



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

PATRÍCIA CHRISTOVÃO VIDOTTO

**CUSTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS NA
ATENÇÃO DOMICILIAR**

Londrina
2022

PATRÍCIA CHRISTOVÃO VIDOTTO

**CUSTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS NA
ATENÇÃO DOMICILIAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad.

Londrina
2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

V654c Vidotto, Patrícia Christovão.
Custo dos cuidados paliativos oncológicos na atenção domiciliar / Patrícia Christovão Vidotto. - Londrina, 2022.
66 f. : il.

Orientador: Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2022.
Inclui bibliografia.

1. Oncologia - Tese. 2. cuidados paliativos - Tese. I. Haddad, Maria do Carmo Fernandez Lourenço. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

PATRÍCIA CHRISTOVÃO VIDOTTO

CUSTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS NA ATENÇÃO DOMICILIAR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof.^a Dr.^a Maria do Carmo F.
Lourenço Haddad
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof.^a Dr.^a Danielly Negrão G. Nogueira
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof.^o Dr.^o Marcio José de Almeida
Faculdades Pequeno Príncipe - FPP

Londrina, 26 de abril de 2022.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me agraciar com saúde porque dela provém a força de viver intensamente todos os dias e estabelecer propósitos aos meus dias de maneira a transformar de alguma maneira a vida de pessoas.

Agradeço à minha família, que sempre e em todos os momentos estiveram comigo para comemorar pequenas conquistas até as mais grandiosas; ao meu esposo Rafael Carlos Vidotto e grande incentivador para que eu não desistisse dos meus sonhos na carreira acadêmica; às minhas filhas Giovanna Christovão Vidotto e Sofia Christovão Vidotto que me impulsionam todos os dias a ser uma pessoa melhor, não teriam à proporção que tem as minhas conquistas se elas não fossem parte dos meus sonhos.

À minha mãe Maria Inês Christovão, por ter sido a maior batalhadora que conheço e ter me ensinado a não desistir nunca, independente das dificuldades é preciso sempre “se levantar, erguer a cabeça e entender que ninguém fará por mim, àquilo que só a mim cabe!”.

Aos meus sogros Marilda Carlos Vidotto e Odilon Vidotto, que sempre foram minha rede de apoio, que são representações de pesquisa e de ensino em uma vida inteira dedicada e sempre fizeram tudo com amor.

Aos meus amigos, que tornam dias difíceis em dias leves, de calma e de alegria. Como eu preciso da presença de vocês nos meus dias! Esse percurso só foi mais leve, porque vocês estiveram comigo.

Agradeço à minha orientadora, professora Dra. Maria do Carmo F. L. Haddad que não desistiu de mim, que acreditou que mesmo após longos anos distante da vida acadêmica eu conseguiria aprender e desenvolver depois de três projetos, um estudo que fosse ao encontro daquilo que eu exerço todos os dias. Me recordo da primeira vez que tivemos uma conversa em 2006, cursando primeiro ano da graduação de enfermagem: “você quer aprender e crescer? Você precisa escolher um caminho e se dedicar àquilo que você escolher!”. E quantas portas abertas e sonhos conquistados na minha profissão desde então, guardo até hoje isso como um dos maiores pilares!

Obrigada aos colegas do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Gerenciamento de Serviços de Enfermagem (NEPGESE) por abrir as portas para o desenvolvimento deste projeto e apoio.

Agradeço aos professores e colegas do mestrado, por terem acrescido conhecimento e contribuírem ao desenvolvimento desta pesquisa científica para a enfermagem.

VIDOTTO, Patrícia Christovão. **Custo dos cuidados paliativos oncológicos na atenção domiciliar**. 2022. 65 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2022.

RESUMO

Teve-se por objetivo analisar as publicações relacionadas ao custo dos cuidados paliativos oncológicos na Atenção Domiciliar e identificar o custo médio do cuidado. No primeiro estudo foi feita uma revisão integrativa que incluiu artigos primários indexados em seis bases de dados, a saber: *National Library of Medicine (PubMed)*, *Scopus®*, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Embase (Elsevier)*, *Science Direct* e *Scielo*, utilizando as palavras-chave: *neoplasms; oncology; home care; palliative care; costs analysis; costs*. Foram identificados dez artigos, Reino Unido (3), Espanha (3), seguidos de Estados Unidos da América (EUA) (1), Itália (1), Canadá (1), Áustria (1), iniciando as publicações em 1986. Os estudos evidenciaram menor custo na internação domiciliar com acompanhamento de equipes, inclusive quando analisado pacientes oncológicos em terminalidade e prognóstico da doença. No segundo estudo foi realizada pesquisa quantitativa, exploratório-descritiva, na modalidade de estudo de caso único com análise documental, desenvolvida com pacientes oncológicos em cuidados paliativos atendidos entre janeiro a dezembro de 2020 pelo Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) do município de Londrina-PR. Os resultados trouxeram que o custo direto médio (CDM) por dia na internação domiciliar foi de R\$ 223,43 (DP \pm 285,25), sendo o custo com material (R\$10,63 – DP \pm 14,17), ressalta-se a representatividade do custo da mão de obra direta (MOD) da equipe com maior impacto (88,25% do CDM total) com destaque a MOD médico (R\$39,83 DP \pm 44,85), MOD enfermeiro (R\$ 31,06 DP \pm 34,97) e nutricionista (R\$ 29,89 DP \pm 34,97). Seguido dos insumos e materiais (R\$ 10,63 DP \pm 14,17), medicamentos padronizados e não padronizados respectivamente (R\$ 6,92 + 0,67 DP \pm 14,63 + 3,51), suplementos alimentares (R\$ 9,39 DP \pm 34,76) e oxigênio (R\$6,72 DP \pm 5,14). Em relação ao deslocamento, foi o custo de menor impacto (R\$ 1,29 DP \pm 1,56). Concluindo que a otimização de recursos financeiros e gestão do cuidado integral e holístico ao paciente e família, pode qualificar, continuamente, o processo de tomada de decisão, visando a segurança do paciente, a otimização dos cuidados prestados e a viabilidade econômica.

VIDOTTO, Patrícia Christovão. **Cost of oncological palliative care in home care. 2022.** 65 f. Dissertation (Master's in Nursing) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2022

ABSTRACT

The objective was to analyze the publications related to the cost of palliative cancer care in Home Care and to identify the average cost of care. In the first study, an integrative review was carried out that included primary articles indexed in six databases, namely: National Library of Medicine (PubMed), Scopus®, Virtual Health Library (BVS), Embase (Elsevier), Science Direct and Scielo, using the keywords: neoplasms; oncology; home care; palliative care; cost analysis; costs. Ten articles were identified, United Kingdom (3), Spain (3), followed by United States of America (USA) (1), Italy (1), Canada (1), Austria (1), starting publications in 1986. The studies showed a lower cost of home care with follow-up by teams, including when analyzing terminally ill cancer patients and disease prognosis. In the second study, a quantitative, exploratory-descriptive research was carried out, in the form of a single case study with document analysis, developed with cancer patients in palliative care treated between January and December 2020 by the Home Care Service (SAD) of the city of Londrina- PR. The results showed that the average direct cost (CDM) per day in home care was R\$ 223.43 (SD± 285.25), and the cost with material (R\$ 10.63 – SD ± 14.17), highlights the representativeness of the cost of direct labor (MOD) of the team with the greatest impact (88.25% of the total CDM) is highlighted, with emphasis on medical MOD (R\$39.83 SD± 44.85), nurse MOD (R\$ 31.06 SD± 34.97) and nutritionist (R\$ 29.89 SD± 34.97). Followed by inputs and materials (R\$ 10.63 SD± 14.17), standardized and non-standard medicines respectively (R\$ 6.92 + 0.67 SD± 14.63 + 3.51), food supplements (R\$ 9.39 SD± 34.76) and oxygen (R\$6.72 SD± 5.14). In relation to displacement, it was the cost with the lowest impact (R\$ 1.29 SD±1.56). Concluding that the optimization of financial resources and the management of comprehensive and holistic care for the patient and family can continuously improve the decision-making process, aiming at patient safety, optimizing the care provided and economic viability.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

ESTUDO 1

- Figura 1** – Fluxograma de identificação do processo de seleção dos estudos selecionados para compor a revisão integrativa. Londrina, PR, Brasil, 2021 26

LISTA DE QUADROS

ESTUDO 1

- Quadro 1** – Caracterização dos dez artigos primários incluídos na revisão integrativa de acordo com o título, ano e país, Londrina, Paraná, Brasil, 2021 39
- Quadro 2** – Publicações selecionadas referentes à análise de custo de pacientes oncológicos em serviço de atenção domiciliar comparada ao serviço hospitalar. Londrina, PR, Brasil, 2021 40
- Quadro 3** – Publicações selecionadas referentes a análises dos custos nos últimos dias-meses de vida do paciente com doença oncológica em serviço de atenção domiciliar. Londrina, PR, Brasil, 2021 42
- Quadro 4** – Publicação selecionada referente à análise de custo conforme prognóstico da doença oncológica em serviço de atenção domiciliar. Londrina, PR, Brasil, 2021 43

ESTUDO 2

- Quadro 1** – Protocolo de Coleta de dados para análise de custo dos cuidados paliativos oncológicos na atenção domiciliar. Londrina, PR, Brasil, 2021. 53

LISTA DE TABELAS

ESTUDO 1

- Tabela 1** – *String* de busca nas bases internacionais e nacionais para identificar estudos sobre os custos dos cuidados paliativos oncológicos em Serviço de Atenção Domiciliar. Londrina, PR, Brasil, 2021 24

ESTUDO 2

- Tabela 1** – Distribuição das variáveis categóricas dos pacientes oncológicos elegíveis para a internação pela equipe do Serviço de Atenção Domiciliar, Londrina, PR, 2020..... 44
- Tabela 2** – Custo direto médio parcial dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos atendidos no SAD. Londrina, PR, Brasil, 2020 46
- Tabela 3** – Distribuição dos custos por dia de internação do paciente oncológico pelo serviço de internação domiciliar. Londrina, PR, Brasil, 2020.....46

LISTA DE SIGLAS

AE/TE	Auxiliar de Enfermagem/Técnico de Enfermagem
ACE	Análise de custo-efetividade
EMBASE	<i>Excerpta Medica Database</i>
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAFE	Comunidade Acadêmica Federada
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CDM	Custo Direto Médio
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EMAD	Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipes Multiprofissionais de Apoio
ESMO	<i>European Society for Medical Oncology</i>
MESH	<i>Medical Subject Headings</i>
MOB	Mão de Obra Bruta
MOD	Mão de Obra Direta
MS	Ministério da Saúde
NEPGESE	Núcleo de estudos e pesquisa em gerenciamento de serviços de enfermagem
OMS	Organização Mundial da Saúde
PADES	<i>Programa d'Atenció Domiciliària i Equips de Suport</i>
QALY	<i>Quality-adjusted life years</i>
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SUS	Sistema Único de Saúde
TNM	<i>Classification of Malignant Tumors</i>
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UICC	<i>Union for International Cancer Control</i>

SUMÁRIO

1	CONTEXTUALIZAÇÃO	14
2	ESTUDO 1: CUSTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS NA ATENÇÃO DOMICILIAR: REVISÃO INTEGRATIVA	19
2.1	INTRODUÇÃO	20
2.2	MÉTODOS	23
2.3	RESULTADOS	25
2.4	DISCUSSÃO	31
2.5	CONCLUSÕES	34
2.6	REFERÊNCIAS	34
3	ESTUDO 2: CUSTO DIRETO MÉDIO DIÁRIO DA INTERNAÇÃO DOMICILIAR DE PACIENTES EM CUIDADO PALIATIVO ONCOLÓGICO EM MUNICÍPIO DE GRANDE PORTE	38
3.1	INTRODUÇÃO	39
3.2	MÉTODOS	40
3.3	RESULTADOS	44
3.4	DISCUSSÃO	47
3.5	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	50
3.6	CONCLUSÕES	51
3.7	REFERÊNCIAS	51
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
5	REFERÊNCIAS DA DISSERTAÇÃO	56
6	APÊNDICES	58
	APÊNDICE A – Termo de Confidencialidade e Sigilo	59

7	ANEXOS	60
	ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP-UEL.....	61
	ANEXO B – Autorização para a realização da pesquisa pela Prefeitura Municipal de Londrina-PR.....	66

CONTEXTUALIZAÇÃO

A denominação câncer é dada para um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo (INSTITUTO NACIONAL DE CANCER, 2020).

Em 2018 ocorreram aproximadamente 18 milhões de casos novos de câncer no mundo, e, 9,6 milhões evoluíram para óbitos. O câncer de pulmão foi considerado o mais incidente com aproximadamente 2,1 milhões de casos, seguido pelo câncer de mama, cólon, reto e próstata respectivamente. Ressalta-se que os casos de câncer de pele e melanoma não foram computados nesta estimativa (INSTITUTO NACIONAL DE CANCER, 2020).

Em 2020, estimou-se que no Brasil a incidência de câncer nos homens por localização primária é de 29,2% em próstata, seguido de 9,1% cólon/reto e 7,9% de traqueia, brônquio e pulmão. Já nas mulheres, a incidência por localização primária é neoplasia de mama 29,7%, seguido de cólon/reto 9,2% e cólon de útero (INSTITUTO NACIONAL DE CANCER, 2020).

Na oncologia, após o diagnóstico da doença primária, a necessidade de se classificar os casos de câncer em estadios baseia-se na constatação de que as taxas de sobrevida são diferentes quando a doença está restrita ao órgão de origem ou quando ela se estende a outros órgãos. Estadiar um caso de câncer significa avaliar seu grau de disseminação. Para tal, há regras internacionalmente estabelecidas, as quais estão em constante aperfeiçoamento. O estadio de um tumor reflete não apenas a sua taxa de crescimento e a extensão da doença, mas também o tipo de tumor e sua relação com o hospedeiro (INSTITUTO NACIONAL DE CANCER, 2019).

