



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

CUIDADOS PALIATIVOS NO DOMICÍLIO: POUPANÇA OU DESPERDÍCIO?

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para

Obtenção do grau de mestre em

Cuidados Paliativos

Por

Fátima Magno Teixeira

Lisboa, 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CUIDADOS PALIATIVOS NO DOMICÍLIO: POUPANÇA OU DESPERDÍCIO?

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para
Obtenção do grau de mestre em
Cuidados Paliativos

Por

Fátima Magno Teixeira

Sob orientação de Prof. Dr. José Ponte e Mestre Manuel Luís Capela

Lisboa, 2011

Resumo

Objectivo: Compararam-se os custos directos de duas populações de doentes oncológicos no último mês de vida.

Método: Um grupo foi seguido exclusivamente em meio hospitalar enquanto o outro foi seguido por uma equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos. Os custos hospitalares basearam-se em centros de custo e foram fornecidos pelo serviço de contabilidade do hospital; os custos da equipa domiciliária procederam da contabilidade analítica da equipa domiciliária.

Resultados: Os doentes seguidos apenas no hospital tiveram significativamente mais internamentos e mais dias de internamento no serviço de Oncologia e foram mais vezes ao serviço de urgência do hospital. A diferença encontrada nestas variáveis foi a principal causa que levaram a que o custo total dos doentes seguidos apenas no hospital fosse mais do dobro do custo total dos doentes seguidos pela equipa comunitária.

Conclusão: Os serviços prestados pela equipa comunitária aos doentes oncológicos no último mês de vida foram significativamente menores comparados com os dos utentes seguidos no hospital. Este estudo deverá ser completado com outros que impliquem seguimento dos doentes durante mais tempo, que avaliem a qualidade dos serviços prestados, particularmente por estudos de custo-benefício.

Summary

Introduction: The direct costs of palliative care of cancer patients in their last month of life were compared between in a group treated in an NHS hospital and a group treated in the community.

Methods: Two groups of terminally ill cancer patients were selected to be followed during their last month of life. The first was managed entirely within an NHS hospital, while the second was managed by a community based palliative care team. Data were gathered to compare costs in the two situations. Hospital costs were provided by the accounts department of the hospital, whereas the cost of the community based care were available in the team's own accounts records.

Results: The total cost of care of patients managed within the hospital was about double of the cost of care in the community. There were also other significant differences between the two groups in respect of the number of hospitalizations and number of trips to the emergency department, both higher in the hospital group.

Conclusion: Palliative care of cancer patients in their last month of life provided by a community based team, represents a significantly saving compared to care provided by an NHS hospital. Cost-benefit studies over longer periods of time, also taking account of quality of care, are warranted to guide healthcare decision makers.

Palavras-chave:

Cuidados paliativos, custos, avaliação de custos, equipa comunitária

Key words:

Palliative care, costs, economy evaluation, community team

Agradecimentos

Ao Professor Doutor José Ponte pela competência com que orientou esta tese e o tempo que generosamente lhe dedicou transmitindo-me os melhores e mais úteis ensinamentos com paciência, lucidez e confiança;

Ao Mestre Manuel Luís Capela, meu co-orientador, pela sua sabedoria e crítica construtiva sempre atempada;

Ao Manuel Janeiro, meu companheiro, amigo incansável, sem o qual este sonho não seria possível. Obrigada pelo conhecimento, competência e paciência com que me ajudou.

Índice geral

Índice de quadros	- 6 -
Índice de gráficos	- 7 -
Lista de siglas	- 8 -
1. Introdução	- 1 -
2. Fundamentação teórica	- 5 -
2.1. A morte e o morrer na sociedade moderna	- 6 -
2.2. O cancro	- 11 -
2.3. Os doentes oncológicos e as necessidades em cuidados paliativos	- 12 -
2.4. Cuidados Paliativos	- 13 -
2.5. Cuidados em fim de vida – conceitos	- 13 -
2.6. Princípios dos cuidados paliativos	- 14 -
2.7. Filosofia dos cuidados paliativos	- 15 -
2.8. Cuidados paliativos domiciliários	- 18 -
2.9. Cuidados paliativos em Portugal	- 22 -
2.10. Economia e saúde	- 23 -
2.11. Conceitos económicos	- 26 -
2.12. Custos em Cuidados paliativos	- 28 -
3. Metodologia	- 32 -
3.1. Tipo de estudo	- 32 -
3.2. População e amostra	- 32 -
3.2.1. A população do estudo	- 33 -
3.3. Variáveis	- 34 -
3.4. Cálculo dos custos	- 34 -
3.4.1. Metodologia do cálculo dos custos hospitalares	- 34 -
3.4.2. Metodologia do cálculo dos custos dos doentes da ECSCP	- 38 -
3.4.3. Custo com fármacos	- 38 -
3.4.4. Custo com materiais	- 39 -
3.4.5. Custo com transportes	- 39 -
3.4.6. Custo com pessoal	- 39 -
3.4.7. Custo por visita	- 39 -
3.4.8. Custo total por doente	- 39 -
4. Resultados	- 41 -
4.1. Comparação da distribuição por grupos etários e por sexo	- 41 -

4. 2. Comparação da localização do tumor.....	- 42 -
4.3. Comparação do local das metástases.....	- 42 -
4.4. Local da morte dos doentes seguidos na comunidade.....	- 43 -
4.5. Comparação do número de internamentos	- 44 -
4.6. Comparação dos dias de internamento no serviço de Oncologia.....	- 44 -
4.7. Comparação dos dias de internamento em outros serviços que não o de Oncologia	- 45 -
4.8. Comparação do número de idas à Urgência	- 46 -
4.9. Comparação do número de idas à Consulta Externa no Hospital de Faro	- 47 -
4.10. Comparação do número de episódios de Hospital de Dia	- 47 -
4.11. Análise dos custos da amostra hospitalar	- 48 -
4.11.1. Custo do internamento no Serviço de Oncologia	- 50 -
4.11.2. Custo de internamento em outros Serviços que não a Oncologia	- 50 -
4.11.3. Custo de ida ao Serviço de Urgência	- 50 -
4.11.4. Custo por episódio de Consulta Externa	- 51 -
4.11.5. Custo com episódios do HD.....	- 51 -
4.11.6. Custo total por doente hospitalar	- 51 -
4.12. Análise dos custos dos doentes seguidos pela equipa comunitária	- 51 -
4.12.1. Custo das visitas domiciliárias	- 51 -
4.12.2. Custo com tratamentos.....	- 52 -
4.12.3. Custo total por doente da comunidade.....	- 52 -
4.13. Comparação do custo final das duas amostras.....	- 52 -
5. Discussão	- 54 -
Bibliografia.....	- 58 -

Índice de quadros

Quadro 1: Critérios de inclusão e de exclusão dos doentes da amostra do HFEPE ...	33 -
Quadro 2: Critérios de inclusão e de exclusão dos doentes da amostra da ECSCP ...	34 -
Quadro 3: Comparação entre as variáveis obtidas nos dois serviços	34 -
Quadro 4: Número de doentes internados nos Serviços de Oncologia, Gastrenterologia e Cirurgia Geral, do HFEPE, em 2009	37 -
Quadro 5: Rubricas a que obedeceu o cálculo dos custos hospitalares	37 -
Quadro 6: Cálculo dos custos hospitalares.....	37 -
Quadro 7: Cálculo dos custos da ECSCP.....	38 -
Quadro 8: Grupos etários por tipo de amostra.....	41 -
Quadro 9: Sexo por tipo da amostra	41 -
Quadro 10: Sistema da localização do tumor por tipo da amostra	42 -
Quadro 11: Existência de metástases por tipo da amostra	43 -
Quadro 12: Local do óbito dos dentes da amostra comunitária	43 -
Quadro 13: Número de internamentos por origem do doente (Tipologia).....	44 -
Quadro 14: Estatística do número de internamento por origem do doente.....	44 -
Quadro 15: Dias de internamento no Serviço de Oncologia por origem dos doentes	45 -
Quadro 16: Dias de internamento não na Oncologia.....	45 -
Quadro 17: Outros Serviços onde os doentes foram internados que não o de Oncologia .	46 -
Quadro 18: Número de episódios de urgência por origem dos doentes	46 -
Quadro 19: Número de idas à C. Externa dos doentes hospitalares	47 -
Quadro 20: Número de episódios de Hospital de Dia dos doentes hospitalares	47 -
Quadro 21: Sumário das variáveis expostas.....	48 -
Quadro 22: Comparação das médias dos dois grupos populacionais	48 -
Quadro 23: Custos médios por episódio no HFEPE em 2009	49 -
Quadro 24: Custo anual em matérias de consumo, fornecimentos, serviços externos e pessoal, do HFEPE em 2009	49 -
Quadro 25: Estatística descritiva dos resultados dos custos dos doentes seguidos no HFEPE.....	50 -
Quadro 26: Percentagens dos custos dos doentes da amostra do HFEPE	50 -
Quadro 27: Custos dos doentes da amostra comunitária	51 -
Quadro 28: Número de visitas domiciliárias	51 -
Quadro 29: Comparação das médias das duas amostras.....	53 -
Quadro 30: Teste – t para a comparação das médias dos custos de duas populações independentes	53 -

Índice de gráficos

Gráfico 1: Distribuição dos dias de internamento das duas amostras.....	- 44 -
Gráfico 2: Visitas domiciliárias por doente.....	- 52 -

Lista de siglas

ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
CA	Contabilidade analítica
CE	Consulta externa
DGS	Direcção Geral da Saúde
ECSCP	Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos
GDH	Grupo de Diagnóstico Homogéneo
HD	Hospital de dia
HFEPE	Hospital de Faro, EPE
MCDT	Método complementar de diagnóstico e tratamento
OMS	Organização Mundial de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
RCCI	Rede de Cuidados Continuados Integrados
SAM	Sistema de apoio ao médico
SU	Serviço de urgência

1. Introdução

A utilização da avaliação económica na implementação dos programas de saúde tem sido objecto de muitos estudos nos últimos anos. Por exemplo, em alguns países a introdução no mercado de novos fármacos implica uma avaliação prévia do seu custo-benefício. Os ingleses introduziram a expressão “*value for money*” (vale o dinheiro), para diferenciar o valor monetário (ou custo) das opções do gestor do valor intrínseco acrescido obtido pelos destinatários, assegurando a mais-valia do investimento(1).

Nas últimas décadas, muitos países debateram-se com o crescimento exponencial da despesa em saúde que não é acompanhado pelo crescimento dos seus recursos. É um problema que afecta a generalidade dos países desenvolvidos qualquer que seja o seu sistema de saúde e que nos leva a perguntar qual será o fim desta tendência.

De uma forma geral, o aumento da longevidade das populações, as novas tecnologias e a sempre crescente expectativa da população em melhorar a sua saúde são algumas das razões do aumento dos gastos em saúde. Como consequência da grande procura de cuidados emergem outros problemas que preocupam a sociedade, como os tempos de espera e a acessibilidade dos utentes. Também tem sido motivo de reflexão a qualidade dos cuidados, a sua adequação às populações que deles carecem e a coordenação dos serviços responsáveis pela sua prestação, de modo a maximizar os recursos disponíveis.

Em tempo de escassez de recursos, não é, pois, surpreendente que as políticas de saúde implementadas pelos gestores tenham um grande componente de restrição orçamental e as decisões sejam ponderadas observando as boas práticas aconselhadas pelas orientações da economia da saúde.

O objectivo deste estudo é avaliar e comparar os recursos financeiros utilizados por doentes com doença oncológica avançada e terminal, seguidos em dois *settings* diferentes: um grupo de doentes foi seguido por uma equipa domiciliária especializada em cuidados paliativos e o outro grupo foi seguido por serviços convencionais, ou seja, somente pelo hospital de referência.

O estudo pretende descobrir se os custos com equipas de cuidados paliativos no domicílio são ou não uma mais-valia económica para o serviço nacional de saúde responsável pelo acompanhamento destes doentes.

“Equipas comunitárias de cuidados Paliativos: Poupança ou desperdício?” Se bem que não seja a única resposta que é necessário conhecer na hora da alocação de recursos, pretende-se com este trabalho contribuir para uma decisão melhor fundamentada no que se refere ao financiamento daqueles serviços.

A economia da saúde é uma disciplina relativamente recente. Apenas a partir dos anos setenta do Século XX começou a desenvolver-se, em parte como resposta às preocupações crescentes das insuficiências orçamentais dos países em lidar com a crescente despesa em saúde, como dissemos. Por isso são poucos ainda os trabalhos de investigação nesta área. Na área dos cuidados paliativos estes estudos são, compreensivelmente, ainda mais escassos e provêm quase exclusivamente das unidades hospitalares de cuidados paliativos que têm sido as instituições historicamente mais capacitadas para prestar esse tipo de cuidados. Não encontramos em Portugal qualquer estudo publicado efectuado por uma equipa comunitária em cuidados paliativos razão pela qual nos decidimos a efectuar este estudo pioneiro.

É um estudo descritivo correlacional, ou seja, tem por objectivo, não só a descoberta e a descrição de um fenómeno, mas também examinar a relação entre as diferentes variáveis, estabelecer relações mais definitivas entre as variáveis através da verificação de hipóteses de associação ou da verificação de modelos teóricos(2).

É um estudo de análise económica minimizado que permite avaliar a intervenção mais eficiente, aquela que possibilita identificar qual das alternativas utiliza melhor os poucos recursos económicos. Neste estudo assumimos que as consequências das intervenções comparadas são as mesmas. O objectivo deste estudo não é avaliar essas consequências mas comparar o nível de absorção dos recursos pelas diferentes intervenções (os *inputs*)(3).

Os dados foram colhidos no ano de 2009 através de duas amostras. Os doentes das duas amostras foram todos os doentes falecidos e seguidos em 2009 com neoplasias. Uma amostra é composta por doentes seguidos pela equipa domiciliária do Algarve durante o

último mês de vida e a outra é composta pelos doentes seguidos no Hospital de Faro EPE, no mesmo ano. A informação recolhida foi posteriormente informatizada.

2. Fundamentação teórica

O século XX, como nenhum outro, assistiu a grandes avanços do conhecimento científico e tecnológico. Foi o século do automóvel, mas também das viagens interplanetárias com toda a tecnologia que pressupõem, da expansão dos hospitais e da medicina tecnológica, da indústria farmacêutica e da aplicação massiva das vacinas, da generalização dos antibióticos, da informática de consumo, dos meios de comunicação e da economia global; mas também do extermínio de populações, de guerras à escala mundial e da utilização da energia atômica para a morte massiva. De todos os conhecimentos acumulados, poucos terão tido mais consequências no modo de pensar e de vida dos Homens como a generalização das chamadas tecnologias da informação. Na medida em que tornaram o mundo mais pequeno, confrontaram-nos com realidades desconhecidas, com perspectivas de pensar o mundo de forma diferente e colocaram-nos interrogações que desafiaram a nossa lógica e a nossa capacidade de adaptação. Muito desse conhecimento trouxe vantagens evidentes, outro provocou desequilíbrios e injustiças deixando-nos ainda agora, e por vezes cada vez mais, com a sensação de que vivemos num mundo caótico e desorganizado, inseguro e confuso, de valores instáveis e em permanente mudança.

O aumento da riqueza de alguns países permitiu melhores condições sanitárias, melhor nutrição e melhores cuidados médicos que, por sua vez, permitiram que os seus cidadãos sobrevivessem até à velhice.

O estado e a lei substituíram a família e os vizinhos como principais fonte de segurança o que gerou na sociedade contemporânea uma nova maneira de enfrentar o desafio da morte(4).

Falar dos cuidados aos doentes terminais, dos seus benefícios e dos seus custos, exigirá sempre reflectir sobre o contexto cultural da morte e os conceitos inerentes ao cuidar no fim da vida.

