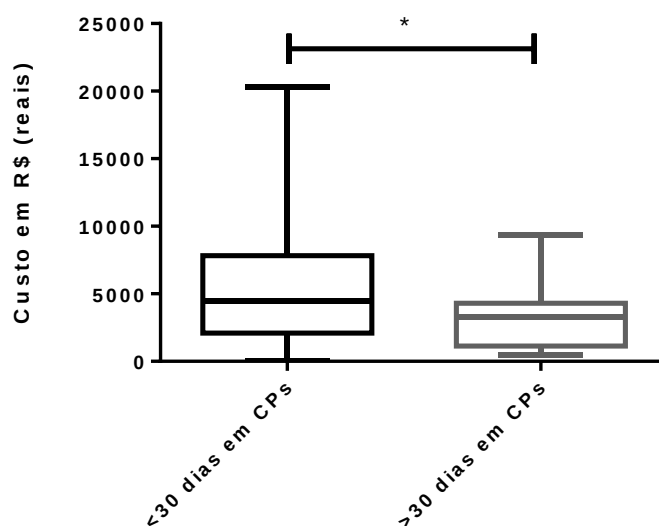
Gráfico 3 – Comparação de custos antes de iniciar os CPs, de acordo com o tempo de CPs, através do teste de *Wilcoxon*.



CPs: Cuidados paliativos. Fonte: Elaboração própria (*Software Prisma*).

Porém, considerando os custos após a implementação dos CPs (Gráfico 4), pode-se perceber que houve menor dispêndio de recursos financeiros para o grupo que permaneceu em CPs por um período maior que 30 dias antes da data do óbito, com significativa associação estatística ($p= 0,0256$).

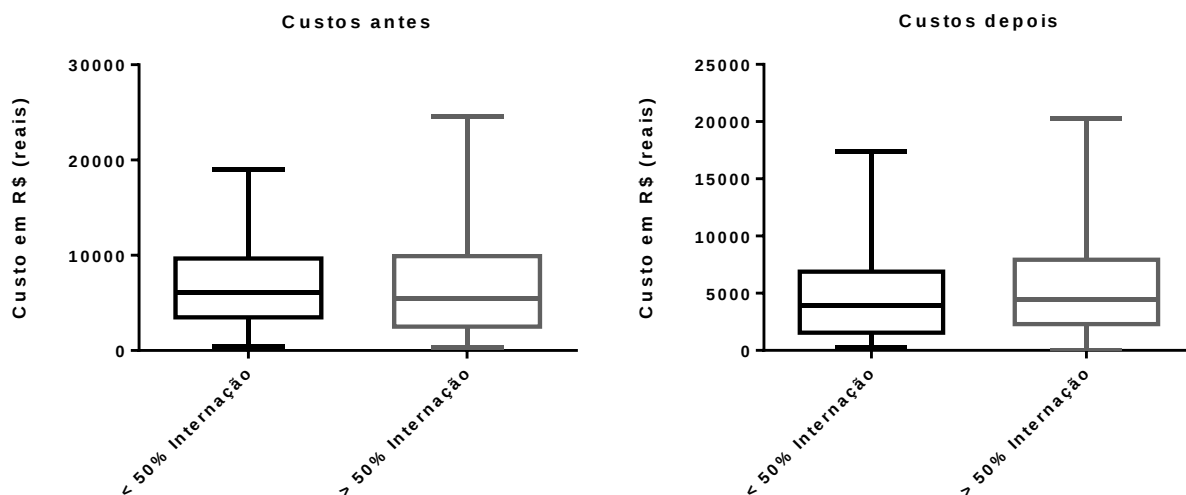
Gráfico 4 – Comparação de custos depois de iniciar os CPs, de acordo com o tempo de CPs, através do teste de *Wilcoxon*.



CPs: Cuidados paliativos; *: $p = 0,0256$. Fonte: Elaboração própria (*Software Prisma*).

Considerando os pacientes que foram aceitos para os CPs mais precocemente, esses apresentaram um custo total médio menor, tanto antes, quanto após os CPs. No entanto, em relação aos que ficaram mais dias fora de CPs ($> 50\%$ do tempo de internação), não há associação estatisticamente significativa ($p = 0,6675$ e $p = 0,1198$, respectivamente), como evidencia o Gráfico 5.