A classificação das neoplasias malignas em grupos obedece a diferentes variáveis: localização, tamanho ou volume do tumor, invasão direta e linfática, metástases a distância, diagnóstico histopatológico, produção de substâncias, manifestações sistêmicas, duração dos sinais e sintomas, sexo e idade do paciente, etc. (INSTITUTO NACIONAL DE CANCER, 2019).

O Sistema *Classification of Malignant Tumors* (TNM), preconizado pela União Internacional para o Controle do Câncer (UICC), descreve estadiamento do câncer, que se baseia na extensão anatômica da doença, levando em conta

as características do tumor primário (T), as características dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza (N), e a presença ou ausência de metástases a distância (M). Estes parâmetros recebem graduações, geralmente de T0 a T4 (INSTITUTO NACIONAL DE CANCER, 2019).

A determinação da extensão da doença e a identificação dos órgãos por ela envolvidos auxiliam nas seguintes etapas: obtenção de informações sobre o comportamento biológico do tumor; escolha da terapêutica; previsão das complicações; obtenção de informações sobre o prognóstico do caso; avaliação dos resultados do tratamento; investigação, publicação de resultados e troca de informações (INSTITUTO NACIONAL DE CANCER, 2019). Deste modo, a terapêutica e suas intenções, se curativa ou paliativa, deverão ser estabelecidas assim que definido o estágio e tipo de neoplasia.

À medida que a doença avança, mesmo em vigência do tratamento com intenção curativa, a abordagem paliativa deve ser ampliada visando também cuidar dos aspectos psicológicos, sociais e espirituais. Na fase terminal, em que o paciente tem pouco tempo de vida, o tratamento paliativo se torna prioritário para garantir qualidade de vida, conforto e dignidade. A transição do cuidado com objetivo de cura para o cuidado com intenção paliativa é um processo contínuo e sua dinâmica difere para cada paciente (INSTITUTO NACIONAL DE CANCER, 2018).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) os cuidados paliativos consistem:

na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (INSTITUTO NACIONAL DE CANCER, 2018, p. 1).

O cuidado paliativo ao paciente oncológico deve iniciar o mais precoce possível, podendo estar associado ao tratamento com objetivo de cura da doença, a fim de auxiliar no manejo dos sintomas de difícil controle e melhorar as condições clínicas do paciente (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, 2021).

Os cuidados paliativos, apesar da conotação negativa ou passiva do termo, devem ser eminentemente ativos, principalmente em pacientes portadores de câncer em fase avançada, onde algumas modalidades de tratamento cirúrgico e radioterápico são essenciais para alcance do controle de sintomas (INSTITUTO NACIONAL DE CANCER, 2018).

Considerando a carga devastadora de sintomas físicos, emocionais e psicológicos que se avolumam no paciente com doença terminal, as condutas terapêuticas, devem respeitar os limites do próprio paciente e de sua família frente a sua situação de incurabilidade (INSTITUTO NACIONAL DE CANCER, 2018).

De acordo com a Aliança Mundial de Cuidados Paliativos (*Worldwide Palliative Care Alliance*) em seu Relatório Anual 2019-2020, destaca que pelo menos 57 milhões de pessoas precisam de cuidados paliativos anualmente, quase 45% já no final da vida, onde 18 milhões deles morrem em sofrimento e dor evitáveis (WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE, 2020).

Portanto, somente 12% dos pacientes são identificados e acompanhados, destes 76% de pacientes paliativos adultos que necessitam de atendimento estão em países de baixa e média renda. Ressalta-se que 69% das pessoas que precisam de cuidados paliativos também sofrem de doenças não transmissíveis, como câncer, demência, derrame, insuficiência cardíaca-hepática-renal ou doenças pulmonares. O que pode refletir em um aumento de 87% do cuidado paliativo até 2060 (WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE, 2020).

Considerando este cenário e perspectiva, no Brasil a Resolução nº 41/2018 definida junto a Comissão Intergestores Tripartite do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e secretarias municipais, dispôs sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BIANCONI; HADDAD, 2021). O Art. 5º descreve que os cuidados paliativos deverão ser ofertados em qualquer ponto da rede de atenção à saúde, notadamente: atenção básica, atenção domiciliar, atenção ambulatorial, urgência/emergência, atenção hospitalar (BRASIL, 2018).

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), estabelecido pelo Ministério da Saúde na Portaria nº 824/2016, é uma modalidade de atenção à saúde

integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo a continuidade dos cuidados. E o SAD é um serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio – EMAP (BIANCONI; HADDAD, 2021).

Os principais objetivos do SAD são redução da demanda por atendimento hospitalar; redução do período de permanência de usuários internados; humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários; a desospitalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2018).

Frente aos objetivos e estruturação do SAD, este serviço foi destinado de maneira descentralizada e regionalizada para atuar com o cuidado paliativo, e que se amplia a oncologia. Considerando as principais necessidades de apoio ao tratamento, em um estudo recente, as principais manifestações clínicas do paciente oncológico paliativo, foram: 89,9% dor, 70,9% fadiga, 53,5% perda de apetite, 42,5% vômitos, 33,9% constipação, entre outros, como palidez, caquexia, dispneia e perda de peso. Essas manifestações impactam na qualidade de vida, visto que o prejuízo na capacidade funcional, decorrente do câncer, afeta a capacidade do paciente de desempenhar atividades da vida diária, as relações sociais e a situação financeira (FREIRE *et al.*, 2018).

Pacientes atendidos pelo SAD também poderão vivenciar a terminalidade em seu desfecho de morte como um processo natural, sendo compreendida pelo paciente, família e equipe de maneira digna ao ser humano e tratada como tal. Sendo este papel, ofertado pelo serviço de atenção domiciliar (ALMEIDA *et al.*, 2018).

Considerando a situação da economia atual do país, pensando em planos de contingência com foco na desospitalização e otimização de recursos financeiros, é de extrema relevância a implantação de programas que visem a análise dos recursos e contribuições de ações em saúde que favoreçam o planejamento adequado e direcionamentos aos vários níveis de atenção à saúde. Nesses aspectos os métodos de custeio definem como deve ser feito o

cálculo dos custos dos produtos. Isto é, como e quais custos (e despesas) devem ser alocados aos produtos. Os métodos de custeio podem ter objetivos tanto legais quanto gerenciais, sendo eles: custo de absorção, custeio pleno, custo direto e variável, custo marginal e sistema de custeio ABC ou custeio baseado em atividades (ROCHA, 2021).

Na Espanha, foram realizados estudos que demonstraram que a existência de uma equipe de atendimento paliativo no domicílio reduz o número de internações hospitalares, aumenta a proporção de mortes em casa ou em *hospices* e reduz os custos significativamente (MIGUEL *et al.*, 2018).

Assim como a qualidade de vida dos pacientes é superior, quando comparados o atendimento oncológico domiciliar aos cuidados hospitalares habituais, ambulatório/internação (CARTONI *et al.*, 2021).

Estudos mensuram que o custo efetividade dos cuidados paliativos precoces em casa são menores quando comparados aos cuidados prestados em internações hospitalares. A assistência domiciliar também pode ser econômica, reduzindo o número de dias para tratar as infecções (HALLING *et al.*, 2020).

Existem quatro tipos de análises econômicas em saúde: Custo-Benefício, Custo Minimização, Custo-Efetividade e Custo-Utilidade. As abordagens mais utilizadas no setor saúde são as duas últimas. A análise custo-efetividade (ACE) é uma forma de avaliação econômica completa na qual se examinam tanto os custos como as consequências (desfechos) de programas ou tratamentos de saúde. O resultado da ACE é expresso, por exemplo, em custo por ano de vida ganho. A análise custo-utilidade é centrada particularmente na qualidade do desfecho em saúde produzido ou evitado e introduz o conceito de QALY – *quality-adjusted life years* (ROCHA, 2021).

A contextualização explanada fundamentou o desenvolvimento desse estudo, sendo norteadas pelas seguintes perguntas de pesquisa:

- O que há publicado mundialmente sobre os custos dos cuidados paliativos oncológicos nos serviços de atenção domiciliar?
- Qual o custo direto médio do cuidado paliativo oncológico em um serviço de atenção domiciliar de um município de grande porte?

Para responder a essas indagações, foram construídos dois estudos, intitulados:

- **Estudo 1** – Custo dos cuidados paliativos oncológicos na atenção domiciliar: revisão integrativa.
- **Estudo 2** - Custo direto médio diário da internação domiciliar de pacientes em cuidado paliativo oncológico em município de grande porte.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina-PR (UEL), com parecer de número 5.017.496 (ANEXO A) e consentimento do campo do Serviço de Atenção Domiciliar da Prefeitura Municipal de Londrina-PR (ANEXO B).

O texto apresentado segue as normas de formatação – Modelo 2 – descritas no site do programa de Mestrado e Doutorado em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina – <http://www.uel.br/ccs/enfermagem/acessar.php/mes.html>

ESTUDO 1

CUSTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS NA ATENÇÃO DOMICILIAR: REVISÃO INTEGRATIVA

COST OF CANCER PALLIATIVE CARE FOR HOME CARE SERVICES: INTEGRATIVE REVIEW

Resumo

Objetivo: Analisar as publicações relacionadas ao custo dos cuidados paliativos oncológicos em Serviço de Atenção Domiciliar. **Método:** revisão integrativa que incluiu artigos primários indexados nas bases de dados *National Library of Medicine (PubMed)*, *Scopus®*, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Embase (Elsevier)*, *Science Direct* e *SciELO*, utilizando as palavras-chave: *neoplasms; oncology; home care; palliative care; costs analysis; costs*. Para a construção desta revisão, foram percorridas seis etapas, segundo PRISMA: I) identificação do tema e seleção da hipótese ou elaboração da pergunta norteadora; II) amostragem, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão dos estudos selecionados; III) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; IV) avaliação crítica dos estudos selecionados; V) interpretação dos resultados (discussão dos principais resultados) e VI) apresentação da síntese do conhecimento, no mês de janeiro

de 2021. **Resultados:** Foram identificados dez artigos, Reino Unido (3;27,3%), Espanha (3;27,3%), seguidos de Estados Unidos da América (EUA) (1;9,1%), Itália (1;9,1%), Canadá (1;9,1%), Áustria (1;9,1%), iniciando as publicações em 1986. Os estudos demonstraram menor custo na internação domiciliar com acompanhamento de equipes, inclusive quando analisado pacientes oncológicos em terminalidade e prognóstico da doença. **Conclusão:** Os estudos apresentaram a necessidade de os serviços de saúde gerenciar os custos e destinar investimentos financeiros adequados para esses programas de atendimento domiciliar. Deste modo, outras avaliações poderão ser realizadas, como por exemplo, custo-efetividade e custo-utilidade oferecendo assim, qualidade assistencial ao paciente, cuidadores e sistema de saúde.

Palavras-chave: Oncologia; Atenção Domiciliar; Cuidados Paliativos; Análise de custos; Custos.

Abstract

Objective: To analyze publications related to the cost of palliative cancer care in a Home Care Service. **Method:** integrative review that included primary articles indexed in the National Library of Medicine (PubMed), Scopus®, Virtual Health Library (BVS), Embase (Elsevier), Science Direct and Scielo databases, using the keywords: neoplasms; oncology; home care; palliative care; cost analysis; costs. For the construction of this review, six stages were covered, according to PRISMA: I) identification of the theme and selection of the hypothesis or elaboration of the guiding question; II) sampling, establishment of inclusion and exclusion criteria for selected studies; III) definition of the information to be extracted from the selected studies; IV) critical evaluation of selected studies; V) interpretation of results (discussion of main results) and VI) presentation of the synthesis of knowledge, in January 2021. **Results:** Ten articles were identified, United Kingdom (3;27.3%), Spain (3;27 .3%), followed by the United States of America (USA) (1;9.1%), Italy (1;9.1%), Canada (1;9.1%), Austria (1;9.1 %), starting to be published in 1986. Studies have shown lower cost of home care with follow-up by teams, including when analyzing terminally ill cancer patients and disease prognosis. **Conclusion:** The studies showed the need for health services to manage costs and allocate adequate financial investments to these home care programs. In this way, other evaluations can be carried out, such as cost-effectiveness and cost-utility, thus offering quality care to the patient, caregivers and the health system.

Keywords: Oncology; Home Care; Palliative care; Cost analysis; costs.

INTRODUÇÃO

As estatísticas demonstraram que no Brasil em 2020, a incidência de câncer nos homens por localização primária foi de 29,2% (n=65.840) em próstata, seguido de 9,1% (n=20.540) cólon/reto e 7,9% (n=17.760) de traqueia, brônquio e pulmão. Já nas mulheres, a incidência por localização

primária foi a neoplasia de mama 29,7% (n=66.280), seguido de cólon/reto 9,2% (n=20.470) e cólon de útero (n=6.710) (INSTITUTO NACIONAL DE CANCER, 2020). Considerando a relevância desses índices, destaca-se a importância de se fazer o diagnóstico do câncer precocemente, o tratamento eficaz e, quando necessário, oferecer o cuidado paliativo para aliviar a dor e o sofrimento do paciente e seus familiares.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em conceito definido em 1990 e atualizado em 2002 (INSTITUTO NACIONAL DE CANCER, 2018, p. 1):

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

Este deve ser iniciado o mais precoce possível, podendo estar associado ao tratamento com objetivo de cura da doença, a fim de auxiliar no manejo dos sintomas de difícil controle e melhorar as condições clínicas do paciente (INSTITUTO NACIONAL DE CANCER, 2018).

Na fase terminal, em que o paciente tem pouco tempo de vida, o tratamento paliativo se torna prioritário para garantir qualidade de vida, conforto e dignidade. A transição do cuidado com objetivo de cura para o cuidado com intenção paliativa é um processo contínuo e sua dinâmica difere para cada paciente (INSTITUTO NACIONAL DE CANCER, 2018).

Para o sistema de saúde as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), incluindo o câncer, apresentam custos diretos crescentes e estão entre as principais causas de internações hospitalares. Uma análise do Banco Econômico Mundial estima que países como Brasil, China, Índia e Rússia perdem, anualmente, mais de 20 milhões de anos produtivos de vida em razão das DCNT (BRASIL, 2020). Destaca-se que os planos de contingência com foco na desospitalização e otimização de recursos financeiros, são de extrema relevância, pois constituem-se em estratégias que visam a análise dos recursos

e de ações em saúde que favoreçam o planejamento adequado, bem como o direcionamento aos vários níveis de atenção à saúde.