2.1. A morte e o morrer na sociedade moderna

“ É impossível conhecer o homem sem lhe estudar a morte, porque, talvez mais do que na vida, é na morte que o homem se revela. É nas suas atitudes e crenças perante a morte que o homem exprime o que a vida tem de mais fundamental.”
(Edgar Morin)

O conhecimento científico, particularmente o conhecimento médico, soma êxitos diários que nos chegam através dos *media* dando-nos a impressão que não há limites para a medicina. O que ontem fazia parte da ficção e da fantasia, hoje é possível, alimentando a ilusão que a ciência e a tecnologia terão uma resposta para cada problema do homem. Apesar dos avanços surpreendentes, a morte continua a ser inevitável, não sendo suficiente o seu recuo progressivo ao longo dos tempos nos países desenvolvidos, para nos alcandorar na condição de deuses. Na verdade, continuamos a ser tão frágeis e **susceptíveis** como sempre fomos. Continuamos a ser bens perecíveis com prazo de validade.

No entanto, nem tudo são rosas. Desde Florence Nightingale (1820-1910) e Ivan Illich (1926-2002) que soam alertas sobre as consequências do uso imponderado das terapêuticas e dos actos médicos. São hoje comuns expressões antigas como *efeitos adversos*, *efeitos secundários*, *doenças iatrogénicas*, e mais recentemente, *prevenção quaternária* contra o que é hoje conhecido como, *disease mongering* e, no que respeita aos cuidados paliativos, *encarniçamento terapêutico*. Contra a perspectiva de uma medicina omnipresente e onnipotente, aplicada desreguladamente sobre a massa dos cidadãos ao sabor dos interesses económicos e políticos que imporiam a medicalização excessiva de todos as etapas do desenvolvimento humano, Ivan Illich chamou à morte “a última forma de resistência do consumidor”.

A ciência pode retardar, mas não pode impedir a morte. Muito menos pode acalantar a nossa ansiedade sobre o desconhecimento do que existe para lá da morte. Também não ensina como prepararmo-nos para esta transição. Tal não impede que as pessoas se comportem como se, agora mesmo, a medicina científica pudesse fornecer, uma solução e uma resposta para as questões relacionadas com qualquer problema da morte(4).

A cultura médica ocidental, os seus médicos e enfermeiros, são coniventes com esta ideia. Nos países ocidentais, a maioria dos habitantes ainda morrem nos hospitais. Muitos deles, procuram os hospitais na crença ingénua de que a medicina científica poderá *sempre* prevalecer sobre a morte. Uma vez no hospital, é frequente alimentar-se

este mito. É norma não se mencionar a possibilidade de a doença poder ser fatal e a morte inevitável; a morte é tratada como um segredo criminoso. Parece que a medicina moderna criou uma nova religião, com mitos e ritos, novos padres e ácolicos (médicos e enfermeiros), para manter a fé na vida eterna, a ilusão de que podemos viver para sempre(4).

Do que falamos, afinal, quando falamos de morte?

A morte é um fenómeno antigo da natureza e inerente a toda a vida. Existem inúmeros conceitos da morte, sem uma definição única até hoje, dependendo antes da perspectiva e do autor. A fisiologia define a morte como a cessação completa e definitiva de todas as funções vitais. A genética diz que a morte é a saída do mundo vivo, a paragem do conjunto de processos bioenergéticos dirigidos pelo património genético(5).

Metaforicamente, a morte pode significar o fim, o desaparecimento. A morte é utilizada de forma ambígua, significando umas vezes morrer, outro estar morto. Morrer é o processo que conduz à morte e que ocorre, logicamente, em vida(6).

A nível celular é um processo, não um acontecimento. Os conceitos de morte, não são apenas biológicos, são também religiosos e filosóficos, gerando divergências profundas entre as pessoas.

A morte desrespeita e quebra todas as regras, barreiras e etiquetas artificiais criadas pelas sociedades, pelos seus rituais psicológicos e pelos homens. Até mesmo os profissionais de saúde, quando se deixam tocar pelas interrogações que a morte suscita, não conseguem permanecer imparciais, insensíveis ou arredados perante a profunda reflexão e invasão que ela nos suscita(5)

Todas as sociedades possuem os seus próprios costumes e crenças acerca da morte. No ocidente, as formas tradicionais de luto estão a desaparecer e, embora a ciência ocidental tenha tido um grande impacto no modo como as pessoas morrem, pouco nos ensinou a lidar com os sentimentos que ela nos suscita. Na cultura ocidental, como noutras, muitos dos profissionais que trabalham com os moribundos e os seus familiares, estão longe de lhes conferir o apoio e o conforto apropriado(7).

Julgar a sociedade moderna é subjectivo; no entanto, aceita-se que um dos objectivos civilizacionais, no que concerne à saúde, é dispor de conhecimentos técnicos científicos

e farmacológicos evoluídos, assim como da utilização de tecnologias avançadas, que possam promover, conseqüentemente, o aumento da longevidade das populações. No entanto, ironicamente, morrer nas sociedades modernas tornou-se num acto complexo, mais difícil e desumano(8).

Os factores que mais contribuíram para o aumento da esperança de vida foram o declínio das mortes perinatais, na infância, e a diminuição da mortalidade materna, acompanhado do aumento da longevidade na população adulta, acima dos 65 anos.

O aumento da esperança de vida é atribuído ao desenvolvimento tecnológico, a melhoria das condições de vida a nível social ocorrido principalmente no século XX. Na primeira metade deste século a descoberta dos antibióticos levou a que as mortes por doenças infecciosas diminuíssem drasticamente assim como as iniciativas de imunizações em massa perpetrada pela saúde pública. Desenvolveram-se anti-hipertensores e anti-diabéticos que diminuíram a morbilidade associada a estas doenças. As doenças emergentes, principalmente as virais, têm desafiado os tempos modernos e continuam a mobilizar esforços para minimizar os seus efeitos nas populações.

Depois da segunda guerra mundial houve a uma grande expansão dos hospitais contribuindo para o crescimento progressivo de mortes em meio hospitalar e não no domicílio dos enfermos. Um facto que foi atribuído à *medicalização da morte*, que desde então tem merecido cada vez maior atenção. As famílias deixaram de conviver, como antigamente, com a senescência e a morte e a não acompanhar o declínio dos seus anciãos.

As causas de se morrer mais em hospitais do que em casa, tem múltiplas e complexas causas. Entre elas contam-se a redução do número de membros nas famílias (hoje há mais famílias nucleares pequenas), o aumento da longevidade e processos longos de morte. Todos estes factores reduziram muito a capacidade dos familiares e dos cuidadores de levarem a cabo o desejo dos doentes de falecer em casa(8).

Apesar da diferente vulnerabilidade biológica individual, actualmente, as causas de morte mais frequentes reflectem o impacto do avanço da prevenção e da cura das doenças. Para além dos determinantes sociais, como a escolaridades ou a classe social, as causas de morte variam também consoante a idade. A morte por doenças crónicas e de longa duração, como as doenças circulatórias, o cancro e as doenças respiratórias,

afectam principalmente a meia vida e os idosos. O cancro, no entanto, varia segundo o tipo, e lidera as causas de morte em muitas faixas etárias(8).

As causas que lideram a morte na sociedade moderna são as doenças circulatórias, o cancro e as doenças respiratórias.

O desenvolvimento dos cuidados paliativos teve o seu início na última década de sessenta, com a criação dos “hospices” em Inglaterra. Atribui-se a Dame Cicely Saunders a mudança na prestação de cuidados aos doentes terminais caracterizada por uma visão holística, humanista e sensível à particularidade do doente como pessoa única a lutar pela adaptação existencial a um processo peculiar da sua vida. Esta perspectiva completava-se com a utilização do conhecimento científico e das tecnologias da saúde disponíveis no controle dos sintomas que surgem neste tipo de doentes.

Na década de setenta, o desenvolvimento destes cuidados levou a sociedade a confrontar-se com a possibilidade do cuidar dos seus doentes terminais no domicílio. Deu-se mais ênfase ao controle dos sintomas e ao conforto do doente do que ao prolongar a sua vida a qualquer preço ao mesmo tempo que se postulou que deveriam ser prestados, preferencialmente, por equipas de cuidadores devidamente treinados na abordagem e na resolução dos problemas inerentes ao fim de vida. A mudança de paradigma foi ao encontro da preferência expressa por muitos pacientes que, antes de se lhes disponibilizar cuidados no domicílio, eram levados pelos seus familiares aflitos aos serviços de urgência hospitalares.

A preferência da morte em paz e com dignidade é uma característica da maturidade dos idosos sendo expressa, normalmente, por aqueles cuja morte não está iminente. Este desejo é associado a uma morte breve e sem dor(8). Infelizmente, não tem sido esta a imagem que associamos à morte nos tempos actuais. O sofrimento na morte é entendido como uma situação inelutável que alcança o indivíduo na situação de maior fragilidade da sua vida, descrito como uma *tortura*. Este sofrer é, por vezes, mais temido que a própria morte exprimindo-se no lugar-comum popular “não tenho medo da morte, tenho medo é de sofrer”.

Podemos apercebermo-nos que existe um tempo em que viver e morrer estão tão próximos que se misturam. Referimo-nos a um período próximo da morte, de transição, em que se vai tornando perceptível, depois mais claro, que a vida se aproxima do seu fim. Trata-se de um período da vida, raramente preparado nas nossas sociedades, em

que se coloca a cada um o desafio de “como morrer”. O mesmo é responder a pergunta “como viver até à morte”.

Segundo o estudo SUPPORT (um estudo dos Estado Unidos que visa compreender o prognóstico, as consequências e as preferências dos riscos associados aos tratamentos)(8), as pessoas idosas encaram o fim de vida como um processo interior aceitando-se que têm maior probabilidade de ter uma boa morte quando são capazes de a experienciar, de a antever em vida. Tal não nos surpreende porque sabemos que a resistência à morte, a sua negação, é um obstáculo à obtenção da paz de espírito necessária a uma transição tranquila.

Os profissionais de saúde têm outra perspectiva do significado de uma boa morte. Será aquela que evita o sofrimento dos doentes, das famílias e dos cuidadores, onde há acordo com o desejo do doente e da família e consistência com os padrões clínicos, culturais e éticos vigentes(8).

Podemos, então, perguntar o que são cuidados em fim de vida com qualidade.

De acordo com alguns autores, a qualidade dos cuidados em fim de vida convoca as seguintes exigências: (8)

- São cuidados personalizados e relacionados com o controle de sintomas, de que fazem parte o controlo da dor, estar limpo e ter contacto físico, por exemplo.
- Estar preparado para a morte: ter os afectos resolvidos, acreditar que a família está preparada para a separação, saber o que a espera, comunicar a sua preferência quanto ao tratamento e estar a par das decisões tomadas.
- Atingir o sentido de realização: dizer adeus às pessoas importantes, reconhecer a sua própria realização, resolver trabalhos não acabados.
- Ser tratado como uma pessoa completa: manter a dignidade, manter o sentido de humor, não morrer sozinho, ter alguém que o possa ouvir.
- Relacionar-se com a família, a sociedade, os cuidadores e com o transcendente: confiar nos médicos e enfermeiros, ser capaz de discutir os seus medos incluindo falar sobre o processo da morte e do morrer, ser capaz de ajudar outros, estar em paz com Deus ou com as suas crenças e religiões.

Trabalhar em cuidados paliativos confronta os prestadores com os seus próprios medos e limites na medida em que a experiência da morte dos outros redefine os seus conceitos de morte e a sua própria morte. São oportunas as palavras de Marie de Hennezel, no seu livro “Diálogo com a morte”(7):

“Embora conviva quotidianamente com a morte há vários anos recuso-me a banalizá-la. Vivi ao seu lado os momentos mais intensos da minha vida. Conheci a dor de me separar de quem amava, a impotência perante os progressos da doença, momentos de revolta em face da lenta degradação física daqueles a que assistia, momentos de esgotamento, com a tentação de parar com tudo: mas não posso negar o sofrimento e, por vezes, o horror, que rodeia a morte. Fui testemunha de imensas solidões, senti a dor de não poder participar de certos desamparos, pois há níveis de desespero tão profundos que não podem ser partilhados.”

2.2. O cancro

A palavra cancro deriva de uma palavra grega antiga ”crab”. Pensa-se que os gregos viam uma analogia entre o modo de crescimento dos tumores cancerígenos e as pernas de um caranguejo. O termo “tumor” é muitas vezes utilizado com o significado de cancro; no entanto, um tumor pode ser benigno sendo uma das suas características, entre outras, o de nunca metastatizar. O cancro é sempre um tumor maligno(9) sendo uma das suas características poder metastatizar, ou seja, o de libertar células que poderão disseminar o tumor em outras localizações do organismo.

Origina-se, primordialmente, em anomalias celulares. A célula é a unidade natural de que é composto o corpo humano. Todas as funções que são necessárias para a vida, ocorrem no interior da célula. A nossa vida começa com uma única célula no útero materno e esta única célula multiplica-se e divide-se inúmeras vezes. Existem 200 diferentes tipos de célula, assim como existem 200 diferentes tipos de cancros(9).

As células têm funções diferentes e comportam-se de formas diferentes, normalmente de uma forma ordenada, seguindo determinados padrões esperados. Porém, no cancro as células adquirem características diferentes das originárias (atípicas) e multiplicam-se de forma desordenada rompendo a disciplina funcional para a qual estavam programadas.

O cancro pode desenvolver-se, teoricamente, em qualquer célula do organismo. Com frequência e na medida que um órgão tem vários tipos de células, mais de um tipo de cancro pode desenvolver-se no mesmo órgão. No entanto, existe para cada órgão, um tipo de cancro predominante. Os seguintes prefixos descrevem as diferentes localizações dos tumores(9):

- Adeno: Glândula
- Condro: Cartilagem
- Eritro: Célula sanguínea vermelha
- Hemangio: Vasos sanguíneos
- Hepato: Fígado

- Lipo: Gordura
- Linfo: Células sanguíneas brancas
- Melano: Célula pigmentada
- Mielo: Medula óssea
- Mio: Musculo
- Osteo: Osso
- Neuro: Nervo

O tratamento adequado decide-se tendo em consideração o tipo de cancro, a parte do organismo onde se iniciou e o tipo de célula que o originou.

2.3. Os doentes oncológicos e as necessidades em cuidados paliativos

Segundo os resultados preliminares do censo 2011 a população residente em Portugal em 21 de Março de 2011, era de 10,56 milhões de habitantes. O Algarve possuía 450.484 destes habitantes mostrando que tem vindo a ganhar população de forma consistente nos últimos 30 anos.

A população residente nos concelhos de Alcoutim, Castro Marim, Vila Real de Santo António e Tavira (Agrupamento dos Centros de Saúde do Sotavento) é de 55.658 habitantes.

A incidência do cancro e a sua mortalidade, apesar dos avanços tecnológicos da medicina, continua a aumentar. Segundo a Organização Mundial de Saúde a previsão para 2015 é de 15 milhões de novos casos de doentes oncológicos ocorrendo anualmente, contando com quase 9 milhões de mortes, sendo que 6 milhões ocorrerão em países em desenvolvimento.

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística, em 2010 faleceram em Portugal 104.964 indivíduos. Faleceram por tumores malignos 24.397 indivíduos o que corresponde a 23% do total das causas de mortes em Portugal neste ano, ficando atrás somente de mortes ocorridas por doenças cardiovasculares. Em 2008 foi mesmo a maior causa de morte identificável no país.

Se usarmos a estimativa de Clark e Higgison (Palliative Textbook), das 104.434 mortes em Portugal no ano de 2009, cerca de 62.666 doentes (60% do total de mortes anuais) teriam precisado de cuidados paliativos(10).

Seguindo a regra dos três terços referida por Xavier Batiste, podemos estimar que no ano de 2009, houve 34.811 doentes agónicos, 34.811 doentes complexos, 34.811 não complexos(11). Os doentes não complexos poderiam ter sido seguidos por serviços convencionais, mas os agónicos e os complexos em crise teriam beneficiado de cuidados paliativos diferenciados(11).

