ROSE MARIE LIAO

O custo do paciente de cuidado paliativo internado em um hospital de ensino: um estudo sobre o indicador média de permanência

Relatório de Defesa de Produto apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito para futura obtenção do título de Mestre, Área de Concentração: Políticas Públicas em Saúde e Gestão do Espaço Hospitalar

Orientador: Prof Dr Alexandre Sousa da Silva
Co-orientador: Profa Dra Nébia Maria Almeida de Figueiredo

Rio de Janeiro

2017

Liao, Rose
L693 O custo do paciente de cuidado paliativo internado em um hospital de ensino: um estudo sobre o indicador média de permanência / Rose Liao. -- Rio de Janeiro : UNIRIO, 2017.
75

Orientador: Alexandre Sousa da Silva.
Coorientador: Nébia Maria Almeida de Figueiredo.
Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em , 2017.

1. Cuidado paliativo. 2. Hospital de ensino. 3. Custo. I. Silva, Alexandre Sousa da, orient. II. Figueiredo, Nébia Maria Almeida de, coorient. III. Título.

RESUMO

Pacientes com indicação para cuidado paliativo, pois já se encontram com a saúde em irreversibilidade de cura, vem demonstrando um aumento do custo direto no tratamento para estes pacientes neste hospital de ensino. Objetivo: Fazer diagnóstico de custo e do indicador tempo médio de permanência do paciente de cuidado paliativo internado em clínica médica. Método: Estudo de caso com estratégia quantitativa. Realizado com 40 prontuários de pacientes internados de cuidado paliativo em clínica médica em um hospital de ensino na cidade do Rio de Janeiro. Coleta de dados realizada no primeiro semestre de 2016. Resultados: mostrou um elevado custo para estes pacientes de cuidado paliativo e muitos dias de internação hospitalar. Conclusão: Propõe-se a partir do material produzido sobre custo e o indicador tempo médio de permanência para paciente de cuidado paliativo internado em clínica médica, reconstrução, readaptação de novos itens e/ou instrumentos a serem implantados como a criação de um serviço de custos.

DESCRITORES: Cuidado Paliativo. Hospital de Ensino. Custo. Tempo Médio de Permanência.

ABSTRACT

Patients with indications for palliative care, because they already have health in an irreversible cure, have raised a lot the cost in a teaching hospital for the conduct in their treatment. Objective: To make cost diagnosis and the average indicator of permanence of the palliative care patient hospitalized in a medical clinic. Method: A non-experimental, descriptive study with a quantitative strategy. Made up of 40 inpatient records of palliative care in a medical clinic. Data collection performed in the first half of 2016. Results: showed a high cost for these palliative care patients and a high hospital stay. Conclusion: It is proposed from the material produced on cost and the average indicator of permanence for palliative care patients hospitalized in medical clinic, reconstruction, readaptation of new items and / or instruments to be implanted the service cost.

DESCRIPTORS: Palliative Care. Teaching hospital. Cost. Average indicador of permanence.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....3
1.1 APROXIMAÇÃO DO TEMA E DESTAQUES PARA O PROBLEMA DO ESTUDO 3
1.2 OBJETIVOS.....5
1.3 JUSTIFICATIVA.....6
2 A BUSCA DE ARGUMENTOS TEÓRICOS QUE SUSTENTAM O ESTUDO.......7
2.1 SOBRE HOSPITAL DE ENSINO – O TERRITÓRIO DA PRODUÇÃO DE CUSTOS E CUIDADOS EM SAÚDE.....7
2.2 ECONOMIA DA SAÚDE – DEFINIÇÃO.....12
2.3 GERENCIAMENTO DE CUSTOS HOSPITALARES.....14
2.4 SOBRE O CLIENTE DE CUIDADOS PALIATIVOS – O CORPO (FÍSICO-ESPIRITUAL-EMOCIONAL) COMO OBJETO DE CUIDADOS E PESQUISAS...16
2.5 FUNDAMENTO ÉTICO DO CUIDADO PALIATIVO.....18
2.6 SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS: ESPAÇO DE PRODUÇÃO DE AÇÕES E TÉCNICAS DE CUIDADOS EM SAÚDE.....20
3 METODOLOGIA.....28
3.1 CENÁRIO.....28
3.2 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....29
3.3 ASPECTOS ÉTICOS.....29
4 RESULTADOS.....30
5 DISCUSSÃO.....36
6 CONCLUSÃO.....40
7 PRODUTO FINAL.....42
ANEXO.....49
REFERÊNCIAS.....52
ARTIGO.....55

1. **INTRODUÇÃO**

1.1 APROXIMAÇÃO DO TEMA E DESTAQUES PARA O PROBLEMA DO ESTUDO

Trabalhando há muitos anos no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle - HUGG, como economista responsável pelos indicadores hospitalares como taxa de ocupação, taxa de mortalidade e tempo médio de permanência identifiquei dificuldades que mereciam ser investigadas, quando principalmente tentava mensurar o indicador tempo médio de permanência para clientes internados em clínica médica. De acordo com o Ministério da Saúde (ANS 2013) o tempo médio de permanência seria a relação numérica entre o total de pacientes-dia num determinado período, e o total saídos no período (altas e óbitos).

Ao longo do primeiro ano do mestrado, identifiquei desafios em mensurar todos estes indicadores com os quais trabalhava, pois envolviam situações diversas, que poderiam contribuir para o conhecimento da gestão de custos do hospital e do desejo de reconhecer novos indicadores, também relevantes que até o momento não estariam sendo considerados.

Um desafio que está relacionado a própria posição e experiência de trabalhar sempre com os mesmos indicadores de produtividade na perspectiva macro, sem considerar a micro, tão importante, que até então, fugia ao meu olhar, não ampliado para eles. Ou seja, um olhar que centrava-se no tempo de permanência de internação como problema principal e com tendência a "culpar" o cliente por ter mais dias de internação do que lhe era autorizado pelas agências reguladoras de saúde.

Pensar no prolongamento da permanência e não esquecer que este estudo é na perspectiva de um hospital de ensino cujo objetivo principal é atender a tríade ensino, pesquisa e extensão como princípios orientadores da formação de profissionais na área da saúde que necessitam treinar, desenvolver habilidades mentais e manuais. É necessário rever o que seria tratar, cuidar com qualidade e segurança que não combinaria com o discurso de limitação de tempo e diminuição de gastos, sem considerar que o Hospital produz saúde

através de um grande grupo de profissionais que vão ensinar a diagnosticar, desconstruindo afirmativas econômicas e preocupações com quantidade.

Assim, na impossibilidade de investigar todos os indicadores hospitalares como se queria inicialmente, compreender o desempenho do hospital através do indicador de permanência instituído e entender porque os clientes em cuidados paliativos estão sempre com permanência ampliada, delimitamos o objeto de estudo como **Custo direto dos clientes de cuidado paliativo internados nas clínicas médicas do HUGG.**

Custos diretos são aqueles que podem ser vistos, observados, programados e mensurados (Dallora, 2007). Os custos diretos estão ligados aos cuidados com os clientes no encontro/consulta com os profissionais de saúde; na elaboração de técnicas e procedimentos nos cuidados com o corpo (higiene e conforto); necessidades básicas; procedimentos de média e alta complexidade; administração de medicamentos e encontros com a família.

Ao optar por uma ação PALIAR, definida pela Organização Mundial de Saúde (2002) como "cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais." Esta definição nos incita pensar quanto custa e que tempo leva: melhorar qualidade de vida; cuidar da família; prevenir alívio do sofrimento; avaliação precoce impecável; tratar além da dor e dos sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

Tudo isso envolve tempo, aumenta a permanência e tem contribuído para se pensar que os clientes dão prejuízo ao hospital e por extensão são responsabilizados os gestores, os trabalhadores da saúde, os serviços de comunicação e os registros. Um pressuposto, ou uma hipótese que emerge nestas questões-problemas é de que a visão econômica na perspectiva hospitalar não considera as diferenças entre o particular e o público, o assistencial e o de ensino e nem os aspectos clínicos que envolvem os clientes de cuidados paliativos à produção de saúde.

Para Miranda “a visão mais abrangente de saúde deve ser assumida como fenômeno complexo e multidimensional, o qual tem dimensões éticas, sociais e culturais irredutíveis, sendo objeto de permanente negociação e eventuais conflitos dentro das estruturas de poder e distribuição de recursos (...)” (Miranda, 2008, p.146).

Questões norteadoras: Quanto custa o cliente em CUIDADO PALIATIVO? Como este cliente de CUIDADO PALIATIVO pode ser um dos responsáveis pela longa permanência em clínica médica?

1.2 OBJETIVOS

Geral

- Analisar custo direto de clientes de cuidados paliativos internados em clínica médica.

Específico

- Estudar a correlação entre custo direto e tempo médio de permanência;
- Propor a criação de um serviço de custo hospitalar para clientes de cuidado paliativo internados em clínica médica;
- Utilizar as informações de custos como instrumento de planejamento, controle e tomada de decisão.

1.3 JUSTIFICATIVA

A justificativa deste estudo ancora-se em três orientações:

a) Hospital de Ensino – território de saúde;

b) Cliente – sujeito do cuidado paliativo;

c) Cuidados Paliativos – como espaço de produção de custos e de saúde, de ensino, de pesquisa, de prática e técnicas.

Segundo Miranda e cols (2008, p.25) o território não é exclusivo da geografia, tendo sido utilizado e desenvolvido em diversos campos de conhecimento, como antropologia, sociologia, ciência política e a ecologia, entre outros (...) É entendido (p.26) como área delimitada por fronteiras nacionais de um estado difundido na geografia (...), a melhor tradução do conceito de territorialidade para as sociedades humanas é a de Sack (1986), como: a territorialidade em seres humanos é melhor compreendida como uma estratégia espacial para afetar, influenciar ou controlar recursos e pessoas, pelo controle de uma área, que pode ser ativada e desativada (...) (p.27), territorialidade está intimamente ligada ao modo como as pessoas utilizam a terra, como elas próprias se organizam no espaço e como dão significado ao lugar; está vinculada às relações de poder; é o lugar de co-presença, de vizinhança, a intimidade, a emoção, a cooperação e a socialização, é o espaço de concretizar as ações e as práticas sociais (...), (p.28) o território precede o espaço e as unidades territoriais (o hospital) e nos dias atuais é assumido vários tipos de territórios que coexistem num mundo contemporâneo, dependendo dos fundamentos ligados ao controle e/ou apropriação do espaço, isto é, políticos, econômicos e culturais (...)