Dentro deste cenário e perspectiva, no Brasil a Resolução nº 41/2018 definida junto a Comissão Intergestores Tripartite do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e secretarias municipais, dispôs sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BIANCONI; HADDAD, 2021). O Art. 5º descreve que os cuidados paliativos deverão ser ofertados em qualquer ponto da rede de atenção à saúde, notadamente: atenção básica, atenção domiciliar, atenção ambulatorial, urgência/emergência, atenção hospitalar (BRASIL, 2018).

Apesar do SUS não vender serviços e não agregar lucro aos seus custos de produção, sob uma perspectiva prática, na medida em que conheça custos, em um contexto de compra de serviços de entidades empresariais, precisa estabelecer mecanismos para definir margens de lucro “aceitáveis”, o que balizaria a negociação do preço pago nessas transações. Esse processo consiste em uma forma de precificação de serviços de saúde, de modo que otimiza os recursos financeiros através da avaliação de custos que é um importante instrumento de gerenciamento (VIEIRA, 2017).

O custo é o somatório dos gastos com pessoal, material, estrutura física e equipamentos utilizados e deve ser compreendido como importante ferramenta de gestão para análise de desempenho, produtividade e qualidade dos serviços (ETGES, 2019).

A primeira etapa do processo constitui-se na verificação dos custos dos serviços de Saúde, de procedimentos e dos tratamentos. De acordo com a análise realizada, as avaliações farmacoeconômicas têm diferentes denominações, dentre elas está: o custo-minimização, o custo-efetividade, o custo-utilidade e o custo-benefício (CASTILHO; FUGULIN; GAIDZINSKI, 2016).

Países de renda média alta na América Latina e Caribe, Leste da Ásia, Pacífico, Oriente Médio e Norte da África são os países que mais produzem estudos de avaliações econômicas (ERFANI, 2021). A avaliação econômica em saúde assume um papel de destaque, exigindo dos gestores o enfrentamento de novos desafios na busca contínua da eficiência e eficácia das atividades. A

qualidade associada à utilização racional dos recursos deve ser o novo desafio dos gestores em serviços de saúde (DALLORA; FORSTER, 2018).

Torna-se, assim, fundamental mensurar os custos em saúde, para uma análise criteriosa do cenário dos serviços para fundamentar a tomada de decisão dos gestores na seleção de ferramentas e modelos de gestão que qualifiquem o cuidado prestado a população envolvida, principalmente a pessoa com câncer em cuidado paliativo, objeto desse estudo.

Nesse contexto, têm-se por objetivo analisar os artigos científicos relacionadas ao custo dos cuidados paliativos oncológicos na Atenção Domiciliar.

MÉTODOS

Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura, método que proporciona como resultado um quadro completo de conceitos complexos, de teorias ou problemas relativos ao cuidado na saúde, relevantes para a enfermagem (POLIT; BECK, 2018).

Na etapa I, foi estabelecida a definição do problema da pesquisa e a questão norteadora. Foi utilizada a estratégia PICO, que representa um acrônimo para a População, ou o paciente, ou o problema abordado (*Population/Patient/Problem*), o fenômeno de Interesse (*Interest*) e o Contexto (*Context*) (STERN; JORDAN; MCARTHUR, 2014). Neste estudo teve-se como questão norteadora: *Qual o custo dos cuidados paliativos oncológicos na Atenção Domiciliar?*

Para a construção desta revisão, foram percorridas seis etapas: I) delimitação do tema e seleção da questão de pergunta; II) estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; III) busca na literatura; IV) categorização dos dados; V) avaliação dos estudos incluídos na revisão e VI) interpretação, discussão, síntese e apresentação dos resultados encontrados (POLIT; BECK, 2018).

A coleta de dados ocorreu em janeiro de 2021. A busca dos artigos foi realizada por meio do sistema da Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina (UEL), no Portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), a partir da

identificação feita por meio da Comunidade Acadêmica Federada (CAFE), como forma de padronizar a coleta e ainda fornecer acesso às principais bases de dados nacionais e internacionais de diversas áreas. Para seleção dos artigos, foram utilizadas as bases de dados eletrônicas: *Scopus*; *EMBASE*; *Science Direct* e *US National Library of Medicine (PubMed)*, *Scielo*, buscou-se por *Medical Subject Headings (MeSH)* e na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) na qual foi utilizado os Descritores em Ciências da Saúde (DECs), conforme estratégia de busca apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 – *String* de busca nas bases internacionais e nacionais para identificar estudos sobre os custos dos cuidados paliativos oncológicos na Atenção Domiciliar. Londrina, PR, Brasil, 2021

Bibliotecas	Descritores	Estratégia de busca	Quantidade inicial de artigos
PubMed (Medline)	<i>MeSH</i>	<i>“costs home care in palliative cancer patients”</i>	2
Scopus (Elsevier)	<i>MeSH</i>	<i>“cost analysis AND home care AND palliative cancer patients”</i>	11
BVS	<i>DeCS</i>	<i>(Visita domiciliar OR Atendimento domiciliar) AND (Tratamento paliativo OR Cuidado Paliativo OR Assistência paliativa) AND (Oncologia OR Câncer OR Neoplasia) AND (Análise de custo OR Custos)</i>	9
Embase (Elsevier)	<i>MeSH</i>	<i>'cost analysis' AND 'home care' AND palliative AND care</i>	29
Scielo	<i>MeSH</i>	<i>(*cost analysis) AND (home care) AND (palliative care)</i>	3
Science Direct	<i>MeSH</i>	<i>cost analysis' AND 'home care' AND palliative AND care</i>	30

Fonte: Elaborada pela autora

Na etapa II, os critérios de inclusão estabelecidos foram artigos indexados nas bases, textos completos (sem definição de temporalidade), nos idiomas em português, espanhol e inglês, que tinham relação com a pergunta norteadora e que foram desenvolvidos em humanos.

Excluíram-se os estudos que foram realizados por meio de análise qualitativa, estudo ecológico, cartas ao editor, duplicatas, artigos de opinião e revisão de qualquer natureza, reflexão teórica, comentários, ensaios, notas prévias, editoriais, cartas, teses e dissertações, trabalhos de conclusão de

curso, manuais, resumos em anais ou periódicos, dossiês, documentos oficiais, políticas de saúde, relatórios de gestão hospitalar, livros, capítulos de livro e estudos que não contemplavam a finalidade deste estudo.

Os estudos foram analisados de forma descritiva por meio de quadros e foram classificados quanto ao nível de evidência. Em sua quase totalidade os artigos foram classificados em evidência IV, destacando que a mesma pode ser classificada em sete níveis. No nível 1, as evidências são provenientes de revisão sistemática ou metanálise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível 2, evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível 3, evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível 4, evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; nível 5, evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6, evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; nível 7, evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2005; GALVÃO, 2006).

Por tratar-se de revisão integrativa, a pesquisa não foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa, porém foram mantidas as ideias dos autores das publicações utilizadas no desenvolvimento deste estudo assim como as devidas referências.

RESULTADOS

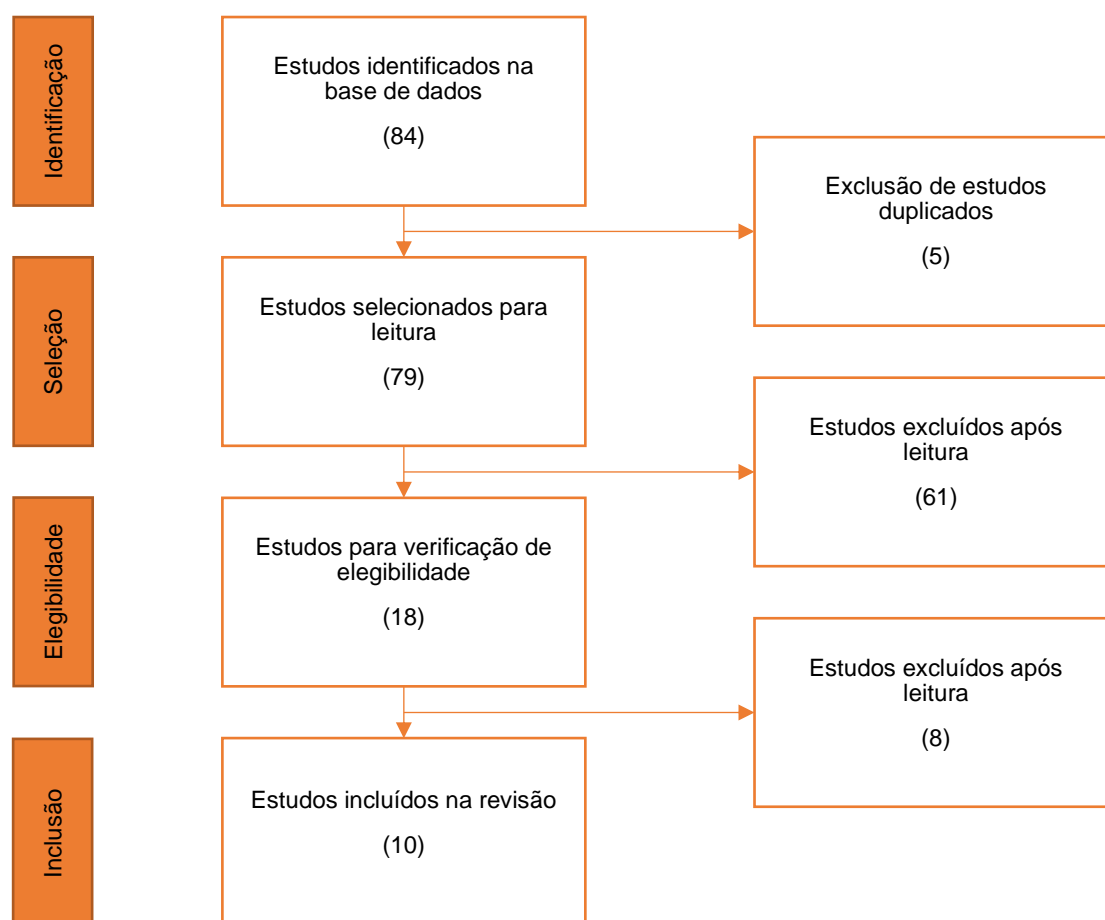
Para o detalhamento das informações coletadas dos artigos, utilizou-se um instrumento, elaborado pelas autoras, contendo: identificação do artigo original (título, periódico, ano de publicação); objetivo(s); características metodológicas; local; processo de coleta de dados; tipos de custeio; principais resultados; conclusões e identificação de limitações e/ou vieses.

A estratégia de pesquisa inicial identificou 84 artigos. Destes, cinco eram duplicados, resultando em um total de 79. Os artigos que abordaram à questão da pesquisa foram 18; e após os critérios de inclusão, foram selecionados dez estudos. O processo de busca e seleção dos estudos foi simplificado por meio

do fluxograma preconizado pelo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) e está representado na Figura 1 (PAGE *et al.*, 2021).

Para a análise e síntese dos dez artigos, utilizou-se um quadro sinóptico contendo título, ano e país e outro com objetivo(s), método, resultados e recomendações/conclusões (LOPES, 2016).

Figura 1 – Fluxograma de identificação do processo de seleção dos estudos selecionados para compor a revisão integrativa. Londrina, PR, Brasil, 2021



Fonte: Elaborada pela autora

Os artigos foram categorizados por tema: comparação do custo na atenção domiciliar X serviço hospitalar; custo nos últimos dias-meses de vida; custo conforme prognóstico da doença. Destaca-se o quantitativo de artigos publicados internacionalmente como Reino Unido (3), Espanha (3), seguidos de Estados Unidos da América (EUA) (1), Itália (1), Canadá (1), Áustria (1), iniciando as publicações em 1986.

Quadro 1 – Caracterização dos dez artigos primários incluídos na revisão integrativa de acordo com o título, ano e país, Londrina, Paraná, Brasil, 2021

Título	Ano	País
<i>A comparative assessment of home versus hospital comprehensive treatment for advanced cancer patients.</i>	1986	EUA
<i>A comparative cost analysis of terminal cancer care in home hospice patients and controls</i>	1987	Reino Unido
<i>A cost-minimization study of cancer patients requiring a narcotic infusion in hospital and at home</i>	1991	Reino Unido
<i>Home palliative care as a cost-saving alternative: Evidence from Catalonia</i>	2001	Espanha
<i>Cost analysis of a domiciliary program of supportive and palliative care for patients with hematologic malignancies.</i>	2007	Itália
<i>Use of resources and costs of palliative care with parenteral fluids and analgesics in the home setting for patients with end-stage cancer</i>	2010	Reino Unido
<i>Resource utilization and cost analyses of home-based palliative care service provision: The Niagara West End-of-Life Shared-Care Project</i>	2012	Canadá
<i>Actividad asistencial y costes en los últimos 3 meses de vida de pacientes fallecidos con cáncer en Euskadi</i>	2017	Espanha
<i>Comparación directa de los costes sanitarios en los 2 últimos meses de vida en pacientes oncológicos a partir de certificados de defunción en un área periurbana según reciban o no atención en su domicilio por un equipo de cuidados paliativos</i>	2018	Espanha
<i>Early Palliative Home Care versus Hospital Care for Patients with Hematologic Malignancies: A Cost-Effectiveness Study</i>	2020	Itália

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: EUA – Estados Unidos da América

O Quadro 2 apresenta dados referentes a análise de custo do paciente oncológico em serviço de atenção domiciliar.