Gráfico 5 – Diferença entre os custos diretos totais antes e depois de iniciar os CPs, de acordo com o tempo de CPs, através do teste de *Wilcoxon*.



CPs: Cuidados paliativos. Fonte: Elaboração própria (Software Prisma).

5.3.4 Análise estatística considerando variáveis sociodemográficas versus dias em CPs

Foi realizada uma regressão logística binária, onde a variável dependente foi “Dias em CPs”, com o objetivo de verificar se os demais dados coletados poderiam influenciar no tempo de permanência nesse tipo de cuidado. Pode-se perceber que apenas os custos após o início dos CPs tiveram associação estatisticamente significativa ($p = 0,027$), como mostra a Tabela 5. Esse resultado indica que há uma tendência à redução do dispêndio de recursos financeiros com aqueles pacientes que ingressam em CPs mais precocemente.

Tabela 5 - Regressão logística univariada tendo “Dias em CPs” como variável dependente.

Dias em CPs versus	OR	Erro padrão	z	p	IC (95%)	n
Sexo	0,576	0,271	-1,17	0,242	0,229 - 1,449	57 (M) / 75 (F)
Idade	0,621	0,356	-0,83	0,407	0,202 – 1,910	22 (< 60) / 110 (> 60)
Número de comorbidades	0,822	0,503	-0,32	0,75	0,247 - 5,218	21 (< 3) / 111 (> 3)
Escolaridade	1,52	0,35	1,82	0,069	0,967 - 2,388	46 (Não alfabetizado) / 60 (Alfabetizado)
Estado civil	1,082	0,526	0,16	0,87	0,417 - 2.289	88 (não) / 44 (sim)
Setor	1,407	0,941	0,51	0,069	0,379 - 5,218	23 (UTI) / 109 (Enfermaria)
Diagnóstico	0,948	0,53	-0,09	0,925	0,417 - 2.289	31 (outros) / 101 (AVC)

AVC: Acidente Vascular Cerebral; CPs: Cuidados paliativos; IC: Intervalo de confiança; OR: *Odds ratio*; UTI: Unidade de Terapia Intensivo. Fonte: Elaboração própria (*Software STATA 9.1*).

Então, apenas a variável “Custo depois” apresentou confirmação da significância estatística ($p < 0,05$), como pode ser observado na Tabela 6. Assim, podem-se encontrar ainda mais evidências de que há relação inversamente proporcional, ou seja, quanto mais dias o paciente fica em CPs, menores os custos diretos (isto é, haverá chances de redução de custos diretos).

Tabela 6 - Regressão logística multivariada tendo “Dias em CPs” como variável dependente.

Dias em CPs versus	OR	Erro padrão	z	p	IC (95%)
Custo depois	0,999	0,0008	-3,33	0,001	0,999 - 0,999
Diferença de custos	0,999	0,0001	-1,69	0,09	0,999 - 1

CPs: Cuidados paliativos; IC: Intervalo de confiança; OR: *Odds ratio*. Fonte: Elaboração própria (Software STATA 9.1).

5.3.5 Análise estatística considerando variáveis sociodemográficas versus redução dos custos após os CPs

Nesse contexto, também foram realizados testes para saber há relação entre a redução de custos com as diversas variáveis categorizadas. Como exposto na Tabela 7, houve significância entre o tempo em CPs com a redução de custos ($p = 0,031$), ou seja, quanto mais dias o paciente permanece em CPs, mais chances de reduzir os custos de internação.

Tabela 7 - Regressão logística univariada tendo “Redução dos custos” como variável dependente.

Redução dos custos versus	OR	Erro padrão	z	p	IC (95%)
Sexo	0,774	0,288	-0,69	0,492	0,373 - 1,605
Idade	1,712	0,811	1,17	0,256	0,676 - 4,336
Número de comorbidades	1,182	0,581	0,34	0,734	0,451 - 3,100
Escolaridade	1,099	0,237	0,44	0,659	0,720 - 1,678
Estado civil	1,164	0,45	0,39	0,693	0,546 - 2,484
Setor	1,559	0,728	0,95	0,341	0,624 - 3,898
Diagnóstico	0,651	0,301	-0,93	0,355	0,262 - 1,614
Dias fora de CPs	0,497	0,195	-1,78	0,076	0,230 - 1,074
Dias em CPs	4,064	2,647	2,15	0,031	1,134 - 14,567

CPs: Cuidados paliativos; IC: Intervalo de confiança; OR: *Odds ratio*. Fonte: Elaboração própria (Software STATA 9.1).