Sobre espaço (Miranda e cols, 2008 p.24) é um conjunto indissociável de sistemas e objetos (fixos) e de ações (fluxos) que se apresentam como testemunhas de uma história escrita pelos processos do passado e do presente. Identificam-se, como categorias do espaço, os objetos, formas ou fluxos criados pelo homem (...). As ações, funções ou fluxos referem-se aos movimentos, a circulações de pessoas, mercadorias e idéias (...).

Justifica-se esta pesquisa considerando que ela pode contribuir para a revisão do que é custo de longa permanência para clientes de cuidados paliativos, nos orientando sobre tempo, espaço e materiais, educação e cuidado com a família.

Finalmente é necessário acreditar que o estudo possa ampliar os indicadores de gestão em saúde considerando a natureza clínica de cada situação, de cada opção de tratamento e intervenção, mas sem esquecer dos custos indiretos e da necessidade "urgente" de mensurá-los, como um dos objetivos na implantação de um Serviço de Custo Hospitalar no HUGG.

2 A BUSCA DE ARGUMENTOS TEÓRICOS QUE SUSTENTAM O ESTUDO

2.1 SOBRE HOSPITAL DE ENSINO – O TERRITÓRIO DA PRODUÇÃO DE CUSTOS E CUIDADOS EM SAÚDE

O Hospital de Ensino é um território que investe recursos, programa de gastos, ensina pessoas e produz, ou pelo menos deve produzir ciências, tecnologias, cuidados e tratamentos em saúde (Bittar, 1996).

A promoção de saúde é uma ação estratégia e depende de muitos indicadores hospitalares e também de situações específicas, como a presença de estudantes, de desenvolvimentos de pesquisas e tecnologias, de indicadores ambientais e do quantitativo de pessoal que trabalha no hospital. O Hospital de Ensino é porta de entrada e saída de ações de saúde e de articulações diversas com o Sistema Único de Saúde – SUS.

Segundo Bittar (1996), "entende-se por hospital de ensino, hospital universitário de propriedade ou gestão de universidade; hospital-escola de propriedade ou gestão de escolas médicas; hospital auxiliar de ensino e desenvolve programas de treinamento em serviço na área da saúde, devidamente conveniado com uma Instituição de Ensino Superior." É nesta definição que nos inserimos para investigar quanto custa um cliente de cuidados paliativos, num controle de custos que ainda é precário, ou ainda pela ausência de um Serviço de Custos.

É imprescindível pensar nos fundamentos epidemiológicos e de riscos para os clientes de cuidados paliativos e para isto algumas técnicas devem ser revistas.

Quanto a isso Miranda e cols (p.45) retrata: "a adoção de técnicas de coleta e análise de dados devem ser apoiados nos fatores de risco; apontados não como causas diretas de doenças, mas como elementos necessários para que estas ocorram. Há de se considerar outros riscos, genericamente chamados de "ecológicos", que passam a ser vistos como uma alternativa de pequeno poder de explicação para os riscos individuais (...)."

O HUGG como a maioria dos hospitais, além de investirem na prevenção de risco e indicadores de qualidade, também, segundo os mesmos autores acima citados (p.47) está integrado a Sistemas de Saúde "que se organizam sobre uma base territorial, o que significa que a distribuição espacial desses serviços segundo uma lógica de delimitação de áreas de abrangência, devem ser coerentes com três níveis de atenção: primário, secundário e terciário (...)", afirmativa que pode ter implicações no indicador de permanência quando cuidamos de clientes de cuidados paliativos em certa situação clínica quando são constantemente submetidos a riscos ambientais, biológicos, químicos e pessoais.

Olhar este sistema apenas com o conhecimento econômico, pode ser uma parte complexa do todo que é o hospital. Neste sentido a definição do Ministério de Educação (MEC), informa que "Hospitais Universitários são unidades de saúde, únicas em algumas regiões do país, capazes de prestar serviços altamente especializados, com qualidade e tecnologia de ponta à população. Garantem também, suporte técnico necessário aos programas mantidos por diversos Centros de Referência Estaduais ou Regionais e à gestão de sistemas de saúde pública, de alta complexidade e custos operacionais."

Para o MEC, os Hospitais de Ensino foram assim denominados pela Portaria SNES/MS nº 15, de 8 de janeiro de 1991, que estabeleceu para estas instituições o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS). Hospitais de Ensino eram aqueles reconhecidos pelo MEC, funcionando regularmente há mais de cinco anos e pertencendo ao Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade (SIPAC), do Ministério da Saúde (MS), como centro de referência nacional Ministério da Saúde. Em 2004, foi instituído um novo processo de certificação de hospitais de ensino que passaram a fazer jus a uma nova modalidade de contratação com o

Sistema Único de Saúde (SUS). A Portaria Interministerial MEC-MS nº1000 de 15 de abril de 2004 define então os novos requisitos para a certificação e estabelece como hospital de ensino as instituições hospitalares que servem de campo para a prática de atividades curriculares na área da saúde, sejam hospitais gerais ou especializados. Em suas considerações, a Portaria ressalta que: "[...] as Instituições de Ensino Superior, na área da saúde, têm, nas diretrizes curriculares nacionais, a determinação de contemplar, na formação dos profissionais, o sistema de saúde vigente no País, com atenção integral a saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência, tendo como base o trabalho em equipe, com ênfase o Sistema Único de Saúde." Nesta portaria, no entanto, não há nenhuma planilha que considere o ensino, o trabalho realizado pelos estudantes como produtores de cuidados e custos, embora seja exatamente o que acontece. Eles cuidam e gastam material para cuidar.

O que pode ser entendido, quando Sordi (2014, p.9) fala sobre organizações: "a principal característica observada nas organizações é a quebra das vias de comunicação entre departamentos (serviços do hospital), com a criação de barreiras funcionais que isolam as áreas multidisciplinares que atuam nos mesmos processos (...), a proliferação de níveis hierárquicos de gestão, por seu lado estimula a criação de barreiras hierárquicas, em que supervisores somente falam com supervisores, gerentes com gerentes e diretores, com seus pares."

A comunicação também é um indicador de saúde e é através dela que se produzem coisas, relacionamentos, cuidados e saúde. Quando não considerada como deve ser, ela cria barreiras menos positiva, mostrando problemas para a Gestão, os clientes e os profissionais, como é mostrado na imagem a seguir.

O autor nos mostra a origem dos problemas de comunicação que se instauram numa estrutura organizacional de empresas que adotam abordagem administrativa funcional a partir da figura de PROBST, RAUB E ROMHARDT (2002, p. 158)

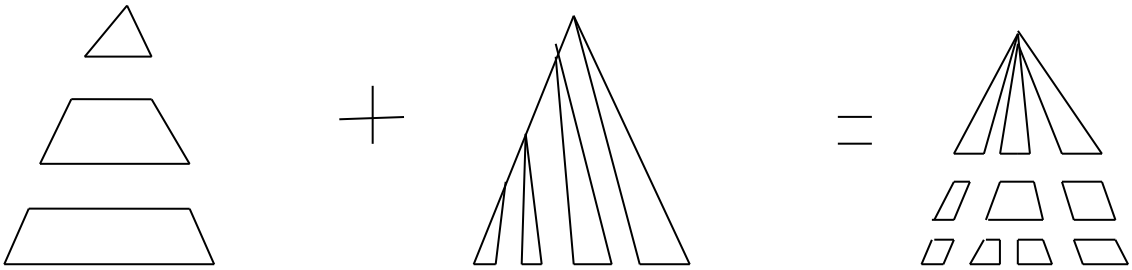


Figura 1. Abordagem administrativa Funcional

Essas barreiras também acontecem nas ações em saúde, no cuidado, no custo, nas relações com clientes, profissionais e familiares.

Assim sendo, as barreiras podem ser também indicadoras de resultados em todos os processos de gestão instituídos pelo hospital, barreiras na produção de pesquisas, barreiras na produção de saúde como o bem maior, não somente na perspectiva humana como também econômica, uma área de conhecimento e ação que atravessa todos os processos de ensinar, trabalhar, viver, adoecer e curar-se.

Não há dúvidas que em todo mundo, especificamente no Brasil estamos com sérios problemas de ordem política e econômica que impactam diretamente nos serviços hospitalares provocando desalentos para a clientela e desafios para os gestores, não somente no que se refere às pessoas, aos espaços, como também relacionado especificamente a economia e aos imensos custos de manter um hospital em funcionamento.

A reorganização do HUGG passa por revisão de seus processos, exigindo desconstrução de práticas e ações defasadas que não atendem mais as cobranças de agora, como também não se tem a clareza, de modo ampliado para todos, de qual é a abordagem administrativa e como estamos desenvolvendo os ajustes entre passado e presente. No meio

das mudanças, é teoricamente comprovado que o ser humano nem sempre gosta de mudança e reage para impedir que isto ocorra. Reagem de forma concreta ou subjetiva, é neste momento que sabemos o que de fato está sendo mudado.

Maximiano (1997) in: Sordi (p.19) afirma que "embora o processo administrativo seja importante em qualquer contexto de utilização de recursos, a razão principal para estudá-lo é seu reflexo sobre o desempenho das organizações (o hospital) (...), quase todas as nossas necessidades são supridas por algum tipo de organização, o contexto em que vivemos se constitui assim em uma sociedade organizacional em contraste com a sociedade comunitária do passado (...)". Agora o que se sabe, que estávamos com diversos problemas de processos e controle de "tudo". Até onde é possível afirmar, a maioria dos dados produzidos, em qualquer área tinha problemas de confiabilidade: ora por falta de instrumentos adequados, ou por falta de pessoal para fazê-lo.

É seguro afirmar que os Hospitais de Ensino, também não são mais os mesmos, se tornaram mais complexos, custosos e exigentes com os gestores e executivos das diversas ações de saúde que produzem, as quais exigem mudança de visão da administração e de seus processos. É acreditar em sistemas mais abrangentes e humanos para todos envolvidos, sem esquecer uma hierarquia que deixa de ser dura e vertical para ser mais flexível e curva.

A avaliação econômica da 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 não deve ser o novo desafio, mas considerar também que existem fatores subjetivos a quem cuida e a quem é cuidado, que podem modificar processos, criar barreiras e que não existem indicadores de prevenção, precaução, indicadores para investimentos em pesquisas e tecnologias inovadoras, sejam elas Leves que seria produção de relações entre profissional e usuário, mediante escuta, interesse e construção de vínculos; Leve-dura que inclui os saberes bem definidos, o raciocínio clínico, processos e protocolos e Dura que está vinculada aos procedimentos diagnóstico e terapêutico, ou seja, exames laboratoriais, ferramentas para exame físico, medicamentos e outros equipamentos para intervenções (Mehry; Feuerwerker, 2009).