2.4. Cuidados Paliativos

O termo *palliare* advém do latim e significa “manto”, pretendendo significar a atitude de proteger, acalantar ou aliviar o desconforto ou o sofrimento.

Os cuidados paliativos foram definidos em 2002 pela OMS como ” uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais.”

Atendendo à sua etimologia poderia, metaforicamente, entende-los como cuidados que têm como objectivo colocar um “manto” sobre os doentes em fim de vida; “não conseguindo alterar a evolução da doença, podemos alterar a percepção da experiência vivida pelos doentes, ao tratarmos os sintomas associados à doença e ao retirarmos o desconforto vivido”(9).

2.5. Cuidados em fim de vida – conceitos

A expressão *cuidados em fim de vida* pode ser utilizada como sinónimo de cuidados paliativos. O fim da vida pode ser um período longo de dois a três anos durante o qual o doente, a família e os profissionais de saúde se tornam conscientes da limitação do tempo de vida do doente(12).

Hoje em dia é consensual que é mais correcto utilizar nos cuidados paliativos a expressão *doentes em fim de vida* reservando a denominação de *doença terminal* para a enfermidade avançada e incurável e a situação de agonia. Falamos de fases com características distintas:

- *Doente com doença incurável avançada* é o que tem uma doença em curso progressiva, gradual, com diversos graus de comprometimento da autonomia, da

qualidade de vida, com resposta variada ao tratamento específico e que em médio prazo evoluirá para a morte.

- *Doente terminal* é aquele que apresenta doença avançada e irreversível com múltiplos sintomas, impacto emocional, perda de autonomia, com escassa ou nula capacidade de resposta a tratamentos específicos, com um prognóstico de vida limitado a semanas ou meses num contexto de fragilidade progressiva.
- *Situação de agonia* é a etapa que precede a morte. É uma etapa gradual, onde já existe deterioração física intensa, debilidade extrema, alta frequência de transtornos cognitivos e da consciência, dificuldade de relação e prognóstico de vida de horas ou dias.

Quando nos referimos a doentes em fim de vida poderemos estar a falar em qualquer das fases descritas acima(13).

2.6. Princípios dos cuidados paliativos

A OMS define os princípios destes cuidados, posteriormente divulgados pela DGS em 2004, norteando a partir daí a prática dos cuidados paliativos em Portugal:

- Afirmam a vida e encaram a morte como um processo natural
- Encaram a doença como causa de sofrimento a minorar
- A unidade receptora dos cuidados é sempre “doente e família” e não devem considerar-se realidades desligadas
- Reconhecem e aceitam em cada doente os seus próprios valores e prioridades
- Consideram que o sofrimento e o medo perante a morte são realidades humanas que podem ser técnica e humanamente apoiadas
- Consideram que a fase final da vida pode encerrar momentos de reconciliação e de crescimento pessoal
- Assentam na concepção central de que não se pode dispor da vida do ser humano, pelo que não antecipam nem atrasam a morte, repudiando a eutanásia, o suicídio assistido e a futilidade diagnóstica e terapêutica
- Abordam de forma integrada o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual do doente
- São baseados no acompanhamento, na humanidade, na compaixão, na disponibilidade e no rigor técnico científico
- Centram-se na procura do bem-estar do doente, ajudando-o a viver tão intensamente quanto possível até ao fim
- Só são prestados quando a família e o paciente os aceitam

- Respeitam o direito do doente escolher o local onde deseja viver e ser acompanhado no final da vida
- São baseados na diferenciação e na interdisciplinaridade(14)

2.7. Filosofia dos cuidados paliativos

Para entender a filosofia dos cuidados paliativos é necessário tecer algumas considerações sobre Filosofia, ela própria. Trata-se de um conceito mutável ao longo da história não se encontrando consensos sobre a sua definição. Podemos dizer, brevemente, que um dos principais propósitos da Filosofia é a análise crítica das suposições e dos argumentos(15).

Sem querer alongar-me demasiado sobre discussões “filosóficas” penso ser útil, neste contexto, abordar as duas grandes escolas que marcaram os cuidados de saúde. A primeira escola foi a de Hipócrates, que continua a ser a dominante até hoje. Hipócrates, um médico grego que nasceu 460 anos DC, notabilizou-se por uma abordagem racional da experiência tendo criado o que hoje se entende como sendo a base científica da medicina. A escola hipocrática ignorava o individualismo do paciente, focando-se antes no que as doenças tinham em comum, admitindo que possuíam um padrão cuja causa poderia ser descoberta e compreendida(15).

A doutrina central da escola de Hipócrates era, assim, a de que toda a doença tinha uma causa que poderia ser conhecida contribuindo para a cura e que esse conhecimento poderia ser generalizado e do domínio de qualquer homem. Esta foi a base da formação da medicina ocidental como saber positivista continuando a inspirar a descoberta dos tratamentos e da investigação médica(15). A visão de Hipócrates encontra-se enraizada na medicina moderna sendo a medicina baseada na prova (evidence based medicine) o seu exemplo. Os médicos modernos exultam as abordagens sistematizadas como os protocolos, as linhas de orientação e o padrão das doenças. Os cuidados paliativos não fogem a este pensamento e como toda a medicina, também utiliza este paradigma(15).

A segunda doutrina foi a de Asklepius. Mais antiga que as de Hipócrates, no entanto, floresceu em simultâneo. Asklepius é uma figura esbatida na memória grega. Acreditava-se ser o filho do deus Apolo, deus da cura e da arte(15). A tradição de Asklepius sublinha a cura mas num contexto de aceitação da nossa fragilidade. Os doentes que procuravam a cura no templo de Asklepius seriam doentes incuráveis que buscando não apenas a cura mas também o alívio do seu sofrimento resignado(15).

Também Sócrates marcou as ciências médicas dedicando a sua vida (e a sua morte) ao desenvolvimento de uma etapa revolucionária na mente humana. Acreditava que o verdadeiro entendimento do mundo só poderia ser alcançado através da experiência e da reflexão. Defendendo que “a vida que não fosse reflectida, não valia a pena ser vivida” enalteceu assim a capacidade do Homem se pensar a si próprio(16).

Sócrates sentia-se desiludido com a mera aquisição do conhecimento procurando a *experiência* da verdade universal e o conhecimento profundo que transcende a mera opinião. Procurou a moralidade da experiência, não apenas a convicção. Acreditava que a busca intelectual em si mesma, poderia abrir caminho para a descoberta da alma humana; a filosofia tinha mais a ver com a procura do conhecimento do que propriamente com a descoberta da razão das coisas.

Então, quais são as bases filosóficas da medicina paliativa? Sabemos que tem como base o cuidar de doentes com doenças incuráveis cuja morte é esperada num futuro próximo. O objectivo principal é amenizar o sofrimento físico e a dor, entre outros sintomas, reduzindo ao máximo os efeitos do sofrimento, através da avaliação individualizada de cada doente e do trabalho multidisciplinar(15).

Por isso, Fiona Randall, no seu livro “ The Phylosophy of Palliative Care”, descreve assim os méritos da filosofia paliativa:

- Realismo: Os cuidados paliativos não reivindicam o tratamento de todos os sintomas físicos, emocionais, espirituais, e sociais dos doentes terminais. Muito menos o das famílias e muito menos de forma “perfeita”.
- Justiça: Os cuidados paliativos reivindicam que a sua prioridade de cuidados é o doente, e apenas depois, a família. Os cuidados paliativos especializados devem estar disponíveis para os doentes cujos sintomas não podem ser tratados pelos cuidados convencionais, devendo existir consultadoria telefónica a todos os profissionais de saúde fornecida por equipas especializadas, assim como programas de formação em cuidados paliativos aos profissionais de saúde em geral.
- Humanidade: Os doentes com doença muito avançada não devem ser submetidos a questionários, entrevistas intrusivas ou sujeitos a escalas de medição de sintomas de duvidosa validade. Ao invés disso, os doentes deverão ter o direito de serem assistidos por profissionais com a perícia e o

conhecimento de Hipócrates (no que diz respeito ao controle de sintomas) e devem ter o olhar atento de Asklepián. Devem estar empenhados numa conversação amigável sobre as questões mais amplas da vida.

- Adaptabilidade: quanto mais modesto e realista for a abordagem dos cuidados paliativos mais se pode oferecer às outras especialidades. Podemos lembra-los assim, que quanto mais a prática frenética de hoje procura incansavelmente a “luta contra a doença”, o “atingir metas” e o “salvar vidas” a todo o custo, mais perdemos a essência da nossa grande arte(15).

Existem muitos tratamentos e medicamentos disponíveis nos cuidados paliativos que prolongam a vida e que deverão ser bem utilizados em prol dos doentes. Mas os cuidados paliativos devem reter a tradição de Asclépio e focalizar a sua atenção em cada paciente, de forma personalizada, considerando a sua história e os seus valores. “Qualidade de vida”, “dignidade”, “significado”, “cuidados holísticos”, “espiritualidade”, são expressões vibrantes actualmente e nunca tão presente como hoje(15).

Temos que ter em atenção, por outro lado, que a medicina actual também distorce a filosofia de Asclépio. Podemos observar, nos dias de hoje, que a tristeza natural que acompanha o fim da vida, a de familiares e amigos, se tornou um estado patológico que deve ser medido e tratado. Ou seja, submetemos a visão de Asklepián à visão de Hipócrates.

A este respeito Joseph Campbell refere que “parece que temos atingido o topo da escada (do conhecimentos) da medicina, mas nos encostamos no muro errado da filosofia”(16).

A ligação entre a filosofia dos cuidados paliativos e a assistência aos doentes terminais é o caminho que nos leva à procura incansável do respeito pelos direitos dos doentes terminais. Direitos consagrados que serão descritos a seguir(17)

- Direito a ser tratado como um ser humano vivo até ao momento da sua morte
- Direito de manter uma esperança, qualquer que ela seja
- Direito de expressar da sua maneira, os seus sentimentos e emoções sobre tudo o que diga respeito a sua morte
- Direito de obter atenção de médicos e enfermeiros, mesmo que os objectivos de cura tenham sido substituídos pelo do conforto
- Direito de não morrerem sós

- Direito de serem libertos da dor
- Direito em obter uma resposta honesta, qualquer que seja a sua pergunta
- Direito de receber ajuda da sua família e ajuda para a sua família no momento da sua morte
- Direito de morrer em paz e com dignidade
- Direito de conservar a sua dignidade e de não ser julgado pelas suas decisões, que podem ser contrárias às crenças dos outros
- Direito de ser cuidados por pessoas sensíveis e competentes, que tentam compreender as suas necessidades e que sejam capazes de encontrar alguma satisfação ao ajudar os outros a enfrentarem a morte
- Direito que o seu corpo seja respeitado após a morte.

2.8. Cuidados paliativos domiciliários

A maioria das pessoas com doenças graves e avançadas preferem permanecer em casa nos últimos dias de suas vidas. Entre 50 a 80% dos doentes preferem receber tratamentos no domicílio e aí falecer. Preferem o domicílio ao ambiente dos hospitais. Contudo, a maioria dos doentes falecem nos hospitais(10).

Os cuidados paliativos são o caminho para mudar esta situação. O objectivo dos cuidados paliativos é oferecer a melhor qualidade de vida para doentes com doenças incuráveis e para as suas famílias. Trata-se de um grande desafio pois depende largamente dos doentes, das famílias e dos profissionais de saúde(10). A implementação de programas alargados de cuidados paliativos depende em grande parte, também, das políticas de saúde e dos recursos disponíveis.

É em casa onde os doentes passam a maior parte do seu tempo. Contudo a comunidade necessita de criar condições para que tal seja possível(8). A casa onde se habita representa a vida quotidiana, a continuidade, a actividade, a auto-determinação e a adaptação num ambiente familiar e, por isso, seguro.

Os cuidados paliativos domiciliários confiáveis reduzem a desnecessária admissão hospitalar e promovem a redução de custos. No entanto, requerem uma abordagem planeada, cuidados flexíveis e a colaboração entre as instituições(8).

Existem características particulares dos cuidados domiciliários, requisitos essenciais para as equipas que trabalham *no terreno*(10):

- Suporte institucional (que assegurem recursos terapêuticos e diagnósticos)
- Recursos disponíveis para as visitas domiciliárias (veículos/condutores)
- Conhecimentos

- Treino
- Cuidados: gratuitos ou pagos
- Dedicção: tempo/disponibilidade

Os factores identificáveis que podem contribuir para a melhoria dos cuidados domiciliários incluem:

- A identificação precoce da aproximação da etapa final da vida
- A antecipação das necessidades
- Cuidados coordenados personalizados
- Prescrição antecipatória
- Uma equipa domiciliária especializada e recursos disponíveis a tempo inteiro, ao paciente, família ou cuidadores informais(8)

Poucas coisas nos cuidados de saúde são mais importantes e mais recompensadores do que permitir que um doente faleça tranquilo no lugar onde escolheu. Enfrentar a realidade da morte é um assunto sensível, mas planear o estadió final da vida é tão importante quanto planear a gravidez ou o nascimento. Contudo, a morte na sociedade contemporânea é menosprezada; falar na morte é incómodo, é tirá-la do esquecimento e depararmo-nos com a inevitabilidade da nossa finitude gerando compreensivelmente sentimentos negativos. O instinto forte de retornar a casa para morrer é denominado o “instinto do salmão” que emigra para o seu lugar de origem (casa) no momento da morte. Este instinto é demonstrado na nossa sociedade pelas antigas mulheres no Paquistão (avós) que próximas da morte retornavam a casa para lá falecerem(14). Assim sendo, o alívio da morte para longe do domicílio por parte dos cuidadores, é uma consequência cruel do nosso individualismo e do avanço tecnológico, porque confere artificialidade ao que temos de mais humano: O nosso instinto.

Todos sabemos que manter o controlo é ainda mais importante em momentos de crise. “Quando o local de cuidar é a casa, somos mais capazes de manter o controlo”. Estar em casa é um estado de espírito.

Conhecemos o paradoxo de que, apesar da maioria das pessoas preferirem permanecer em casa, a maioria morre em instituições. E apesar da maior parte do tempo no último

ano de vida, serem passados em casa, a maioria dos doentes são admitidos nos hospitais no momento da morte(8).

Com o envelhecimento das populações e com o aumento da longevidade, a capacidade dos recursos hospitalares em darem resposta será cada vez menor. Levará a um enorme aumento dos custos. Por tudo o que foi dito anteriormente, podemos concluir que a necessidade de cuidados paliativos domiciliários é urgente.

Então, o que caracteriza uma equipa domiciliária?

Uma equipa domiciliária é aquela que presta cuidados paliativos especializados aos doentes, às famílias e aos cuidadores no seu domicílio. Promovem também consultadoria aos médicos de família, clínicos gerais e enfermeiros que cuidam de doentes no domicílio(12).

É uma equipa multidisciplinar, que em primeiro lugar, dá apoio aos doentes no domicílio mas também em internamentos e lares actuando em proximidade. Na maior parte das vezes, este tipo de equipa fornece apoio consultivo e tem função de tutoria. Os membros dessa equipa são peritos na terapia da dor, controle de sintomas, cuidados paliativos e suporte psicossocial(12).

O modelo de acção das equipas domiciliárias também dependerá do modelo dos cuidados de saúde primários e paliativos que estão a ser desenvolvidos no respectivo país. É da competência destas equipas a transferência dos doentes do seu domicílio para o hospital, quando se torna necessário(12).

Os estudos estimam a necessidade de uma equipa de cuidados paliativos domiciliários para 100.000 habitantes que deverá estar disponível 7 dias por semana durante 24 horas(12).

O número de equipas por habitantes na Europa varia muito entre os países, podendo ser de 100.000 a 380.000 habitantes por equipa. Nas zonas rurais, as equipas domiciliárias cobrem áreas muito vastas para poderem ser custo-efectivas(12).