Como a regressão logística busca estimar a probabilidade de a variável dependente assumir um determinado valor em função de outras variáveis, esse achado não foi confirmado com a análise multivariada, pois não houve significância estatística para associação entre a redução de custos e as variáveis estudadas (Tabela 8). Desse modo, pode-se perceber que o CP impacta na redução dos custos.

Tabela 8 - Regressão logística multivariada tendo “Redução dos custos” como variável dependente.

Redução dos custos versus	OR	Erro padrão	z	p	IC (95%)
Dias fora de CPs	0,833	0,417	-0,36	0,716	0,312 - 2,222
Dias em CPs	4,199	3,634	1,66	0,097	0,769 - 22,906

CPs: Cuidados paliativos; IC: Intervalo de confiança; OR: *Odds ratio*. Fonte: Elaboração própria (*Software STATA 9.1*).

6 DISCUSSÃO

No Brasil, com o aumento da expectativa de vida e, por conseguinte, com o envelhecimento populacional, o AVC tende a permanecer um problema de saúde pública. Muitas vezes observa-se o uso excessivo de terapias sustentadoras de vida, porém sem capacidade de incrementar a qualidade de vida (VIEIRA; DE CASTRO SALES, 2019).

Com isso, há necessidade crescente de discussões sobre CPs e cuidados relacionados às pessoas em fim de vida. Os CPs ainda representam um tema científico recente no Brasil, mas que está ganhando mais espaço, principalmente no setor público. Com a Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018 do MS, os CPs devem ser incluídos nacionalmente nas Redes de Atenção à Saúde. O texto foi publicado no Diário Oficial da União, decorrente da Comissão Intergestores Tripartite, e dispõe sobre as diretrizes para a organização dos CPs, à luz dos cuidados continuados integrados no âmbito SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE - COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, 2018).

Sabe-se que os CPs podem favorecer a qualidade de vida e de morte de pacientes com diversos tipos de doenças crônicas. No entanto, no Brasil, até o momento, não há estudos de levantamento de custos para pacientes com doenças neurológicas em CPs. Desse modo, o

presente estudo teve como objetivo enriquecer o debate sobre esse importante tema na ótica da gestão de custos.

Pacientes com doenças neurológicas têm necessidades complexas, as quais devem ser administradas com uma abordagem abrangente de atendimento que integre as funções físicas, psicológicas, sociais e aspectos espirituais, buscando mínimo sofrimento. Discussões sobre prognóstico, objetivos de tratamento e o planejamento avançado dos cuidados são imprescindíveis, pois podem orientar as decisões de tratamento e permitir que os pacientes mantenham um senso de autonomia, apesar do declínio cognitivo ou funcional progressivo (ROBINSON; HOLLOWAY, 2017).

Dos 132 pacientes que compuseram a amostra avaliada, 110 eram idosos e 45 possuíam mais de 80 anos de idade. A idade média foi de 73,2 anos. Esses resultados corroboram a tendência nacional e internacional de acometimento neurológico em pessoas acima de 60 anos. Além disso, existe a necessidade e recomendação de inserção precoce de CPs para pacientes idosos com AVC agudo grave (MEAD; COWEY; MURRAY, 2013).

Na amostra estudada, a maioria dos indivíduos era casada, correspondendo a 63% dos avaliados. Esse dado sugere que tal grupo também necessita de acompanhamento familiar intenso, a fim de reduzir os custos intangíveis gerados pelo sofrimento de parentes próximos. O impacto da doença do genitor sobre dependentes traz custos sociais, uma vez que o indivíduo pode ser o provedor familiar (OLIVEIRA; SILVEIRA, 2011).

Outra variável destacada foi o sexo, onde 74 pacientes eram mulheres (56%) e 58 eram homens (44%). Porém, a literatura aponta o sexo masculino como mais predisposto a desenvolver doenças cerebrovasculares, quando comparado com o sexo feminino. O estrogênio parece ser fator protetor para mulheres. Pode-se apontar ainda a menor exposição ao tabaco e ao álcool entre o público feminino, já que esses fatores modificáveis podem aumentar as chances de doença neurológica (ALMEIDA; VIANNA, 2018).