É no Hospital de Ensino, no processo de intervenção que os resultados devem ser produzidos, testados e isto tem aparecido como questões de grande complexidade para pesquisadores que envolvem diagnósticos, metas, projetos, regras, comprometimento e custos. Desafios que somente serão possíveis de serem enfrentados, quando for possível acreditar que um Hospital de Ensino deva assumir uma gestão profissionalizadora que leve em conta as diretrizes Públicas e Universitárias sem perder de vista o impacto financeiro que a gestão irá produzir e isto pode ser entendido através da portaria nº 3410, de 30 de dezembro de 2013 do Ministério da Saúde que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar. A contratualização tem como finalidade a formalização da relação entre gestores públicos de saúde e hospitais integrantes do SUS por meio do estabelecimento de compromissos entre as partes que promovam a qualificação da assistência e da gestão hospitalar.

2.2 ECONOMIA DA SAÚDE - DEFINIÇÃO

Segundo Del Nero (1995), a economia da saúde: [...] tem por objetivo a otimização das ações de saúde, ou seja, o estudo das condições ótimas de distribuição de recursos disponíveis para assegurar à população a melhor assistência à saúde e o melhor estado de saúde possível, tendo em conta meios e recursos limitados.

A Economia da Saúde diz respeito também a economia de custos e espaços, além das sujeições a que é submetido na noção de globalização e capitalismo. Assim a saúde passa ter um valor geral e capital escapando à noção de singular e de bem maior, como desejo maior daqueles que fizeram as reformas do setor saúde.

Por trás do discurso de gastar menos, segundo Miranda e cols (p.111) “ele está ligado a redefinição da estrutura de propriedade interna do próprio capital por fusões e absorções, mas definem-se também as condições da relação do capital com o próprio tecido social em particular com os espaços da sociedade (...)” e os clientes e funcionários do Hospital de Ensino, como os estudantes também, fazem parte destes tecidos e se assujeitam a receitas

prescritas num mundo no qual investimento em saúde não dá conta da demanda dos custos e nem da produção de saúde.

O conceito de economia da saúde leva em consideração a realidade atual de escassez e da insuficiência dos recursos para as necessidades de saúde.

Aos aspectos que tradicionalmente são considerados na medicina, por ocasião da avaliação das intervenções realizadas, quais sejam, a segurança do procedimento, a eficácia e a efetividade, um quarto aspecto é acrescentado, o da eficiência.

Enquanto a eficácia trata dos resultados das intervenções em condições ideais e a efetividade dos resultados no dia a dia da população, a eficiência acrescenta um ingrediente econômico, ou seja, estamos obtendo o melhor benefício pelos recursos que estamos usando?

Acrescentar o critério de eficiência não significa se contrapor a outros objetivos sanitários e de solidariedade. Melhorar a eficiência permite alcançar maiores níveis de saúde e de solidariedade a partir de recursos determinados.

Um dos princípios básicos da economia da saúde é adotar medidas racionalizadoras, que propiciem redução dos custos sem que ocorram impactos negativos nos níveis de saúde, ou seja, aumentar a eficiência dos serviços, sem que haja prejuízos na eficácia e na efetividade.

Sob a ótica da economia da saúde o conflito existente entre a ética da saúde e a ética da economia não existe, muito pelo contrário, ao perseguir a eficiência das ações, é possível fazer mais com os mesmos recursos, o que significa corroborar com os princípios de universalidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS) maximizando os benefícios para a sociedade. Isto significa envolver um programa de gestão numa empresa complexa como é o hospital, quando seus serviços devem gerar manutenção de saúde ou diagnóstico e tratamento da doença, atravessada por ações de ensino e de pesquisa, o que nos diz Sordi (2014, p.20) "... desempenhar a gestão implica no comprometimento da empresa (hospital) com a evolução de recursos importantes para a organização, gestão por processos, atenção para seus processos de negócio – (serviços prestados), o que sugere ater-se a todas as fases do ciclo da vida do processo de negócio " (serviços e cuidados prestados a clientes de cuidados paliativos).

Finalmente, e por hora, não estamos preocupados apenas com o aumento do indicador de permanência, mas sim, de nos afastar desta questão para compreender porque isto ocorre,

considerando não somente as condições dos clientes, mas de um tempo de imensas dificuldades financeiras que está a implicar no gerenciamento das ações, dos processos, dos custos e dos riscos para os Cuidados Paliativos.

De um modo geral, sabemos que se é cobrado, que existe um custo que está registrado numa planilha que pode ser questionado, além da tabela de custos do SUS ser incompatível com o custo que deveria ser. Uma tabela que tem sido questionada por muitos profissionais da área médica e que não pode ser colocado na conta do cliente. É talvez, um problema de Políticas de Saúde e Gerenciamento de Custos.

2.3 GERENCIAMENTO DE CUSTOS HOSPITALARES

Gerenciamento de custos é o conjunto de ações que os gestores tomam para satisfazer os clientes enquanto, continuamente, reduzem e controlam os custos. Provavelmente este modo de gerir, no espaço do Hospital é algo que ainda está em revisão quando ele se encontra sob a orientação da EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, e depende de uma reorganização nas áreas funcionais dos processos de atenção e trabalho na área da saúde, quando na verdade é na área da doença, na qual os investimentos de recursos seria grande em termos de Custos e nossos instrumentos de avaliação tem sido "barreiras ainda intransponíveis" no controle adequado.

Quanto aos aspectos gerenciais (do cuidado) o que Grabois (1995) nos diz:

[...] "Quando tratamos de gerência, nos referimos a um conjunto de técnicas e métodos de planejamento, direção e controle, visando o envolvimento e mobilização dos atores hospitalares na concretização dos objetivos da instituição. Tais funções são exercidas não apenas pelo diretor-geral, mas por todos os profissionais que exercem funções que visem direcionar as práticas dos diferentes atores"

Este autor coloca que a prática gerencial é tida como crítica e estratégica para o enfrentamento das demandas e desafios atuais e somente assim os hospitais poderão cumprir seu papel social, com uma assistência de qualidade, a custos adequados e de acordo com as

necessidades da população. Não mais se admite que estes serviços operem com desperdícios de recursos e sem compromisso e sensibilidade para com os problemas dos usuários.

Para tanto, os hospitais devem ter um melhor conhecimento dos seus custos de funcionamento e dispor de sistemas com informações confiáveis e tempestivas para subsidiar a análise, tomada de decisão e adoção de medidas corretivas em todas as fases do gerenciamento. Precisamos estar atentos ao que queremos rever para gerenciar novos indicadores para a permanência de clientes em cuidados paliativos, que considere custo financiador da saúde e não do prejuízo, custo para além da economia, como numa questão comportamental, como afirma Sordi, profissionais que gerenciam cuidados paliativos, não devem rejeitar aproximação com problemas administrativos porque controlar e avaliar faz parte da qualidade dos processos e dos serviços e estão relacionados a contabilização dos custos.

Os custos são aspectos fundamentais da gerência. O esforço para melhorar a eficiência dos sistemas de saúde passa pelo denominado gerenciamento sistemático da assistência à saúde que tem em seus princípios a responsabilização dos profissionais de saúde pelo custo dos serviços prestados e oferecidos nos recursos já existentes, formação de grupos de profissionais e educação da sociedade em geral.

2.4 SOBRE O CLIENTE DE CUIDADOS PALIATIVOS – O CORPO (FÍSICO-ESPIRITUAL-EMOCIONAL) COMO OBJETO DE CUIDADOS E PESQUISAS

Não tratamos aqui de nenhum aprofundamento sobre o corpo e o que está dito sobre ele por teóricos de diversas áreas de conhecimento, mas o necessário como base conceitual sobre ele quando inserido em espaços de cuidados com a saúde e/ou em processo de adoecimento.

De um modo geral, os profissionais de saúde estão mais interessados no corpo da doença e de tudo que é anatômico, bioquímico e fisiológico, que pode ser observado e ter sinais e sintomas controlados.

Corpo olhado por uma clínica que o nivela por complexidade e gravidade, como aquele que consome cuidados e tratamentos como possibilidades de cura. Um corpo não considerado como objeto de atenção nos aspectos que envolvem sua história, sua política, sua ética, seus desejos, suas emoções e espiritualidade, o que lhe conforta, mostrando que não existem indicadores para estes aspectos ou dimensões corporais. É o corpo de ARTAUD (2009, p.22) in: Figueiredo e cols, quando tentam abordar o papel da comunicação não-verbal no tocante do cuidar, aos cuidados humanos no universo das profissões: “o corpo é tão vasto quanto toda a dimensão, é um potente emissor de mensagens, de falas sutis, de discursos velados que exige do receptor (daquele que cuida) ser um ouvinte e ter uma capacidade sensível e uma qualidade de escuta que é considerado na consulta(...)”, como deve ser com o corpo que necessita de cuidados paliativos – entendido também como cuidado de proteção. Corpo a ser protegido, quando internado, pelos profissionais de saúde, independentemente de serem terminais ou não e também do custo.

Será que os escutamos? Quanto custa escutar? Nos preocupamos com seus espaços, interno e externo delimitado por sua pele? Pele, milhões de neurônios a transportar sensações diversas, entendida e compreendida não somente pela ciência da saúde, mas da vida, da filosofia, da representação, da arte, da imaginação, da religião a nos mostrar outros indicadores de custo e produção de saúde. O corpo de muitas possibilidades – o corpo “paliado” pelos profissionais de saúde.

Afinal estamos falando do corpo que tem natureza e condição de inserção no Programa de Cuidados Paliativos e que se insere em uma curva de classificação, como inicial, intermediária e terminal. Quanto custa este tempo? Trata-se de pessoas que estão "fora de possibilidades terapêuticas" porque são em sua maioria idosas, com câncer ou com doenças degenerativas terminais.

O cliente com câncer agrega um leque de situações que envolvem a doença e seus desdobramentos, como outras devido a sua baixa imunidade provocada não somente pelos medicamentos, mas também por situações sociais, emocionais, espirituais e ambientais.

Esse corpo traz consigo a marca do câncer como representação (sempre) de morte muito próxima. Corpos que se multiplicam a cada ano, como afirmam Melo e Cols (2008, p.15) in: Figueiredo e organizadores " Ao analisar 20 milhões de casos com diagnóstico de câncer em todo mundo, o que representa 20% dos óbitos nos países industrializados e 10% nos países em desenvolvimento, estima-se que o número de novos casos a cada ano aumentará de 10 milhões em 2000 para 15 milhões em 2020 (...)"., o que significa aumento de leitos, aumento de permanência e de custos, não somente nos hospitais de alta complexidade, como também nos hospitais de ensino.