Quadro 2 – Publicações selecionadas referentes à análise de custo de pacientes oncológicos em serviço de atenção domiciliar comparada ao serviço hospitalar. Londrina, PR, Brasil, 2021

Base	Título / Nível de Evidência	Periódico/ Ano/País/DOI	Objetivo	Principais resultados
Scopus	<i>A comparative assessment of home versus hospital comprehensive treatment for advanced cancer patients.</i> Evidência - IV	J Clin Oncol. 1986. Estados Unidos DOI: https://doi.org/10.1200/JCO.1986.4.10.1521	Comparar prospectivamente os custos do tratamento domiciliar e hospitalar para pacientes com câncer avançado em atenção domiciliar	O tratamento no domicílio apresentou custo diário de US\$ 256 inferior ao custo hospitalar
Science Direct	<i>A comparative cost analysis of terminal cancer care in home hospice patients and controls.</i> Evidência - IV	Journal of Chronic Diseases. 1987. Reino Unido DOI: https://doi.org/10.1016/0021-9681(87)90132-9	Comparar os custos dos últimos 90 dias de vida em 98 pacientes terminais com câncer atendidos por um serviço de atenção domiciliar versus o atendimento hospitalar	Os custos dos cuidados médicos e de enfermagem nas 24 horas no domicílio e suporte para suas famílias apresentaram um custo médio de US\$ 6.477 versus US\$ 6.502 da diária hospitalar
Scopus	<i>A cost-minimization study of cancer patients requiring a narcotic infusion in hospital and at home.</i> Evidência - III	Journal of Clinical Epidemiology. 1991. Reino Unido DOI: https://doi.org/10.1016/0895-4356(91)90043-9	Comparar o custo em dólares canadenses referente ao manejo do câncer em pacientes que necessitaram de infusões de narcóticos no hospital e no domicílio	Os custos médicos foram em média de C\$ 369,72 / dia de internação hospitalar e C\$ 150,24 / dia de atendimento domiciliar (economizando C\$ 219,48 / dia, em 1988). Os custos de narcóticos foram iguais para qualquer paciente em ambos os ambientes
PubMed	<i>Use of resources and costs of palliative care with parenteral fluids and</i>	Ann Oncol. 2010. Reino Unido DOI: https://doi.org/10.1023/A:10083	Identificar o custo dos atendimentos do paciente domiciliar e o custo do paciente hospitalizado	O custo diário para cada paciente ficou entre US\$ 250 e US\$ 300, metade dos quais são para despesas hospitalares. Um

	<i>analgesics in the home setting for patients with end-stage cancer.</i> Evidência - IV	<u>64401890</u>		grupo de controle hipotético (n=25) foi construído com base na prática atual e revisão de prontuários custaram cerca de US\$ 750 / dia. Com um período médio de tratamento de 16 dias, isso significa uma economia de US\$ 8.000 por paciente
Scopus	<i>Resource utilization and cost analyses of home-based palliative care service provision: the Niagara West End-of-Life Shared-Care Project.</i> Evidência - IV	Palliative Medicine. 2012. Canadá DOI: https://doi.org/10.1177/0269216311433475	Analisar o custo do paciente oncológico em atendimento domiciliar	Os custos para todos os serviços relacionados ao paciente (em 2007) foram C\$ 1.625.658,07 ou C\$ 17.112,19 / paciente, sendo C\$ 117,95 / dia. Observou-se que o atendimento domiciliar é menos dispendioso atendimento hospitalar
Scopus	<i>Early Palliative and Home Care versus Hospital Care for Patients with Hematologic Malignancies : A Cost-Effectiveness Study.</i> Evidência - III	Journal of palliative medicine 2020. Itália DOI: https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0396	Comparar os custos e os resultados entre um atendimento domiciliar paliativo precoce e o atendimento hospitalar para pacientes paliativos hematológicos iniciais ou em fase terminal	A assistência domiciliar gerou uma economia semanal de 2.314,9 € para o provedor de saúde, com um custo de 85,9 € para a família, e foi custo-efetiva para prevenção de infecções

Fonte: Elaborado pela autora

No Quadro 3 são apresentadas as publicações conforme categorização, referentes aos pacientes paliativos no fim de vida, comparado aos custos do paciente paliativo no hospital.

Quadro 3 – Publicações selecionadas referentes a análises dos custos nos últimos dias-meses de vida do paciente com doença oncológica em serviço de atenção domiciliar. Londrina, PR, Brasil, 2021

Base	Título / Nível de Evidência	Periódico/Ano /País/ DOI	Objetivo	Principais resultados
Scopus	<i>Home palliative care as a cost-saving alternative: Evidence from Catalonia.</i> Evidência - IV	Palliative Medicine. 2001. Espanha DOI: https://doi.org/10.1191/026921601678320250	Comparar os recursos assistenciais consumidos durante o último mês de vida de pacientes em tratamento paliativo que morreu de câncer	Os custos do atendimento hospitalar foi 71% maior do que o atendimento domiciliar
Scielo	<i>Actividad asistencial y costes en los últimos 3 meses de vida de pacientes fallecidos con cáncer en Euskadi.</i> Evidência - IV	Gaceta Sanitaria. 2011 . Espanha DOI: https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.005	Analisar a utilização de recursos de saúde e orçamento nos últimos meses de vida da população que morreu de neoplasia maligna no país Autônomo Basco (Espanha)	Pessoas que morreram no hospital tiveram um custo médio de 14.794 € aproximadamente o dobro das pessoas que morreram em casa, e 7.491 €
Science Direct	<i>Comparación directa de los costes sanitarios en los 2 últimos meses de vida en pacientes oncológicos a partir de certificados de defunción en un área periurbana según reciban o no atención en su domicilio por un equipo de cuidados paliativos</i> Evidência - IV	Medicina Paliativa. 2018. Espanha DOI: https://doi.org/10.1016/j.medipa.2017.05.003	Comparar os custos de saúde do atendimento nos últimos dois meses de vida, dos pacientes com doença oncológica avançada, a partir de atestados de óbito, em uma área metropolitana de Madri, dependendo se eles foram ou não monitorados	O custo médio por pacientes foi de 3.158 €, independente se monitorados ou não por uma equipe de cuidados paliativos

			em casa por uma equipe de cuidados domiciliares paliativos	
--	--	--	--	--

Fonte: Elaborado pela autora

O Quadro 4 descreve o estudo que abordou o custo conforme o prognóstico da doença.

Quadro 4 – Publicação selecionada referente à análise de custo conforme prognóstico da doença oncológica em serviço de atenção domiciliar. Londrina, PR, Brasil, 2021

Base	Título / Nível de Evidencia	Periódico/Ano/ País/DOI	Objetivo	Principais resultados
Scopus	<i>Cost analysis of a domiciliary program of supportive and palliative care for patients with hematologic malignancies.</i> Evidência - IV	<i>Haematologica.</i> 2007. Itália DOI: https://doi.org/10.3324/haematol.110324	Analisar a utilização de recursos e os custos de um programa de cuidados domiciliares para quatro diferentes grupos, subdivididos de acordo com o estado da neoplasia hematológica	O custo do programa de atendimento domiciliar foi menor do que os encargos, mas excedia as tarifas distritais de pacientes com câncer. Em pacientes hematológicos, os custos diferem de acordo com o estado da doença e requisitos de transfusão

Fonte: Elaborado pela autora

DISCUSSÃO

As políticas públicas de saúde, são consideradas componentes fundamentais para a introdução das mudanças que devem ser implementadas de acordo com o perfil demográfico, nosológico, socioeconômico e dos sistemas de cuidados de saúde (VASCONCELOS, 2019). Para tanto, é necessário compreender como estão sendo geridos os serviços de saúde e direcionados os recursos e programas implantados visando a qualidade de saúde da população.

Neste cenário de desospitalização para os cuidados paliativos domiciliares dos pacientes oncológicos, é notório a escassez de estudos

relacionados a custos na gestão de saúde em âmbito nacional, pois o desenvolvimento dos estudos selecionados se concentrou na Europa e América do Norte. A desospitalização deve ser planejada por meio de avaliações econômicas descritivas e qualitativas. Precisa estar pautada na troca e na discussão dos casos em equipes multiprofissionais, com a participação do paciente e da família, em período anterior a alta hospitalar, buscado contemplar as possíveis necessidades, caracterizando, desse modo, um processo contínuo, organizado e estruturado. Assim, a utilização dessas condutas possibilitaria atender a todos os elementos necessários para a implementação do procedimento e sanar as expectativas do paciente e de sua família acerca do cuidar em domicílio (BRASIL, 2020).

Alguns estudos ainda reforçam que o custo efetividade e custo utilidade são maiores quando comparados o atendimento domiciliar com o hospitalar, tanto para o paciente quanto para a família. Neste cenário observa-se também que a qualidade de vida dos pacientes e o apoio familiar é superior (CARTONI, 2020).

Há evidências de que os custos dos cuidados paliativos domiciliares são menores do que os custos dos cuidados hospitalares. Os cuidados desempenhados por equipes no âmbito domiciliar contribuem para diminuir as taxas de readmissão hospitalar e o tempo médio de permanência dos pacientes no hospital, além de atenuar o número de intervenções e complicações advindas da hospitalização, como as infecções hospitalares (SANTOS, FONSECA, 2018).

Tanto para neoplasias oncohematológicas, os custos dos cuidados paliativos domiciliares para pacientes neoplasias hematológicas são menores do que os custos de atendimento hospitalar padrão (CARTONI, 2020). É importante destacar que, para essa modalidade de atenção, a anuência do paciente e/ou da família é extremamente importante e, apesar da possibilidade de o óbito acontecer em casa, é necessário que, durante o período de cuidado, o paciente e a família consigam desenvolver a capacidade de lidar com tal situação.

O plano de cuidados, elaborado pela equipe, deve orientar a família e os cuidadores sobre como cuidar do paciente. Uma das grandes vantagens observadas no atendimento em domicílio é o fato de esse permitir ao indivíduo

ter as suas necessidades atendidas na medida de suas preferências, sem ter de seguir a rigidez de regras e horários de um hospital, assim como poder usufruir do convívio familiar (INTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2018).

Em cidades da Espanha, a média custo por paciente em um *Programa d'Atenció Domiciliària i Equips de Suport* (PADES) é substancialmente menor do que no grupo não PADES, com um aumento de 71% (SERRA-PRAT; GALLO; PICAZA, 2015). Assim como o acompanhamento, o custo dos pacientes que faleceram no hospital foi de 14.794 €, quase o dobro daquelas que faleceram em casa, conforme avaliação de custo realizado (7.491 €) (NUÑO-SOLINÍS, 2016).

Em um estudo realizado no Brasil, a partir da identificação do perfil de pacientes assistidos e os custos relacionados à assistência domiciliar e na ocorrência de internações hospitalares, os resultados apontam que o custo médio paciente/dia do atendimento domiciliar foi de R\$ 28,26-DP4,10 (US\$ 12.03 – DP1.74), enquanto o custo médio paciente/dia de internação hospitalar foi de R\$294,46 -DP308,69 (US\$ 125.30 – dp131.36), ou seja, reafirmam que o paciente domiciliar de maneira geral, tende a ser menor (REIS *et al.*, 2021).

A modalidade da atenção domiciliar relativa aos cuidados paliativos faz parte da agenda de discussão da política de saúde para os países latino-americanos que, sendo justificada pelos altos custos das internações hospitalares, busca saída para otimização dos recursos financeiros. Se, por um lado, a atenção domiciliar pode diminuir gastos hospitalares, de outro, pode aumentar os custos do cuidado em saúde na família. Pesquisas mostram que as famílias latinas que usam exclusivamente sistemas públicos para o cuidado médico são aquelas com maior vulnerabilidade econômica (SIMÃO; TAMASO, 2016).

Observou-se nos estudos identificados que não há uma separação no atendimento domiciliar quanto aos tipos de câncer, idade dos pacientes o que demonstra a necessidade de desenvolvimento de estudos com metodologias robustas para confirmação desse modelo de atenção à saúde.

CONCLUSÕES

Os resultados mostraram que os custos do atendimento ao paciente oncológico no ambiente domiciliar são menores do que nos hospitalares, independentemente da fase da doença.

A assistência domiciliar também pode ser eficiente na qualidade do acompanhamento ao paciente em seus últimos dias de vida, desde que seja possível para a família (cuidador) oferecer suporte emocional e infraestrutura adequada, bem como tenha o adequado acompanhamento de uma equipe multidisciplinar.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano nacional de saúde 2020-2023**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf. Acesso em: 11 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 225, p. 276, 23 nov. 2018. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20diretrizes%20para,%C3%A9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20\(SUS\)](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20diretrizes%20para,%C3%A9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS).). Acesso em: 11 jan. 2022.

CARTONI, Claudio *et al.* Early palliative home care versus hospital care for patients with hematologic malignancies: a cost-effectiveness study. **Journal of Palliative Medicine**, v. 24, n. 6, p. 887-893, jun. 2021. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2020.0396>. Acesso em: 5 nov. 2021.

CASTILHO, Valéria; LIMA, Antônio Fernandes Costa; FUGULIN, Fernanda Maria Togeiro. Gerenciamento de custos nos serviços de enfermagem. *In*: KURCGANT, Paulina (coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 171-183.

CAVASSINI, Ana Claudia Molina *et al.* Avaliações econômicas em saúde: apuração de custos no atendimento de gestações complicadas pelo diabetes. **RAS**, v. 12, n. 46, p. 23-30, jan./mar. 2010. Disponível em: <http://docplayer.com.br/11827258-Avaliaco-es-economicas-em-saude-apuracao-de-custos-no-atendimento-de-gestacoes-complicadas-pelo-diabete.html>. Acesso em: 11 jan. 2022.

DALLORA, Maria Eulália Lessa do Valle; FORSTER, Aldaisa Cassanho. A importância da gestão de custos em hospitais de ensino - considerações teóricas. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 41, n. 2, p. 135-142, jun. 2008. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/259>. Acesso em: 10 out. 2021.

ETGES, Ana Paula *et al.* Estudos de microcusteio aplicados a avaliações econômicas em saúde: uma proposta metodológica para o Brasil. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, v. 11, n. 1, p. 87-95, abr. 2019.

FERRIS, Frank D. *et al.* A cost-minimization study of cancer patients requiring a narcotic infusion in hospital and at home. **Journal Of Clinical Epidemiology**, v. 44, n. 3, p. 313-327, jan. 1991. Disponível em: [https://www.jclinepi.com/article/0895-4356\(91\)90043-9/pdf](https://www.jclinepi.com/article/0895-4356(91)90043-9/pdf). Acesso em: 13 jan. 2022.