Considerando o tempo de permanência em CPs até o óbito, a maior parte da população estudada - 106 pacientes - permaneceu em CPs por menos de 30 dias. Desses, 82 (62%) receberam atendimento de CPs por menos de 15 dias antes do óbito. Esses dados apontam para um início tardio da assistência, o que pode piorar a qualidade de vida do paciente e de seus familiares, apesar da referida classificação ter sido planejada para pacientes oncológicos (ROZMAN et al., 2018).

Estudos mostram que os CPs são considerados precoces quando iniciados com, no mínimo, três meses antes de óbito. Já os pacientes que iniciaram os CPs menos de três meses antes da data do óbito foram classificados como “cuidado paliativo tardio”. Essa classificação

baseou-se em estudos clínicos randomizados; indivíduos em CPs precoces integrados ao tratamento oncológico padrão apresentaram melhora na qualidade de vida e no humor, sintomas mais amenos e maior satisfação com o cuidado após 12 semanas de tratamento, em comparação com os pacientes que fizeram uso apenas do tratamento oncológico padrão (TEMEL et al., 2010).

Em seu estudo multicêntrico, Kendall e colaboradores (2018), estudaram pacientes com AVC admitidos em três centros hospitalares escoceses. Unindo os dados obteve-se um $n= 219$ e o estudo mostrou que 57% dos pacientes com lesão total anterior morreram dentro de 6 meses. Os questionários registraram que os pacientes experimentaram imediato e persistente sofrimento emocional e má qualidade da vida. Tais resultados sugerem que os CPs sejam iniciados o mais precocemente possível (KENDALL et al., 2018).

Obteve-se redução expressiva nos custos para os pacientes que estavam internados em enfermarias ($n= 109$) - houve decréscimo de 27% nos valores diários médios. Por outro lado, o grupo internado em UTI apresentou queda de apenas 13%, sem significância estatística. Esse resultado pode ser explicado pela pequena quantidade de doentes inseridos em CPs nesse setor, quando comparados com aqueles em enfermaria. Houve uma grande discrepância entre os custos diretos de internação na amostra estudada. Esse fenômeno pode ser explicado pela variedade de tratamentos oferecidos de acordo com a necessidade de cada paciente, assim como, pelos diferentes níveis de complexidade entre UTI e enfermarias.

Além disso, há uma tendência a utilização de medidas incompatíveis com os CPs nessas unidades, por exemplo, uso de drogas vasoativas, realização de exames de rotina, ventilação mecânica invasiva, entre outros. Desse modo, a terapia intensiva atual deve ser equilibrada entre medidas paliativas e curativas em condições críticas, buscando o bem-estar de pacientes e familiares (COELHO et al., 2017).

Khandelwal e colaboradores (2017) traçaram recomendações para avaliações econômicas em CPs para pacientes internos em UTI. Os autores relatam a necessidade de acuradas estimativas econômicas nesse aspecto. Há pequenas diferenças entre um dia na UTI no final de uma estadia e o primeiro dia de cuidados intensivos; essa variação deve ser contabilizada analiticamente. Além disso, é necessário relatar custos variáveis diretos, além dos custos totais da UTI, para entender o impacto a curto e em longo prazo (KHANDELWAL et al., 2017).

Em sua pesquisa, Bickel e Ozanne (2017), referiram a dificuldade em quantificar o valor da vida. As autoras levantaram a questão de que a receita gerada por uma equipe multidisciplinar típica em CPs é menor do que os custos efetivos. Embora os hospitais e os

sistemas de saúde frequentemente concordem com os objetivos clínicos positivos dos CPs, eles querem ver evidências de valor e retorno sobre seu investimento em CPs. Dessa forma, o custeio realizado pelas pesquisadoras chegou a uma redução de 25% nos custos hospitalares (de US\$ 452,33 para US\$ 353,645) com a adoção da terapêutica (BICKEL; OZANNE, 2017).

No entanto, outro estudo com pacientes não oncológicos referiu que portadores de diferentes doenças crônicas podem se beneficiar com os CPs. As autoras também avaliaram se houve redução significativa dos gastos hospitalares. Elas tinham como hipótese que CPs estão associados à redução dos custos hospitalares para pessoas que morrem de câncer porém, não se sabia se os custos hospitalares eram reduzidos de forma universal em várias condições limitadoras da vida, passíveis de CPs (SPILSBURY; ROSENWAX, 2017).