São e serão corpos a precisar de sistema de avaliação de qualidade, obrigando hospitais a ter unidades específicas de:

1) Assistência hospitalar – leitos, ambulatório, hemoterapia e pronto atendimento (todos profissionais que cuidam);
2) Assistência específica – radioterapia, oncologia clínica, cirurgia oncológica e cuidados paliativos;
3) Assistência diagnóstica – laboratórios, imagens, endoscopias e laboratórios de anatomia patológica.

Assim, os corpos com câncer para cuidados paliativos podem estar, ainda se utilizando de recursos humanos do hospital, equipamentos e leitos.

O corpo de cuidados paliativos é também "sujeito do direito e do desejo "como afirma Lemerle (2010 cap 1) in ALTOÉ (organizadora) e por isso é necessário, para compreender a constituição do sujeito do desejo humano e os autores dessa construção sugerem estudar as

relações e as articulações entre jurídico e psíquico (...). Este destaque aqui referido por nós, pontua aquilo que temos falado sobre o corpo que cuidamos, mesmo doente, ele também deseja viver, deseja ficar, deseja ser e muitas vezes esse desejo explica custos no plano concreto e no plano social. Ele normalmente perde sua identidade, deixa de ser o senhor "x" para ser o senhor de cuidado paliativo, do câncer. Esse corpo em cuidado paliativo exige mais do que está dito na definição da OMS, destacada anteriormente.

O cliente inserido nestes cuidados de custo direto (mensuráveis, objetivos e que podem ser observados) se configura como uma gama de outros custos intangíveis, é indutor de novos indicadores de custos e de produção em saúde, sua situação é ultra especial porque seu tempo é o agora, não o ontem e quem sabe o amanhã. Ele tem necessidade de cuidados e conforto, realizados no tempo presente por todos da equipe de saúde, um tempo que pode ser rápido demais ou infinitamente longo (longa permanência), é um cuidado atemporal no plano humano. No econômico, ele tem "tempo para acabar" é preciso pensar na saúde financeira do hospital.

2.5 FUNDAMENTO ÉTICO DO CUIDADO PALIATIVO

De acordo com Araújo e Linch (2011) assistência ao cliente com doença terminal envolve múltiplas particularidades, além do biológico. As questões psicológicas, sociais, culturais, espirituais e conômicas devem ser consideradas, assim como conceitos e crenças no que diz respeito ao processo de saúde-doença.

Este tipo de cuidado confere aos profissionais de saúde uma complexidade crescente, atuando em diversas áreas, onde envolvem direitos e deveres morais dos profissionais de saúde. Fazem parte do cotidiano aspectos polêmicos como autonomia, direito à informação, eutanásia e distanásia.

A finitude digna é um direito do cliente e pode ser bem definida como aquela sem dor e com sofrimento minimizado mediante cuidados paliativos adequados. Sendo muito importante a autonomia e poder de decisão do paciente e família fundamental para uma finitude digna. As situações de vida e morte envolvem paciente, família e equipe de

saúde, além da instituição hospitalar. Sendo qualquer decisão tomada recairá sobre todos esses atores, no entanto na maior parte dos hospitais observa-se uma posição paternalista.

Para Araújo e Linch (2011) "Nos cuidados paliativos, a equipe de saúde, paciente e família criam um vínculo de confiança e, em conjunto, estabelecem um plano estratégico de assistência integral e contínua, onde o paciente é agente ativo no tratamento."

Para que o cliente e a família possam tomar suas próprias decisões é necessário que estejam bem informados sobre a doença e o processo de hospitalização. Araújo e Linch (2011) dizem: "A qualidade da comunicação entre a equipe de saúde e paciente junto à família, principalmente na proximidade da morte, pode determinar a tomada de decisões correta para contribuir para criar um ambiente de maior tranqüilidade e colaboração nas ações tomadas. Essa ação é o que melhor representa os cuidados paliativos".

E continuando a pensar na autonomia do paciente surge a prática da sedação paliativa, que somente pode ser usada mediante escolha do paciente quando lúcido e da família quando o paciente não tem condições para avaliar.

Para Araújo e Linch (2011) "em oncologia, o termo sedação é entendido como indução deliberada de medicação para manutenção de sono profundo e alívio de sintomas físicos e mentais incontroláveis como dispnéia, dor, delírios, vômitos e é frequentemente necessária. Essa prática de sedação requer um entendimento e compreensão da equipe de saúde sobre a sua importância, benefícios e decisão do início dela. Decidir sobre a sedação não é simples, pois exige uma avaliação profunda do quadro clínico e desejos do paciente, bem como do que pensam a família e a própria equipe de saúde".

A sedação é confundida com a eutanásia, sendo o objetivo o alívio do sofrimento e não acelerar a morte. Desta forma, não está se discutindo sobre a eutanásia, cuja morte é acelerada, nem distanásia, onde há um prolongamento exagerado da morte, o correto é pensar em ortotanásia, a morte no tempo certo.

De acordo com Araújo e Linch (2011) "A ortotanásia é o processo de humanização da morte, com alívio de sinais e sintomas, especialmente a dor. Não há emprego de meios que causem sofrimentos adicionais, mas sim meios adequados para se tratar uma

pessoa que está morrendo. É o que mais se aproxima de cuidados paliativos, no entanto ortotanásia é um processo de morte e paliativismo um processo de cuidado".

E analisando esse cuidado, Araújo e Linch (2011) dizem que " o profissional de saúde precisa ter um perfil adequado para o enfrentamento de situações que envolvem esses pacientes, isso porque tais circunstâncias requerem que esses profissionais sejam amadurecidos e posicionem-se em relação ao significado da vida e da morte, da saúde e da doença, com presença e acima de tudo com respeito".

2.6 SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS: ESPAÇO DE PRODUÇÃO DE AÇÕES E TÉCNICAS DE CUIDADOS EM SAÚDE

O termo "Palio" (paliativo) etimologicamente (Cunha 1997, p.574) "pode ser entendido como manto, capa sobre céu portátil que se conduz em cortejos, caminhando debaixo dele a pessoa festejada", Paliative em inglês utilizado na linguagem médica é aliviar, encobrir, mitigar e, Paliatif em francês é subterfúgio, provisório (...) Paliativo, in: Dicionário Michaellis, 2017.

Termos que decodificados, na busca de suas essências do que cada palavra pode significar, indicando um outro modo de entender o que é, dando a ele a idéia de "cobertor"- proteção; "mitigação" – alívio do sofrimento da pessoa que está não somente festejada, como também em sofrimento.

Para os autores Santos e Gonçalves (2009, p.459) "os profissionais que realizam cuidados paliativos devem oferecer aos clientes a possibilidade de viverem suas vidas, independentemente da quantidade de dias restantes, conscientes, com sintomas controlados e acompanhados por pessoas significativas, isto é, com dignidade, em casa ou no lugar em que ele escolher (...) para se sentir seguro."

Citam a definição da Organização Mundial de Saúde – OMS, para dizer que Cuidado Paliativo é entendido como: "Total, integral, ativo e humanizado prestado do indivíduo portador de uma doença progressiva e irreversível, com poucas chances de respostas ao tratamento curativo, sendo fundamental o controle da dor e de outros sintomas por meio da prevenção e do alívio do sofrimento físico, psicológico, social e

espiritual. Deve ser realizado por uma equipe multiprofissional que atua de forma interdisciplinar, incluindo ainda, o cuidado à família e a atenção ao luto (...)".

A definição de cuidados paliativos citada pela OMS é aqui decodificado para uma melhor compreensão do que é cuidado paliativo e qual é a sua natureza para a busca de novos indicadores que escapam a uma mensuração apenas quantitativa ligadas aos cuidados e como mensurá-los:

a) No dimensionamento da equipe interdisciplinar para o cuidado;
   É preciso ter pessoal em qualidade e quantidade.
b) Na melhoria da qualidade de vida dos clientes e seus familiares sem sabermos o que é isso para os clientes em situação de terminalidade;
   Envolve programa sofisticado e condições para que a qualidade de vida se objetive com espaços e pessoas dispostas a ficar e acompanhar o cliente.
c) Na prevenção e alívio do sofrimento;
   Pessoal preparado para detectar, captar signos de dor, ou de sofrimento e agir através de estratégias diversas que ultrapassam o simples ato de administrar medicamentos.
d) Na identificação precoce da situação dinâmica do cliente;
   Preparado para aprender a identificar quem é o cliente e o que cada um quer ou sente a partir do modo de ser e viver, dos movimentos familiares em casa ou quando está fora dela.
e) Na avaliação impecável;
   Envolve conhecimentos clínicos, filosóficos e estéticos para as várias dimensões que envolvem estes clientes não somente da doença, mas sociais e espirituais.
f) Nos sintomas sociais, psicológicos e espirituais;
   Atentar a esta orientação leva tempo e habilidades específicas de conhecimentos e ação, muita conversa, muito encontro e muito acolhimento.
g) Na prevenção e alívio do sofrimento.

Uma das ações mais desafiadoras e o principal princípio e juramento profissional da área da saúde (médicos e de enfermagem) que sofrimento não é apenas físico.

Uma definição que indica custos altos, profissionais especializados, hospital estruturado, processos de trabalho controlados, avaliados, registrados e custeados.

Neste estudo, destacamos o cliente internado, como aquele que demanda atos e ações diversas que produzem custos e saúde, ao mesmo tempo, dependendo do que se entende como saúde. Está disponível a oferta de cuidados paliativos e devemos considerar a ideia de desconstrução do que é apenas custos, mas entender que o cliente tem o "direito" de ser cuidado e não "culpabilizado" quando ele se encontra em condição de receber cuidados, porque:

a) encontra-se em estado de situação crônica e aguda;
b) suas situações geram sofrimento e aliviá-lo envolve pessoas e processos de cuidar;
c) estar em permanente avaliação e reavaliação contínua para tomada de decisões;
d) precisa que a sua família seja treinada durante o período de internação, para articulação do cuidado domiciliar;
e) interna-se por longos ou pequenos períodos;
f) pode escolher ficar em casa ou no hospital, onde se sentir mais seguro;
g) responde, como indivíduo, diferentemente do outro e que seus desejos não seguem a mesma lógica das necessidades humanas básicas.