GRAY, Dennis; MACADAM, Douglas; BOLDY, Duncan. A comparative cost analysis of terminal cancer care in home hospice patients and controls. **Journal Of Chronic Diseases**, v. 40, n. 8, p. 801-810, jan. 1987. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0021968187901329?via%3Dihub>. Acesso em: 11 jan. 2022.

HENDRIKS, Marleen E. *et al.* Step-by-step guideline for disease-specific costing studies in low- and middle-income countries: a mixed methodology. **Global Health Action**, v. 7, n. 1, p. 23573, mar. 2014. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/gha.v7.23573>. Acesso em: 5 nov. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCER. **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer. 4. ed. Rio de Janeiro: Inca, 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Perfil da assistência oncológica no Brasil entre 2012 e 2016. **Informativo Vigilância do Câncer**, n. 7, jan./jun. 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/informativo-vigilancia-do-cancer-n7-2020.pdf>. Acesso em: 10 out. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCER. **Cuidados paliativos**. 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tratamento/cuidados-paliativos>. Acesso em: 10 out. 2021.

KLINGER, Christopher A. *et al.* Resource utilization and cost analyses of home-based palliative care service provision: the Niagara west end-of-life shared-care project. **Palliative Medicine**, v. 27, n. 2, p. 115-122, jan. 2012. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216311433475>. Acesso em: 10 out. 2021.

LOPES, Camila Mendonça de Moraes; GALVÃO, Cristina Maria. Surgical positioning: evidence for nursing care. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 287-294, abr. 2010.

MELNYK, Bernadette Mazurek; FINEOUT-OVERHOLT, Ellen. Making the case for evidence-based practice. *In*: MELNYK, Bernadette Mazurek; FINEOUT-OVERHOLT, Ellen. **Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice**. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins, 2005. p. 3-24.

NUÑO-SOLINÍS, Roberto *et al.* Actividad asistencial y costes en los últimos 3 meses de vida de pacientes fallecidos con cáncer en Euskadi. **Gaceta Sanitaria**, v. 31, n. 6, p. 524-530, nov. 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911116301261?via%3Dihub>. Acesso em: 10 out. 2021.

PAGE, Matthew J. *et al.* The PRISMA CARTONI statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, v. 372, p. 71, mar. 2021. <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n71>. Acesso em: 5 nov. 2021.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para prática de enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

REIS, Giliane Fabíola Martins dos *et al.* Análise de custos de um serviço de atenção domiciliar público e o perfil dos pacientes assistidos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 20, p. e58959, 2021. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/58959>. Acesso em: 13 jan. 2022.

SANTOS, Milena Lima dos; FONSECA, Flávia Nunes. Impacto econômico da atuação de equipes consultoras de cuidados paliativos inseridas em hospital. **Health Residencies Journal**, v. 2, n. 11, p. 160-181, abr. 2021. Disponível em: <https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/134>. Acesso em: 3 jan. 2022.

SERRA-PRAT, Mateu; GALLO, Pedro; PICAZA, Josep M. Home palliative care as a cost-saving alternative: evidence from Catalonia. **Palliative Medicine**, v. 15, n. 4, p. 271-278, jun. 2001.

STERN, C., JORDAN, Z., & MCARTHUR, A. Developing the review question and inclusion criteria: The first steps in conducting a systematic review. *American Journal of Nursing*, 114(4), 53-56. 2014. [https://doi:10.1097/01.NAJ.0000445689.67800.86](https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000445689.67800.86)

SIMÃO, Vilma Margarete; TAMASO, Regina Celia Tamaso. O cuidado paliativo e domiciliar em países da América Latina. **Saúde em Debate** [online], Rio de Janeiro, v. 40, p. 156-169, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/WyBMjqD4rL6qRqdysrZxVFw/?lang=pt>. Acesso em: 20 nov. 2021.

VASCONCELOS, Thiago Catão de *et al.* Economic impact of hospital palliative care units: a systematic review. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 11, n. 5, p. 1389-1396, dez. 2019. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/9439/pdf>. Acesso em: 31 jul. 2020.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Produção de informação de custos para a tomada de decisão no sistema único de saúde: uma questão para a política pública.** Rio de Janeiro: Ipea, 2017. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7972/1/td_2314.pdf. Acesso em: 20 set. 2021.

VINCIGUERRA, V. *et al.* A comparative assessment of home versus hospital comprehensive treatment for advanced cancer patients. **Journal Of Clinical Oncology**, v. 4, n. 10, p. 1521-1528, out. 1986. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3760919/>. Acesso em: 12 nov. 2021.

WITTEVEEN, P. O. *et al.* Use of resources and costs of palliative care with parenteral fluids and analgesics in the home setting for patients with end-stage cancer. **Annals Of Oncology**, v. 10, n. 2, p. 161-166, fev. 1999. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10093684/>. Acesso em: 20 nov. 2021.

ESTUDO 2

CUSTO DIRETO MÉDIO DIÁRIO DA INTERNAÇÃO DOMICILIAR DE PACIENTES EM CUIDADO PALIATIVO ONCOLÓGICO EM MUNICÍPIO DE GRANDE PORTE

AVERAGE DAILY DIRECT COST OF HOSPITALIZATION OF PATIENTS IN PALLIATIVE ONCOLOGICAL CARE IN A LARGE MUNICIPALITY

Resumo

Introdução: na dimensão gerencial, a apuração dos custos dos serviços de saúde é imprescindível para direcionar a alocação racional dos insumos consumidos. **Objetivo:** identificar o custo direto médio diário do cuidado paliativo na internação domiciliar em município de grande porte. **Método:** pesquisa quantitativa, exploratório-descritiva, na modalidade de estudo de caso único com análise documental, desenvolvida com pacientes oncológicos em cuidados paliativos atendidos entre janeiro a dezembro de 2020 pelo Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) do município de Londrina-PR. **Resultados:** o custo direto médio (CDM) por dia na internação domiciliar foi de R\$ 223,43 (DP $\pm 285,25$), sendo o custo com material (R\$10,63 – DP $\pm 14,17$), ressalta-se a representatividade do custo da mão de obra direta (MOD) da equipe com maior impacto (88,25% do CDM total) com destaque a MOD médico (R\$39,83 DP $\pm 44,85$), MOD enfermeiro (R\$ 31,06 DP $\pm 34,97$) e nutricionista (R\$ 29,89 DP $\pm 34,97$). Seguido dos insumos e materiais (R\$ 10,63 DP $\pm 14,17$), medicamentos padronizados e não padronizados respectivamente (R\$ 6,92 + 0,67 DP $\pm 14,63 + 3,51$), suplementos alimentares (R\$ 9,39 DP $\pm 34,76$) e oxigênio (R\$6,72 DP $\pm 5,14$). Em relação ao deslocamento, foi o custo de menor impacto (R\$ 1,29 DP $\pm 1,56$). **Conclusão:** os custos com os recursos humanos são maiores quando comparados com os custos dos insumos e deslocamento da equipe de saúde.

Palavras-chave: Câncer; Oncologia; Atenção Domiciliar; Cuidados Paliativos; Análise de custos; Custos.

Abstract

Introduction: in the managerial dimension, the calculation of the costs of health services is essential to direct the rational allocation of consumed inputs. Objective: to identify the average daily direct cost of palliative care in home care in a large city. Method: quantitative, exploratory-descriptive research, in the form of a single case study with document analysis, developed with cancer patients in palliative care treated between January and December 2020 by the Home Care Service (SAD) in the city of Londrina-PR. Results: the average direct cost (CDM) per day in home care was R\$ 223.43 (SD \pm 285.25), and the cost with material (R\$ 10.63 – SD \pm 14.17), it is noteworthy the

representativeness of the cost of direct labor (MOD) of the team with the greatest impact (88.25% of the total CDM) with emphasis on medical MOD (R\$39.83 SD± 44.85), nurse MOD (R\$ 31, 06 SD± 34.97) and nutritionist (R\$ 29.89 SD± 34.97). Followed by inputs and materials (R\$ 10.63 SD± 14.17), standardized and non-standard medicines respectively (R\$ 6.92 + 0.67 SD± 14.63 + 3.51), food supplements (R\$ 9.39 SD± 34.76) and oxygen (R\$6.72 SD± 5.14). In relation to displacement, it was the cost with the lowest impact (R\$ 1.29 SD±1.56). Conclusion: the costs with human resources are higher when compared to the costs of supplies and displacement of the health team.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) os cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais” (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2018).

De acordo com a Aliança Mundial de Cuidados Paliativos (*Worldwide Palliative Care Alliance*) em seu Relatório Anual 2019-2020, destaca que pelo menos 57 milhões de pessoas precisam de cuidados paliativos anualmente, quase 45% já no final da vida, onde 18 milhões deles morrem em sofrimento e dor evitáveis. Portanto, somente 12% dos pacientes são identificados e acompanhados, destes 76% de pacientes paliativos adultos que necessitam de atendimento estão em países de baixa e média renda. Ressalta-se que 69% das pessoas que precisam de cuidados paliativos também sofrem de doenças não transmissíveis, como câncer, demência, derrame, insuficiência cardíaca-hepática-renal ou doenças pulmonares. Com perspectiva de 87% de aumento do cuidado paliativo até 2060 (WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE, 2020).

Dentro deste cenário e perspectiva, no Brasil a Resolução nº 41/2018 definida junto a Comissão Intergestores Tripartite do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e secretarias municipais, dispôs sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados

continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BIANCONI; HADDAD, 2021).

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), decretado pelo Ministério da Saúde nº 825/2016, é uma modalidade de atenção à saúde integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados. O SAD constitui-se em um serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) (BRASIL, 2016).

Os principais objetivos da SAD são redução da demanda por atendimento hospitalar; redução do período de permanência de usuários internados; humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários; a desospitalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2016).

Na dimensão gerencial, a apuração dos custos dos serviços de saúde é imprescindível para direcionar a alocação racional dos insumos consumidos (LIMA, 2017). O custo é o somatório dos gastos com pessoal, material, estrutura física e equipamentos utilizados e deve ser compreendido como importante ferramenta de gestão para análise de desempenho, produtividade e qualidade dos serviços (ETGES, 2019).

Nesta perspectiva, realizou-se este estudo com objetivo de identificar o custo direto médio do cuidado paliativo oncológico na internação domiciliar em um município de grande porte.

MÉTODOS

Trata-se de pesquisa quantitativa, exploratório-descritiva, na modalidade de estudo de caso único com análise documental, realizada entre janeiro a dezembro de 2020 no Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) do município de Londrina-PR.

O serviço de atenção domiciliar em estudo foi criado em 1996 pelo Ministério da Saúde e 2012 incorporado ao programa “Melhor em Casa”, três equipes clínicas atuam neste programa. Cada equipe denominada pelo Ministério da Saúde de Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), de maneira regionalizada (BIANCONI; HADDAD, 2021).

A equipe assistencial do SAD em estudo é composta por médico, assistente social, enfermeiro, técnico de enfermagem, farmacêutica, psicóloga e fisioterapeuta (BIANCONI; HADDAD, 2021). Para admissão de um paciente no SAD, são respeitadas as seguintes etapas: indicação de internação domiciliar, avaliação pela equipe do SAD, elaboração do plano de atenção domiciliar e início da prestação da assistência. Podendo ser descredenciado pacientes que: apresentam melhora do quadro clínico; se dentro de 48 horas, não houver melhora do paciente em internação hospitalar dentro das condições clínicas estabelecidas; óbito e por descumprimento dos acordos assistenciais estabelecidos entre a equipe multiprofissional o usuário, familiar (es) e ou cuidador(es) (BIANCONI; HADDAD, 2021).

Foram internados no SAD no período em estudo 20 pacientes que foram somadas aos dias para análise do custo, portanto os cálculos foram feitos, totalizando 607 dias de internamento domiciliar com média de 30 dias por pacientes.

As informações para a análise microeconômica de Custo Direto Médio (CMD) foi realizada em prontuários e relatórios dos serviços baseado no protocolo de Yin (2019), conforme Quadro 5 abaixo:

Quadro 1 - Protocolo de coleta de dados para análise de custo dos cuidados paliativos oncológicos na atenção domiciliar. Londrina, PR, Brasil, 2021.

ETAPA	OBJETIVOS	ATIVIDADES
Mapeamento e Validação do Processo de gestão interna	Conhecer o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)	<ul style="list-style-type: none"> • Conversar com coordenadora do serviço para apropriar-se do serviço prestado. • Identificar o perfil sociodemográfico dos pacientes atendimentos em 2020. • Selecionar os pacientes com critérios de inclusão no estudo. • Analisar o fluxo de dispensação de materiais/medicamentos aos pacientes oncológicos atendidos. • Avaliar os relatórios dos pacientes atendidos para a elaboração do <i>book</i> de custos.

		<ul style="list-style-type: none"> • Analisar as informações até todas as informações para calcular os custos.
	Validar o processo de gestão interna, já observado pelo pesquisador e descrito pelo Ministério da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Mapear todos os subprocessos do atendimento multidisciplinar. • Validar o processo de gerenciamento interno dos dados coletados com Informantes Chaves.
Aferição dos custos dos subprocessos	Avaliação quantitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Calcular o custo de MOD dos recursos humanos; • Calcular o custo de materiais e medicamentos para cada paciente. • Calcular os recursos de alimentação e medicamentos não padronizados. • Calcular o deslocamento médio e depreciação dos utilitários de transporte. • Calcular o tempo dos atendimentos em dias.
	Calcular o custo do paciente oncológico atendidos em 2020 pelo SAD	<ul style="list-style-type: none"> • Calcular o custo médio direto das atividades identificando os direcionadores (atendimentos); • Calcular o custo médio direto da MOD; • Calcular o custo total dos atendimentos.
Análise de dados	Análise relacionada a custo do paciente oncológico atendido no serviço de atenção domiciliar	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar triangulação, visando contrastar os dados coletados através da observação não participante, dados quantitativos dos atendimentos e dados dos cálculos de custos do processo. • Analisar os dados referentes aos custos do paciente oncológico ao SAD com técnica de análise de valor com base na moeda real.
Conclusões	Apresentar conclusões	<ul style="list-style-type: none"> • Sintetizar os dados, considerações e contribuições nas tomadas de decisões gerenciais.