Sendo assim, o objetivo da coorte foi determinar se os CPs fornecidos a pessoas que morreram de condições não cancerígenas estavam associados a custos hospitalares reduzidos no último ano de vida, e como isso foi comparado com pessoas que morreram de câncer. Obtiveram como resultados que pessoas com doença de Alzheimer e doença de Parkinson tiveram a menor taxa de gastos hospitalares (SPILSBURY; ROSENWAX, 2017).

Custos hospitalares mais elevados também foram observados em falecidos que eram mais jovens, do sexo masculino, casados, possuíam plano de saúde privado, viviam em uma residência particular e apresentavam múltiplas comorbidades. Com isso, estar em cuidado paliativo no momento da hospitalização mostrou custos hospitalares consistentemente mais baixos no último ano de vida (SPILSBURY; ROSENWAX, 2017).

Os estudos avaliados para compor a revisão de literatura dessa pesquisa estavam fundamentados em serviços de saúde com setor específico para internação de pacientes em CPs. A maioria dos estudos incluídos era internacional, de países desenvolvidos, com sistema de educação e prestação de serviço em CPs bem consolidados, divergindo da realidade brasileira, principalmente da região nordeste do país.

Apesar de haver literatura robusta em relação aos benefícios dos CPs, estudos com esse tema sob a perspectiva de custos ainda é incipiente. Assim, limitações dessa pesquisa podem ser apontadas: (i) pequena quantidade de artigos publicados nessa ótica; (ii) a unidade de saúde sede da pesquisa não possui unidade de CPs, o que pode dificultar a prática clínica, a atuação da equipe multiprofissional e, conseqüentemente, influenciar nos custos diretos; (iii) considerando-se o porte do HNV e sendo esse hospital referência para afecções neurológicas, pode haver subnotificação dos doentes que têm indicação dessa assistência para a comissão atuante na unidade.

Este estudo pode contribuir para a discussão dos CPs no cenário nacional, a fim de melhorar a assistência aos doentes gravemente enfermos e seus familiares, gerando, concomitantemente, um maior bem-estar social e econômico. No Brasil, com o aumento da expectativa de vida e, por conseguinte, com o envelhecimento populacional, o AVC tende a permanecer um problema de saúde pública. Muitas vezes observa-se o uso excessivo de terapias sustentadoras de vida, porém sem capacidade de incrementar a qualidade de vida (VIEIRA; DE CASTRO SALES, 2019).

Sabe-se que a integração dos serviços de saúde brasileiros com os CPs ainda é precária. Além disso, as matrizes curriculares dos cursos da área da saúde não trazem essa importante área como obrigatoriedade nos currículos de futuros profissionais. Nesta realidade, os cursos de capacitação são esparsos e ainda há resistência em relação ao debate sobre o assunto, reforçando a ideia de que somente com uma mudança substancial na gestão do conhecimento e nos currículos de graduação dos profissionais de saúde é que os CPs terão a oportunidade de se consolidar no Brasil (FONSECA; GEOVANINI, 2013).

Em um ambiente de saúde com recursos limitados, os resultados dessa pesquisa devem incentivar os formuladores de políticas e prestadores de serviços a direcionar a prestação de CPs para todas as pessoas que podem se beneficiar, não apenas aquelas com câncer.

7 CONCLUSÃO

- Foi realizado um levantamento do perfil sociodemográfico e dos custos dos pacientes neurológicos atendidos pelo serviço de CPs do HMTV em 2019.
- Os CPs foram associados a menores custos hospitalares em enfermarias para a amostra estudada, principalmente para os pacientes que foram inseridos em CPs desde o início do período de internação. Tais descobertas fornecem mais evidências para incentivar a adoção de CPs o mais precocemente possível em múltiplas condições.

8 PERSPECTIVAS

- Emitir parecer dos resultados da pesquisa para os gestores do serviço estudado, visando disseminar e fomentar os CPs para as equipes assistenciais.
- Publicar os dados desta dissertação em revista de impacto na área (Palliative Medicine - Qualis A2), a fim de contribuir para a discussão de CPs no cenário nacional.

