

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA E INTERNAÇÃO DOMICILIAR DO MUNICÍPIO DE CASCAVEL/PR

BUSATO, Isabel Hubie¹
MADUREIRA, Eduardo Miguel Prata²
SAKURADA, Rogério Yassuaki³

RESUMO

O avanço da tecnologia tem permitido que muitos pacientes com doenças degenerativas-crônicas tenham atualmente sua vida prolongada, não garantindo, porém, redução no seu sofrimento ou de sequelas, de forma que cuidados mais intensivos ainda se fazem importantes. Os cuidados paliativos são uma forma de propiciar esses cuidados necessários para as pessoas no curso de qualquer doença crônica potencialmente fatal, ao proporcionar uma abordagem que melhore a qualidade de vida desses pacientes e de suas famílias, atuando na prevenção e alívio do sofrimento. No município de Cascavel o programa de assistência e internação domiciliar procura realizar o atendimento aos pacientes que necessitam de cuidados paliativos e o presente artigo tem como objetivo avaliar o custo deste programa, destacando o perfil de seus pacientes e as despesas do processo, considerando o preço diário de manter um paciente em sua necessidade de cuidados, incluindo gastos com insumos, medicamentos e profissionais. O estudo foi realizado a partir de uma análise retrospectiva transversal dos prontuários de pacientes falecidos no ano de 2019 que estiveram em cuidado paliativo domiciliar pelo programa. A amostra constitui-se de 21 prontuários e foram analisados os custos com insumos, medicamentos e com a equipe multidisciplinar que realiza o atendimento a domicílio. Os resultados mostraram que entre os insumos os maiores gastos foram com as seringas e agulhas e com o material usado para curativos; entre as classes de medicamentos, os maiores custos foram com o consumo de eletrólitos e com o uso de analgésicos e antibióticos; e considerando a equipe multidisciplinar obteve-se maiores gastos com os profissionais médicos. Os resultados também apontam para a necessidade de pesquisas com análise econômica em saúde, a fim de obter subsídios mais amplos das inter-relações entre cuidado e custos, que possam demonstrar como os cuidados paliativos são relevantes para a sociedade não apenas pelo atendimento humanizado, mas também pelos baixos custos que apresenta.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidado paliativo, atendimento domiciliar, custos.

ASSISTANCE AND HOME ADMISSION PROGRAM IN THE MUNICIPALITY OF CASCAVEL/PR

ABSTRACT

The advancement of technology has allowed many patients with chronic degenerative diseases to have their lives prolonged, however, not guaranteeing a reduction in their suffering or sequelae, so that more intensive care is still important. Palliative care is a way of providing this necessary care for people in the course of any potentially fatal chronic disease, by providing an approach that improves the quality of life of these patients and their families, acting in the prevention and relief of suffering. In the municipality of Cascavel, the assistance and home care program seeks to provide care to patients in need of palliative care and this article aims to assess the cost of this program, highlighting the profile of its patients and the costs of the process, considering the diary price of keeping a patient in need of care, including spending on supplies, drugs and professionals. The study was conducted based on a retrospective cross-sectional analysis of the medical records of patients who died in 2019 who were under palliative care at home by the program. The sample consists of 21 medical records and were analyzed the costs of supplies, medicines and the multidisciplinary team that performs the home care. The results show us that among the inputs the biggest expenses were with syringes and needles and with the material used for dressings; among the drug classes, the highest costs were with the consumption of electrolytes and with the use of analgesics and antibiotics; and considering the multidisciplinary team, higher expenses were obtained with medical professionals. The results also point to the need for research with economic analysis in health, in order to obtain broader subsidies of the interrelationships between care and costs that can demonstrate how palliative care is relevant to society not only for humanized care, but also due to its low costs.

KEYWORDS: Palliative care, home care, costs.

¹ Aluna do Curso de Medicina do Centro Universitário FAG. E-mail: ihbusato@gmail.com

² Economista. Mestre em Desenvolvimento Regional e Agronegócio. Professor do Centro Universitário FAG. E-mail: eduardo@fag.edu.br

³ Médico especialista em Medicina da Família e Comunidade, docente do Curso de Medicina do Centro Universitário FAG. Coordenador do programa de residência médica em Medicina da Família e Comunidade do Hospital São Lucas de Cascavel/PR. E-mail: rysakurada@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

Vive-se um novo contexto epidemiológico e de transição demográfica, que inclui o aumento da expectativa de vida da população e a prevalência das doenças degenerativas-crônicas. Com o avanço da tecnologia, muitos pacientes que antes evoluíam à óbito, hoje têm suas vidas prolongadas, porém essa prática pode não diminuir o sofrimento. Muitos pacientes acabam ficando com sequelas de doenças neurológicas, respiratórias, cardiovasculares, nefrológicas, entre outras, e passam a necessitar de cuidados mais intensivos.

Os cuidados paliativos surgem como uma forma de propiciar cuidados necessários para as pessoas no curso de qualquer doença crônica potencialmente fatal. Visa proporcionar uma abordagem que melhore a qualidade de vida, atuando na prevenção e alívio do sofrimento pela detecção precoce e pelo tratamento da dor, bem como de outros problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais.

A abordagem dos enfermos que carecem de cuidados paliativos pode ser realizada de diversas formas, em hospitais, casas de repouso ou no próprio domicílio. Ambos trazem suas vantagens e desvantagens.