Os recursos humanos estimados destas equipas são de 4 ou 5 profissionais dedicados a tempo inteiro (médicos e enfermeiros), com formação especializada em CP apoiados por um assistente social e um administrativo(12). O núcleo da equipa deverá também

possuir treino devidamente credenciado pelas entidades competentes dos países onde estão inseridas.

O acesso a outros profissionais de saúde como fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, nutricionistas e guias espirituais deverá ser possível sempre que necessário(12).

As equipas domiciliárias deverão trabalhar em estreita colaboração com outros profissionais que dão apoio aos doentes no domicílio(12).

A equipa também deverá ter uma sala de trabalho, uma sala para receber os doentes e os cuidadores e um local adequado para guardar a medicação(12).

Um estudo realizado em 2011, publicado no Journal of Pain Symptom Management, intitulado “How do cancer patients receiving Palliative Care at Home Die?”, revela que a maioria das mortes é esperada pelos familiares, que as equipas domiciliárias de cuidados paliativos visitam o doente no dia da sua morte e algumas vezes presenciam estas mortes, no momento da morte pelo menos três pessoas estão presentes, mais de 2/3 dos doentes falecem de forma pacífica, sem sofrimento aparente, 35,7% recebem sedação antes da morte. Este estudo é revelador da mais-valia de equipas domiciliárias em cuidados paliativos(18).

Outro estudo realizado em 2005 em Itália, revela a forma como os doentes falecem em hospitais gerais, O estudo revela que não existe um controle adequado dos sintomas para doentes com doenças mais severas: 75 % revelaram, pelo menos, um episódio severo de descontrole sintomático (42% dor, 45% dispneia), que a percepção da qualidade dos cuidados é tida como “boa” a “muito “boa” pelos enfermeiros (76%) apesar dos sintomas persistentes e do baixo uso de analgésicos. Apesar dos sinais encorajadores do aumento da sensibilidade dos profissionais em relação aos doentes em fim de vida, a Itália ainda lida de forma inadequada com os doentes que estão a morrer(19). Estes dados fazem-nos reflectir sobre o desenvolvimento de cuidados paliativos nos diferentes modelos de saúde e sobre a necessidade de melhorarmos os nossos serviços de saúde.

Um estudo realizado por Serra-Pratt e al. em 2001, estudou o acompanhamento de doentes de uma equipa domiciliária comparando-o com o de doentes seguidos por serviços convencionais. Concluiu que os doentes seguidos por equipas domiciliárias

recorrem menos vezes aos serviços de urgências e permanecem menos dias nos serviços de internamento hospitalares. Pouparam 75% dos custos, se comparados com os serviços convencionais(20).

É um estudo que sustenta a existência de equipas comunitárias de cuidados paliativos tornando-as mesmo indispensáveis num sistema estruturado de prestação de cuidados.

Defender a existência apenas de serviços de internamento em cuidados paliativos é um erro que sai caro para os doentes traduzindo-se em cuidados inadequados e incompletos.

É começarmos uma casa pelo telhado. É desrespeitarmos o desejo, o instinto natural, a auto-determinação e o direito dos doentes de falecerem no local onde querem e junto de quem querem.

Será que continuaremos o caminho insensato de promover a morte apenas nos hospitais ou em outras instituições? Será que continuaremos a incentivar a ocorrência da morte longe do olhar das famílias e longe da sociedade em geral? Por quanto mais tempo conseguiremos esconder a morte?

2.9. Cuidados paliativos em Portugal

Podemos observar, já na literatura do século XVI em Portugal, a visão paliativa frente aos doentes terminais associada principalmente com a experiência anterior das Misericórdias e das ordens religiosas. No entanto, os cuidados paliativos em Portugal são recentes, tendo-se iniciado na década de 90. A primeira iniciativa de criação de um serviço de cuidados paliativos remonta o ano de 1992. Antes deste período não há registo de outros serviços estruturados de cuidados paliativos(21).

Surgiram depois, nos Institutos Oncológicos do Porto e de Coimbra, serviços de cuidados paliativos dedicados a doentes oncológicos. Em 1996 surgiu em Odivelas uma equipa domiciliária de cuidados continuados que incluía a prestação de cuidados paliativos que obteve grande sucesso. Na verdade, a existência de cuidados paliativos em Portugal não surgiu de uma iniciativa governamental mas sim de uma iniciativa individual de alguns profissionais de saúde que dedicaram o seu tempo a cuidar de doentes com doenças incuráveis e com grande sofrimento(21).

Actualmente, existem 10 equipas domiciliárias em cuidados paliativos em todo o país, um número muito limitado, portanto. Estas equipas apresentam critérios de qualidade,

como a obrigatoriedade da prática exclusiva em cuidados paliativos e a formação avançada nesta área, bem como a acessibilidade a fármacos considerados essenciais pela Organização Mundial de Saúde. A Equipa Comunitária de Cuidados Paliativos do ACES Sotavento/Algarve onde foi realizado este trabalho de investigação, está entre as 10 existentes.

O Programa Nacional dos cuidados Paliativos foi publicado pelo ministério da saúde no ano de 2004 e revisto em 2010, preconiza o desenvolvimento dos cuidados a vários níveis, exercidos por equipas interdisciplinares e prevendo a criação de unidades especializadas(21). Recentemente (2011) foi aprovado a lei de bases dos cuidados paliativos que prevê a criação de uma rede destes serviços para uma melhor gestão e articulação entre as diferentes equipas.

A 6 de Junho de 2006 foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Decreto lei nº 101/2006) que instituiu a colaboração do Ministério da Saúde e do Ministério de Segurança Social para a prestação de cuidados de saúde a populações com doenças crónicas incapacitantes e com doenças incuráveis na fase avançada e final da vida(21).

Esta rede está actualmente em construção. Inclui unidades e equipas domiciliárias distribuídas por hospitais e centros de saúde, assim como outras estruturas da segurança social e da rede de solidariedade social. O diploma caracteriza as várias tipologias de cuidados paliativos: i)Equipas de suporte intra-hospitalares de cuidados paliativos, ii) unidades de cuidados paliativos e iii) equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos. Os financiamentos das equipas de suporte intra -hospitares e das Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos são de exclusiva responsabilidade do Ministério da Saúde(21).

2.10. Economia e saúde

Num cenário de escassez de recursos não é possível satisfazer todas as necessidades de uma sociedade tornando-se necessário fazer escolhas que devem ser cuidadosamente fundamentadas. De facto, é importante conhecer como são empregues os recursos uma vez que a sua utilização, de uma determinada maneira, leva ao sacrifício da oportunidade de serem utilizados de outra forma (custo-oportunidade)(22).

No sector da saúde esta questão é particularmente melindrosa, o que justifica a aplicação da teoria económica aos fenómenos e problemas associados à saúde.

A economia tem um convívio por vezes difícil com os profissionais de saúde. A saúde concentra-se na ética individualista, ou seja considera que a saúde não tem preço e que uma vida salva vale qualquer esforço. A economia fixa-se, por outro lado na ética do bem comum, ou ética do social, Este conflito entre a ética da saúde e a ética económica vem se perpetuando ao longo do tempo(23). Os serviços de saúde não são apenas organizações distribuidoras de bens e serviços. A assistência na saúde significa, também, auxiliar seres humanos a ultrapassar dificuldades e inconvenientes da vida o que é quase impossível de traduzir em números.

Uma das mais importantes áreas de interesse da economia da saúde é o estudo da função distributiva dos sistemas de saúde.

Campo, em 1985, refere que “a economia da saúde não é um mero saco de ferramentas; antes é um modo de pensar que tem a ver com a consciência da escassez, com a imperiosidade das escolhas e a necessidade delas serem precedidas da avaliação de custos e das consequências das alternativas possíveis tendo em vista melhorar a repartição final dos recursos”(23).

A equidade em saúde é um tema muito discutido; em geral conota equidade de acesso aos serviços, mas abrange desde a equidade geográfica até à equidade por classe social, por faixa etária ou grupo sociocultural, a equidade de utilização e a equidade de resultados terapêuticos. Os trabalhos nessa área têm orientado a definição de políticas e de prioridades de saúde de muitas regiões e países(23).

Os custos consumidos pelos programas de saúde abrangem os custos directos e os indirectos. Os custos directos são constituídos pelos gastos do Serviço Nacional de Saúde e pelos custos suportados pelos doentes, com o tratamento, entre outros. Os custos indirectos consistem nos custos da perda de produção (tempo de trabalho perdido pelos doentes, tempo de incapacidade, etc.). É ainda possível identificar custos intangíveis, como o valor monetário da dor ou do sofrimento do doente e da família(22).

Os custos directos são passíveis de serem calculados, mas o mesmo não se passa com os custos indirectos. Contabilizam os custos pelo apoio prestado por familiares, os

encargos domésticos, tempo perdido por doentes e familiares com a deslocação ao serviço de saúde que são difíceis de valorizar(22).

É consensual que, quer os cuidados de saúde quer os sociais, tendem a aumentar com a aproximação da morte. Na vida de uma pessoa, a maior parte dos recursos económicos de saúde são utilizados justamente quando da aproximação da morte. Já vimos que o efeito cumulativo da diminuição da mortalidade e da natalidade tem-se traduzido, em Portugal, no progressivo envelhecimento da população. O conseqüente aumento da esperança média de vida, que se tem verificado, espelha a melhoria do nível de saúde dos portugueses nos últimos 40 anos.

Apesar de tal sucesso, verificam-se carências ao nível dos cuidados de longa duração e paliativos, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes. Estão, assim, a surgir novas necessidades de saúde e sociais, que requerem respostas novas e diversificadas que venham a satisfazer o incremento esperado da procura por parte de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida.

Tais respostas devem ser ajustadas aos diferentes grupos de pessoas em situação de dependência e aos diferentes momentos e circunstâncias da própria evolução das doenças e das situações sociais. Devem facilitar a autonomia e a participação dos destinatários e reforçar as capacidades e as competências das famílias para lidar com essas situações, nomeadamente no que concerne à conciliação das obrigações da vida profissional com o acompanhamento familiar.

Baniste(24) afirma que “em países cuja situação política é relativamente desestruturada, as organizações não governamentais (ONG) têm um papel muito importante na geração de experiência e em criar projectos iniciais. O seu desafio mais difícil é perpetuá-las no tempo baseados em recursos sanitários viáveis a longo prazo(11).

Os modelos de intervenção de assistência e de organização interna estão muito vinculados aos da sociedade, assim como as dificuldades na planificação racional, especialmente do tipo de recursos e da garantia do financiamento público posterior.

A literatura actual fornece-nos duas conclusões sobre o impacto económico dos cuidados paliativos. Uma da conclusão relata-nos que os cuidados paliativos têm pouco

impacto nos custos médicos. “Os cuidados paliativos aparecem como tendo impacto económico próximo do zero”.(10) No entanto, existem estudos que demonstram que os cuidados paliativos são poupadores de recursos financeiros. O argumento dos “custos evitáveis” é a principal alavanca do desenvolvimento dos cuidados paliativos em muitos países, como o Canadá(10).

2.11. Conceitos económicos

As definições abaixo têm como objectivo esclarecer o significado que atribuímos a alguns conceitos e que podem reflectir a forma como orientamos a nossa investigação.

Samuelson define a economia como o "estudo de como os homens e a sociedade escolhem, com ou sem o uso de dinheiro, a utilização de recursos produtivos limitados, que têm usos alternativos, para produzir bens e distribuí-los como consumo, actual ou futuro, entre indivíduos e grupos na sociedade(23).

Os recursos são escassos e cada decisão implicará um sacrifício. O recurso que será utilizado num determinado lugar, não poderá ser utilizado em outro. O conceito de custo e benefício deriva deste princípio(25). A consequência das nossas escolhas pode levar à perda de benefícios. Não podemos esquecer que a liberdade clínica é a faculdade de escolher a melhor intervenção para um paciente. A escolha, contudo, deverá ser mediada pelo conhecimento dos recursos disponíveis(25). Devemos ter em conta o conceito de custo-oportunidade, ou seja; a melhor alternativa possível utilizando os mesmos recursos.

O que ocorre na realidade é que muitos dos estudos económicos em saúde, que existem na literatura ignoram os ganhos em saúde e recomendam apenas os programas que poupam recursos financeiros a curto prazo(26).

Todos os métodos de avaliação económica têm um princípio em comum: Avaliam uma ou mais intervenções possíveis e comparam-nas com outras, medindo a consequências das mesmas.

As metodologias de análise na economia da saúde serão descritas abaixo(25):

- **Análise de custo minimizado:** Quando consideramos as consequências das intervenções iguais. Assim somente os ganhos económicos são tidos em conta.

O objectivo será determinar o caminho mais barato para chegar ao mesmo objectivo.

- **Análise de custo-efectividade:** quando as consequências de diferentes intervenções podem variar, mas podem ser medidas através da mesma unidade natural, Os ganhos podem ser calculados. As intervenções que competem são comparáveis em termos de “ custos por unidade de consequência”.
- **Análise de custo - utilidade:** Quando a intervenção que comparamos produz consequências diferentes em termos de quantidade e qualidade de vida. São medidas tanto em tempo de vida quanto em níveis subjectivos de bem-estar. A melhor maneira de medir a utilidade é através do QALY (quality – adjusted – life – years; ou seja) “qualidade por ano de vida ajustado”.
- **Análise de custo benefício:** Quando os custos e as consequências das diferentes intervenções são expressas em unidades monetárias.

Os diferentes métodos fazem sempre um percurso em três fases; a primeira é a avaliação dos custos e das consequências; na segunda, a avaliação deverá ser medida com unidades físicas apropriadas, e, por último, deverão ser analisadas e valorizadas as diferentes alternativas(25).

Ao decidir fazer este estudo consideramos que as consequências intangíveis de um doente no domicílio e no hospital são as mesmas. Embora empiricamente possamos inferir que haverá diferenças, sabemos que as diferentes dimensões das intervenções em saúde produzem múltiplos impactos em uma ou em várias dimensões (da esfera social, física e psicológica) e algumas delas não são encontradas de forma óbvia(25). Não é objectivo deste estudo abordá-las.

Por não existir em Portugal nenhum estudo de custos directos relacionado com equipas domiciliárias e de serem escassos os estudos internacionais encontrados na literatura, mesmo tratando-se de avaliação económica do tipo custo-minimização, pensámos que este trabalho traria uma mais-valia para que no futuro, outros estudos económicos abrangendo outras dimensões pudessem ser utilizados, como os estudos de custo - utilidade e as avaliações de custo -benefício.

Outro conceito relevante a ser descrito é o que diz respeito ao conceito de doente terminal. Os conceitos são variados se observados sob o ponto de vista epidemiológico ou sob o ponto de vista da literatura médica.

A revisão da literatura propõe diferentes conceitos. O facto de o doente ter consciência da sua terminalidade e do seu prognóstico; pela gravidade da doença, com prognóstico de 6 a 12 meses; pelo prognóstico determinado pelo médico ou risco de morte num futuro próximo. Outros autores relatam que o doente terminal é aquele cujo tratamento curativo não é indicado e os tratamentos que visam prolongar a vida são deixados de lado(27).

Descrevemos a diversidade de tais conceitos para termos em conta que o estudo presente descreveu doentes em fim de vida, cuja terminalidade foi óbvia quer em termos clínicos, quer em termos de necessidades e tempo de vida que demonstraram (inferior em média há 6 meses).

2.12. Custos em Cuidados paliativos

Até à presente data, pouco se sabe sobre os custos do tratamento de doentes terminais no geral ou quando nos referirmos aos níveis de custo, se atendermos à passagem dos doentes pelos diferentes níveis de cuidados do sistema de saúde(28).

Mais especificamente, também poucos estudos quantificam a carga económica do tratamento dos doentes terminais.