Revisar o "olhar da economia para o custo" e, consequentemente a "economia da saúde" seria fundamental, pois pensar em prejuízo do hospital, não daria conta da complexidade do cliente que permanece além do tempo estabelecido pelas políticas públicas de saúde para pensar o problema humano que deve ser um indicador a mais a ser discutido.

Esta longa permanência que preocupa o gestor hospitalar de um Hospital de Ensino que não tem como objetivo produzir recursos, mas produzir ensino, saúde e pesquisa.

A certeza (epidemiológica) que temos é de que estes clientes aumentarão demandas diversas de serviços advindos das transformações globais das últimas décadas juntamente com a urbanização acelerada por novos modos de vida e padrões de consumo. Possivelmente são causadores da alteração de saúde da população, fazendo com que as doenças crônicas como o câncer e outras doenças em condições de irreversibilidade de cura cresçam no Brasil e no mundo (Maciel,2006).

Que estaremos sempre com enfermarias e CTI´s ocupados com estes clientes e teremos que assumir, sem pensar, que eles estarão sempre em situação de longa permanência mesmo que isto signifique custos com seus tratamentos que podem ser mensurados.

Mesmo delimitado que estaremos mensurando custos diretos e que não podemos esquecer os custos indiretos que devem ser investigados, estamos neste caso ancorados em Junior e Paula (2010, p. 399) quando dizem: "Sempre presente no cotidiano do ser humano, implicou explicitamente, as doenças, enraizadas e envoltas nos costumes de cada civilização, em seus aspectos socioculturais que passam a ser vivenciados de maneira diferente, despertando o medo do sofrimento e da morte". São estes aspectos que a equipe de saúde e a família dos clientes de cuidados paliativos vivenciam.

A compreensão sobre o que é "estar fora de possibilidade de cura" pelos gestores e pelos profissionais que cuidam destes clientes, envolve, invariavelmente, uma tarefa árdua, e imprevisível no campo mais subjetivo e no concreto a sabedoria de que as tecnologias, os procedimentos e o lugar de estar internado. A ausência do que fazem prorrogam sofrimentos, sintomas prevalentes, dor, solidão, medos (...). Não se trata de cultivar uma postura contrária a medicina tecnológica, mas refletir sobre a conduta diante da mortalidade humana, tentando o equilíbrio necessário entre conhecimento científico e humanismo para resgatar a dignidade da vida e a possibilidade de se morrer em paz. Cada vez mais encontram-se nestes serviços pacientes idosos, portadores de síndromes demenciais de variadas etiologias ou com graves sequelas neurológicas. É necessário inverter o atual

panorama dos cuidados oferecidos e tentar implantar medidas concretas, como criação de recursos específicos, melhoria dos cuidados. Assim considerar a terminalidade e muitas vezes a decisão, que o melhor para ele e para sua família é que permaneça no hospital, o que parece ser uma solução humana.

No Brasil, não há uma estrutura para os cuidados paliativos adequados à demanda existente, sendo assim se faz necessário a elaboração de programas, bem como políticas de saúde para os indivíduos no término de vida (Maciel,2006).

Nos parece, que somente resta as intervenções através de cuidado paliativo não somente para os aspectos físicos da situação clínica dos clientes, mas dos muitos desajustes emocionais que ele e a família enfrentam.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, aprovado em 15/07/2004, a prática dos cuidados paliativos consiste nos seguintes princípios:

1. Afirma a vida e encara a morte como um processo natural;
2. Encara a doença como causa do sofrimento a minorar;
3. Considera que o cliente vale porque é o que vale até o fim;
4. Reconhece e aceita em cada doente os seus próprios valores e prioridades;
5. Considera que o sofrimento e o medo perante a morte são realidades que podem ser médico e humanamente apoiadas;
6. Assenta na concepção central de que não se pode dispor da vida do ser humano, pelo que não antecipa e nem atrasa a morte, repudiando a eutanásia, o suicídio, a futilidade, diagnóstico e terapêutica;
7. Considera que a fase final de vida pode encenar momentos de reconciliação e de nascimento pessoal;
8. Aborda de forma integrada o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual do doente;
9. É baseado no acompanhamento; na humanidade, na compaixão, na disponibilidade e no rigor científico;
10. Centra-se na procura do bem estar do cliente, ajudando-o a viver tão intensamente quando possível até o fim;
11. Somente é prestado quando a família e o cliente aceitam;

12. Respeitam o direito do cliente escolher o local onde deseja viver e ser acompanhado no final da vida;
13. É baseado na diferenciação e na interdisciplinaridade.

A portaria nº 825 de 25/04/2016 do Ministério da Saúde vem dar um alívio às famílias que tem seus doentes em casa com dificuldades de locomoção para uma rede de saúde ou até mesmo por não encontrarem vagas para internação. Equipes multiprofissionais de atenção domiciliar e equipes multiprofissionais de apoio realizam um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, paliação e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados.

No ano de 2017 no HUGG foi criada uma Comissão para cuidados paliativos que tem como ficha de admissão pacientes portadores de doença crônica avançada (demência, SIDA, câncer, hepatopatia, pneumopatia, ICC avançada, IRC em HD, AVC com sequelas importantes, ELA e etc.) em anexo 1.

O Programa de Cuidados Paliativos do HUGG, de acordo com sua comissão, tem um fluxo de entrada de pacientes para aplicação dos cuidados, observado na figura 3.

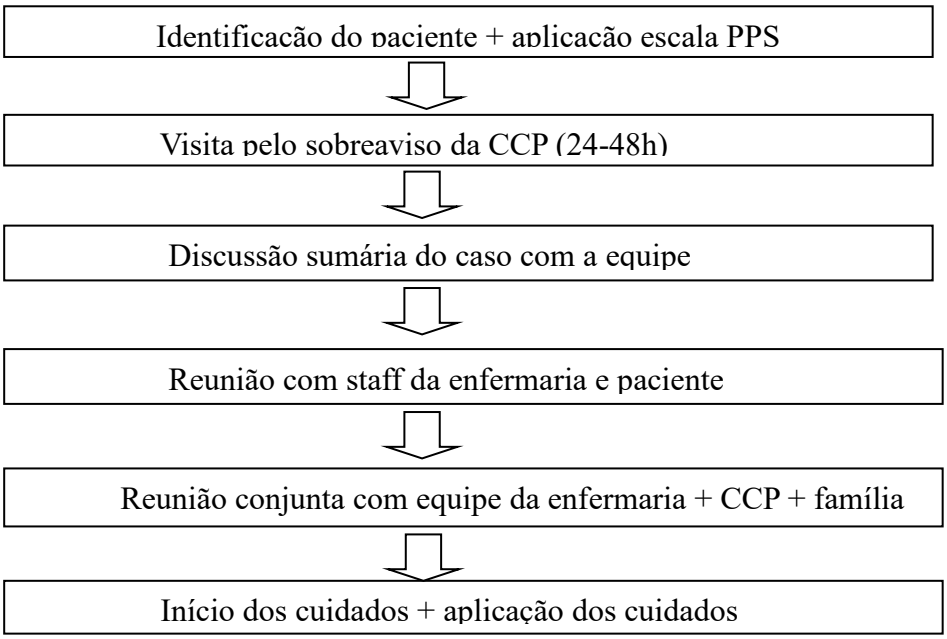


Figura 3. Fluxograma utilizado pela Comissão de CP do HUGG

A escala PPS (*Palliative Performance Scale)* é uma escala de desempenho em cuidados paliativos de autoria da *Victoria Hospice Society* sendo publicada a 1ª versão em 1996 pela Pall Care 9(4): 26-32, Canadá. É um instrumento de comunicação que descreve rapidamente o estado funcional atual do paciente. Pode ser útil como critério de avaliação de capacidade de trabalho e ainda ter valor prognóstico, como é retratado no anexo 2.

Victoria Hospice SOCIETY

Palliative Performance Scale (PPSv2)
version 2

PPS Level	Ambulation	Activity & Evidence of Disease	Self-Care	Intake	Conscious Level
100%	Full	Normal activity & work No evidence of disease	Full	Normal	Full
90%	Full	Normal activity & work Some evidence of disease	Full	Normal	Full
80%	Full	Normal activity with Effort Some evidence of disease	Full	Normal or reduced	Full
70%	Reduced	Unable Normal Job/Work Significant disease	Full	Normal or reduced	Full
60%	Reduced	Unable hobby/house work Significant disease	Occasional assistance necessary	Normal or reduced	Full or Confusion
50%	Mainly Sit/Lie	Unable to do any work Extensive disease	Considerable assistance required	Normal or reduced	Full or Confusion
40%	Mainly in Bed	Unable to do most activity Extensive disease	Mainly assistance	Normal or reduced	Full or Drowsy +/- Confusion
30%	Totally Bed Bound	Unable to do any activity Extensive disease	Total Care	Normal or reduced	Full or Drowsy +/- Confusion
20%	Totally Bed Bound	Unable to do any activity Extensive disease	Total Care	Minimal to sips	Full or Drowsy +/- Confusion
10%	Totally Bed Bound	Unable to do any activity Extensive disease	Total Care	Mouth care only	Drowsy or Coma +/- Confusion
0%	Death	-	-	-	-

Figura 4. Escala PPS

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo não experimental, descritivo e com estratégia quantitativa. Foram analisados prontuários de clientes internados em clínica médica no primeiro semestre de 2016. Um médico especialista classificou 40 clientes que possuíam critérios para cuidados paliativos de acordo com a escala PPS (*Palliative Performance Scale)* e, na sequência foram analisados os custos diretos associados a estes.

3.1 Cenário

O cenário do estudo foram as enfermarias de clínicas médicas do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle - HUGG que atendem clientes de cuidados paliativos, totalizando 46 leitos ocupados. É um hospital geral vinculado à Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, no módulo profissional do curso de medicina, possui alunos de graduação e de pós-graduação como residências médicas mais as especialidades, residência multiprofissional, especialização (lato sensu), mestrado e doutorado (stricto sensu). Também é hospital-escola da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto com alunos da graduação e pós-graduação, dos alunos das Escolas de Nutrição e Biomedicina. O Hospital conta também com estagiários de outras instituições públicas e privadas de diferentes áreas de estudo (Serviço Social, Psicologia, Fonoaudiologia, Laboratório, etc.). Pelas características e abrangência de seus serviços, opera como referência para o Município do Rio de Janeiro, bem como para inúmeros outros municípios do Estado, especialmente no atendimento a pacientes com câncer, com AIDS, com doenças do fígado, em ortopedia, e dos programas de atenção à diabete, tuberculose, hanseníase, entre inúmeras outras especialidades, além da dispensação de medicamentos excepcionais. O HUGG mantém dedicação exclusiva ao Sistema Único de Saúde (SUS), com a integralidade das ações voltadas ao sistema público de saúde, atendendo à clientela por demanda espontânea ou referenciada, através da Central de Regulação do Município e do Estado do Rio de Janeiro.