No município de Cascavel/PR, através de um programa de assistência e internação domiciliar do SUS, procura-se realizar um atendimento domiciliar aos doentes que necessitam de cuidados paliativos. Este artigo tem como objetivo avaliar o custo deste programa no seu atendimento aos cuidados paliativos e assistência domiciliar, destacando o perfil de seus pacientes e as despesas do processo, considerando o preço diário de mantê-lo em sua necessidade de cuidados, incluindo gastos com insumos, medicamentos e profissionais essenciais para manter a sobrevivência destes, melhorando sua qualidade de vida.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 CONCEITO CUIDADOS PALIATIVOS

Nas últimas décadas, presenciou-se uma modificação do contexto social, no qual a expectativa de vida aumentou, revelando o envelhecimento progressivo da população. Contudo, apesar da evolução da medicina e o surgimento de novos tratamentos, a morte continua sendo uma certeza, que ameaça o ideal de cura e preservação da vida, fazendo questionar sobre a qualidade de vida dos indivíduos com doenças terminais. Pensando no bem-estar desta população, surge a dinâmica dos cuidados paliativos, objetivando a prevenção e o alívio do sofrimento destes pacientes (BRASIL, 2013; MATSUMOTO, 2012).

Os cuidados paliativos são baseados em princípios éticos como: respeito à vida; encarar a morte como um processo natural, sem apressá-la ou adiá-la; promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis; ofertar um sistema de apoio, por meio de uma equipe multiprofissional, para que os enfermos possam viver o mais ativamente quanto possível até o momento da sua morte (BRASIL, 2013).

Este método de cuidado deve ser proposto quando já se esgotaram todas as possibilidades de cura, apenas como uma opção de manutenção de conforto e dignidade da vida. Ele exige uma identificação da doença, avaliação dos métodos a serem adotados e o melhor tratamento disponível a cada situação. Este cuidado deve ser prestado o mais cedo possível, a partir do diagnóstico da doença com risco de morte, para que haja adaptação as crescentes necessidades da doença e a disponibilidade aos cuidados apresentados por seus familiares (BRASIL, 2013).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) os cuidados paliativos são definidos como uma assistência multiprofissional, ativa e integral aos pacientes, cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, devendo garantir uma melhora à qualidade de vida deste e de seus familiares através da prevenção e alívio do sofrimento, dor e outros dilemas, estendendo-se à fase de luto (BRASIL, 2013).

A qualidade de vida e o bem-estar do doente devem-se basear na análise de vários aspectos da sua vida, mesmo uma vez que a doença ameace a sua continuidade, como gerar grandes perdas, as quais o enfermo tem que enfrentar junto com a sua família, quase sempre não estão preparados para isso, como a perda da autonomia, autoimagem, segurança, capacidade física, respeito, além das perdas materiais: emprego, poder aquisitivo e status social. Além dos problemas sociais, dificuldades de acesso a serviços, medicamentos e outros recursos que levam ao sofrimento. Todas essas questões devem ser bem discutidas pela equipe multiprofissional, pois geram angústia, depressão e desesperança, interferindo na evolução da doença, na intensidade e na frequência dos sintomas, piorando ainda mais todo esse cenário. Outra questão que deve ser bem analisada dentro da avaliação do tempo de sobrevivência é a determinação da “morte social” antes da morte física propriamente dita. A pessoa em cuidado paliativo tem uma expectativa de vida pequena, em dias ou semanas, correndo-se o risco de subestimar suas necessidades e negligenciar a possibilidade de conforto real dentro de sua avaliação e das condições de sua família (ARANTES, 2012).

O cuidado paliativo deve estar sempre associado à cadeia de serviços de saúde que caracterizam a atenção global ao doente. O fluxo de pacientes para internação hospitalar ou domiciliar, as necessidades de investigação diagnóstica e o acompanhamento durante o restante de seus dias devem ser parte de uma rede integrada e muito bem articulada, que ofereça segurança ao enfermo e seus

entes em todas as etapas de seu adoecimento e respeito às decisões previamente definidas para o final da vida (MACIEL, 2012).

2.2 MODELO DE ASSISTENCIA DOMICILIAR

Um desejo comum entre os pacientes que se encontram no final da vida é morrer em casa. O domicílio simbolicamente representa a volta ao ventre materno, onde há calor, proteção e aconchego. A internação domiciliar proporciona uma reintegração do paciente em seu núcleo familiar, dando o apoio necessário tanto para o doente quanto para sua família, através da aproximação de uma equipe de saúde junto a família e seu enfermo (BRASIL, 2013; RODRIGUES, 2012; FRIPP, 2012).

A atenção domiciliar vem se mostrando como uma forma competente do cuidado, que está em constante reestruturação, tanto no modo de atuar com atenção ao espaço físico, quanto aprimorando suas estratégias de cuidado. Por envolver todo o contexto domiciliar do usuário, essa maneira de procedimento assegura a produção de um cuidado mais próximo, individualizado e menos tecnicista do que no hospital (FRIPP, 2012).

A assistência paliativa em casa permite que o paciente seja mais autônomo, participe dos cuidados, com apoio da família, e realize algumas tarefas laborais, mantendo alguns hábitos e atividades de lazer. Suas necessidades são atendidas conforme suas preferências, sem a obrigação de seguir com rigidez as regras e horários do hospital. Também este tipo de cuidado, permite preservar sua intimidade e sua integridade como pessoa, conferindo-lhe mais conforto, serenidade e proteção (BRASIL, 2013; RODRIGUES, 2012; FRIPP, 2012).

O familiar, no contexto da internação domiciliar, sente uma maior satisfação por estar participando ativamente do cuidado de seu ente. Sentem que respeitam a vontade do enfermo de permanecer em casa (BRASIL, 2013).

Para o sistema de saúde, a atenção domiciliar, é um modo assistencial importantíssimo, pois reduz as internações hospitalares longas e de alto custo, tratamentos desnecessários ou futilidade terapêutica. Sendo uma forma abrangente e equitativa do cuidado, em uma sociedade com limitações de recursos na saúde e poucas possibilidades de cuidados institucionais (BRASIL, 2013; FRIPP, 2012).