Para a apuração do custo direto médio (CDM) dos atendimentos, realizou-se um estudo de micro custeio na perspectiva do gestor do serviço. Os custos diretos são aqueles que podem ser identificados e claramente quantificados; referem-se a um dispêndio monetário aplicado na produção de um produto ou de um serviço no qual é possível a identificação com o produto ou departamento (MARTINS, 2018). Nas organizações hospitalares, os custos diretos são compostos pela mão de obra direta (MOD), materiais/medicamentos e soluções e equipamentos utilizados no processo assistencial (LIMA, 2016).

Neste estudo não foram considerados os custos dispendidos com equipamentos como: bombas de infusão por não serem recursos utilizados em domicílio tanto para dieta quanto medicações nos pacientes avaliados; os recursos de camas hospitalares são dispendidos pelos cuidadores ou por doações, somente acrescido ao custo do oxigênio os torpedos de oxigênio calculados por paciente já no custo de oxigênio/hora.

Nos serviços de saúde, os custos diretos são compostos pela mão de obra direta (MOD), insumos e equipamentos utilizados no processo

assistencial. A MOD refere-se aos custos dos profissionais que trabalham diretamente sobre um produto/serviço prestado, desde que seja possível mensurar o tempo despendido e identificar quem executou o trabalho. Compõe-se dos salários, encargos sociais, provisões para férias e 13º salário (MARTINS, 2018).

Os valores dos materiais, equipamentos e soluções/medicamentos consumidos por paciente no atendimento domiciliar foram obtidos junto ao departamento de farmácia do SAD conforme licitações e pregões aprovados mediante contrato realizado pela Central de Compras da Prefeitura Municipal de Londrina - CENTROFARMA o ano de 2020.

Assim, o custo direto do atendimento foi calculado multiplicando-se o tempo (estimado pela equipe) despendido pelos profissionais que compõe a equipe, pelo custo unitário da mão de obra direta, somando-se ao custo dos materiais/medicamentos/soluções/telemonitoramento/transporte.

Para a apuração dos custos foi utilizada a seguinte fórmula:

$$\text{Custo Direto Médio} = (\text{Recursos Humanos (MoD)} + \text{Receita Material} + \text{Medicamentos} + \text{Telemonitoramento} + \text{Transporte}) + \text{Custo Variável} / \text{Média de paciente}$$

Foram incluídos na análise documental as seguintes variáveis: a) dados sociodemográficos (sexo, faixa etária, região do município de origem); b) dados clínicos (doença oncológica e tipo de tratamento); c) dados de custos do atendimento domiciliar como nº de profissionais da equipe multidisciplinar, tempo de acompanhamento de cada profissional, número de visitas, uso de recursos ventilatórios (tipo, litros/min de O2 e tempo – intermitente ou contínuo), número de internações durante o período de acompanhamento, desfecho clínico (alta por melhora clínica ou óbito – hospitalar ou domiciliar), quantidade e custo de materiais e medicamentos fornecidos e utilizados descritos nos relatórios de atendimentos disponibilizados pela farmácia; uso de combustível (gasolina) e dietas/suplementações.

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, mediante apreciação da Prefeitura Municipal de Londrina e cadastro na Plataforma Brasil, por meio dos pareceres consubstanciados números: C.D. nº 26/2021 e nº 5.017.496.

RESULTADOS

No ano de 2020, de janeiro a dezembro, foram elegíveis seguindo critérios de admissão no SAD, 203 pacientes para internação, destes 20 (9,9%) admissões foram de pacientes encaminhados pela atenção primária e serviço hospitalar com diagnóstico oncológico requerendo cuidados paliativos domiciliares, tais como: 7 pacientes com câncer de pulmão, 4 pacientes com câncer de cólo de útero, seguidos de câncer de mama (1), hipofaringe (1), mieloma múltiplo (1), esôfago (1), osteossarcoma (1) e fígado (1). Todos com estágio IV, conforme análise de características da doença.

A média de idade foi de 64 anos (15 – 95 anos). As características demográficas, clínicas e desfecho dos pacientes que receberam atendimento no SAD se encontram na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição das variáveis categóricas dos pacientes oncológicos elegíveis para a internação pela equipe do Serviço de Atenção Domiciliar, Londrina, PR, 2020.

Características demográficas e clínicas	N=20	%
Sexo		
Feminino	13	65
Masculino	7	35
Faixa etária		
10-20	1	5
20-40	0	0
40-60	7	35
>60 anos	12	60
Diagnóstico		
Câncer de Pulmão	8	40
Câncer de Mama	4	20
Outros	8	40
Tempo médio de internação/dias	30,35	-
Desfecho da alta		
Melhora clínica	1	5

Internação hospitalar	4	20
Óbito domiciliar	6	30
Óbito hospitalar	7	35
Reinternação domiciliar	2	10

Fonte: Elaborada pela autora

Dentre as admissões no SAD em 2020, observaram-se os tipos de câncer primário em mulheres como no pulmão, útero e mama; já nos homens pulmão, seguidos de hipofaringe e esôfago. Dentre as patologias, estavam associadas outras comorbidades tais como a doença pulmonar obstrutiva crônica e insuficiência cardíaca.

No que diz respeito aos custos dos profissionais, o custo unitário por hora de cada integrante da equipe do SAD correspondeu ao: auxiliar de enfermagem R\$ 35,25, médico geral R\$ 119,67, fisioterapeuta R\$ 43,05, nutricionista R\$ 89,80, enfermeiro R\$ 93,32 e psicólogo R\$ 55,58; todos estes profissionais atuavam 40 horas semanais. O custo hora trabalho do farmacêutico foi R\$ 65,49 e da assistente social R\$ 62,10, por jornada semanal de horas. No cálculo foi considerada a massa salarial: salários base, benefícios, gratificações e encargos sociais conforme publicado no portal de transparência do serviço em estudo (PARANÁ, 2021).

Já em relação aos insumos utilizados no ano de 2020 durante as visitas domiciliares para todos os 20 pacientes, verificou-se o predomínio de categorias de medicamentos anti-inflamatórios não esteroidais (AINES) R\$ 520,96; opióides R\$ 2.012,65; laxantes R\$ 275,23; sedativos/ansiolíticos R\$ 88,19; antibióticos R\$ 295,47; antieméticos R\$ 323,24; tratamentos de feridas e protetores de pele, R\$ 183,48. Os custos de soluções, medicamentos padronizados e não padronizados correspondem a 3,1% e 0,3%, respectivamente do custo total deste serviço em 2020.

Das demais categorias, destacaram-se a oxigenoterapia R\$ 4.080,00 (3,0%), dieta enteral e suplementação R\$ 2.680,72 (4,2%) e deslocamento da equipe R\$ 3,28 (0,58%) por litro de combustível. O tempo de duração estimado das visitas domiciliares foi de 60 minutos e o telemonitoramento de 15 minutos

quando necessários, para avaliação e acompanhamento dos pacientes, perfazendo um total de 135 minutos para cada atendimento.

Tabela 2 – Custo direto médio parcial dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos atendidos no SAD. Londrina, PR, Brasil, 2020.

CDM	N (20)	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máxima
Dias Internamento	607	30	25	49	4	216
CDM Parcial		R\$ 187,81	R\$ 241,88	R\$ 211,47	R\$ 77,84	R\$ 917,02

Fonte: Elaborada pela autora

Considerando a representatividade da MOD optou-se por desmembrar as tabelas para análises mais adequadas das informações. Observa-se na tabela 2, que o CDM por dia na internação domiciliar foi de R\$ 223,43 (DP \pm 285,25), sendo o custo com material (R\$10,63 – DP \pm 14,17), ressalta-se a representatividade do custo com MOD da equipe com maior impacto (88,25% do CDM total) com destaque a MOD médico (R\$39,83 DP \pm 44,85), MOD enfermeiro (R\$ 31,06 DP \pm 34,97) e nutricionista (R\$ 29,89 DP \pm 34,97). Seguido dos insumos e materiais (R\$ 10,63 DP \pm 14,17), medicamentos padronizados e não padronizados respectivamente (R\$ 6,92 + 0,67 DP \pm 14,63 + 3,51), suplementos alimentares (R\$ 9,39 DP \pm 34,76) e oxigênio (R\$6,72 DP \pm 5,14). Em relação ao deslocamento, foi o custo de menor impacto (R\$ 1,29 DP \pm 1,56).

Tabela 3 – Distribuição dos custos por dia de internação do paciente oncológico pelo serviço de internação domiciliar. Londrina, PR, Brasil, 2020.

Custo	n (20)	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máxima
Dias Internamento	607	30	25	49	4	216
Custo com MOD AE/TE (1)	20	R\$ 11,73	R\$ 15,11	R\$ 13,21	R\$ 4,86	R\$ 57,29
Custo com MOD Enfermeiro (2)	20	R\$ 31,06	R\$ 40,00	R\$ 34,97	R\$ 12,87	R\$ 151,66
Custo com MOD Médico (3)	20	R\$ 39,83	R\$ 51,29	R\$ 44,85	R\$ 16,51	R\$ 194,48
Custo com MOD Nutricionista (4)	17	R\$ 29,89	R\$ 38,49	R\$ 33,66	R\$ 12,39	R\$ 145,94

Custo com MOD Psicóloga (5)	17	R\$ 18,50	R\$ 23,82	R\$ 20,83	R\$ 7,67	R\$ 90,33
Custo com MOD Assistente Social (6)	17	R\$ 20,67	R\$ 26,62	R\$ 23,27	R\$ 8,57	R\$ 100,92
Custo com MOD Farmacêutico (7)	17	R\$ 21,80	R\$ 28,07	R\$ 24,54	R\$ 9,03	R\$ 106,43
Custo com MOD Fisioterapeuta (8)	17	R\$ 14,33	R\$ 18,45	R\$ 16,14	R\$ 5,94	R\$ 69,97
Suplementos Alimentares	17	R\$ 9,39	R\$ 1,48	R\$ 34,76	R\$ 0,00	R\$ 145,00
Medicamentos	17	R\$ 6,92	R\$ 6,18	R\$ 14,63	R\$ 1,13	R\$ 62,20
Materiais	17	R\$ 10,63	R\$ 1,46	R\$ 14,17	R\$ 0,00	R\$ 46,90
Medicamentos Não Padronizados	17	R\$ 0,67	R\$ 0,00	R\$ 3,51	R\$ 0,00	R\$ 12,00
Oxigênio (litros por minuto)	17	R\$ 6,72	R\$ 9,55	R\$ 5,14	R\$ 0,00	R\$ 10,05
Deslocamentos	17	R\$ 1,29	R\$ 1,71	R\$ 1,56	R\$ 0,00	R\$ 6,47
CDM Total		R\$ 223,43	R\$ 262,22	R\$ 285,25	R\$ 78,97	R\$1.199,62

(1) MOB AE/TE: R\$35,25/hora; (2) MOB enfermeiro: R\$93,32/hora; (3) MOB médico: R\$119,67; (4) MOB nutricionista: R\$89,80/hora; (5) MOB psicólogo: R\$55,58/hora; (6) MOB assistente social R\$62,10/hora; (7) MOB farmacêutico R\$65,49/hora, (8) fisioterapeuta R\$43,05/hora.

Fonte: Elaborada pela autora

DISCUSSÃO

Na distribuição das cinco neoplasias mais frequentes em homens e mulheres em cuidados paliativos no atendimento domiciliar por faixa etária, observou-se que o tumor mais frequente muda de acordo com a faixa etária. Nas mulheres com menos de 40 anos, a neoplasia mais recorrente foi a de cólon e reto. A partir dos 40 anos, passou a ser o câncer de mama, enquanto os casos de câncer de colo do útero se mantiveram constantes nas quatro faixas etárias.

Já entre os homens, percebeu-se aumento da ocorrência dos casos de câncer de próstata com o envelhecimento, chegando a ser o mais prevalente a partir dos 60 anos.

Estudo realizado no Brasil, tinha o objetivo de analisar o perfil do cuidado paliativo e encontrou resultados que entre os pacientes com menos de 40 anos, as neoplasias mais frequentes em cuidado paliativo foram encéfalo, seguida de cólon e reto. E na faixa etária de 40 a 59 anos, a mais frequente foi a de laringe (ATTY; TOMAZELLI, 2018).

O estadiamento clínico do tumor foi a variável com maior proporção de incompletude, não sendo contemplados em nenhum registro de admissão do paciente o estadiamento da doença.

Sendo esta, uma dificuldade crônica observada nos registros em prontuário, onde raramente se encontra informações sobre o perfil de pacientes diagnosticados nos serviços de saúde para início de tratamento. O Instituto Nacional de Câncer (INCA) descreve que o estadiamento clínico do tumor foi a variável com maior proporção de incompletude, variou de 12,0% no Sudeste a 42,0% no Norte, tendo sido retirados da análise os tumores cujo estadiamento não poderia ser aplicado, segundo a Classificação de Tumores Malignos – TNM da União Internacional contra o Câncer (UICC) (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2020).

Os cuidados paliativos dos pacientes em sua maioria, foram referentes aos cuidados oncológicos no fim de vida (dias e semanas). Definido pela *Society for Medical Oncology* (ESMO) como cuidado para pessoas com doença avançada, uma vez que tenham atingido um ponto de rápido declínio físico, normalmente nas últimas semanas ou meses antes de uma morte inevitável como resultado natural de uma doença (CRAWFORD *et al.*, 2021).

Observa-se nos resultados deste estudo que pacientes encaminhados ao cuidado paliativo exclusivo, tinham em sua totalidade um pior prognóstico: piora significativa da ingestão alimentar (perda não intencional >10% de peso nos últimos 6 meses, ou hipoalbuminemia ou disfagia com aspiração); perda de funcionalidade com maior dependência de terceiros para realização das atividades básicas da vida diária; associação de múltiplas comorbidades, dentre elas fortemente o controle da dor e dispneia.