O HUGG não possui Emergência aberta e é referência secundária para a Rede de Serviços do SUS, de acordo com os dispositivos regulatórios.

3.2 Coleta e Análise dos dados

Foram analisados 40 prontuários dos clientes de cuidado paliativo internados em clínica médica. Foi criada uma planilha no software *Excel,* na qual registou-se as observações de variáveis sociodemográficas, clínicas, de gestão/custo dos clientes.

As variáveis sóciodemográficas consideradas foram idade (em anos completos) e sexo, as variáveis clínicas são relacionadas à doença de base e suas especificações, já as variáveis de gestão/custo foram: tempo de internação, procedimento, exames e consultas. Os custos foram aferidos por meio da utilização dos custos diretos, que são claramente identificados, quantificados e calculados em moeda corrente nacional – Real (R$). O custo hospitalar das internações foram valores cobrados do SUS no período da pesquisa, referentes à soma de diárias hospitalares, medicações, serviços profissionais e exames.

Para a análise dos dados foi utilizado o programa computacional *R*, na interface *Rcmdr (Rcommander).* Após a verificação de ausência de normalidade dos dados, decidiu-se por testes não-pamétricos, mais especificamente foram aplicados testes de Wilcoxon e correlação de Spearman. Em todos os testes foi adotado o nível de significância de 5%.

3.3 Aspectos Éticos

O presente projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética da Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro – UNIRIO, bem como do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle – HUGG, sendo aprovado, respectivamente, em 12/12/2016, com parecer nº 1.862.449 e CAAE 61728716.1.0000.5285.

4. RESULTADOS

O estudo ocorreu no período de janeiro a junho de 2016 e contou com a avaliação de prontuário de pacientes internados em clínica médica. Resultou em 40 prontuários de pacientes com doenças graves e crônicas com indicação para cuidado paliativo.

Com relação ao perfil demográfico, 18 pacientes (45%) eram do sexo feminino e 22 pacientes (55%) do sexo masculino. A idade média foi de 63 anos (Desvio-padrão (DP) 19 anos), a menor idade foi 21 e a maior 94 anos de idade.

A Tabela 1 apresenta o quantitativo de pacientes por doença de base, por idade, dias de internação, número de consulta e exames. Para as variáveis quantitativas (idade e dias de internação) são apresentadas as médias e os valores mínimos e máximos por doença de base, já para as consultas e exames são apresentados os números absolutos total por doença.

As doenças mais prevalentes foram as de neoplasia maligna 47,5% (19 pacientes), seguido das doenças decorrentes do HIV 12,5% (5 pacientes). A média de dias de internação dos pacientes foi de 28 dias; sendo o máximo de 69 dias em um paciente com hepatite e o mínimo de 3 dias com neoplasia maligna (Tabela1).

Com relação ao número de consultas e exames, observou-se 2.509 consultas entre médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e nutricionistas e 230 exames (hemodiálise, transfusão, tomografia, ultrassonografia e assistente social) realizados. Estes números correspondem a aproximadamente 62,7 consultas e 5,7 exames por paciente. Pacientes com neoplasia maligna foram o grupo com maior número de consultas (1043) e 96 exames, entretanto é também o grupo com maior número de pacientes (19). Nessa forma, optou-se apresentar o número de consultas e exames por pacientes, logo a doença de base que mais requisitou consultas foi a hepatite, com 95,6 consultas e 4,6 exames por paciente. É importante observar que o tempo médio de permanência é de 36 dias e a idade média de 65 anos, para paciente com hepatite.

Na Tabela 2 é apresentado o tempo médio de permanência entre os meses do primeiro semestre de 2016. Percebe-se pouca variação entre os valores. E pelo teste de Kruskal-Waalis ($p<0,05$) conclui-se que não há diferença significativa entre a distribuição dos tempos de permanência entre os meses.

Tabela 1. Medidas resumo do número de pacientes, idade, dias de internação, número de consultas e de exames por doenças de base.

Doenças	HIV	Hepatite	Neoplasia maligna	Pneumonia	Outras doenças	total
Número de pacientes	5	5	19	5	6	40
Idade						
Média	43	65	62	81	63	63
Máximo	58	77	90	94	89	94
Mínimo	21	54	28	73	22	21
Dias de internação						
Média	25	36	22	37	18	28
Máximo	42	69	61	53	30	69
Mínimo	7	13	3	25	7	3
Consultas Total	283	478	1043	428	277	2509
Exames Total	19	23	96	13	79	230

Fonte: produzida pelo próprio pesquisador.

Tabela 2. Tempo médio de Permanência das clínicas médicas em dias - TMP

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	MÉDIA	DESVPAD
Clínicas Médicas	15,6	14,7	16,8	17,8	15,8	14,4	15,9	1,28

Fonte: produzida pelo próprio pesquisador.

A Tabela 3 apresenta os valores, em reais, pagos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) aos hospitais credenciados. São discriminados os valores pagos por exames, por diárias de CTI e por consultas.

A Tabela 4 apresenta medidas resumo da estimativa do custo em reais por doenças de base. Para o cálculo das estimativas foi multiplicado a quantidade de exames, consultas e dias de internação de CTI pelos valores pagos pelo SUS apresentados na Tabela 3.

Considerando os 40 pacientes do estudo estimou-se um custo total de 210.247,92 reais, o que corresponde a aproximadamente 5.256,2 reais por paciente. A pneumonia foi a doença com a maior média da estimativa do custo 10.027,64 reais, já a menor média foi para a hepatite. A maior amplitude da estimativa de custo foi observada nos pacientes com neoplasia maligna, em que o maior valor foi 25.497,78 e o menor 183,71 reais.

Tabela 3. Valores pagos pelo SUS aos hospitais

Exames	Valores (R$)
Ultrassonografia	39,90
Tomografia	170,37
Hemodiálise	265,41
Transfusão	8,39
Diária CTI	478,72
Consultas	6,30

Fonte: sistema SUS – SIGTAP

Tabela 4. Medidas resumo da estimativa do custo (em reais) por doença de base

Doenças	HIV	Hepatite	Neoplasia maligna	Pneumonia	Outras doenças	Total
Custo Total (R$)	33.500,28	10.997,13	74.934,57	50.138,21	40.677,73	210.247,92
Média	7.551,55	2.199,43	3.943,92	10.027,64	6.779,62	
Máximo	22.114,01	4.080,36	25.497,78	17.182,31	17.700,13	
Mínimo	1.118,25	1.090,53	183,71	3.956,73	997,47	

Fonte: produzida pelo próprio pesquisador.

Com relação à idade os pacientes foram divididos em dois grupos idosos com idade igual ou superior a 60 anos e não idosos, resultando em 24 idosos e 16 não idosos. A Tabela 5 apresenta a média (DP) e p_valor de teste de Wilcoxon para as variáveis: idade, dias de internação, dias de internação em CTI, custo total, custo total em CTI, custo de hemodiálise, quantidade de consultas, quantidade de exames e quantidade de transfusão entre os grupos de idosos e não idosos.

Tabela 5. Medidas de resumo e p_valor do teste de Wilcoxon para pacientes idosos e não idosos.

	IDOSO (n=24)	NÃO IDOSO (n=16)	P_valor
Idade	74,87 (9,95)	43,93 (12,61)	
Dias de internação	25,66 (16,62)	25,25 (14,98)	0,901
Dias de internação CTI	11,14 (9,74)	20,66 (20,60)	0,5348
Custo Total R$	4.944,42 (4421,06)	5.723,86 (8148,82)	0,5903
Custo em CTI R$	5.387,50 (4637,07)	9.893,53 (9865,20)	0,6496
Custo de Hemodiálise R$	1.008,55 (510,52)	2.123,28 (2627,42)	1
Consultas	68,54 (69,49)	57,60 (32,07)	0,6544
Exames	5,21 (4,34)	9,06 (13,69)	0,2477
Hemodiálise	3,8 (1,92)	8,0 (9,89)	1
Transfusão	5,00 (4,00)	9,14 (13,63)	0,8685

Fonte: produzida pelo próprio pesquisador.

De acordo com a Tabela 5, não há diferença estatisticamente significativa entre os grupos de idosos e não idosos para nenhuma das variáveis consideradas. No entanto, neste estudo, dois pacientes do grupo de idosos destacam-se, pois tiveram estimativa do custo total bem acima da média da estimativa do custo. Um deles é um idoso de 94 anos com pneumonia e ficou 25 dias internado e teve um custo total estimado em R$ 13.672,60, o segundo é de 90 anos com neoplasia maligna na bexiga, ficou 27 dias internado e um custo de 8.906,28 reais.

Com relação ao local de internação os 40 pacientes foram divididos em internados em CTI e não internados em CTI. Resultando em 50% internados em CTI. A Tabela 6 apresenta a média (DP) e p_valor do teste de Wilcoxon, para as variáveis: idade, dias de internação, quantidade de consultas, quantidade de exames, hemodiálise e transfusão. De acordo com a Tabela 6, não há diferença estatisticamente significativa entre o comportamento das variáveis e os grupos de paciente internados em CTI e não CTI.

A Tabela 7 apresenta o coeficiente de correlação de Spearman e (p_valor) das variáveis idade, custo e dias de internação. As três variáveis citadas foram relacionadas com: Idade, Dias de internação, Dias de internação em CTI, Custo Total, Custo em CTI, Custo da Hemodiálise, quantidade de consultas, quantidade de exames, quantidade de hemodiálise e quantidade de transfusão.

Tabela 6. Teste não-paramétrico de Wilcoxon para pacientes no CTI e não CTI

	CTI	NÃO CTI	P.VALOR
Idade	67,60 (17,56)	57,40 (19,13)	0,1164
Dias de internação	26,20 (15,53)	24,80 (16,41)	0,7147
Consultas	61,00 (34,89)	67,50 (74,07)	0,4313
Exames	7,82 (13,13)	6,00 (4,34)	0,5087
Hemodiálise	5,16 (5,23)	4,00 (NA)	0,8008
Transfusão	8,16 (15,18)	6,66 (3,72)	0,253

Fonte: produzida pelo próprio pesquisador.