A equipe de saúde, no ambiente domiciliar, faz o acompanhamento do doente, ajudando-o a entender e enfrentar a complexidade de sua doença, esclarecendo suas dúvidas em relação aos medicamentos, participando da sua história de vida e adoecimento. Essa comunicação contínua entre o paciente, a família e a equipe facilitam a realização dos cuidados necessários, sem objetivo de cura, mas com conforto e alívio de sofrimento (MACIEL, 2012; FRIPP, 2012; SILVA; ARAÚJO, 2012).

Entretanto, o cuidado domiciliar gera dúvidas e temores, uma vez que cuidadores e responsáveis receiam que seus enfermos fiquem desassistidos, com sintomas mal controlados, com sofrimento insuportável e que ocorram mudanças no quadro clínico. No ambiente domiciliar não há acesso imediato a medicamentos que, muitas vezes, ficam longe de recursos de saúde. Esses temores diminuem por meio da confiança que uma equipe multidisciplinar bem treinada passa para os familiares e o próprio enfermo, que passam a ver a morte em domicílio com outro olhar, como algo que realmente pode acontecer e ter seu valor (MACIEL, 2012; RODRIGUES, 2012; SILVA; ARAÚJO, 2012).

A equipe multidisciplinar que realiza o atendimento a domicílio deve ser composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais. Uma equipe que cuide destas pessoas em fase terminal de forma integral, pode proporcionar uma assistência humanizada, prestando o apoio necessário em todas as etapas (CASCAVEL, 2020).

2.3 PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA E INTERNAÇÃO DOMICILIAR DE CASCAVEL.

O programa de assistência e internação domiciliar da cidade de Cascavel, em consonância com a Secretaria de Saúde do Paraná, foi aprovado em 2007 e corresponde ao perfil de um atendimento domiciliar ao paciente em cuidados paliativos. Se caracteriza por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados ao paciente enfermo. (CASCAVEL, 2018; SANTOS, 2007).

Os principais objetivos deste conjunto de ações são prestar atendimento humanizado aos pacientes e familiares, recuperar ou manter o nível máximo de saúde, funcionalidade e comodidade do paciente que tem dificuldades de acesso aos serviços ambulatoriais; educar familiares e pacientes para o fortalecimento do autocuidado, promovendo mais segurança e autonomia do paciente e sua família (CASCAVEL, 2018; SAKURADA, 2008).

O programa ocorre por meio da visita domiciliar as pessoas com doenças crônicas, ou que apresentam um quadro agudo de alguma doença que os impossibilita de ter acesso a outros sistemas de saúde. As visitas são realizadas por três equipes multidisciplinar composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, dentista, assistente social, psicólogo e motorista, que oferecem serviços de coleta de exames, consultas, medicações, curativos, desbridamentos, sondagens, paracenteses, pequenas cirurgias, aspiração traqueal, capacitação e orientação ao cuidador, contribuindo para diminuição da demanda ambulatorial e das internações hospitalares (CASCAVEL, 2018; SAKURADA, 2008).

2.4 CUSTOS PARA A SAÚDE PÚBLICA

Doenças graves e incuráveis podem trazer, além dos sintomas associados à doença e ao seu tratamento, gastos desnecessários com terapias, internações e atendimento hospitalar, uma vez que os cuidados paliativos não só trazem melhora na qualidade de vida mas também estão relacionados à redução de custos hospitalares, principalmente em razão do menor tempo de permanência hospitalar, do menor uso de diárias de Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e de visitas aos serviços de emergência (WEINSTEIN; SKINNER, 2010).

Quando consideramos os pacientes internados em uma UTI numa realidade como a do serviço público do Brasil, devem ser considerados fatores intrínsecos do nosso sistema de saúde. O custo diário médio por leito para um adulto em um hospital público no município de João Pessoa, pode ser por exemplo de R\$ 3.864,86, podendo chegar a custar anualmente R\$ 1.391.348,64, enquanto o repasse do SUS é de R\$ 478,00 por diária de uma UTI adulta (SÁ, 2015).

No primeiro semestre de 2018, foram realizadas 4.651.032 internações no atendimento de urgência/emergência no país. Por sua vez, no mesmo período, no Hospital Regional de Santa Maria, no Distrito Federal (HRSM) foram realizadas 8.056 internações, sendo 811 (10,06%) de pacientes maiores de 60 anos, com 173 mortes (21,33%) e grande parte destes óbitos de pacientes que apresentariam algum critério para cuidados paliativo (SÁ, 2015).

A avaliação econômica na assistência à saúde é essencial para validar a provisão atual e aferir a necessidade de novos programas. Entende-se que o acesso a determinados cuidados de saúde pode significar a diferença entre um fim de vida com mais qualidade de vida ou não para o paciente e seus familiares com prevenção e alívio do sofrimento, de dor e de outros dilemas (GARDINER *et al*, 2017).

3. METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado a partir da análise de uma amostra quantitativa e descritiva dos prontuários de pacientes falecidos, que estiveram em cuidados paliativos, por uma das três equipes que compõem o programa de assistência domiciliar do município de Cascavel, acompanhados em diferentes períodos entre 2018 e 2019. A amostra constitui-se de 21 prontuários. O primeiro participante avaliado entrou no projeto no 08/08/2018 e foi a óbito em 06/03/2019 e o último iniciou no programa no dia 13/08/2018 e faleceu 15/09/2019.