Segundo a Sociedade Brasileira para Estudo da Dor, a dor é definida como “experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou relacionada a lesão real ou potencial dos tecidos. Cada indivíduo aprende a utilizar esse termo através das suas experiências anteriores” (ALMEIDA, 2018;

D’ALESSANDRO, 2020). Portanto, dor é aquilo que o paciente fala que tem. Deste modo, devendo ser avaliada por meio de escalas e por uma equipe multiprofissional considerando a DOR TOTAL.

A dor total é maior que as sensações físicas, e sua compreensão pode ser a chave para prover acesso a outras dimensões implicadas com o sofrimento, demandando múltiplas intervenções, para o seu controle e um cuidado implicado com a integralidade da pessoa, provendo dignidade e conforto até os últimos dias de sua vida (CLARK, 2018).

Não foi verificado nos relatórios, anotações referentes as evoluções das queixas de dores, mas foi descrito o uso de opióides. Lembrando que a dor física, necessita ser manejada de acordo com a Escada analgésica da Organização Mundial da Saúde (OMS) e conforme disponibilidade de medicamentos no SUS, que seguem as seguintes etapas de avaliações: dor fraca = não opióides + adjuvantes; no aumento ou persistência da dor - moderada, opióide fraco + não opióide + adjuvantes; no aumento ou persistência da dor – forte, opióide forte + não opióide + adjuvantes (BRASIL, 2001).

O monitoramento da existência e maturidade dos serviços de cuidados paliativos tem sido feito na maioria das vezes por meio da avaliação do consumo de analgésicos opióides. Embora os opióides sejam vitais para o alívio da dor, eles são apenas um componente necessário para o desenvolvimento de serviços ideais de cuidados paliativos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2021).

Pacientes com quadro de dispneia, quase que em sua totalidade foram tratados com oxigenoterapia, dose baixa em cateter nasal tipo óculos que permite um volume de até 5l/min. A oxigenoterapia deve ser ofertada a pacientes hipoxêmicos em ar ambiente; para pacientes com DPOC, é indicada quando há PaO₂ menor ou igual a 55 mm/Hg ou saturação de O₂ menor igual a 88%; ou quando há PaO₂ entre 56 e 59 mmHg ou saturação de 89% mais: edema por insuficiência cardíaca, Ht>56% e evidência de *cor pulmonale*. Não há melhora da dispneia em pacientes não hipoxêmicos com a oxigenioterapia, em comparação com ventilação ambiente. Podendo também, serem considerados outras formas de tratamento farmacológico como opioides,

ansiolíticos, assim como não farmacológicos como fisioterapia e terapias integrativas (PEREIRA *et al.*, 2018).

A realização de cuidados paliativos em ambiente domiciliar favorece a aplicação dos princípios de cuidados paliativos, contribui para a redução da ansiedade do paciente e de seus familiares, possibilita o empoderamento da família no cuidado, além de colaborar para a redução da demanda por atendimentos hospitalares e dos custos em saúde em, aproximadamente, 50% (VASCONCELOS, 2018).

Na Espanha e Canadá, cerca de 70% dos pacientes com câncer morrem no hospital, bem acima de outros países como os Estados Unidos (24,7%), Holanda (31%), Inglaterra (50%), Bélgica (61%) ou País de Gales (60%). O custo total do paciente paliativo oncológico internado no hospital é quase o dobro nos últimos 3 meses do que o dos falecidos em casa (NUÑO-SOLINÍS, 2017).

Estudo de análise de custo de pacientes oncológicos em serviço de atenção domiciliar comparada ao serviço hospitalar, demonstrou que o tratamento no domicílio apresentou custo diário de US\$ 256 inferior ao custo hospitalar (CARTONI, 2021).

Destaca-se que os custos do tratamento nos últimos dias-meses de vida do paciente com doença oncológica em serviço de atenção domiciliar, foram menores do que os do atendimento hospitalar (SERRA-PRAT, 2001; NUNO-SOLINIS, 2017; MIGUEL, 2018).

A análise de custo conforme prognóstico da doença oncológica em serviço de atenção domiciliar, demonstrou que o custo do programa de atendimento domiciliar foi menor do que os encargos, mas excedia as tarifas distritais de pacientes com câncer. Em pacientes hematológicos, os custos diferem de acordo com o estado da doença e requisitos de transfusão (CARTONI, 2021).

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A complexidade do processo de trabalho no serviço em estudo dificultou que fossem identificados todos os custos dos procedimentos realizados no atendimento aos pacientes oncológicos em tratamento paliativo no domicílio,

configurando-se em uma limitação na coleta das informações e ausência de algumas variáveis necessárias para análise do CDM total junto ao SAD, tais como depreciação dos automóveis, empréstimo de camas e cadeira de rodas.

CONCLUSÃO

Os resultados do estudo sobre o cálculo dos custos direto do cuidado paliativo oncológico na internação domiciliar no município em estudo, demonstrou que os custos com os recursos humanos são maiores quando comparados com os custos dos insumos e deslocamento da equipe de saúde.

A realização deste estudo no SAD, propiciou a mensuração do CDM do atendimento do paciente oncológico que correspondeu a R\$ 223,43 sendo o custo com material R\$10,63, ressalta-se a representatividade do custo com a MOD da equipe com maior impacto 88,25% do CDM com destaque a MOD médico R\$39,83, MOD enfermeiro R\$ 31,06 e nutricionista R\$ 29,89. Seguido dos insumos e materiais R\$ 10,63, medicamentos padronizados e não padronizados respectivamente R\$ 6,92 + 0,67, suplementos alimentares R\$ 9,39 e oxigênio R\$6,72.

A mensuração do CDM do atendimento conferiu visibilidade financeira aos insumos consumidos indicando possibilidades de intervenção tendo em vista o incremento da sua eficiência alocativa.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Vitória Cordovil de et al. A singularidade da dor de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, v. 26, n. 1, p. 75-83, jan./jun. 2018.

ATTY, Adriana Tavares de Moraes; TOMAZELLI, Jeane Glauca. Cuidados paliativos na atenção domiciliar para pacientes oncológicos no Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 225-236, jan./mar. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/VQ6nVqwsQPSWvzRyKFq94sg/?lang=pt>. Acesso em: 20 dez. 2021.

BIACONI, Aline Loiola de M.; HADDAD, Maria do Carmo F. Lourenço *et al.* **Gestão do cuidado domiciliar** e a integração entre serviços na rede de atenção à saúde. In: Maria Ribeiro Lacerda; Edna Aparecida Barbosa de Castro; Kenia Lara Silva; Luana Tonin. (Org.). *Atenção Domiciliar em Saúde:*

Perspectiva Teóricas e Práticas. 01ed.Porto Alegre-RS: Moriá Editora, 2021, v. 01, p. 55-78.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados Paliativos Oncológicos: controle da dor. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 78, p. 33, 26 abr. 2016. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22685962/do1-2016-04-26-portaria-n-825-de-25-de-abril-de-2016-22685827. Acesso em: 20 dez. 2021.

CARTONI, Claudio *et al.* Early palliative home care versus hospital care for patients with hematologic malignancies: a cost-effectiveness study. **Journal of Palliative Medicine**, v. 24, n. 6, p. 887-893, jun. 2021. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2020.0396>. Acesso em: 5 nov. 2021.

CLARK, David. Cicely Saunders: a life and legacy. Oxford: Oxford University Press; 2018.

CRAWFORD, G. B. *et al.* Care of the adult cancer patient at the end of life: ESMO clinical practice guidelines. **ESMO Open**, v. 6, n. 4, p. 1-13, 2021. Disponível em: [https://www.esmopen.com/article/S2059-7029\(21\)00186-1/fulltext](https://www.esmopen.com/article/S2059-7029(21)00186-1/fulltext). Acesso em: 10 out. 2021.

D'ALESSANDRO, Maria Perez Soares *et al.* (coord.). **Manual de cuidados paliativos**. São Paulo: Hospital SírioLibanês; Ministério da Saúde, 2020.

ETGES, Ana Paula *et al.* Estudos de microcusteio aplicados a avaliações econômicas em saúde: uma proposta metodológica para o Brasil. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, v. 11, n. 1, p. 87-95, abr. 2019.

FERRIS, Frank D. *et al.* A cost-minimization study of cancer patients requiring a narcotic infusion in hospital and at home. **Journal Of Clinical Epidemiology**, v. 44, n. 3, p. 313-327, jan. 1991. Disponível em: [https://www.jclinepi.com/article/0895-4356\(91\)90043-9/pdf](https://www.jclinepi.com/article/0895-4356(91)90043-9/pdf). Acesso em: 13 jan. 2022.

GRAY, Dennis; MACADAM, Douglas; BOLDY, Duncan. A comparative cost analysis of terminal cancer care in home hospice patients and controls. **Journal Of Chronic Diseases**, v. 40, n. 8, p. 801-810, jan. 1987. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0021968187901329?via%3Dihub>. Acesso em: 11 jan. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCER. **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer. 4. ed. Rio de Janeiro: Inca, 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Perfil da assistência oncológica no Brasil entre 2012 e 2016. **Informativo Vigilância do Câncer**, n. 7, jan./jun. 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/informativo-vigilancia-do-cancer-n7-2020.pdf>. Acesso em: 10 out. 2021.

LIMA, Antonio Fernandes C.; CASTILHO Valéria; FUGULIN, Fernanda Maria T. Gerenciamento de custos nos serviços de enfermagem. In: KURCGANT, Paulina, coordenadora. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 3 ed. p.170-183. 2016.

MARTINS, Eliseu. **Contabilidade de custos**. 11. ed. São Paulo: Atlas, 2018.

MIGUEL, Cristina de *et al.* Comparación directa de los costes sanitarios en los 2 últimos meses de vida en pacientes oncológicos a partir de certificados de defunción en un área periurbana según reciban o no atención en su domicilio por un equipo de cuidados paliativos. **Medicina Paliativa**, v. 25, n. 4, p. 260-267, oct./dic. 2018. Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-articulo-comparacion-directa-costes-sanitarios-2ultimos-S1134248X17300952>. Acesso em: 5 nov. 2021.

NUÑO-SOLINÍS, Roberto *et al.* Actividad asistencial y costes en los últimos 3 meses de vida de pacientes fallecidos con cáncer en Euskadi. **Gaceta Sanitaria**, v. 31, n. 6, p. 524-530, nov. 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911116301261?via%3Dihub>. Acesso em: 10 out. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **OMS divulga recursos para lidar com flagrante escassez de serviços de cuidados paliativos de qualidade**. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-10-2021-oms-divulga-recursos-para-lidar-com-flagrante-escassez-servicos-cuidados>. Acesso em: 6 fev. 2022.

PARANÁ. Portal da Transparência. **Remuneração**. 2021. Disponível em: <http://www.transparencia.pr.gov.br/pte/pessoal/servidores/poderexecutivo/remuneracao?windowId=50e>. Acesso em: 20 nov. 2021.

PEREIRA, Elaine Cristina, et al.. Princípios da Assistência Ventilatória Básica. Manual para Abordagem das Vias Aéreas. Abramed. 1ªed. 2018.

SERRA-PRAT, Mateu; GALLO, Pedro; PICAZA, Josep M. Home palliative care as a cost-saving alternative: evidence from Catalonia. **Palliative Medicine**, v. 15, n. 4, p. 271-278, jun. 2001.

VASCONCELOS, Gabriella Belém; PEREIRA, Patrícia Mora. Cuidados paliativos em atenção domiciliar: uma revisão bibliográfica. **Revista de Administração em Saúde**, v. 18, n. 70, jan./mar. 2018.

VINCIGUERRA, V. *et al.* A comparative assessment of home versus hospital comprehensive treatment for advanced cancer patients. **Journal Of Clinical Oncology**, v. 4, n. 10, p. 1521-1528, out. 1986. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3760919/>. Acesso em: 12 nov. 2021.

WITTEVEEN, P. O. *et al.* Use of resources and costs of palliative care with parenteral fluids and analgesics in the home setting for patients with end-stage cancer. **Annals Of Oncology**, v. 10, n. 2, p. 161-166, fev. 1999. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10093684/>. Acesso em: 20 nov. 2021.

WORLDWIDE HOSPICE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. **WHCPA annual report 2019 2020** - digital. 2020. Disponível em:

<https://www.thewhpcpa.org/resources/item/whcpa-annual-report-2019-2020-digital>. Acesso em: 21 jun. 2021.

YIN, Robert K. Case study research: design and methods. 6th ed. London: SAGE; 2019. 350 p.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo apresentaram informações preliminares sobre a temática, entretanto representa um avanço no conhecimento sobre os custos diretos do atendimento oferecido por um Serviço de Atenção Domiciliar, podendo subsidiar o desenvolvimento de pesquisas futuras que evidenciem, além dos aspectos financeiros, as vantagens e desvantagens do tratamento do paciente oncológico em terapia paliativa. Ressalta-se que a otimização de recursos financeiros e gestão do cuidado integral e holístico ao paciente e família, pode qualificar, continuamente, o processo de tomada de decisão, visando a segurança do paciente, a otimização dos cuidados prestados e a viabilidade econômica.

REFERÊNCIAS DA DISSERTAÇÃO

ALMEIDA, Vitória Cordovil de *et al.* A singularidade da dor de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 26, n. 1, p. 75-83, jan./jun. 2018.

BIACONI, Aline Loiola de M.; HADDAD, Maria do Carmo F. Lourenço *et al.* **Gestão do cuidado domiciliar** e a integração entre serviços na rede de atenção à saúde. In: Maria Ribeiro Lacerda; Edna Aparecida Barbosa de Castro; Kenia Lara Silva; Luana Tonin. (Org.). *Atenção Domiciliar em Saúde: Perspectiva Teóricas e Práticas*. 01ed. Porto Alegre-RS: Moriá Editora, 2021, v. 01, p. 55-78.