Tabela 7. Teste de correlação de Spearman e suas variáveis correlacionadas

	IDADE	CUSTO R$	DIAS DE INTERNAÇÃO
Idade		0,163 (0,31)	
Dias de internação	-0,004 (0,97)	**0,477 (0,002)**	
Dias de internação cti	0,078 (0,74)		
Custo R$	0,163 (0,31)		
CTI R$	0,098 (0,68)		**0,615 (0,004)**
Hemodiálise R$	-0,072 (0,88)	-0,126 (0,79)	0,072 (0,878)
Consultas	-0,047 (0,77)	**0,549 (0,001)**	**0,961 (<0,05)**
Exames	-0,323 (0,05)	0,149 (0,39)	0,221 (0,21)
Hemodiálise	-0,072 (0,88)	-0,126 (0,787)	0,072 (0,88)
Transfusão	-0,429 (0,16)	0,107 (0,741)	-0,072 (0,82)

Fonte: produzida pelo próprio pesquisador.

De acordo com a Tabela 7, percebe-se que a idade tem correlação estatisticamente significativa com a quantidade de exames e ainda que essa correlação embora seja moderada é negativa, ou seja, são realizados menos exames nos mais velhos se comparado com os mais novos. Com relação ao custo total, percebe-se correlação significativa e positiva com dias de internação e número de consultas. Por fim, a quantidade de dias de internação tem correlação significativa e positiva com o custo em CTI e número total de consultas.

De acordo com dados oficiais de internações hospitalares do SUS-MS/SMS/ Rio de Janeiro, o valor faturado pelas internações totais no HUGG, para o período de estudo foi de 2.514.625,02 reais. Já o custo total dos 40 pacientes analisados foi de R$ 210.247,92 (Tabela 4), ou seja, o valor gasto com os paciente com critérios para cuidado paliativo analisados neste estudo correspondem a 8,36% do faturamento das internações do HUGG. E neste período ocorreram 2.429 internações de acordo com o censo hospitalar deste hospital, representando uma média de R$ 1.035,35 por internação em valores faturados.

5 DISCUSSÃO

O presente estudo analisou dados sociodemográficos, clínicos e de gestão/custo de 40 pacientes internados em clínica médica e com critérios para cuidado paliativo. Destes, 24 eram idosos e 16 não idosos. A população idosa é a que mais adoece e, frequentemente, acometida por uma ou mais doenças. São considerados idosos indivíduos de ambos os sexos com idade igual ou superior a 60 anos, de acordo com o critério cronológico estabelecido na Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994). Portanto é de se esperar e aceitar que a morbidade múltipla entre idosos está associada às doenças crônicas, bem como às condições precárias de vida ligada à baixa renda, que requerem medidas de diversas naturezas, quer na área social, quer na saúde, implicando em políticas de formação profissional e destinação de recursos, instrumentos tecnológicos que envolvem altos custos não apenas custos diretos, mas todos aqueles ainda não mensurados, inclusive aqueles de ambientes e relações humanas com clientes de cuidados paliativos.

É fundamental considerar uma lógica, que parece improvável, que está no gerenciamento do desconhecido, do subjetivo, do emergente, considerando a característica e respostas humanas a doença, do tratamento e a finitude.

A medida que a média de anos de vida aumenta, há de se esperar que o número de idosos cresça juntamente com os serviços para eles.

Com relação aos dados analisados e a idade dos pacientes, destacamos duas situações que merecem reflexão:

- Na primeira delas destacamos um cliente com 94 anos com a doença pneumonia bacteriana, com permanência de 25 dias toda no CTI e um custo total estimado em R$ 13.672,60.
- O segundo é um cliente com 90 anos com a doença neoplasia maligna de bexiga, com permanência total de 27 dias, sendo a permanência no CTI de 12 dias e custo estimado de 8.906,28 reais.

Os dois casos ilustram o alinhamento com a política econômica do hospital que produz custo, mas também produz cuidado para aquele que precisa ter acesso à saúde e melhorar

suas condições de vida; entretanto, nem sempre o acesso à saúde e a melhoria das condições de vida são desejos do cliente e sim da família.

Estes clientes, com idades tão avançadas e que já se encontravam com sua saúde afetada, em condições de irreversibilidade de cura, não necessitariam de tantos dias internados no CTI o que aumentaria em muito o custo do tratamento da doença e nem de tantos procedimentos invasivos. Estes clientes deveriam estar em cuidados paliativos no início da internação priorizando a qualidade de vida e não o prolongamento da vida a qualquer custo.

Os dois casos aqui destacados não são únicos, o que acontece com eles é repetidamente reproduzido não somente no HUGG, como em tantos outros hospitais de ensino e públicos, que não tem a cultura dos cuidados paliativos disseminada na instituição.

Segundo Carvalho (2008) "os conceitos e os objetivos para o Brasil se iniciaram muito semelhantes aos propostos durante a I Conferência Internacional sobre promoção de saúde, em Ottawa, no Canadá", como: saúde não é apenas como ausência de doença (o que podemos pensar no cliente doente), mas concebendo-a em termos mais amplos levando em conta outras necessidades básicas (uma delas é respirar - respirador no CTI) até mesmo um ambiente propício para crescimento e desenvolvimento e a busca da realização plena do potencial humano (...)

De acordo com a portaria 687 de 30/03/2006 (Brasil, 2006) saúde é entendida a partir de sete linhas prioritárias:

1) Prevenção e controle do tabagismo;
2) Redução da morbimortalidade em decorrência do uso do álcool e outras drogas;
3) Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito;
4) Prevenção da violência e estímulo a cultura da paz;
5) Promoção do desenvolvimento sustentável.

Estar no CTI ou permanecer mais do que o devido é um direito da pessoa em cuidados paliativos, como cidadão brasileiro. Para COHN (2006, p. 231-258) "O alcance ao direito à saúde depende dos pactos estabelecidos entre sociedade e estado, destacando que as políticas

públicas no campo da saúde estão em mudanças por exigir a construção de muitas transformações e que suas questões estão além dos limites da assistência a depender da ampliação do conceito de saúde como determinação e produção social (...)."

A promulgação da Lei Orgânica de Saúde (Brasil 1990a) – e a Lei 8142 (Brasil 1996) tratam "dos aspectos organizacionais no que se refere às políticas de saúde no Brasil e seu aparato legal e institucional do SUS e inclui transferência de recursos (...)."

Se os princípios do SUS, como afirmam Souza e Horta (2012, p.5) são de ordem filosófica e ideológica, pois originam-se do pensamento sobre valores humanos e da perspectiva de construção de direitos de cidadania, valores do mundo da arte (...)," entendemos que estes clientes tem direitos, porque estão nos princípios (p.6), citados pelos autores acima referidos como está no art 196 da Constituição Federal que afirma: " a saúde é direito fundamental de todo o ser humano, cabendo ao Estado o dever de prover acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência a todos os cidadãos brasileiros (...)."

Na visão da economia, os resultados contrariam o que nos referimos anteriormente e então a discussão que se coloca é:

O tempo médio de permanência dos pacientes de clínica médica conforme Tabela 2 foi de 15,9 dias o que é muito alto para as agências reguladoras de saúde.. Segundo ANS-MS (Agência Nacional de Saúde Suplementar – Ministério da Saúde), o tempo médio de permanência avalia o tempo que em média um paciente permanece internado no hospital. Está relacionado a boas práticas clínicas. É um indicador clássico de desempenho hospitalar e está relacionado à gestão eficiente do leito operacional. O leito hospitalar deve ser gerenciado como um recurso caro e complexo, o qual deverá ser utilizado de forma racional e com a indicação mais apropriada de forma a estar disponível para os pacientes que necessitem deste recurso para recuperação da saúde. E de acordo com a meta da ANS-MS para hospitais de pequeno porte seria 2 a 3 dias de permanência, médio porte 3 a 4 dias de permanência e grande porte 4 a 5 dias de permanência.

E qual seria o tempo médio de permanência do hospital de ensino sobre cuidados paliativos? Não seria o estabelecido pelo MS e nem o encontrado neste estudo. O tempo médio de permanência ideal para pacientes de cuidados paliativos em um hospital ensino

seria a quantidade de dias que o cliente teria direito para um término de vida com dignidade que pode ser definido como aquele sem dor e com sofrimento atenuado mediante cuidados paliativos adequados.

A partir deste estudo verificou-se que o máximo de dias de internação foi de 61 dias para um paciente com indicação de cuidado paliativo. E este mesmo paciente ficou 48 dias internado no CTI, com a doença neoplásica maligna e sua idade era de 48 anos. Se este paciente entrasse em cuidado paliativo no início de seu tratamento, o sofrimento do indivíduo e sua família para o portador de câncer poderia ter sido amenizada. O cliente e a sua família poderiam ter tomado suas próprias decisões se fossem bem informados sobre a doença e do processo de hospitalização. A qualidade da comunicação entre a equipe de saúde, o paciente e a família, principalmente na proximidade da morte, poderia ter determinado a tomada de decisões e contribuído para um ambiente de maior tranquilidade e favorecimento nas ações tomadas. Essa atitude seria o que melhor representaria os cuidados paliativos.

Neste estudo verificou-se um custo alto para estes 40 pacientes analisados, pois a média da estimativa do custo por paciente foi de R$ 5.256,20. E neste período ocorreram 2.429 internações de acordo com o censo hospitalar deste hospital, representando uma média de R$ 1.035,25 por internação em valores faturados.

Para Del Nero (1995), a economia da saúde tem por objetivo a otimização das ações da saúde. Assegurar à população a melhor assistência à saúde, tendo em conta meios e recursos limitados. A economia da saúde segue o princípio da eficiência que seria alcançar maiores níveis de saúde e de solidariedade a partir de recursos determinados.

Os cuidados paliativos despontam como alternativa para preencher essa lacuna nos cuidados ativos aos pacientes. Nos cuidados paliativos cuidar é mais do que curar. É garantir uma morte sem dor, sintomas controlados, o paciente consciente e rodeado por quem ama. Ou seja, nem antecipar a morte, nem prolongar a vida, mas garantir que se viva até o fim com dignidade.

6. CONCLUSÃO

A análise da planilha com dias de internação, quantidade de cuidados, custo de cuidados e exames realizados para clientes com indicação de cuidados paliativos neste hospital de ensino foi fundamental para propor a reconstrução, readaptação de novos itens e/ou instrumentos a serem implantados.

Observou-se a necessidade de implantação de um sistema de custos para a gestão eficiente neste hospital. O custo analisado neste estudo para o tratamento de pacientes com indicação de cuidados paliativos foram valores cobrados do SUS no período da pesquisa, referentes à soma de diárias de CTI, medicamentos, consultas e exames. Sendo importante ressaltar que a decisão dos bens e serviços a serem empregados no processo assistencial ao cliente deve ser de competência da equipe de saúde. Assim o conhecimento gerencial de custos pelos profissionais de saúde é fator preponderante para o sucesso da elaboração de qualquer sistema de custeio.