Um estudo prospectivo efectuado em França em 2000, calculou que os custos diários de todos os doentes terminais seguidos em dois hospitais foram de € 493 por doente (28).

Um estudo retrospectivo observacional em Itália, realizado em doentes nos seus últimos dois meses de vida, revelou que os custos dos cuidados paliativos domiciliários foram de € 39.9 por paciente/dia, em 2003. O custo total mensal dos cuidados, considerando material, fármacos, laboratório, transfusões e procedimentos diagnósticos foi de € 4.533 para cada doente terminal do estudo. O custo do valor tão alto desses doentes foi atribuído ao grande número de visitas efectuadas nesta fase por médicos e enfermeiros e ao número de transfusões realizadas. Este estudo demonstrou que os custos estão muito relacionados com a fase da doença em que o doente se encontra(29).

Um estudo retrospectivo observacional feito em Espanha em 1998, durante um mês, feito na perspectiva do Sistema Nacional de Saúde Catalão, comparou 111 pacientes seguidos nos cuidados convencionais com 44 pacientes seguidos por equipas de cuidados paliativos domiciliários(30). Este estudo revelou que os custos directos dos cuidados paliativos prestados no domicilio foram € 683 mais baixos que os cuidados prestados nos cuidados convencionais de saúde. Esta vantagem deveu-se ao facto dos utentes terem custos mais baixos por internamentos (menos dias de internamento), assim como custos mais baixos por menor número de idas ao serviço de urgência e a consultas externas. No entanto, o estudo, apresenta alguns viéses, como o facto dos doentes não se encontrarem no mesmo estadio da doença que poderá ter influenciado os resultados. Outro viés deve-se ao facto de apenas uma equipa domiciliária especializada ter sido objecto do estudo(28).

Um estudo realizado em Israel em 2007, comparou o custo de 120 doentes seguidos por equipas domiciliárias de cuidados paliativos especializados com 515 doentes seguidos por equipas domiciliárias não especializadas, no último ano de vida. O custo dos doentes seguidos pelas equipas especializadas foi 30% mais baixo que o das equipas domiciliárias não especializadas. A diminuição dos custos foi atribuída ao mais baixo custos nos internamentos hospitalares e nos tratamentos na oncologia. Acredita-se que isto deve-se aos cuidados oferecidos e pelas visitas rotineiras efectuadas pelas equipas especializadas, assim como pela atempada resolução dos problemas(31).

Um estudo retrospectivo em 2008, realizado em dois novos serviços em Inglaterra, comparou os custos de 40 pacientes que receberam cuidados paliativos convencionais com os pacientes que receberam cuidados paliativos especializados. O custo por doente foi de € 8.888 por cada doente seguidos pelas equipas especializadas e € 8.760 por cada doente seguido por equipas não especializadas.

Podemos concluir que, actualmente, os estudos que existem sobre cuidados paliativos mostram que os seus custos são baixos, existindo sobre a dicotomia hospital/comunidade valores díspares.

Apesar dos cuidados paliativos requererem uma abordagem multidisciplinar e interdisciplinar, há poucos estudos que os comparam nos diferentes níveis de cuidados de saúde(28).

Um estudo da Kaiser Permanente Health Organization, nos EUA, em 2003, realizado com 161 doentes em programas de cuidados paliativos e 139 num grupo controlo, revelou que os doentes com acesso a cuidados paliativos visitam menos o serviço de urgência, o hospital de dia e o médico assistente. Revelou um decréscimo de 45% dos custos comparado com serviços convencionais(32).

Um estudo em Inglaterra denominado: “Custos dos cuidados paliativos na comunidade, em hospitais e em *hospices*”, efectuado em 1999, ao comparar os diferentes custos, relata-nos a dificuldade e a complexidade do cálculo dos mesmos, num mercado ainda não regularizado e onde os cuidados curativos e paliativos se misturam, tornando mais difícil a sua contabilização(33)

Existe também alguma evidência pontual de que os cuidados paliativos domiciliários são vantajosos em termos económicos se comparados com outros modelos alternativos. No entanto, esta afirmação deverá ser corroborada com investigação. Nenhum estudo avaliou o impacto económico dos cuidados paliativos no sistema de saúde(28).

Por outro lado, a maioria dos estudos é feita num período fixo de tempo, como é o caso do presente estudo, que podem ir de meses a anos. O ideal é que no futuro os estudos abranjam o período que vai do diagnóstico à morte. Assim será mais fácil compará-los(28).

A maioria dos estudos existentes inclui apenas os custos directos associados aos doentes terminais que se referem aos cuidados médicos e hospitalares. Outros parâmetros, no entanto, devem ser analisados como os custos na perspectiva da sociedade onde deverão ser contabilizados custos indirectos com a perda da produtividade, o absentismo nas escolas, no trabalho e nas actividades diárias(28).

O custo total por doente tem sido um indicador aceite internacionalmente, pois nos dá uma visão abrangente dos custos. Permite o somatório de todos os custos dos cuidados efectuados no serviço da saúde por doente ao longo do tempo e ao longo do seu percurso nos diferentes serviços por onde passa.

No entanto, a dificuldade na obtenção destes dados têm sido o motivo reconhecido de haver escassos estudos nesta área.

O conhecimento dos custos pode ser efectuado através de duas formas distintas: *bottom-up* e *top-down*. As abordagens *bottom-up* consistem no apuramento de custos a partir da recolha de informação ao longo do processo de produção. Por outro lado, as formas de cálculo *top-down* partem da informação constante nos relatórios de contabilidade da administração central da organização em causa, sendo calculados a partir daí, obtendo-se os custos das diferentes variáveis que estão em estudo. É tido como aceite que as abordagens *top down*, baseadas em informação proveniente da contabilidade central, são menos precisas do que as *bottom-up*, pois os valores obtidos resultam de estimativas apuradas a partir de critérios de imputação indirecta e daí sujeitas a mais erros(34) Além disso, na abordagem *top-down* não existe qualquer possibilidade de ajustar os dados às características específicas de determinadas populações de doentes que têm influência directa no consumo de recursos. A contabilidade da equipa domiciliária foi feita na abordagem *bottom-up* e a do hospital *top-down*.

3. Metodologia

3.1. Tipo de estudo

Este é um estudo descritivo correlacional e de análise de custos minimizados.

Comparam-se os recursos utilizados no último mês de vida de doentes em dois níveis de cuidados: os utilizados pela ECSCP no seguimento dos seus doentes em ambulatório, a trabalhar no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários e os utilizados no seguimento dos doentes pelos serviços convencionais no hospital de agudos do hospital de referência, o Hospital de Faro, EPE. Foi mantido, obviamente, o anonimato dos doentes. Trata-se de um estudo económico parcial de análise de custo minimizado uma vez que as consequências das intervenções na qualidade não foram formalmente medidas nem avaliadas tendo sido tomados em conta apenas os custos.

Apenas os custos directos foram tidos em conta nos dois serviços estudados.

O estudo foi feito na perspectiva do Serviço Nacional de Saúde e os dados colhidos referem-se ao ano de 2009.

3.2. População e amostra

O Hospital de Faro é a primeira linha de atendimento hospitalar para os utentes, incluindo os oncológicos, dos concelhos do Algarve central e sotavento (Albufeira, Loulé, Faro, S. Brás de Alportel, Olhão, Tavira, Alcoutim, Vila Real de Santo António e Castro Marim) incluindo uma população aproximada 520 mil habitantes (270 mil residentes e 250 mil não residentes)¹.

Presentemente, os concelhos abrangidos pela ECSCP são os que pertencem ao Agrupamento de Centros de Saúde do Sotavento algarvio (ACES) que incluem os concelhos de Alcoutim, Castro Marim, Vila Real de Santo António e Tavira com um total de 53.316 habitantes (35). No entanto, no ano em estudo (2009), a área de intervenção da Equipa circunscrevia-se apenas aos concelhos de Faro, Olhão e Tavira que no conjunto tinham 123.856 habitantes.

¹ Os concelhos do Barlavento são atendidos no Hospital do Barlavento, em Portimão.

A população do estudo inclui doentes oncológicos do Algarve representados por duas amostras sistemáticas: uma, dos doentes oncológicos seguidos no Hospital Central de Faro em 2009 e outra, dos doentes oncológicos seguidos pela ECSCP do ACES Sotavento, no mesmo período.

Dos doentes seguidos pelos dois serviços apenas um é comum. Este facto deveu-se aos critérios de inclusão e exclusão das amostras. Dos 28 doentes da equipa comunitária, 17 faleceram em locais distintos do Hospital (Domicílio, e outras instituições de saúde), logo foram excluídos da amostra hospitalar. Apenas 6 dos doentes foram internados e por isso poderiam estar incluídos nos doentes do hospital. No entanto, Alguns doentes faleceram no serviço de oncologia, sem terem sido seguidos na oncologia. (Doentes cujo diagnóstico fora feito em outro hospital e que eram seguidos em IPOS e que tendo sido internados não foram contabilizados no serviço hospitalar). Apenas um doente foi comum aos dois serviços, logo o valor gasto em internamento foi contabilizado na equipa comunitária e não na hospitalar.

A decisão se o doente é seguido ou não pela ECSCP ou só pelo HFEPA é subjectivo e tomada pelo clínico no hospital ou pelo médico de família e por isso não há garantia que esta escolha não seja um viés no estudo.

3.2.1. A população do estudo

Para a amostra hospitalar os doentes foram seleccionados da base de dados informatizada do hospital. Escolheram-se os doentes oncológicos seguidos no serviço de Oncologia e falecidos no hospital em 2009 através da aplicação informática SAM (Serviço de Apoio ao Médico) que é utilizado no HCF. A informação referente aos episódios do Hospital de Dia foi pesquisada nos processos clínicos ainda não informatizados.

Quadro 1: Critérios de inclusão e de exclusão dos doentes da amostra do HFEPE

Critérios de inclusão
<ul style="list-style-type: none">- Doentes seguidos pelo serviço de Oncologia do HCF, EPE- Doentes com diagnóstico de doença oncológica- Doentes cuja data de óbito seja no ano de 2009- Doentes cuja causa de morte esteja relacionada com a doença oncológica
Critérios de exclusão
<ul style="list-style-type: none">- Doentes cujos últimos 30 dias de vida não sejam inteiramente em 2009- Doentes cujo diagnóstico de doença oncológica seja realizado nos últimos 30 dias de vida

A segunda amostra inclui todos os doentes seguidos pela ECSCP do ACES Sotavento, durante o último mês de vida no mesmo ano, segundo os critérios mencionados.

Quadro 2: Critérios de inclusão e de exclusão dos doentes da amostra da ECSCP

Critérios de inclusão
- Doentes oncológicos seguidos pela ECSCP em 2009
- Doentes falecidos em 2009
- Últimos 30 dias de vida em 2009
Critérios de exclusão
- Doentes admitidos em 2009 mas com menos de 30 dias de seguimento

3.3. Variáveis

O Quadro 3 refere as variáveis incluídas no estudo.

Quadro 3: Comparação entre as variáveis obtidas nos dois serviços

Variáveis	Hospital	Equipa Comunitária
Sexo	✓	✓
Data de nascimento	✓	✓
Diagnóstico	✓	✓
Local das metástases	✓	✓
Data do diagnóstico	✓	
Data da admissão na Equipa		✓
Data do óbito	✓	✓
Local do óbito		✓
Nº de internamentos	✓	✓
Dias de internamento no Serviço de Oncologia	✓	✓
Dias de internamento em outros Serviços	✓	✓
Nº de idas ao serviço de urgência	✓	✓
Nº de consultas externas	✓	✓
Nº de episódios do Hospital de Dia	✓	✓
Idade (anos)	✓	✓
Variáveis económicas:		
Custo da medicação	✓	✓
Custo dos materiais	✓	✓
Custo dos transportes		✓
Custo com pessoal	✓	✓
Custo do internamento no Serviço de Oncologia	✓	
Custo do internamento em outros Serviços	✓	
Custo de ida ao Serviço de Urgência	✓	
Custo da Consulta Externa	✓	
Custo do Hospital de Dia	✓	
Custo da visita por doente		✓
Custo total por doente	✓	✓

3.4. Cálculo dos custos

3.4.1. Metodologia do cálculo dos custos hospitalares

A avaliação de custos hospitalares é um processo complexo e de difícil realização. Para perceber como são calculados os custos foi necessário um estudo metuculoso do financiamento hospitalar e da definição de preços.

Ao analisar genericamente o sistema de contabilidade existente, podemos encontrar três níveis de desagregação da informação dos custos: (i) por centro de custo (como ocorre no Hospital de Faro); (ii) por doente (como foi realizado pela Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos); (iii) por actividade ou acto. Parece ser consensual que o nível de detalhe desejado é o do custo por doente. Então porque não é feito assim nos hospitais? Na verdade, a explicação parece residir no facto de que este tipo de desagregação informacional e os seus elevados custos de manutenção não permitem a sua generalização(35).

Como são então feitos os cálculos dos custos hospitalares? Foi criado na década de 60, nos Estados Unidos da América, uma classificação de doentes internados em hospitais de agudos, denominada de Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDHs) e que tem como finalidade agrupar os doentes em grupos clinicamente coerentes e homogéneos do ponto de vista do consumo de recursos, constituídos a partir de características diagnósticas e perfis terapêuticos. Este sistema vigora actualmente em Portugal. É um método que serve de base para o cálculo de custos de doentes internados em Portugal e em 16 países da Europa(35).

A agregação dos grupos do GDH é constituída através de um conjunto de atributos clínicos como o diagnóstico principal, diagnóstico secundário e a intervenção cirúrgica. Este facto permite a viabilização de previsões médias de consumo de recursos sendo utilizada como variável de referência a duração do internamento.

Assim para cada GDH está associado um coeficiente de ponderação, conhecido como peso relativo, que nada mais é do que uma média que reflecte os recursos empregues esperado para um doente típico desse GDH, expresso em termos relativos face à intensidade dos recursos utilizados por um doente médio. Por isso quando um doente sai com um GDH com uma ponderação de 2, isto significa que foi 2 vezes mais caro que o doente típico do GDH, ou seja, foi um doente que utilizou mais recursos. É importante salientar que os pesos relativos são os mesmos para todos os hospitais.

A produção hospitalar é calculada de forma prospectiva, ou seja, só conseguimos saber os custos dos doentes após a divulgação da contabilidade analítica do ano desejado, no ano seguinte. Tal ocorre porque a produção hospitalar é calculada através do índice de “*case mix*”, que é obtido através do coeficiente entre os doentes equivalentes saídos ponderados pelos coeficientes relativos dos respectivos GDHs e o número total de doentes equivalentes saídos. O “*case mix*” dá-nos o perfil de doentes tratados neste ano. Pode-se, assim, considerar que, perante preços médios muito elevados, tal pode ter sido

devido ao facto de nesse período ter havido uma proporção elevada de doentes com patologias dispendiosas. É, também, importante ter em consideração o conceito do *doente excepcional* (“*outliers*”). Estes doentes ficam muito mais, ou muito menos tempo internados distanciando-se da média dos restantes. Daí a importância do doente equivalente e do índice de “*case mix*”(35).

Em Portugal não existe informação detalhada ao nível do doente. A prestação de cuidados de saúde realizada no âmbito do serviço público não necessita de criar rotinas ou procedimentos de facturação(35) sendo os custos disponibilizados pelos hospitais apenas discriminados ao nível dos Serviços, existindo problemas na sua fiabilidade, porque(35) não existe uniformidade na imputação de custos das secções auxiliares para as principais, em todo o hospital (como por exemplo, da secção de materiais de consumo para os internamentos, ou de farmácia, etc.) e (ii) não há uniformidade na imputação dos custos nos centros de custos dos hospitais.

No nosso estudo, o cálculo dos custos hospitalares baseou-se sobretudo na informação fornecida pelo serviço de contabilidade/concelho de Administração do HFEPE, referentes ao ano de 2009.