A partir do perfil dos pacientes, que inclui idade (a partir de 18 anos), sexo, cuidador, número e tipos de comorbidades e tempo de cuidado desde o diagnóstico até o óbito desses pacientes,

realizou-se a estimativa dos custos, que por sua vez foram agrupados em 3 grupos: custo médio por paciente e por insumo/dia; custo médio diário com medicamentosas mais utilizadas por paciente e por tipologia; e custos com pagamento de profissionais da equipe básica e da equipe de apoio dentro desse processo.

O preço dos insumos utilizados na estimativa foi obtido através de consultas *online* realizadas no mês de outubro de 2020 em sites de farmácias localizadas no município do estudo (CONSULTA REMÉDIOS, 2020; FARMÁCIA POPULAR, 2020; FARMÁCIA NISSEI, 2020; FARMÁCIA ESTRELA, 2020). O preço dos medicamentos por sua vez foi obtido em lista fornecida no site da ANVISA (2020), que permite consulta ao preço máximo em que se pode adquirir medicamentos nas farmácias e drogarias do país. A consulta à lista também foi realizada no mês de outubro de 2020. O valor pelo serviço prestado pelos profissionais de saúde que atuam no programa foi obtido na Tabela de Cargo/Salário Inicial no site da Prefeitura Municipal de Cascavel, com emissão de 15 de agosto de 2019 (CASCAVEL, 2020).

Os dados coletados nos prontuários bem como nas consultas online foram tabulados, organizados e armazenados em banco de dados formato Excel e na sequência analisados e comparados com estudos semelhantes disponíveis em plataformas científicas digitais, tais como SciELO e Google Acadêmico.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através da análise dos prontuários dos pacientes que estavam aos cuidados paliativos pelo programa do qual foram extraídos os dados que embasaram este estudo no ano de 2018 e 2019, podemos observar que o grupo de participantes em sua maioria era composto pelo sexo feminino (tabela 1), com faixa etária compreendida entre 80 a 89 anos (tabela 2) e encontrava-se aos cuidados dos filhos (tabela 3).

Tabela 1 – Número de casos por gênero

Gênero	Quantidade	Percentual
Feminino	11	52%
Masculino	10	48%
Total	21	100%

Fonte: Dados da Pesquisa.

Tabela 2 – Faixa etária dos pacientes do programa

Idade	Quantidade	Percentual
30 -39 anos	3	14,29%
40- 49 anos	2	9,52%
50 - 59 anos	1	4,76%
60- 69 anos	2	9,52%
70-79 anos	4	19,05%
80- 89 anos	6	28,57%
90- 99 anos	3	14,29%
Total	21	100%

Fonte: Dados da Pesquisa.

Tabela 3 – Cuidadores

Cuidador	Quantidade	Percentual
Filho (a)	10	48%
Esposo (a)	7	33%
Enfermeira	1	5%
Neta	1	5%
Mãe	1	5%
Nora	1	5%
Total	21	100%

Fonte: Dados da Pesquisa.

O tempo de permanência dentro do programa foi diversificado em relação a quantidade de tempo (de dias a meses), em um tempo mínimo de 7 dias e o máximo de 398 dias e o custo médio por paciente/ dia variou de R\$18,30 a R\$549,30. Esta diferença de valor se dá por cada patologia exigir produtos e equipamentos diferentes para o seu tratamento, como será relatado adiante.

Todos os pacientes apresentaram pelo menos uma comorbidade, sendo a mais comum no grupo amostral a neoplasia, conforme será verificado na Tabela 4.

O predomínio das neoplasias pode ser devido à falha no rastreamento do câncer, exposição diferenciada a fatores ambientais relacionados ao processo de industrialização, como agentes químicos, físicos e biológicos, e das condições de vida, que variam de intensidade em função das desigualdades sociais e as diferenças genéticas de cada população (SOTO *et al*, 2015).

Tabela 4 – Descrição de tempo no programa, custo médio por paciente, número e tipos de comorbidades por paciente.

Pacientes	Tempo no programa (dias)	Custo Médio por paciente/dia	Custo Médio Insumos/dia	Custo Médio Medicamentos/dia	Custo Médio Profissionais/ dia	Número de Comorbidades	Tipos de Comorbidades
1	138	R\$ 19,07	R\$ 1,95	R\$ 8,65	R\$ 8,47	4	Senilidade, depressão, diabetes mellitus tipo 2, câncer de vulva
2	211	R\$ 18,30	R\$ 3,61	R\$ 5,91	R\$8,78	5	Broncopneumonia, hiperplasia prostática benigna, hipertensão arterial, etilismo, tabagismo
3	83	R\$ 89,65	R\$ 34,50	R\$ 34,53	R\$ 20,62	6	Alzheimer, broncopneumonia, etilismos, tabagismo, hipertensão arterial, úlcera por pressão
4	124	R\$ 61,77	R\$ 30,42	R\$ 30,42	R\$ 0,93	2	Cardiopatía (ICC), hipertensão arterial
5	7	R\$ 549,30	R\$ 50,39	R\$ 456,98	R\$ 41,93	3	Câncer de pulmão metastático, metástase hepática, DPOC
6	73	R\$ 81,31	R\$ 10,86	R\$ 59,86	R\$ 110,77	4	Câncer de pulmão, cardiopatias (ICC/taquicardia sinusal), hipotireoidismo
7	155	R\$ 41,00	R\$ 20,80	R\$ 2,39	R\$ 17,81	3	Esquizofrenia, diabetes mellitus tipo 2, etilismo
8	165	R\$ 49,12	R\$ 20,19	R\$ 14,82	R\$ 14,11	4	Acidente vascular encefálico, cardiopatía (fibrilação atrial), hipertensão arterial, câncer de pele
9	124	R\$ 31,99	R\$ 17,42	R\$ 11,18	R\$ 3,39	2	Câncer gástrico, bronquite
10	66	R\$ 64,12	R\$ 25,22	R\$ 28,43	R\$ 10,47	4	Câncer de orofaringe metastático, metástase em pulmão, etilismo, tabagismo
11	114	R\$ 41,53	R\$ 9,95	R\$ 15,26	R\$16,32	4	DPOC, hipertensão arterial, tabagismo, hipotireoidismo
12	398	R\$ 35,66	R\$ 9,07	R\$ 21,80	R\$ 4,79	2	Câncer em base da língua, tabagismo
13	36	R\$ 106,47	R\$ 50,46	R\$ 27,24	R\$ 28,77	2	Alzheimer, pneumonia comunitária
14	12	R\$ 88,41	R\$ 33,00	R\$ 33,31	R\$ 22,10	4	DPOC, pneumonia comunitária, tabagismo, hipertensão arterial
15	20	R\$ 68,33	R\$ 22,97	R\$ 17,65	R\$ 27,71	4	Câncer de colo de útero metastático, metástase em gânglios linfáticos, insuficiência renal, trombose MID
16	12	R\$ 236,47	R\$ 69,60	R\$ 144,13	R\$ 22,74	3	Câncer de esôfago metastático, etilismo, tabagismo