BRASIL. Ministério da Saúde. **INCA lança estimativas de casos novos de câncer para o triênio 2020-2022**. 2020b. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46287-inca-lanca-estimativas-de-casos-novos-de-cancer-para-o-trienio-2020-2022#:~:text=A%20estimativa%20mundial%20do%20ano,c%C3%A2nceres%20de%20pele%20n%C3%A3o%20melanoma>). Acesso em: 12 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 78, p. 33, 26 abr. 2016. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22685962/do1-2016-04-26-portaria-n-825-de-25-de-abril-de-2016-22685827. Acesso em: 20 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 225, p. 276, 23 nov. 2018. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20diretrizes%20para,%C3%A9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20\(SUS\)](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20diretrizes%20para,%C3%A9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS))). Acesso em: 11 jan. 2022.

CARTONI, Claudio *et al.* Early palliative home care versus hospital care for patients with hematologic malignancies: a cost-effectiveness study. **Journal of Palliative Medicine**, v. 24, n. 6, p. 887-893, jun. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2020.0396>. Acesso em: 20 dez. 2021.

FREIRE, Maria Eliane Moreira *et al.* qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em cuidados paliativos. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 27, n. 2 e5420016, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180005420016>. Acesso em: 15 fev. 2022.

HALLING, Christine Marie Bækø *et al.* Cost-effectiveness analysis of systematic fast-track transition from oncological treatment to specialised palliative care at home for patients and their caregivers: the DOMUS trial. **BMC Palliative Care**, v. 19, n. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00645-7>. Acesso em: 15 fev. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer. 4. ed. Rio de Janeiro: Inca, 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Perfil da assistência oncológica no Brasil entre 2012 e 2016. **Informativo Vigilância do Câncer**, n. 7, jan./jun. 2020.

Disponível em:

<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/informativo-vigilancia-do-cancer-n7-2020.pdf>. Acesso em: 10 out. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estadiamento**. 2019. Disponível em:

<https://www.inca.gov.br/estadiamento#:~:text=A%20necessidade%20de%20se%20classificar,avaliar%20seu%20grau%20de%20dissemina%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 12 jun. 2021.

MIGUEL, Cristina de *et al.* Comparación directa de los costes sanitarios en los 2 últimos meses de vida en pacientes oncológicos a partir de certificados de defunción en un área periurbana según reciban o no atención en su domicilio por un equipo de cuidados paliativos. **Medicina Paliativa**, v. 25, n. 4, p. 260-267, oct./dic. 2018. Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-articulo-comparacion-directa-costes-sanitarios-2ultimos-S1134248X17300952>. Acesso em: 5 nov. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **OMS divulga recursos para lidar com flagrante escassez de serviços de cuidados paliativos de qualidade**. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-10-2021-oms-divulga-recursos-para-lidar-com-flagrante-escassez-servicos-cuidados>.

Acesso em: 6 fev. 2022.

ROCHA, Cristiane Almeida et al. **Análise econômica em saúde: O que precisamos saber?** Research, Society and Development, v. 10, n. 10, e49101018527, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18527>

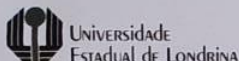
WORLDWIDE HOSPICE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. **WHCPA annual report 2019 2020** - digital. 2020. Disponível em:

<https://www.thewhpcpa.org/resources/item/whcpa-annual-report-2019-2020-digital>. Acesso em: 21 jun. 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Confidencialidade e Sigilo



TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Eu, Patrícia Christovão Vidotto, brasileira, casada, enfermeira, inscrito(a) no CPF/ MF sob o nº 056.119.329-08, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado "Custo direto do cuidado paliativo oncológico na internação domiciliar", a que tiver acesso nas dependências do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do município de Londrina-PR, vinculado à Autarquia Municipal de Saúde.

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me a:

1. não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso;
3. não me apropriar de material confidencial e/ou sigiloso que venha a ser disponível;
4. não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por meu intermédio, e obrigando-me, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e/ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

Informação Confidencial significará toda informação revelada ou cedida pelo participante da pesquisa, a respeito da pesquisa, ou associada à Avaliação de seus dados, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios. Avaliação significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de alguma forma relacionada ou associada com o desenvolvimento da pesquisa.

Informação Confidencial inclui, mas não se limita, à dados pessoais, informação relativa à operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócio, segredo de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos e metodologia, fluxogramas, especializações, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de que sanções judiciais poderão advir.

Local, 04 / 08 / 21.

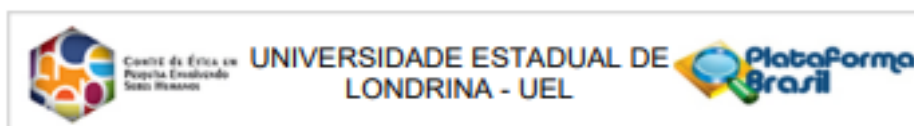
Ass. Patrícia C. Vidotto
Patrícia Christovão Vidotto

Mestranda em Enfermagem pela Universidade Estadual de Londrina
Enfermeira – Coren/PR: 281.840

ANEXOS

ANEXO A

Parecer Consubstanciado do CEP-UEL


PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CUSTO DIRETO DO CUIDADO PALIATIVO ONCOLÓGICO NA INTERNAÇÃO DOMICILIAR.

Pesquisador: PATRICIA CHRISTOVAO VIDOTTO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50477821.8.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Departamento de Enfermagem - Mestrado em Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.017.496

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa intitulado "CUSTO DIRETO DO CUIDADO PALIATIVO ONCOLÓGICO NA INTERNAÇÃO DOMICILIAR", sob responsabilidade da pesquisadora PATRICIA CHRISTOVAO VIDOTTO, vinculada ao Departamento de Enfermagem - Mestrado em Enfermagem - CCS - UEL.

O objetivo desta pesquisa é investigar os recursos utilizados e custos na atenção domiciliar para pacientes oncológicos em cuidados paliativos assistidos no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) de Londrina (PR). Trata-se de uma pesquisa quantitativa, exploratório-descritiva, realizada em prontuários e relatórios de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Tendo em vista que não há variação do quantitativo de recursos humanos envolvidos no atendimento domiciliar dos pacientes em cuidados paliativos oncológicos e o quantitativo de insumos consumidos (materiais/ medicamentos/ soluções), foi estabelecido que apenas algumas observações seriam suficientes para a obtenção do custo direto médio (CDM).

Serão incluídos na busca as seguintes informações:

- dados sociodemográficos (sexo, faixa etária, região do município de origem);
- dados clínicos (doença oncológica, estágio e tipo de tratamento atual);
- dados de custos do atendimento domiciliar: n° de profissionais da equipe multidisciplinar, tempo de acompanhamento de cada profissional, número de visitas, uso de recursos ventilatórios (tipo, l/min de O2 e tempo – intermitente ou contínuo), número de internações durante o período

Endereço: LABESC - Sala 14
 Bairro: Campus Universitário
 UF: PR Município: LONDRINA
 CEP: 86.057-970
 Telefone: (43)3371-5455 E-mail: cep205@uel.br



Centro de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 5.017.496

de acompanhamento, desfecho clínico (alta por melhora clínica ou óbito – hospitalar ou domiciliar), quantidade e custo de materiais e medicamentos fornecidos e utilizados descritos nos relatórios de atendimentos disponibilizados pela farmácia.

Para a obtenção do custo direto médio dos atendimentos, será realizado um estudo de micro custeio cujo referencial consistirá na apuração dos custos diretos. Nos serviços de saúde, os custos diretos são compostos pela mão de obra direta (MOD), insumos e equipamentos utilizados no processo assistencial. Para a apuração serão identificadas a quantidade média dos materiais; o preço unitário médio de cada material; a quantidade média das soluções/medicamentos; o preço unitário médio de cada solução/medicamento; o tempo médio de dedicação de cada categoria profissional e a massa salarial unitária média da MOD de cada categoria profissional. Para calcular o CDM do atendimento domiciliar, será utilizado a moeda brasileira real (R\$).

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral do trabalho é analisar o custo direto do cuidado paliativo oncológico em um serviço de internação domiciliar.

Como objetivos secundários espera-se:

- caracterizar o perfil socioeconômico e clínico de pacientes em cuidados paliativos atendidos por serviço de atenção domiciliar em 2020 no município em estudo;
- Identificar o custo de recursos humanos, equipamentos e insumos utilizados no atendimento domiciliar de pacientes oncológico em cuidados paliativos atendidos por internação domiciliar em 2020, no município em estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora afirmou que para fins de coleta de dados em prontuários e sistema de informação, os riscos se referem à garantia do sigilo e confidencialidade. Para minimizar estes riscos, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação pela Secretaria Municipal de Saúde de Londrina e após autorização provisória, segue atualmente em cadastro na Plataforma Brasil e após, apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEL. Somente após a emissão do parecer do referido CEP que será iniciada investigação (conforme descrito em projeto anexo).

Como benefícios espera-se oferecer subsídios para a reflexão sobre esse tipo de serviço e atenção ao paciente oncológico em cuidados paliativos, assim como, demonstrar as contribuições deste profissional na jornada do paciente oncológico para a comunidade acadêmica e de saúde. De

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

Município: LONDRINA

E-mail: cep268@uel.br



Centro de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 5.017.496

maneira que a análise de custos, é ferramenta útil para a gestão eficiente dos serviços de saúde, que estão inseridos em um contexto de custos elevados, recursos escassos, pressão por qualidade e bons serviços.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto será realizado com financiamento próprio e conta com um orçamento estimado em R\$ 1619,50 que serão gastos com materiais de escritório/papelaria.

O novo cronograma prevê envio do projeto ao CEP e coleta de dados no período de 01/11/2021 30/11/2021.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou os seguintes termos de apresentação obrigatória:

- A pesquisadora solicitou dispensa do TCLE tendo em vista que não será necessário o TCLE, devido aos dados serem coletados em prontuários e relatórios dos pacientes acompanhados pelo SAD do município de Londrina, com a garantia do sigilo e confidencialidade dos dados (em anexo, autorização provisória da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina).
- Termo de sigilo e confidencialidade devidamente preenchido e assinado.
- Folha de rosto devidamente preenchida e assinada pela coordenação do Programa de pós graduação em Enfermagem da UEL.
- Autorização da autarquia municipal de saúde da cidade de Londrina para realização do estudo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa é relevante, está muito bem elaborada e é muito importante, porém para sua aprovação é necessário providenciar a resposta aos seguintes itens em uma CARTA RESPOSTA, (ressalto que há um modelo de carta resposta no site do CEP <http://www.uel.br/comites/cepesh/pages/respostas-dependencias.php>), além da atualização do formulário da Plataforma Brasil.

1. O cronograma prevê envio do projeto ao CEP e coleta de dados no período de 26/07/2021 31/10/2021. Contudo é necessário discriminar a data do início da coleta de dados.

Tendo em vista que o CEP não avalia projetos que já foram realizados, a pesquisadora deve apresentar um cronograma detalhado com a data exata do início da coleta de dados.

PARECER: A pesquisadora apresentou novo cronograma. Agora com coleta de dados prevista para

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Telefone: (43)3371-5455

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

E-mail: cep266@uel.br



Centro de Ética em
Pesquisas Envolvendo
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 5.017.496

o período de 01.11.2021 a 30.11.2021

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado(a) Pesquisador(a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade apresentá-lo aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Ressaltamos, para início da pesquisa, as seguintes atribuições do pesquisador, conforme Resolução CNS 466/2012 e 510/2016:

A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe:

- conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido;
- apresentar dados solicitados pelo sistema CEP/CONEP a qualquer momento;
- desenvolver o projeto conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção;
- elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores e pessoal técnico integrante do projeto;
- justificar fundamentadamente, perante o sistema CEP/CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Coordenação CEP/UEL.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1792976.pdf	22/09/2021 11:51:14		Aceito
Cronograma	CartaResposta_Cronograma_PatriciaCh ristovaoVidotto.docx	22/09/2021 11:50:21	PATRICIA CHRISTOVAO VIDOTTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	Termo_de_confidencialidade.pdf	04/08/2021 19:43:52	PATRICIA CHRISTOVAO	Aceito

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-3435

E-mail: cep266@uel.br



Conselho de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 5.017.496

Justificativa de Ausência	Termo_de_confidencialidade.pdf	04/08/2021 19:43:52	VIDOTTO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_SAD_PatriciaChristovaoVidotto.docx	26/07/2021 19:14:59	PATRICIA CHRISTOVAO VIDOTTO	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto_Projeto.pdf	26/07/2021 18:01:38	PATRICIA CHRISTOVAO VIDOTTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Autorizacao_Prov_AMS_Londrina.pdf	26/07/2021 14:53:28	PATRICIA CHRISTOVAO VIDOTTO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 04 de Outubro de 2021

Assinado por:

Adriana Lourenço Soares Russo
(Coordenador(a))

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep208@uel.br

ANEXO B

Autorização para a realização da pesquisa pela Prefeitura Municipal de Londrina-PR



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA - PR
AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE - DGTES
Avenida Theodoro Victorelli, 103 - Jardim Helena - CEP 86027-750 - Londrina - PR
Telefone: (43) 3372-9822 / e-mail: oficina@saude.londrina.pr.gov.br


AUTORIZAÇÃO DEFINITIVA DE PESQUISA

C. D. 26/2021 - GPQS/DGTES/AMS/PML

Informamos que está autorizada a **CUSTO DIRETO DO CUIDADO PALIATIVO ONCOLÓGICO NA INTERNAÇÃO DOMICILIAR**, da pesquisadora Patrícia Christovão Vidotto, do Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* - Mestrado de Enfermagem, da Universidade Estadual de Londrina – UEL, orientada pela Dr^a. Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad, da mesma instituição, de acordo com o parecer nº 5.017.496, do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina – UEL, de 04/10/2021.

Informamos ainda ser imprescindível que ao término desta pesquisa, nos seja enviado uma cópia através de mídia eletrônica, para ser divulgada na Autarquia Municipal de Saúde de Londrina.

Londrina, 05 de outubro de 2021.


Maria Aparecida da Costa Perini
Gerente de Planejamento
e Qualificação de Servidores
DGTES/AMS/PML


Evelynsa Aparecida Sanches
Técnica de Gestão Pública
GPQS/DGTES/AMS/PML