A informação fornecida diz respeito a duas agregações diferentes de dados.

Um primeiro grupo engloba os custos directos e reflecte o custo médio anual por cada episódio para cada Serviço utilizado (Oncologia, Gastrenterologia, Cirurgia Geral e Urgência). Nesta primeira rubrica, o custo médio por episódio engloba a hotelaria e os custos com os MCDTs requisitados por estes serviços, assim como no caso da Cirurgia Geral, os custos com actividade do bloco operatório.

O segundo grupo, refere-se ao custo anual de cada Serviço (Oncologia, Gastrenterologia e Cirurgia Geral) que engloba:

- a) Materiais de consumo: produtos farmacêuticos, material de consumo clínico e outros consumos
- b) Fornecimentos e serviços externos: subcontratos, fornecimentos e serviços
- c) Custos com pessoal: médico, de enfermagem, de assistente técnico, assistente operários e outros custos com pessoal.

Obtemos o custo anual médio de internamento por doente dividindo o custo anual de cada Serviço pelos doentes internados nesse ano.

Quadro 4: Número de doentes internados nos Serviços de Oncologia, Gastroenterologia e Cirurgia Geral, do HFEPE, em 2009

Serviços	Doentes internados
Oncologia	424
Gastroenterologia	678
Cirurgia	2524

Fonte: HF

A esse valor somamos o custo por episódios da primeira rubrica (idas à urgência ou restante despesa dos dias de internamento dos Serviço onde esteve internado) para calcular o custo total de cada doente no último mês de vida. (Quadro 5).

Quadro 5: Rubricas a que obedeceu o cálculo dos custos hospitalares

Custo médio por episódios	Custo médio de internamento
Inclui:	Inclui:
Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica	Produtos farmacêuticos
Bloco operatório	Material de consumo clínico
	Outros consumos
	Fornecimento de serviços externos
	Custos com pessoal
Aplicado a:	Aplicado a:
Hospital de dia	Internamento em Oncologia
Consulta Externa	Internamento em Gastroenterologia
Urgência	Internamento em Cirurgia Geral
Serviço de internamento (episódio de internamento)	

Custo total de cada doente num período = Custo anual de todos os episódios no período (da 1ª rubrica) + custo médio anual por cada doente internado em determinado Serviço (da 2ª rubrica).

Nos doentes internados em mais que um serviço contabilizou-se o custo médio por doente do internamento de cada Serviço.

Quadro 6: Cálculo dos custos hospitalares

Variáveis	Cálculo
Custo do internamento em Oncologia	= (Custo Médio por Dia de Internamento em Oncologia x dias de internamento em Oncologia) + Custo Médio Anual por Doente do Serviço de Oncologia
Custo de internamento em outros Serviços que não Oncologia	= (Custo Médio por Dia de Internamento no Serviço especificado x dias de internamento nesse Serviço) + Custo Médio Anual por Doente desse Serviço
Custo dos episódios do Hospital de dia	= Custo Médio de Episódio no Hospital de Dia x nº de episódios do Hospital de dia
Custo pela ida ao Serviço de Urgência	= Custo Médio por Episódio de Urgência x nº de episódios de Serviço de Urgência
Custo pela ida à Consulta Externa	Custo Médio por Episódio de CE x nº de episódios de CE

Obteve-se o custo total por doente seguido no HFEPE no último mês de vida somando todos os custos referidos anteriormente.

3.4.2. Metodologia do cálculo dos custos dos doentes da ECSCP

Foram analisados todos os processos clínicos de doentes seguidos pela ECSCP referentes ao ano de 2009. Daí retiraram-se os valores de todas as variáveis excepto:

- Custo individual com fármacos por doente, fornecido pelo centro de custos da equipa/ARS - Serviços farmacêuticos.
- Custo médio por doente com materiais clínicos, fornecido pela farmácia do ACES
- Nº de quilómetros efectuados por ano, fornecido pela contabilidade analítica da ECSCP
- Custo com pessoal, fornecido pela contabilidade analítica da ECSCP
- Custo com internamentos e episódios de urgência

O cálculo dos custos directos da ECSCP incluiu os custos anuais com fármacos, materiais, transportes e pessoal, Custo atribuído aos dias de internamento e as idas a urgência dos doentes seguidos pela equipa.

Quadro 7: Cálculo dos custos da ECSCP

Variáveis	Cálculo
Custo individual com fármacos por doente	= Doses prescritas x custo de cada dose *
Custo médio por doente com materiais clínicos	= Custo médio anual por doente seguido **
Custo médio por visita e com transportes	= Custo anual da ECSCP em transportes / nº de visitas
Custo médio por visita com salários	= Custo anual da ECSCP em salários / nº de visitas
Custo com internamento	= (Custo médio por dia de internamento no serviço específico x dias de internamento neste serviço) + custo médio anual por doente neste serviço
Custo com idas a urgência	= Custo médio por episódio de urgência x nº de episódios de urgência
Custo de 1 visita	= Custo médio em transportes+ custo médio em salários
Custo das visitas por doente	= Custo de 1 visita x nº de visitas por doente
Custo total por doente	= Custo das visitas (transporte e pessoal) + fármacos + Materiais

(*) Processo clínico da Equipa e contabilidade da farmácia do ACES;

(**) Centro de custos da secção de aprovisionamento da Unidade de Saúde.

3.4.3. Custo com fármacos

Para obter os custos dos fármacos foram consultados todas as requisições de opióides e estupefacientes solicitados ao centro de custos da ECSCP, centralizada na ARS Algarve, no ano de 2009 sendo verificada a sua conformidade com os registos dos

processos clínicos de cada doente. Calculou-se um valor para cada doente com base nos registos clínicos.

3.4.4. Custo com materiais

Os custos com materiais de consumo (pensos, seringas, etc) foram facultados pelo centro de custos da equipa no serviço de aprovisionamento do Centro de Saúde de Tavira, sede da Equipa. A partir do custo anual calculou-se uma média por doente seguido no ano do estudo.

3.4.5. Custo com transportes

Para obter os gastos em transportes foi observada a ficha de registo da viatura utilizada pela ECSCP referente ao ano de 2009 multiplicando o número de km anuais por 0,30 €, o custo por km considerado no sector público. Dividindo o custo anual com transportes pelo número de visitas calculou-se o custo médio do transporte por visita.

3.4.6. Custo com pessoal

O custo anual com salários foi calculado multiplicando por 365 dias, o custo diário da equipa tendo em consideração o custo/hora das tabelas salariais de cada profissional da equipa e o seu horário. Foram contabilizadas 7 horas diárias de enfermeiros, 6 horas de médicos e 1 h do assistente social. Dividindo o custo médio anual com salários de cada grupo profissional pelo número de visitas que esse grupo profissional em 2009, calculou-se o custo médio em salários de cada visita de cada médico, enfermeiro ou assistente social.

3.4.7. Custo por visita

O custo médio de cada visita calculou-se dividindo o custo anual em salários e transportes pelo número total de visitas efectuadas a todos os doentes seguidos em 2009.

3.4.8. Custo total por doente

Finalmente, o custo total por doente calculou-se usando a fórmula:

Custo total por doente = Custo das visitas efectuadas a esse doente (salários e transporte) + custo individual de materiais utilizados nesse doente + custo individual de fármacos utilizados nesse doente) + custo com os internamentos dos doentes + custos dos episódios de urgência dos doentes

Os doentes da equipa comunitária no último mês de vida não se deslocaram ao hospital de dia, nem à consulta externa do hospital, facto este verificado no processo clínico,

onde descrevemos todos os motivos de ida ao hospital, por intercorrências ou para realização de consultas ou tratamentos.

Os dados foram informatizados, introduzidos em folhas de cálculo (EXCELL) e tratados por uma aplicação estatística (SPSS).

Fez-se a análise descritiva das variáveis das amostras calculando medidas de tendência central e de dispersão. Fez-se também a comparação das médias dos custos das amostras.

4.Resultados

4.1. Comparação da distribuição por grupos etários e por sexo

A amostra dos doentes seguidos no hospital é constituída por 127 efectivos e a amostra dos doentes seguidos pela Equipa Comunitária é de 28 efectivos como mostra o Quadro 8.

Quadro 8: Grupos etários por tipo de amostra

			Tipo da amostra		
			Hospital	Comunidade	Total
Grupos etários	30-39 ANOS	N	3	0	3
		%	2,4%	,0%	1,9%
	40-49 ANOS	N	7	1	8
		%	5,5%	3,6%	5,2%
	50-59 ANOS	N	19	3	22
		%	15,0%	10,7%	14,2%
	60-69 ANOS	N	36	7	43
		%	28,3%	25,0%	27,7%
	70-79 ANOS	N	40	11	51
	%	31,5%	39,3%	32,9%	
80-89 ANOS	N	21	5	26	
	%	16,5%	17,9%	16,8%	
90-97 ANOS	N	1	1	2	
	%	,8%	3,6%	1,3%	
Total	N	127	28	155	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	
Média			68,06	70,79	
DP			12,035	10,612	
Mínimo / Máximo			33 / 94	45 / 91	

No total das duas amostras 60,6% dos doentes tem idades que se situam entre os 60 e 79 anos. Não existe diferença estatisticamente significativa entre as médias das idades das duas amostras para um nível de confiança de 95%.

Para além da semelhança das médias, a distribuição dos efectivos pelos grupos etários também coincide o que reduz os viéses provocados pelos maiores custos nos grupos mais jovens de doentes oncológicos.

As mulheres foram em maior número nas duas amostras (Quadro 9)

Quadro 9: Sexo por tipo da amostra

			Tipo da amostra		
			Hospital	Comunidade	Total
Sexo	Mulheres	N	70	15	85
		%	55,1%	53,6%	54,8%
	Homens	N	57	13	70
		%	44,9%	46,4%	45,2%
Total		N	127	28	155
		%	100,0%	100,0%	100,0%

4. 2. Comparação da localização do tumor

Na amostra hospitalar os tumores mais prevalentes foram os do *Aparelho Digestivo*, *Genital feminino e mama* e do *Sangue e sistema linfático*. Na amostra da ECSCP os tumores mais frequentes estão localizados no *Aparelho Digestivo*, *Aparelho respiratório* e *Genital feminino e mama* (Quadro 10).

Verificamos pois que os tumores *Digestivos* e *Genital feminino e mama* se encontram entre os 3 mais prevalentes nas 2 amostras. Neste último grupo foram prevalentes os tumores da mama: 27 tumores da mama (em 34) na amostra do hospital e os 3 da amostra da ECSCP.

Quadro10: Sistema da localização do tumor por tipo da amostra

			Tipo da amostra		
			Hospital	Comunidade	Total
Sistema do tumor	Digestivo	N	52	12	64
		%	40,9%	42,9%	41,3%
	Respiratório	N	4	6	10
		%	3,1%	21,4%	6,5%
	Urinário	N	5	3	8
		%	3,9%	10,7%	5,2%
	Genital masculino	N	1	1	2
		%	,8%	3,6%	1,3%
	Genital feminino e mama	N	34	3	37
		%	26,8%	10,7%	23,9%
	Sangue e linfático	N	15	0	15
		%	11,8%	,0%	9,7%
	Sistema nervoso	N	7	2	9
		%	5,5%	7,1%	5,8%
	Pele e músculo	N	4	1	5
		%	3,1%	3,6%	3,2%
	Endócrino	N	1	0	1
		%	,8%	,0%	,6%
	Desconhecido	N	4	0	4
		%	3,1%	,0%	2,6%
Total		N	127	28	155
		%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	81,9%	18,1%	100,0%

Se atendermos ao órgão afectado, na amostra hospitalar foram mais frequentes os tumores da mama (21,3 % das classificações por órgão) e cólon (18,1 %) e na amostra da ECSCP do cólon (21,4 %) e do pulmão (17,9 %).

Os tumores do tubo digestivo são os que têm os GDHs mais onerosos.

4.3. Comparação do local das metástases

Na amostra hospitalar apresentaram metástases 68% dos doentes da amostra. Destes, foram mais frequentes as metástases hepáticas (18,9%), pulmão (18,1%) e osso (10,2%).

Na amostra comunitária metastizaram 46,4% dos tumores sendo as mais frequentes as hepáticas (21,4%), ósseas (14,3%) e pulmão (10,7%).

Os locais de metástase foram muito semelhantes nas duas amostras o que está de acordo com o esperado clinicamente.

Quadro 11: Existência de metástases por tipo da amostra

		Tipo da amostra		
		Hospital	Comunidade	Total
Existência de metástases	Cabeça	N 1	0	1
		% ,8%	,0%	,6%
	Cólon	N 1	0	1
		% ,8%	,0%	,6%
	Disseminada	N 8	0	8
		% 6,3%	,0%	5,2%
	Fígado	N 24	6	30
		% 18,9%	21,4%	19,4%
	Não tem	N 46	13	59
		% 36,2%	46,4%	38,1%
	Osso	N 13	4	17
		% 10,2%	14,3%	11,0%
	Parótida	N 0	1	1
		% ,0%	3,6%	,6%
	Pele	N 1	0	1
		% ,8%	,0%	,6%
	Peritoneu	N 0	1	1
		% ,0%	3,6%	,6%
	Pleura	N 3	0	3
		% 2,4%	,0%	1,9%
Próstata	N 2	0	2	
	% 1,6%	,0%	1,3%	
Pulmão	N 23	3	26	
	% 18,1%	10,7%	16,8%	
SNC	N 5	0	5	
	% 3,9%	,0%	3,2%	
Total	N 127	28	155	
	% 100,0%	100,0%	100,0%	

4.4. Local da morte dos doentes seguidos na comunidade

A maior parte dos doentes seguidos pela ECSP faleceram no HFEPE (57,1%). O domicílio foi o segundo local de morte em 28,6% dos casos.

Quadro 12: Local do óbito dos dentes da amostra comunitária

	Frequência	%	% acumulada
Cuidados Continuados	1	3,6	3,6
Domicílio	8	28,6	32,1
HFEPE	16	57,1	89,3
SUB-VRS	1	3,6	92,9
UCPCHBA	2	7,1	100,0
Total	28	100,0	

HFEPE: Hospital de Faro, EPE; SUB-VRSA: Serviço de Urgência Básica de Vila Real de Santo António; UCPCHBA: Unidade de Cuidados Paliativos do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio

4.5. Comparação do número de internamentos

Na amostra hospitalar todos os doentes estiveram internados pelo menos uma vez. Na amostra comunitária não tiveram internamento 60,7% dos doentes o que se reflectirá nos custos finais como se observará mais adiante (Quadro 13).

Quando 13: Número de internamentos por origem do doente (Tipologia)

Nº de internamentos	Hospitalar		Comunitária	
	N	%	N	%
0	0	0	17	60,7
1	106	83,5	8	28,6
2	19	14,9	3	10,7
3	2	1,6	0	0
Total	127	100	28	100

A estatística comparativa desta variável mostra que a amostra comunitária teve uma média menor de internamentos que a amostra hospitalar (Quadro 14).

Quadro 14: Estatística do número de internamento por origem do doente

Nº de internamentos	Tipo da amostra		Estatística
	Hospital	Comunidade	
		Média	1,18
		Mediana	1,00
		Desvio padrão	,426
		Range	2
	Comunidade	Média	,50
		Mediana	,00
		Desvio padrão	,694
		Range	2

4.6. Comparação dos dias de internamento no serviço de Oncologia

Nos doentes seguidos no hospital o total de dias de internamento em Oncologia foi de 1.307 correspondendo a 95% do total de dias de internamento no hospital, com uma média de 10.29 dias de internamento por doente da amostra.

Os doentes seguidos pela equipa comunitária tiveram uma média de dias de internamento em Oncologia de 5,07 dias, ou seja, metade da amostra hospitalar.