17	20	R\$ 86,67	R\$ 39,89	R\$ 18,67	R\$ 28,11	4	Câncer de pulmão, hérnia de disco, hérnia inguinal, tabagismo
18	22	R\$ 47,00	R\$ 10,00	R\$ 28,00	R\$ 9,00	1	Linfoma de Hodgkin metastático
29	27	R\$ 92,32	R\$ 23,50	R\$ 48,18	R\$ 20,64	7	Câncer de mama metastático, metástase em SNC, diabetes mellitus tipo2, hipertensão arterial, hipotireoidismo, depressão, tabagismo
20	157	R\$ 29,49	R\$ 0,73	R\$ 18,29	R\$ 10,47	6	Câncer de reto metastático, metástase hepática e óssea, hipertensão arterial, etilismo, tabagismo
21	246	R\$ 27,45	R\$ 3,41	R\$ 16,68	R\$ 7,36	5	Câncer de pele, acidente vascular encefálico, hipertensão arterial, cardiopatia (ICC), tabagismo

Fonte: Dados da Pesquisa.

A principal neoplasia que demanda cuidado paliativo no atendimento domiciliar do programa analisado, como observado na Tabela 5 é o câncer de pulmão. O Instituto Nacional de Câncer (INCA) contabilizou 596.000 novos casos de câncer em 2016, sendo 28.220 (4,7%) casos de neoplasia maligna primária de pulmão. Segundo Araújo *et al* (2018) o câncer de pulmão é a doença maligna mais comum no mundo todo, incluindo o Brasil, que representa 13% de todos os novos casos de neoplasias.

Tabela 5 – Descrição dos tipos de insumos e classe de medicamentos por paciente.

Paciente	Insumos	Classes medicamentosas
1	Sonda nasointestinal, sonda vesical de demora, naso flix, esparadrapo, gaze, soro, micropore, hidrocoloide, fleet enema, cateter periférico, seringas e agulhas	Antibióticos, analgésicos, antipsicóticos, ansiolíticos, diabetes mellitus tipo 2, eletrólitos
2	Sonda nasointestinal, sonda vesical de demora, naso flix, uripen, esparadrapo, gaze, soro, micropore, fleet enema, seringas e agulhas	Antibióticos, analgésicos, ansiolíticos, alterações cardiovasculares, alterações pulmonares, alterações gastrointestinais, eletrólitos, hiperplasia prostática benigna
3	Abocath, sonda vesical de demora, naso flix, uripen, esparadrapo, gaze, soro, micropore, oxigênio, complemento alimentar, seringas e agulhas, cateter periférico, fleet enema	Antibióticos, alzheimer, analgésicos, alterações cardiovasculares, alterações pulmonares, alterações musculares, eletrólitos, suplementos vitamínicos
4	Sonda vesical de demora, oxigênio, esparadrapo, gaze, soro, micropore, cateter periférico, seringas e agulhas	Antibióticos, anticolésterolêmicos, alterações cardiovasculares, eletrólitos, suplementos vitamínicos
5	Abocath, oxigênio, cateter periférico, seringas e agulhas	Antibióticos, analgésicos, antieméticos, alterações pulmonares, eletrólitos, indutores de sono
6	Abocath, oxigênio, cateter periférico, seringas e agulhas	Antibióticos, anticolésterolêmicos, analgésicos, antieméticos, alterações cardiovasculares, alterações gastrointestinais, eletrólitos, tireoidianos, suplementos vitamínicos
7	Abocath, sonda nasointestinal, sonda vesical de demora, esparadrapo, gaze, soro, micropore, traqueostomia metálica, oxigênio, cateter periférico, seringas e agulhas	Antibióticos, ansiolíticos, analgésicos, antieméticos, anti-inflamatórios, antipsicóticos, alterações musculares, alterações gastrointestinais, corticoides, diabetes mellitus tipo 2, eletrólitos
8	Abocath, sonda nasointestinal, sonda vesical de demora, naso flix, oxigênio, cateter periférico, seringas e agulhas	Antibióticos, ansiolíticos, analgésicos, antieméticos, anti-inflamatórios, anti-histamínico, anticolésterolêmicos, antipsicóticos, alterações cardiovasculares, alterações gastrointestinais, eletrólitos
9	Complemento alimentar, cateter periférico, seringas e agulhas	Analgésicos, antieméticos
10	Abocath, sonda nasointestinal, sonda vesical de demora, esparadrapo, gaze, soro, micropore, oxigênio, fleet enema, cateter periférico, seringas e agulhas	Analgésicos, corticoides, eletrólitos, indutores de sono
11	Abocath, oxigênio, cateter periférico, seringas e agulhas.	Antibióticos, antieméticos, anti-histamínicos, alterações cardiovasculares, alterações pulmonares, alterações gastrointestinais, corticoides, eletrólitos, suplementos vitamínicos
12	Uripen, traqueostomia metálica, oxigênio, complemento alimentar, cateter periférico, seringas e agulhas	Antibióticos, ansiolíticos, analgésicos, antieméticos, alterações pulmonares, alterações gastrointestinais, eletrólitos, indutores de sono, suplementos vitamínicos