REFERÊNCIAS

- ABBAS, K.; GONÇALVES, M. N.; LEONCINE, M. OS MÉTODOS DE CUSTEIO: VANTAGENS, DESVANTAGENS E SUA APLICABILIDADE NOS DIVERSOS TIPOS DE ORGANIZAÇÕES APRESENTADAS PELA LITERATURA. **ConTexto**, v. 12, n. 22, p. 145–159, 23 nov. 2012.
- ALMEIDA, L. G. DE; VIANNA, J. B. M. Perfil epidemiológico dos pacientes internados por acidente vascular cerebral em um hospital de ensino / Epidemiology of patients hospitalized for stroke in a teaching hospital. **REVISTA CIÊNCIAS EM SAÚDE**, v. 8, n. 1, p. 12–17, 14 mar. 2018.
- AMORIM, W. W.; OLIVEIRA, M. G. Cuidados no final da vida. **Saúde Coletiva**, v. 7, n. 43, p. 198, 2010.
- ARAÚJO, J. P. DE et al. Tendência da mortalidade por acidente vascular cerebral no município de Maringá, Paraná entre os anos de 2005 a 2015. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, v. 31, n. 1, p. 56–62, 2018.
- BARBOSA, M. F. Pacientes sob cuidados paliativos oncológicos e assistência farmacêutica: perfil e satisfação. **Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro**, 2011.
- BERTÓ, D. J.; BEULKE, R. **Gestão de custos e resultado na saúde: Hospitais, clínicas, laboratórios e congêneres**. Edição: 5 ed. [s.l.] Saraiva, 2012.
- BICKEL, K.; OZANNE, E. Importance of Costs and Cost Effectiveness of Palliative Care. **Journal of Oncology Practice**, v. 13, n. 5, p. 287–289, 24 abr. 2017.
- CARVALHO, R. T. DE. Legislação sobre terminalidade de vida no Brasil. In: **Manual da residência de cuidados paliativos**. [s.l.] Manole, 2018.
- CAVASSINI, A. C. M. et al. Avaliações econômicas em saúde: apuração de custos no atendimento de gestações complicadas pelo diabetes. **RAS. Revista de Administração em Saúde**, p. 23–30, 2010.
- COELHO, C. B. T. et al. Novos conceitos em cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 29, n. 2, p. 222–230, jun. 2017.
- CONNOR, S. R.; BERMEDO, M. C. S. **Global atlas of palliative care at the end of life**. [s.l.] Worldwide Palliative Care Alliance, 2014.
- CORREIA, F. R.; DE CARLO, M. M. R. DO P. Avaliação de qualidade de vida no contexto dos cuidados paliativos: revisão integrativa de literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 401–410, abr. 2012.
- FILHO, J. F. R. **Controladoria Hospitalar**. [s.l.] Atlas, 2005.

FONSECA, A.; GEOVANINI, F. Cuidados paliativos na formação do profissional da área de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 1, p. 120–125, mar. 2013.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2577–2588, set. 2013.

HOSPITAL MESTRE VITALINO. **Quem Somos**. Disponível em: <<http://hospitalmestrevitalino.com.br/index.php/quem-somos>>. Acesso em: 10 dez. 2019.

HUGHES, M. T.; SMITH, T. J. The growth of palliative care in the United States. **Annual review of public health**, v. 35, p. 459–475, 2014.

JACINTO, P. DE A. et al. CRESCIMENTO DA PRODUTIVIDADE NO SETOR DE SERVIÇOS E DA INDÚSTRIA NO BRASIL: DINÂMICA E HETEROGENEIDADE. **Economia Aplicada**, v. 19, n. 3, p. 401–427, set. 2015.

KENDALL, M. et al. Outcomes, experiences and palliative care in major stroke: a multicentre, mixed-method, longitudinal study. **CMAJ**, v. 190, n. 9, p. E238–E246, 5 mar. 2018.

KHANDELWAL, N. et al. Evaluating the economic impact of palliative and end-of-life care interventions on intensive care unit utilization and costs from the hospital and healthcare system perspective. **Journal of palliative medicine**, v. 20, n. 12, p. 1314–1320, 2017.