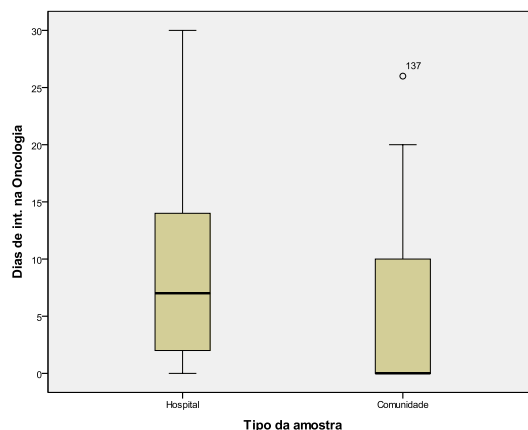


Gráfico 1: Distribuição dos dias de internamento das duas amostras

Quadro 15: Dias de internamento no Serviço de Oncologia por origem dos doentes

	Tipo da amostra		Estatística
Dias de int. na Oncologia	Hospital	Média	10,29
		Mediana	7,00
		Desvio Padrão	9,336
		Minimum	0
		Maximum	30
	Comunidade	Média	5,07
		Mediana	,00
		Desvio Padrão	7,935
		Minimum	0
		Maximum	26

As médias das duas amostras são significativamente diferentes para um intervalo de confiança de 95% ($p=0,004$).

Esta diferença é uma das grandes responsáveis pelos menores custos totais dos doentes seguidos pela equipa comunitária.

4.7. Comparação dos dias de internamento em outros serviços que não o de Oncologia

Na amostra hospitalar 117 doentes (92%) não foram internados em outros serviços que não a Oncologia. Mas 10 foram internados em outros serviços que não o de Oncologia. Foi de 75 dias o total de dias de internamento em outros Serviços que não o de Oncologia desses 10 doentes. A média foi de 0,59 dias. O desvio padrão foi de 9,336 dias, variando até um máximo de 20 dias.

Foi no serviço de Oncologia que os doentes da amostra com cancro passaram mais dias de internamento (94,5%).

Foi de 75 dias o total de dias de internamento em outros Serviços que não o de Oncologia. A média foi de 0,59 dias. O desvio padrão foi de 9,336 dias, variando até um máximo de 20 dias.

Concluimos que foi no serviço de Oncologia que os doentes da amostra passaram mais dias internados.

Quadro 16: Dias de internamento não na Oncologia

N	Validos	127
	Nulos	28
Média		,59
Range		20
Minimum		0
Maximum		20
Soma		75

Os 10 doentes da amostra Hospitalar foram internados nos seguintes serviços:

Quadro 17: Outros Serviços onde os doentes foram internados que não o de Oncologia

Serviço hospitalar de internamento	N °de dias
Gastrenterologia	18
Cirurgia	25
Cirurgia Plástica	7
Medicina Interna	5
Ginecologia	18
Serviço de Observação	2
Total de dias	75

Estes 75 dias de internamento correspondem apenas a 5,2% do total de 1.382 dias de internamento, 1.307 dos quais no serviço de Oncologia. O internamento ocorreu em outros serviços por motivo dos mesmos terem que ser operados ou por terem que realizar exames específicos de determinados serviços, mas também pelo facto da disponibilidade de internamento que não existia na oncologia no momento da sua admissão.

Os doentes da amostra Comunitária não foram internados em outros serviços que não o de Oncologia.

4.8. Comparação do número de idas à Urgência

Na amostra hospitalar houve um total de 157 episódios de Urgência com uma média de 1,24 episódios por doente, variando de 0 a 6 episódios e um desvio padrão de 1,011 episódios.

Quadro 18: Número de episódios de urgência por origem dos doentes

Tipo da amostra		Std.
		EstatisticaError
Nº de episódios de urgência	deHospital	
	Média	1,24
	95% Intervalo de confiança da média	Limite inf. 1,06 Limite sup. 1,41
	5% Trimmed Mean	1,15
	Mediana	1,00
	Variância	1,023
	Desvio padrão	1,011
	Minimum	0
	Maximum	6
	Range	6
	Comunidade	
	Média	,75
	95% Intervalo de confiança da média	Limite inf. ,42 Limite sup. 1,08
5% Trimmed Mean	,68	
Mediana	1,00	
Variância	,713	
Desvio padrão	,844	
Minimum	0	
Maximum	3	
Range	3	

Nos doentes seguidos pela ECSCP a média de idas ao Serviço de urgência dos doentes foi de 0,75 idas e mediana de uma ida, variando a amostra ente 3 e 0 idas. O desvio

padrão foi de 0,844. A moda de 0 revela que muitos doentes não chegaram a ir ao serviço de urgência. De facto, muitos doentes seguidos na comunidade não tiveram necessidade de recorrer ao serviço de Urgência durante o último mês de vida: 23 doentes seguidos no hospital (18,1%) e 13 doentes seguidos na Comunidade (46,4%).

A diferença entre as médias dos episódios de ida à Urgência foi significativa para um intervalo de confiança de 95% ($p=0,011$).

4.9. Comparação do número de idas à Consulta Externa no Hospital de Faro

Os doentes seguidos no hospital foram 109 vezes à Consulta Externa com uma média de 0,86 vezes, um desvio padrão de 1,146, variando entre 0 e 6 vezes.

Quadro 19: Número de idas à C. Externa dos doentes hospitalares

N	Valido	127
	Nulo	28
Média		,86
Range		6
Minimum		0
Maximum		6
Soma		109

Nenhuns doentes seguidos pela ECSCP foi seguido na Consulta Externa durante o tempo de estudo.

4.10. Comparação do número de episódios de Hospital de Dia

Na amostra Hospitalar houve 121 episódios de Hospital de Dia com uma média de 0,95 episódios por doente, variando entre 0 e 7 episódios no último mês de vida.

Quadro 20: Número de episódios de Hospital de Dia dos doentes hospitalares

N	Validos	127
	Nulos	28
Média		,95
Range		7
Minimum		0
Maximum		7
Soma		121

Nenhum doente da amostra comunitária foi seguido no serviço de Hospital de Dia.

Quadro 21: Sumário das variáveis expostas

Variáveis		Estatística			
		Média	Desvio Padrão	Mediana	Range
Nº total de internamentos	Hospital	1	0	1	2
	Comunidade	1	1	0	2
Dias de int. na Oncologia	Hospital	10	9	7	30
	Comunidade	5	8	0	26
Dias de int. não na Oncologia	Hospital	1	3	0	20
	Comunidade	.	.	.	.
Total de dias de internamento	Hospital	11	9	8	30
	Comunidade	5	8	0	26
Nº de episódios de urgência	Hospital	1	1	1	6
	Comunidade	1	1	1	3
Nº de idas à C. Externa	Hospital	1	1	1	6
	Comunidade	.	.	.	.
Nº de episódios de H. Dia	Hospital	1	2	0	7
	Comunidade	.	.	.	.

O Quadro abaixo mostra significância das médias das variáveis assinaladas em B.

Quadro 22: Comparação das médias dos dois grupos populacionais

	Tipo da amostra	
	Hospital (A)	Comunidade (B)
Nº de internamentos	B	.
Dias de int. na Oncologia	B	.
Dias de int. não na Oncologia	.	.
Total de dias de internamento	B	.
Nº de episódios de urgência	B	.
Nº de idas à C. Externa	.	.
Nº de episódios de H. Dia	.	.

B: Médias significativamente menores para um nível de significância de 0,05

4.11. Análise dos custos da amostra hospitalar

Como referimos na metodologia o cálculo dos custos dos doentes da amostra hospitalar basearam-se (i) nos custos dos episódios de Urgência, Hospital de dia e de Consulta Externa e dos custos com ECDT e do Bloco operatório dos internamentos e (ii) nos custos anuais médios dos internamentos dos Serviços implicados.

Os valores que lhes correspondem, fornecidos pelo HFEPE, foram os que se referem no Quadro 23.

Quadro 23: Custos médios por episódio no HFEPE em 2009

2009	Oncologia	Gastrenterologia	Cirurgia Geral	Urgência Geral
Custo Direto				
Custo Médio Dia Internamento	€209,92	€299,88	€185,38	
Custo Médio Doente Saído	€1.888,25	€2.436,65	€1.268,59	
Custo Médio Sessão HDI	€502,43			
Custo Médio Doente Tratado HDI	€6.001,19			
Custo Médio de Consulta	€149,24			
Custo Médio de Urgência				€183,45
Custo Total				
Custo Médio Dia Internamento	€285,45	€432,02	€413,44	
Custo Médio Doente Saído	€2.567,70	€3.510,32	€2.829,22	
Custo Médio Sessão HDI	€657,55			
Custo Médio Doente Tratado HDI	€7.853,90			
Custo Médio de Consulta	€239,35			
Custo Médio de Urgência				€278,50

Nota: O custo total engloba o custo indireto. Neste custo indireto estão custos com os MCDT's requisitados por estes serviços; assim como no caso da Cirurgia Geral os custos com a atividade do bloco, entre outros tipos de custo. Fonte: HF

O segundo grupo, refere-se ao custo anual de cada Serviço (Oncologia, Gastrenterologia e Cirurgia Geral) com as rubricas de i) Matérias de consumo; ii) Fornecimento e serviços externos e iii) Despesas de pessoal

Quadro 24: Custo anual em matérias de consumo, fornecimentos, serviços externos e pessoal, do HFEPE em 2009

2009	Internamento Gastrenterologia	Internamento Oncologia	Internamento Cirurgia Geral
Matérias De Consumo	€202.142,07	€165.142,79	868.682,53
Produtos Farmacêuticos	€158.555,11	€115.619,42	€742.505,01
Material De Consumo Clínico	€34.275,99	€44.134,60	€111.144,04
Outros Consumos	€9.310,97	€5.388,77	€15.033,48
Fornecimentos E Serviços Externos	€59.748,63	€82.713,26	€359.345,57
Subcontratos	€44.142,71	€45.680,53	€60.110,48
Fornecimentos E Serviços	€15.605,92	€37.032,73	€299.235,09
Custos com Pessoal	€1.263.080,33	€526.073,36	€1.933.546,41
Remunerações Base Do Pessoal	€777.341,58	€309.798,08	€1.252.381,62
Pessoal Dirigente	- €	- €	- €
Pessoal Médico	€275.661,37	€91.018,62	€568.110,28
Pessoal de Enfermagem	€367.077,88	€171.286,99	€5536.116,18
Pessoal Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	- €	- €	- €
Pessoal Técnico Superior	- €	- €	- €
Pessoal Assistente Técnico	€11.078,85	€10.694,09	€34.509,65
Pessoal Assistente Operário	€123.523,48	€36.798,38	€113.645,52
Pessoal Informático	- €	- €	- €
Outro Pessoal	- €	- €	- €
Outros custos com pessoal	€485.738,75	€216.275,28	€681.164,79

Fonte : Hospital de Faro, EPE

As características deste trabalho impuseram recorrer a diferentes métodos para calcular os custos dos doentes das 2 amostras. Esse é o motivo porque descrevo os resultados separadamente.

O Quadro abaixo mostra a estatística dos resultados dos custos dos doentes da amostra do HCF, no seu último mês de vida.

Quadro 25: Estatística descritiva dos resultados dos custos dos doentes seguidos no HFEPE

	Custo Total	Custo Int. Internamento	Custo Int. Oncologia	Custo Int. Outros Serv.	Custo Serv. Urgência	Custo Cons. Externa	Custo Hosp de Dia	Custo Final
Media	€5.293,32	€5.093,52	€5.074,90	€344,28	€205,42	€626,48	€6.469,52	
Mediana	€4.394,35	€4.394,35	€4.146,69	€278,50	€239,35	€0,0000	€6.047,05	
Desvio padrão	€2.975,58	€2.731,32	€2.864,73	€281,70	€274,26	€1.066,90	€2.852,21	

A maior fatia dos custos atribui-se ao internamento (82%) sobretudo no serviço de Oncologia (79%) seguido pelo valor, bastante mais baixo, do Hospital de Dia (9,68%) (Quadro 25).

Quadro 26: Percentagens dos custos dos doentes da amostra do HFEPE

Custos	Custo Int. Oncologia	Custo Int. Out. Serv.	Custo Serv. Urgência	Custo CONS. Externa	Custo Hosp. de Dia	Custo Final
€	646.878,17	25.374,54	43.724,51	26.088,87	79.563,55	821.629,87
%	78,73	3,09	5,32	3,18	9,68	100,00

4.11.1. Custo do internamento no Serviço de Oncologia

Preenchem 79% da média dos custos dos doentes dos doentes seguidos no hospital, que recordemos, foram recrutados entre os doentes seguidos no Serviço de Oncologia. É ao internamento neste Serviço e menos nos serviços prestados aos doentes oncológicos fora dele (Hospital de Dia, outros serviços de internamento, Consulta Externa e Serviço de Urgência) que se deve a maior percentagem dos custos dos doentes da nossa amostra. A **média de internamento** foi de € **5.093,52** por doente da amostra.

4.11.2. Custo de internamento em outros Serviços que não a Oncologia

Trata-se de um valor residual de 3% dos custos reflectindo os casos esporádicos (5 doentes) de internamento dos doentes da amostra em outros Serviços que não a Oncologia.

4.11.3. Custo de ida ao Serviço de Urgência

Cerca de 5% dos custos totais apurados deveu-se à ida ao Serviço de Urgência Hospitalar, provavelmente por descontrolo sintomático, muito frequente nos doentes oncológicos no último mês de vida. A **média** do custo por doente foi de €**344,29**.

4.11.4. Custo por episódio de Consulta Externa

Foi também muito pequena a percentagem dos custos por ida à Consulta Externa dos doentes do hospital (3%). A **média** por doente foi de **€205,42**.

4.11.5. Custo com episódios do HD

A distribuição dos custos pelos doentes seguidos no hospital foi bastante assimétrica, havendo muitos doentes que não tiveram episódios de Hospital de Dia e outros com custos elevados (Máximo de €4.602,85). São valores esperados se atendermos que os custos do Hospital de Dia incluem os custos dos tratamentos ali ministrados.

4.11.6. Custo total por doente hospitalar

Apurámos o valor de 821.629,87 € para o gasto total dos 127 doentes da amostra no HFEPE, no seu último mês de vida. A **média** foi de **6.469,5265 € por doente**.

4.12. Análise dos custos dos doentes seguidos pela equipa comunitária

Os custos da ECSCP incluem os custos com as visitas domiciliárias efectuadas aos doentes da amostra (que inclui os custos com pessoal e transportes) e os custos com tratamentos (que inclui os custos com fármacos e materiais).

Quadro 27: Custos dos doentes da amostra comunitária

	Custo com visitas	Custo com fármacos	Custo com materiais	Custo Final
Média	€2.936,22	€210,19	€8,85	€3.155,26
Mediana	€2.906,56	€151,92	€8,85	€3.004,61
Desvio padrão	€1.459,60	€208,28	€, 00000	€1.617,84
Range	€5.813,13	€646,89	€, 00	€6.233,58
Minimum	€553,63	€, 00	€8,85	€570,54
Maximum	€6.366,76	€646,89	€8,85	€6.804,12
Soma	€82.214,21	€5.885,35	€247,80	€88.347,35
%	93,06	6,66	0,28	100

4.12.1. Custo das visitas domiciliárias

Efectuaram-se 297 visitas domiciliárias aos doentes da equipa comunitária. A média do número de visitas efectuadas pela ECSCP foi de 10,61 visitas por doente, com uma mediana de 10,50 visitas, um desvio padrão de 5,273 visitas e uma moda de 16 visitas. O número máximo de visitas por doente foi de 23 e o mínimo de 2. O que determina as visitas é a necessidade dos doentes conjugada com a capacidade de gestão da equipa em momentos de crises de sintomas de vários doentes em simultâneo.