13	Abocath, sonda nasointestinal, nasofix, uripen, oxigênio, cateter periférico, seringas e agulhas	Antibióticos, alzheimer, analgésicos, alterações cardiovasculares, eletrólitos, indutores de sono
14	Sonda vesical de demora, esparadrapo, gaze, soro, micropore, oxigênio, cateter periférico, seringas e agulhas	Antibióticos, analgésicos, alterações cardiovasculares, alterações pulmonares, corticoides
15	Abocath, sonda vesical de demora, oxigênio, complemento alimentar, cateter periférico, seringas e agulhas	Analgésicos, antieméticos, alterações cardiovasculares, eletrólitos
16	Abocath, oxigênio, cateter periférico, seringas e agulhas	Analgésicos, ansiolíticos, antieméticos, corticoides, eletrólitos, suplementos vitamínicos
17	Abocath, oxigênio, cateter periférico, seringas e agulhas	Antibióticos, analgésicos, alterações pulmonares, corticoides, eletrólitos
18	Oxigênio, cateter periférico, seringas e agulhas	Antibióticos, analgésicos, antieméticos, alterações pulmonares, alterações gastrointestinais, corticoides, eletrólitos
19	Sonda nasointestinal, sonda vesical de demora, esparadrapo, gaze, soro, micropore, oxigênio, complemento alimentar, cateter periférico, seringas e agulhas	Analgésicos, antifúngicos, antieméticos, alterações gastrointestinais, corticoides, diabetes mellitus tipo II
20	Abocath, sonda vesical de demora, esparadrapo, gaze, soro, micropore, cateter periférico, seringas e agulhas	Antibióticos, anti-inflamatórios, analgésicos, ansiolíticos, antieméticos, alterações gastrointestinais, eletrólitos, indutores de sono, suplementos vitamínicos
21	Abocath, sonda nasointestinal, uripen, traqueostomia metálica, esparadrapo, gaze, soro, micropore, cateter periférico, seringas e agulhas	Antibióticos, anticolésterolêmicos, analgésicos, ansiolíticos, antieméticos, antipsicóticos, alterações cardiovasculares, alterações pulmonares

Fonte: Dados da Pesquisa.

Os enfermos com doenças do sistema respiratório também se apresentaram como tendo os maiores custos médios diários, de R\$ 549,30, dispendendo R\$ 50,39 com insumos, R\$ 456,98 com medicamentos e R\$ 110,77 com profissionais da saúde. De acordo com o estudo realizado por Liao (2017) a diária paga pelo SUS em um Hospital Escola credenciado na cidade do Rio de Janeiro, por conta de neoplasia, em 2016, foi de R\$ 478,72. Porém, observa-se, no artigo realizado por Santos, Maciel e Oliveira (2020), que os custos gastos com internações diárias hospitalares, por causa de neoplasias entre 2008 e 2018, no âmbito do SUS, foi em média de R\$ 1.745,13 por dia. Em estudo realizado por Soto *et al* (2015) por sua vez temos que o custo hospitalar diário gasto com neoplasia e doenças respiratórias, foram de R\$ 1.094,16 e R\$ 1.279,43, respectivamente, em um hospital na cidade de Maringá, entre os anos de 2008 e 2012, que demonstram a vantagem financeira de manter-se um paciente com neoplasia em ambiente domiciliar em comparação ao custos levantados pelo presente trabalho (SOTO *et al*, 2015; LIAO, 2017; SANTOS; MACIEL; OLIVEIRA, 2020).

Estima-se ainda que o uso contínuo de oxigênio pelos pacientes seja o responsável pelo elevado custo de insumos na terapêutica de doenças pulmonares. Conforme Munhoz *et al* (2011), apesar das enfermidades respiratórias terem uma terapia de alto custo há uma diminuição na utilização dos serviços de urgência e emergência por esses pacientes após início da oxigenoterapia domiciliar.

Entre os insumos mais utilizados estão as seringas e agulhas utilizadas para atendimento de todos os pacientes e o material usado para curativos, utilizados para atendimento a 11 pacientes. Entre as classes de medicamentosas, por sua vez, o uso de analgésicos e eletrólitos foram os mais frequente, conforme Tabela 5. Os analgésicos foram utilizados por 19 dos pacientes e eletrólitos consumidos por 18 pacientes. Estas classes medicamentosas juntamente com os antibióticos também foram responsáveis pelos maiores custos, conforme Tabela 6. Os analgésicos apresentaram um custo de R\$ 4.304,52, os antibióticos, utilizados por 15 pacientes, um custo de R\$ 4.665,44 e os eletrólitos R\$ 22.061,12, o maior custo do programa. A utilização dos medicamentos é essencial para garantir uma morte sem dor, com menos sofrimento, uma vez que há o controle dos sintomas.