KRISHNAMURTHI, R. V. et al. Global and regional burden of first-ever ischaemic and haemorrhagic stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. **The Lancet Global Health**, v. 1, n. 5, p. e259–e281, 1 nov. 2013.

LYNCH, T.; CONNOR, S.; CLARK, D. Mapping Levels of Palliative Care Development: A Global Update. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 45, n. 6, p. 1094–1106, 1 jun. 2013.

MARTINS, E. **Contabilidade De Custos**. Edição: 10 ed. São Paulo (SP): Atlas, 2010.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. **Manual de cuidados paliativos ANCP**, v. 2, p. 23–24, 2012.

MEAD, G. E.; COWEY, E.; MURRAY, S. A. Life after Stroke – is Palliative Care Relevant?: A Better Understanding of Illness Trajectories after Stroke May Help Clinicians Identify Patients for a Palliative Approach to Care. **International Journal of Stroke**, v. 8, n. 6, p. 447–448, 1 ago. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informação Hospitalar: Manual Técnico Operacional do Sistema. p. 104, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. **RESOLUÇÃO Nº 41, DE 31 DE OUTUBRO DE 2018** - **Imprensa Nacional**. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/materia>>. Acesso em: 8 fev. 2020.

MONTONE, J. O desafio de compatibilizar necessidades em saúde e o financiamento do SUS: importância da economia da saúde para a gestão do SUS na cidade de São Paulo. In: **A Economia da Saúde: Desafios para incorporação da dimensão econômica na produção de informação para a gestão do SUS em São Paulo**. São Paulo: [s.n.].

OLIVEIRA, A. I. C. DE; SILVEIRA, K. R. M. DA. Utilização da CIF em pacientes com sequelas de AVC. **Revista Neurociências**, v. 19, n. 4, p. 653–662, 2011.

OLIVEIRA, M. L. DE et al. Bases metodológicas para estudos de custos da doença no Brasil. **Revista de Nutrição**, v. 27, n. 5, p. 585–595, out. 2014.

PACHECO, E. N. **Gestão de custos na administração: metodologia de custeio baseado em atividades apresentado para Universidade do Estado de Mato Grosso–UNEMAT**. Anais do Congresso Brasileiro de Custos-ABC. **Anais...**2013

ROBINSON, M. T.; HOLLOWAY, R. G. Palliative Care in Neurology. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 92, n. 10, p. 1592–1601, 1 out. 2017.

ROZMAN, L. M. et al. Early palliative care and its impact on end-of-life care for cancer patients in Brazil. **Journal of palliative medicine**, v. 21, n. 5, p. 659–664, 2018.

SANTOS, J. J. **Contabilidade e análise de custos**. 6ª Edição ed. São Paulo: Atlas, 2011.

SEVERIANO FILHO, C.; DE MELO, J. F. M. Desmistificando as limitações do uso do custeio por absorção. **Contabilidade Vista & Revista**, v. 17, n. 3, p. 11–24, 2006.

SILVA, E. N. DA; SILVA, M. T.; PEREIRA, M. G. Identificação, mensuração e valoração de custos em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, p. 437–439, 2016.

SILVA, M. M. P. DA. **Qualidade de vida em cuidados paliativos: análise comparativa da percepção dos doentes e profissionais**. Master's Thesis—[s.l.] FEUC, 2014.

SPILSBURY, K.; ROSENWAX, L. Community-based specialist palliative care is associated with reduced hospital costs for people with non-cancer conditions during the last year of life. **BMC palliative care**, v. 16, n. 1, p. 68, 2017.

TAVARES DE CARVALHO, R.; PARSONS, H. A. Manual de cuidados paliativos ANCP: ampliado e atualizado. **Sao Paulo, Brazil: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)**, n. 2ª Edição, 2012.

TEMEL, J. S. et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. **New England Journal of Medicine**, v. 363, n. 8, p. 733–742, 2010.

VIEIRA, L. C.; DE CASTRO SALES, M. V. Pacientes com acidente vascular cerebral (avc) agudo em cuidados paliativos: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Neurologia**, v. 55, n. 1, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Organization definition of palliative care**. Disponível em: <<https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>. Acesso em: 4 nov. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION NONCOMMUNICABLE DISEASES AND MENTAL HEALTH. **WHO STEPS stroke manual: the WHO STEPwise approach to stroke surveillance**. [s.l.] World Health Organization, 2005.