Quadro 28: Número de visitas domiciliárias

Média	10,61
Mediana	10,50
Desvio padrão	5,273
Range	21
Minimum	2
Maximum	23
Soma	297

A maior parte dos doentes tiveram entre 5 e 14 consultas domiciliárias no último mês de acompanhamento.

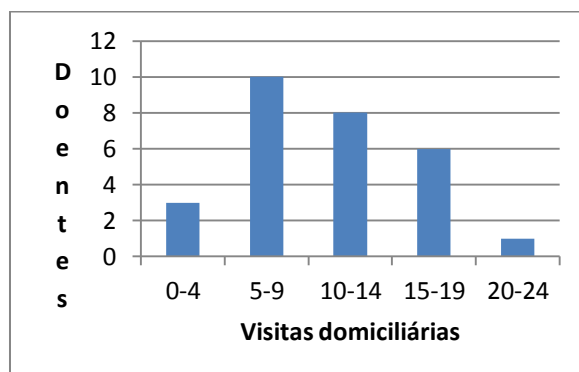


Gráfico 2: Visitas domiciliárias por doente

Baseando-nos na contabilidade analítica da ECSCP, verificamos que o custo de cada visita domiciliária foi de **€276,82** onde se inclui €11,74 do transporte. No custo da visita, 95,76 % correspondendo ao custo dos salários dos profissionais da equipa e apenas 4,24 % ao custo do transporte.

A **média** dos custos com visitas domiciliárias dos doentes da amostra foi de **€2.936,22** por doente. O total de gastos com despesas com visitas da ECSCP no seguimento destes 28 doentes no último mês de vida foi de €82.214,21 que corresponde a 93 % do custo total dos doentes.

4.12.2. Custo com tratamentos

Estes custos englobam os custos com fármacos (6,66 % do total) e os custos com material clínico (0,28 % do total).

A **média** da despesa de fármacos foi de €210,19 e com materiais foi de €8,85.

4.12.3. Custo total por doente da comunidade

O custo total de seguimento destes doentes foi de €88.347,35 com uma **média de €3.155,26** e um DP de €1.617,84. Houve uma grande dispersão dos valores como era de esperar e que se deve à grande diferença de situações clínicas e de necessidades dos doentes seguidos. O doente mais oneroso custou €6.804,12 e o com preço mais baixo, apenas €570,54.

4.13. Comparação do custo final das duas amostras

Segundo o método utilizado, o resultado do estudo mostra que a média da despesa dos doentes da equipa comunitária foi cerca de metade da média da despesa dos doentes seguidos exclusivamente em meio hospitalar.

Quadro 29: Comparação das médias das duas amostras

Tipo da amostra		N	Média	Desvio padrão	D.P. da média
Custo Final	Hospital	127	6.469,52	2.852,21	253,09
	Comunidade	28	3.155,26	1.617,84	305,74

Quadro 30: Teste – t para a comparação das médias dos custos de duas populações independentes

	t	g.lib.	Sig. caudal)	(bi-Diferença das médias	Erro padrão da diferença	95% Intervalo de confiança Inferior Superior
Custo Final	8,350	69,671	,000	3.314,26404	396,90720	2.522,59191 4.105,93616

Variâncias não homogéneas: Teste de Levene com $p=0,001$

Com um $t= 8.350$ e um $p < 0,05$, conclui-se que é menor que 5% a probabilidade das amostras terem sido tiradas da mesma população, ou, por outras palavras, aceita-se com estatisticamente muito significativo a diferença entre os valores da médias de custos finais dos doentes das duas amostras.

5. Discussão

Não foi objectivo deste estudo estudar a mais-valia do controle ou da diminuição do sofrimento dos doentes. Contudo, não posso deixar de mencionar que, no meu entendimento esse é o maior e mais importante dos ganhos. O sofrimento faz parte das crises que acompanham a experiência humana, é pessoal e subjectivo e difícil de ponderar. A economia da saúde conhece bem a dificuldade de quantificar em unidades monetárias dimensões humanas como o sofrimento ou a qualidade de vida. Também os custos indirectos da doença não foram tomados em conta por imperativos metodológicos.

O método utilizado teve o objectivo de comparar os custos directos de duas populações distintas utilizadoras de dois níveis dos cuidados de saúde públicos. O estudo foi realizado, sabendo de antemão as dificuldades para calcular os custos hospitalares. Na recolha de dados teria de utilizar metodologias diferentes para as duas populações porque também a natureza dos dados era diferente. Os custos dos doentes hospitalares foram calculados baseando-nos na informação dos centros de custos disponibilizada pelo serviço de contabilidade do HFEPE. Foi a única forma possível. Já o cálculo dos custos da ECSCP foi mais fácil devido à menor complexidade dos serviços prestados e à dimensão menor do dispositivo assistencial em causa. Procurei ser exaustiva na sua avaliação.

Enquanto os fármacos da ECSCP foram calculados individualmente correspondendo ao que, de facto, cada doente consumiu, os custos com fármacos por doente hospitalar corresponde a uma média anual do consumo de todos os doentes, durante um ano em determinado serviço hospitalar (centro de custos). Esta foi a única forma de calcular custos com fármacos de doentes seguidos no HFEPE. O custo por doente, o mais correcto para calcular os custos em consumo de cuidados de saúde, não é realizado em nenhum hospital público português.

A variação das necessidades dos doentes pode ser uma causa de variação considerável dos custos (33). Os GDHs reflectem essas diferenças atribuindo maiores recursos às neoplasias do aparelho digestivo e do aparelho respiratório. Neste estudo os tipos de

tumor mais frequentes foram muito semelhantes nas duas populações pelo que as diferenças existentes não se deveram a esta variável. Também o número mais elevado de tumores metastizados na população hospitalar não teve repercussão nos custos uma vez que não foram contabilizados os custos com quimioterapia feita no hospital nos doentes das duas populações. A quimioterapia é um tratamento oneroso e frequente nos doentes com metástases. Sabendo que os doentes jovens consomem mais recursos que os idosos, a semelhança da distribuição etária das duas populações não implicou diferenças de custos atribuídas a esta variável.

O facto dos doentes da ECSCP não terem recorrido ao hospital de dia e à consulta externa deve-se provavelmente ao estágio avançado da doença que justificou a sua referenciação para a equipa, com prognóstico de vida reduzido em que já não há indicação para tratamento curativo mas apenas para radioterapia ou quimioterapia paliativa.

O trabalho demonstrou que houve diferenças significativas nas variáveis relacionadas com o internamento dos doentes e da recorrência ao serviço de urgência hospitalar. Ora, são precisamente os custos com o internamento que, em vários estudos, estão na origem dos gastos dos doentes oncológicos. (10),(29),(36),(30).

Vários estudos apontam, também, que os doentes seguidos pelas equipas domiciliárias vão menos vezes ao serviço de urgência(30), (36). Compreende-se que estas equipas, trabalhando em proximidade, prestando cuidados personalizados e possuindo conhecimentos e meios diferenciados, mostram grande eficácia no descontrolo sintomático (motivo principal de ida à urgência) e na tranquilização dos doentes e das famílias pela prestação de cuidados antecipatórios com conseqüente minimização da ansiedade e do medo do imprevisível e do desconhecido. A assistência no domicílio mostra-se mais efectiva e, muito importante, evita frequentemente exames complementares de diagnóstico e tratamentos, realizados na urgência hospitalares que não se traduzem em benefício do doente.

Foi nestas variáveis que a ECSCP se mostrou menos onerosa.

Existem poucos estudos na literatura actual que comparam os custos de equipas domiciliárias em cuidados paliativos e serviços convencionais. Num desses estudos realizado em 2001 na Catalunha(36), foram avaliados doentes no último mês de vida seguidos por equipas domiciliárias e serviços convencionais (hospitais). Demonstrou que 84% dos doentes seguidos na comunidade não foram internados num hospital no último mês de vida, contra 37% apenas dos doentes seguidos no hospital. Os doentes

seguidos no domicílio tiveram menos episódios de internamento que os seguidos de forma convencional. O mesmo estudo relata que as idas ao serviço de urgência são mais frequentes nos doentes seguidos pelos serviços convencionais do que nos doentes que são seguidos por equipas comunitárias, 55% no primeiro caso e 16% no segundo. Os doentes seguidos na comunidade permaneceram menos dias internado, que os seguidos no hospital. Todas estas diferenças são estatisticamente significativas e são semelhantes aos resultados encontrados no nosso estudo. Como podemos observar os custos aqui relatados são na perspectiva da poupança de recursos, logo na poupança dos custos.

Num estudo realizado no EUA, "Cost and Non-clinical Outcomes of Palliative Care"(32), também relata que doentes seguidos por equipas domiciliárias vão menos vezes ao serviço de urgências e ao hospital de um modo geral do que os que são seguidos de forma convencional.

Num outro, "The cost of treatment of terminal patient"(28) realizado na Bélgica em 2010 avaliando os doentes terminais em diferentes contextos de prestação de serviços, revela que as hospitalizações de doentes terminais são responsáveis pela maior fatia financeira com eles dispendida e que as equipas domiciliárias parecem ser uma alternativa rentável revelando, no entanto, a necessidade de mais estudos que venham a demonstrá-lo. O estudo presente, veio confirmar que os custos com internamentos são de facto o maior encargo financeiro dispendido pelos doentes terminais. O presente estudo, demonstrou também, que a ECSCP poupou metade dos custos totais dispendidos com estes doentes no último mês de vida em comparação com os seguidos convencionalmente, em meio exclusivamente hospitalar.

Comprova-se, assim, alguns dos estudos encontrados na literatura, não só a origem maior dos custos atribuídos aos doentes oncológicos no seu último mês de vida mas também a importância das equipas comunitárias na minimização dos custos nessas variáveis consideradas *major*, a redução do número e dos dias de internamento e da ida à urgência hospitalar.

Este estudo confirma a vantagem económica, na perspectiva da utilização racional dos recursos do Serviço Nacional de Saúde, da disseminação de equipas semelhantes que aliem à eficácia a qualidade dos serviços prestados.

A dimensão da qualidade não pode ser descurada, devendo ser o *core* dos eventuais projectos a implementar. Poderá não fazer sentido, a não ser num contexto de extrema limitação de recurso, aceitar a redução da qualidade imposta pela redução de custos ou, dito de outra forma, implementar a formação de equipas comunitárias apenas por

motivos económicos descurando a qualidade dos serviços prestados aos doentes. Caberá ao decisor político a definição dos mínimos de qualidade aceitáveis. Importante achega para esta reflexão será o trabalho já efectuado pela Unidade de Missão dos Cuidados Continuados (2010).

Há, pois que efectuar mais estudos que incidam sobre a qualidade do serviço prestados pelas equipas comunitária, sobre a efectividade clínica, a satisfação dos utentes e dos cuidadores e, em contextos diferentes, consolidem as conclusões de mais-valias económicas agora reveladas.

De particular importância considero os estudos de custos indirectos que, levando em consideração os custos relacionados com o absentismo laboral dos doentes e cuidadores assim como os relacionados com a perda da qualidade de vida, devem ser o caminho futuro da investigação. Falo de estudos económicos de custo-benefício que apontarão novas dimensões na abordagem da temática da prestação dos cuidados paliativos nos diferentes níveis de prestação de cuidados do Serviço Nacional de Saúde.

Bibliografia

1. Lieven A. Health Economics for Non-economists. Book. 2008.
2. Fortin F, M. O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO- da concepção à realização. Book, 2003.
3. Jefferson TD, V, Mugford, M. ELEMENTARY ECONOMIC EVALUATION IN HEALTH CARE. Book, 2000.
4. Parkes C, Young B. Morte e luto através das culturas. Book, 2003.
5. Santos F.. Cuidados Paliativos, discutindo a vida, a morte e o morrer. Book, 2009.
6. Gonçalves F. S, A,J. A boa- morte, ética no fim da vida. book, 2009.
7. Hennezel M. Diálogo com a morte. Book, 2005.
8. Radbruch C. Palliative Medicine. Book. 2009:219-24.
9. Redall C. Palliative care for care homes, a practical handbook. Book. 2009:1-161.
10. Bruera E, HI, Ripamonti C, Guten V.G. TEXTBOOK OF PALLIATIVE MEDICINE. 2006.
11. Batiste X. PJ, Tuca A, Stjernsward J. Organización de Servicios y Programas de Cuidados Paliativos. Book. 2005.
12. Roadbruch L. White paper on standards and norms for hospice and Palliative Care in Europe- Part 1. European Journal of Palliative Care. 2010.
13. Ramon S.N. Enfermedad Terminal: Concepto e factores pronósticos.
14. ANCP.Formação de enfermeiros em cuidados paliativos, recomendação da ANCP.1-23.
15. Randall,F.The philosophy of palliative care, critique and reconstruction. Book. 2006.
16. Duffy, J. Rediscovering the meaning in medicine, Lesson from the dying on the ethics of experience. Palliative and Supportive Care. 2004;2:207-11.
17. Susana P. CUIDAR - A PESSOA EM FASE TERMINAL- PERSPECTIVA ÉTICA. BOOK. 2002:87-97.
18. Mercadante S. VA, Porzio G., Costanzo et al. How do Cancer Patient Receiving Palliative care at home Die? A Descriptive Study. Journal of Pain and Symptom Management. 2011.
19. Toscani F., Brunelli C., Miccinesi C., Laquintana D.How People Die In Hospital of General wards: A Descriptive Study. Journal of Pain and Symptom Management. 2005;30.
20. Passik S, Brown G., Snapp J., Swinford S., Gustgsell T., Kirsh L. Is there a model for demonstrating a beneficial financial impact of initiating a palliative care program by an existing hospice program? Palliative and Supportive Care. 2004;2:419-23.
21. Marques L.A. GE, Salazar H, Neto G.I, Capelas L.M, Tavares M, Sapeta P. O desenvolvimento dos Cuidados paliativos em Portugal. Patient Care. 2009.
22. Ferreira N. Avaliação Económica no Sertor da Saúde.42-9.
23. Nero C. ECONOMIA DA SAÚDE: Conceito e contribuição para a gestão de saúde. book, 2002;8:5-23.
24. Baptiste G.X.;Porta J., Stjernsward J. Organización se Servicios y programas de Cuidados Paliativos. Book, 2005:22-323.
25. Jeverson D,M. ELEMENTARY ECONOMIC EVALUATION IN HEALTH CARE. Book. 2000:1-132.

26. Núñez LR. PALLIATIVE MEDICINE. Book, 2009:245-51.
27. Steven Simoens M, PhD, Betty Kutten, BA, Emmanuel Keirse, et al. The Costs of Treating Terminal Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2010 September. 2010;40.
28. Steven S, Keise E, Berghe V.P, Beguin C, Léonard C, Desmedt M., Paulus D., Menten J. The Cost of Treatment Terminal Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2010;40:436-48.
29. Cosimo S, Ferretti G, Cicchetti. Palliative home care and Cost Saving: Encouraging results from Italy. *The New Zeland Medical Journal*. 2003;116.
30. Pratt M, Picaza J. Home Palliative Care as a Costing Saving Alternative: Evidence from Catalonia. *Palliative Medicine*. 2001;15:271-8.
31. Tamir O., Shvartzman P. . Taking Care of terminally-ill patients at home- the economic Perspective revisited. *Palliative Medicine*. 2007;21:537-41.
32. Smith TC, B. Cost and Non- Clinical Outcomes of Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2009;38:32-44.
33. D. Coyle a NSb, A. Ashworth c, S. Hennessy c, S. Jenkins-Clarke et al. Costs of palliative care in the community, in hospitals and in hospices in the UK. *Critical Reviews in Oncology:Hematology*. 1999;32:71-85.
34. Santana R. O FINANCIAMENTO HOSPITALAR E A DEFINIÇÃO DE PREÇOS. *Revista Portuguesa de saúde publica*. 2005;5:93-118.
35. Mateu Serra-Prat. Home palliative care as a cost-saving alternative: evidence from Catalonia. *Palliative Medicine*. 2001;15:271-8.