Os eletrólitos compõem-se de cloreto de sódio, cloreto de potássio e glicose, essenciais para os processos metabólicos no corpo humano. O soro fisiológico é uma mistura de cloreto de sódio com moléculas de água, enquanto o soro glicosado é composto por glicose e água. O equilíbrio eletrolítico é imprescindível para osmorregulação do organismo. A falta ou excesso destes íons pode causar ou progredir distúrbios relacionados às comorbidades, levando ao óbito do indivíduo. Na maioria dos pacientes os eletrólitos foram utilizados para a reposição volêmica (hidratação) e para aplicação facilitada dos fármacos como por exemplo alguns analgésicos (KASPER *et al*, 2017)

Tabela 6 – Custos por classe de medicamentos.

Classes medicamentosas	Número de pacientes	Custo total	Custo médio por pacientes/dia
Alterações cardiovasculares	10	R\$ 2.659,13	R\$ 2,45
Alterações gastrointestinais	9	R\$ 1.517,52	R\$ 1,15
Alterações musculares	2	R\$ 89,96	R\$ 0,38
Alterações pulmonares	10	R\$ 750,07	R\$ 0,59
Alzheimer	2	R\$ 146,85	R\$ 1,23
Analgésicos	19	R\$ 4.304,52	R\$ 2,18
Antibióticos	15	R\$ 4.665,44	R\$ 2,47
Anticolesterolêmicos	4	R\$ 1.245,27	R\$ 2,05
Antieméticos	13	R\$ 2.592,66	R\$ 1,71
Antifúngicos	1	R\$ 11,27	R\$ 0,42
Anti-histamínico	2	R\$ 11,58	R\$ 0,04
Anti-inflamatórios	3	R\$ 38,98	R\$ 0,08
Antipsicóticos	4	R\$ 833,39	R\$ 1,48
Ansiolíticos	8	R\$ 957,35	R\$ 0,65
Corticoides	8	R\$ 263,83	R\$ 0,47
Diabetes mellitus tipo 2	3	R\$ 261,74	R\$ 0,82
Eletrólitos	18	R\$ 22.061,12	R\$ 11,57
Hiperplasia prostática benigna	1	R\$ 120,20	R\$ 0,57

Indutores de sono	4	R\$ 171,28	R\$ 0,26
Suplementos vitamínicos	7	R\$ 223,50	R\$ 0,25
Tireoidianos	1	R\$ 29,79	R\$ 0,26

Fonte: Dados da Pesquisa.

Os valores pagos a cada profissional, tanto para a equipe básica quanto para a equipe de apoio estão descritos na Tabela 7. Pode-se observar na mesma tabela que a equipe básica realizou a maior quantidade de visitas aos pacientes, sendo os profissionais de enfermagem responsáveis pela maior parte das destas (530 visitas). Entre a equipe de apoio, os profissionais de assistência social foram responsáveis pelo maior contato com os pacientes (32 visitas).

Com relação ao número de consultas, foram realizadas 842 consultas por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas e odontólogos, que representaram um custo total de R\$ 24.494,54. O profissional com o maior valor de visita da equipe básica é o médico, com um custo de R\$ 90,20 por paciente examinado. O valor da visita na equipe de apoio não se altera entre os profissionais desta classe, custando para o município de Cascavel R\$ 19,43 por visita realizada.

A equipe multidisciplinar visitou um maior número de pacientes com doenças pulmonares (10 pacientes), que por sua vez foi também o grupo que gerou mais gastos no programa (tabela 4), gerando um custo médio profissional por dia de R\$ 291,26.

Tabela 7 – Valores pagos para aos profissionais da equipe básica e equipe de apoio.

PROFISSIONAIS	VALOR DE VISITA	QUANTIDADE DE VISITAS	CUSTO TOTAL
EQUIPE BÁSICA			
Médico	R\$ 90,20	144	R\$ 12.988,80
Enfermeiro	R\$ 15,55	530	R\$ 8.241,50
Fisioterapeuta	R\$ 19,43	90	R\$ 1.748,70
EQUIPE DE APOIO			
Assistente Social	R\$ 19,43	32	R\$ 621,76
Nutricionista	R\$ 19,43	24	R\$ 466,32
Odontólogo	R\$ 19,43	22	R\$ 427,46

Supõe-se que a abordagem baseada em cuidados paliativos possa reduzir os custos para adultos hospitalizados em fase final de vida, mas a pesquisa econômica nesta área é considerada escassa e pouco se sabe sobre o alcance e a extensão dos custos envolvidos na sua prestação, embora seja uma

prioridade política em todo o mundo, e haja necessidade de subsídios para a tomada de decisões em relação à alocação eficaz de recursos (GARDINER *et al*, 2020).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil encontrado através da avaliação do programa acompanhados em diferentes períodos entre 2018 e 2019, reforça a necessidade de atividades de prevenção e promoção da saúde para a redução das comorbidades encontradas, em especial as doenças do sistema respiratório, que apresentaram os maiores custos com os cuidados paliativos.

Os resultados desta revisão também apontam para a necessidade de pesquisas com análise econômica em saúde, a fim de obter subsídios mais amplos das interrelações entre cuidado e custos. Os serviços prestados pela equipe 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 o seguimento dos doentes durante mais tempo, que avaliem também a qualidade dos serviços prestados, mas especialmente por estudos de custo-benefício, que possam demonstrar como os cuidados paliativos são relevantes para a sociedade não apenas pelo atendimento humanizado, mas também pelos baixos custos que apresenta. Como apresentado por este estudo, os valores pagos pelo programa de assistência domiciliar do município de Cascavel analisado são condizentes e geram baixos custos para o sistema de saúde, principalmente, quando comparados ao internamento hospitalar, que gera custos mais elevados.

REFERÊNCIAS

ANVISA. **Lista de preços de medicamentos**, Anvisa, 2020. Disponível em: <http://antigo.anvisa.gov.br/listas-de-precos><http://antigo.anvisa.gov.br/listas-de-precos>. Acesso em 15 de maio de 2020.

ARANTES, A. C. L. Q. Indicações de Cuidados Paliativos. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. [orgs] **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2. ed. São Paulo: ANCP, 2012.

ARAÚJO L. H. *et al*. Câncer de pulmão no Brasil. **Jornal brasileiro de pneumologia**. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v44n1/pt_1806-3713-jbpneu-44-01-00055.pdf. Acesso em 20 de setembro de 2020.

BRASIL. **Caderno de atenção domiciliar**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2v. Brasília; 2013. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs. Acesso em: 13 de maio de 2019.

CASCADEL. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Câmara Municipal de Cascavel. Secretária Municipal de Saúde de Cascavel e Conselho Municipal de Saúde. Cascavel; 2018. Disponível em: http://www.cascavel.pr.gov.br/arquivos/12042018_planomunicipalsaude_livreto.pdf. Acesso em 20 de agosto de 2020.

CASCADEL. **Tabela de cargo/ salário inicial**, 2020. Disponível em: http://www.cascavel.pr.gov.br/portal_servidor/tabelas/20190415135801.pdf. Acesso em 15 de maio de 2020.

CONSULTA REMÉDIOS. **Consulta de Preços**. 2020. Disponível em: <https://consultaremedios.com.br>. Acesso em 15 de setembro de 2020.

FARMÁCIA ESTRELA. **Consulta de Preços**. 2020. Disponível em: <https://farmaciaestrela.com.br/>. Acesso em 15 de setembro de 2020.

FARMÁCIA NISSEI. **Consulta de Preços**. 2020. Disponível em: <https://www.farmaciasnissei.com.br/>.

FARMÁCIA POPULAR. **Consulta de Preços**. 2020. Disponível em: <https://www.precopopular.com.br/>. Acesso em 15 de setembro de 2020.

FRIPP, J. C. Ação prática do paliativista na continuidade dos cuidados em domicílio. *In*: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. [orgs] **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2. ed. São Paulo: ANCP, 2012.

GARDINER, C.; INGLETON, C.; RYAN, T.; WARD, S.; GOTT, M. What cost components are relevant for economic evaluations of palliative care, and what approaches are used to measure these costs? **A systematic review. Palliat Med.** v. 31, n. 4, p. 323-337, 2017

KASPER, D. L. *et al.* **Medicina Interna de Harrison**. 19. ed. Porto Alegre: AMGH, 2017.

LIAO, R. M. **O custo do paciente de cuidado paliativo internado em um hospital de ensino**: um estudo sobre o indicador média de permanência. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1026843/rose-marie-liao.pdf>. Acesso em 20 de setembro de 2020.

MACIEL, M. G. S. Avaliação do paciente em Cuidados Paliativos. *In*: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. [orgs] **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2. ed. São Paulo: ANCP, 2012.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados Paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. *In*: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. [orgs] **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2. ed. São Paulo: ANCP, 2012.

MUNHOZ A. S *et al.* Oxigenoterapia domiciliar prolongada em crianças e adolescentes: uma análise do uso clínico e de custos de um programa assistencial. **J. Pediatr.** v. 87 n. 1 Porto Alegre Jan/Feb, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S002175572011000100003&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em 20 de setembro de 2020.

PEREZ, A. A. G. Cuidados Paleativos em Pacientes Geriátricos na Unidade de Emergência: Perfil Epidemiológico, Avaliação de Indicação. **Desfechos e Contexto Financeiro**. 2019. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/prefix/13610>. Acesso em 20 de setembro de 2020.

RODRIGUES, L. F. Modalidades de atuação e modelos de assistência em Cuidados Paliativos. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. [orgs] **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2. ed. São Paulo: ANCP, 2012.

SÁ, C. A. L. *et al.* Análise de Custo-Lieto de UTI Hospitalar. In: **Anais do IV SINGEP**. São Paulo/SP – 08, 09 e 10/11/2015. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/374338520/Analise-de-Custo-leito-de-Uti-Hospitalar>. Acesso em 20 de setembro de 2020.

SAKURADA, R. Y. **Experiência do Município de Cascavel/PR na Atenção Domiciliar**, 2008. Disponível em: https://apsredes.org/wp-content/uploads/2013/06/otli_at_cascavel.pdf. Acesso em 20 de fevereiro de 2020.

SANTOS H, MACIEL F E OLIVEIRA R. Internações hospitalares por neoplasia no Brasil, 2008-2018: gastos e tempo de permanência. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 66, n. 3, julho/agosto/setembro de 2020. Acesso em: 06 de novembro de 2020. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/992/688>.

SANTOS C. M. **Deliberação Nº 128** de 16/11/2007. Comissão Intergestores Bipartite do Paraná. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-05/del_2007_128_07.pdf. Acesso em 20 de fevereiro de 2020.

SILVA, M. J. P.; ARAÚJO, M. M. T. Comunicação em Cuidados Paliativos. In: In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. [orgs] **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2. ed. São Paulo: ANCP, 2012.

SOTO, P. H. T *et al.* Morbidades e custos hospitalares do Sistema Único de Saúde para doenças crônicas. **Revista Rene**, Ceará, 2015. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/14469>. Acesso em 20 de setembro de 2020.

WEINSTEIN, M. C.; SKINNER, J. A. Comparative effectiveness and health care spending: implications for reform. **N Engl J Med**. v. 362, n. 5, p. 460-5, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20054039/>. Acesso em 20 de setembro de 2020.