Segundo Dallora (2007), um novo modelo de gestão, com vistas a eficiência, a racionalização dos gastos e contenção dos custos deve considerar a integração das equipes de saúde e administrativa nas suas diferentes áreas do saber.

A visão que deve prevalecer é a multidisciplinar, considerando principalmente, que na área da saúde os resultados não se medem simplesmente por ganhos econômicos. Numa instituição de saúde, como os hospitais de ensino, o resultado social é o mais importante que o financeiro, pois além da assistência à saúde, têm a importante missão de formação de recursos humanos, mesmo assim, não se prescinde de um sistema de informações que permita ampla visão e gerenciamento dos custos das atividades desenvolvidas.

Conforme resultado deste estudo observou-se um custo alto dos clientes com indicação para cuidado paliativo devido a elevada permanência no CTI e ao grande número de consultas e exames invasivos mostrando que deve ser revisto o planejamento de ações na gestão de custo no tratamento das doenças destes clientes inseridos no programa de cuidados paliativos.

Os cuidados paliativos no início do tratamento para estes clientes, portadores de doenças graves, progressivas e incuráveis que ameaçassem a continuidade da vida, mostraria uma gestão eficiente neste hospital de ensino, considerando que recursos escassos bem gerenciados podem render mais manutenção de conforto e dignidade para estes clientes.

7. PRODUTO FINAL - Serviço de Custo Hospitalar para Cuidado Paliativo em Clínica Médica

O produto deste estudo será a proposta de implantação de um serviço de custo hospitalar, pois o hospital não pode ter como parâmetro de custo os valores cobrados da Tabela SUS. É inegável a necessidade de indicadores de custos como instrumento de gestão de recursos utilizados na consecução das atividades operacionais de um hospital. É necessário que se conheça toda dinâmica hospitalar que é formada pelos centros de custos administrativos, centros de custos de base, centros de custos auxiliares e centros de custos finais também chamados de centros de custos produtivos.

Este serviço disponibilizará informações de custos como instrumento de planejamento, controle e tomada de decisão para a gestão do hospital.

A metodologia de custeio por absorção representa o instrumento mais tradicional de gestão de custos em instituições de saúde e, portanto, será o sistema de custeio utilizado. Este sistema consiste no cálculo do custo sob a segmentação de centros de custos juntamente com seus critérios de rateio.

Os centros de custos administrativos são formados por todos setores que participam das atividades gerenciais e decisórias do hospital. Os centros de custos de base e auxiliares são os setores que auxiliam ou apóiam para que os produtivos funcionem. Os centros de custos produtivos são os setores que efetivamente prestam serviços.

Para este estudo será apurado o custo direto de clientes de cuidado paliativo em clínica médica.

Os custos diretos são formados pelo pessoal (salários, encargos sociais, benefícios e outros custos de pessoal), pelo consumo de materiais (medicamentos, materiais médico-cirúrgicos, gases medicinais, gêneros alimentícios, material de consumo, material de expediente e materiais diversos) e por custos e despesas gerais (serviços de terceiros, manutenção e conservação, depreciação, telefone, outros custos e despesas).

Será criada uma planilha para a coleta de dados do custo direto. O custo de pessoal será fornecido pelo departamento pessoal, o consumo de materiais pelo almoxarifado e os custos de despesas gerais pela contabilidade, conforme Figura 5.

O registro dos centros de custos com seus respectivos critérios de rateio será feito no Procedimento Operacional Padrão - POP utilizado no hospital para o setor clínica médica. Como mostra a Figura 6.

O POP é um documento onde se coloca a tarefa repetitiva do colaborador, na maneira e sequência que deve ser executada.

É essencial para uma organização a padronização das tarefas, é uma ferramenta que busca minimizar os erros na rotina de trabalho e faz com que cada colaborador tenha condições de executar sua tarefa sozinho e com qualidade.

UNIVERSIDADE DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE

Centro de Custo e critério de rateio	POP	Pessoal	Mat. de Consumo	Outros Custeios
C.C. Administrativos **nº de funcionários**				
C.C. de Base				
Condomínio **m² de área útil**				
Transportes **km rodados**				
Limpeza **m² de área processada**				
Central Térmica **hora de funcionamento**				
Manutenção **hora aplicada**				
Almoxarifado **valor fornecido**				
Lavanderia **kg de roupa**				
Centro de Material **pacote fornecido**				
Farmácia **valor fornecido**				
Nutrição **refeição ponderada**				
Semal **internação**				
Same **prontuários manuseados**				
Total dos Centros Custo de Base				
C.C. Auxiliares				
Serviço Social **atendimento**				
Radiologia **chapa aproveitada**				
Ultra-Sonografia **exame**				
LPC **exame**				
LAP **exame**				
Citopatologia **exame**				
Eletrocardiografia **exame**				
Medicina Nuclear **exame**				
Centro de Diálise **sessão**				
Fisiatria **sessão**				
Centro Cirúrgico **cirurgia**				
Centro Anestésico **duração**				
CTI-Adulto **paciente-dia**				
Endoscopia **exame**				
Psicologia **atendimento**				
Total dos Centros de Custos Auxiliares				
C.C. Finais				
8ª Enfermaria – CMA **paciente-dia**				
10ª Enfermaria – CMB **paciente-dia**				
7ª Enfermaria – CMC **paciente-dia**				
9ª Enfermaria – Pneumologia **paciente-dia**				

Ambulatórios				
Ortopedia **atendimento**				
Otorrino **atendimento**				
Oftalmo **atendimento**				
Total dos Centros de Custos Finais				
TOTAL GERAL				

Figura 4. Planilha de Custo

HU Gaffrée Guinle UNIRIO	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	**Código: POP**
		Data da Emissão:
	CLÍNICA MÉDICA	**Versão:**
		Data de Revisão: **Próxima Revisão:**

CUSTO DIRETO DE CUIDADO PALIATIVO

Responsável pela elaboração do POP: Técnicos do Serviço de Custo **Responsável pela REVISÃO do POP:** Técnicos do Serviço de Custo	**Aprovado por:** Técnicos do Serviço de Custo

1. DEFINIÇÃO

Consiste na apuração dos custos diretos que são formados por pessoal, materiais de consumo e outros custeios nos centros de custos administrativos, de base, auxiliares e produtivos que prestaram serviço ao cliente de cuidado paliativo em clínica médica.

2. OBJETIVOS

Demonstrar as unidades funcionais que ofereceram serviço ao fluxo percorrido por estes clientes.

3. INDICAÇÃO

Informação do custo real do cliente de cuidado paliativo internado em clínica médica.

4. PESSOAS E PROFISSIONAIS QUE IRÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO

- Técnicos do Serviço de Custo

5. MATERIAL A SER UTILIZADO

- Planilha de custo com seu respectivo critério de rateio
- Caneta esferográfica azul ou preta

6. DESCREVER DETALHADAMENTE AS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS

1. Verificar o nº de funcionários administrativos envolvidos com o cliente de CP.
2. Em relação ao condomínio verificar o m² de área útil utilizada pelo cliente de CP.
3. Para limpeza verificar o m² de área processada utilizada pelo cliente de CP.
4. Para a central térmica verificar a hora de funcionamento utilizada pelo cliente de CP.
5. Para manutenção verificar a hora aplicada ao cliente de CP.
6. Para o almoxarifado verificar o valor fornecido ao cliente de CP.
7. Para lavanderia verificar o kg de roupa utilizado pelo cliente de CP.
8. Para o centro de material verificar o pacote fornecido ao cliente de CP.
9. Para farmácia verificar o valor fornecido ao cliente de CP.
10. Para nutrição verificar a refeição ponderada ao cliente de CP.
11. Para o semal (serviço matrícula e alta) verificar o nº de internação de cliente de CP.
12. Para o same (serviço de arquivo médico e estatística) verificar o nº de prontuário manuseado de cliente de CP.
13. Para serviço social verificar o nº de atendimento de cliente de CP.
14. Para a radiologia verificar a chapa aproveitada pelo cliente de CP.
15. Para ultra-sonografia verificar o nº de exame para o cliente de CP.
16. Para LPC (laboratório patologia) verificar o nº de exame para o cliente de CP.
17. Para LAP (laboratório anatomia) verificar o nº de exame para o cliente de CP.
18. Para citopatologia verificar o nº de exame para o cliente de CP.
19. Para eletrocardiografia verificar o nº de exame para o cliente de CP.
20. Para medicina nuclear verificar o nº de exame para o cliente de CP.
21. Para centro de diálise verificar a sessão para o cliente de CP.
22. Para fisiatria verificar a sessão para o cliente de CP.
23. Para centro cirúrgico verificar nº de cirurgia para o cliente de CP.
24. Para centro anestésico verificar a duração para o cliente de CP.
25. Para CTI-Adulto verificar o paciente-dia de cliente de CP.
26. Para endoscopia verificar o nº de exame para o cliente de CP.
27. Para a psicologia verificar o nº de atendimento para o cliente de CP.
28. Para 8ª Enf – CM verificar o paciente-dia de cliente de CP.
29. Para 10ª Enf – CM verificar o paciente-dia de cliente de CP.
30. Para 7ª Enf – CM verificar o paciente-dia de cliente de CP.
31. Para 9ª Enf– Pneumologia verificar o paciente-dia de cliente de CP.
32. Para ortopedia verificar o nº de atendimento para o cliente de CP.
33. Para otorrino verificar o nº de atendimento para o cliente de CP.
34. Para oftalmo verificar nº de atendimento para o cliente de CP.

7. ATENÇÃO A PONTOS IMPORTANTES E POSSÍVEIS RISCOS

- Somente serão analisados os clientes que foram classificados pelo médico de clínica médica como clientes com indicação para cuidado paliativo.

8. RESULTADOS ESPERADOS

• Garantir a confiabilidade do resultado.
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS
Martins D. Custos e orçamentos hospitalares. São Paulo: Atlas; 2000. 165p. Matos AJ. Gestão de custos hospitalares. São Paulo: Editora STS; 2002. 280p.

Figura 5. POP procedimento operacional padrão do HUGG

Após preenchimento da planilha de custo pelo técnico do serviço de custo que seguiu as atividades a serem desenvolvidas pelo POP custo direto de cuidado paliativo para clínica médica, o serviço de custo terá que apurar o custo direto dos centros de custos administrativos, de base, auxiliares e produtivos para cliente de cuidado paliativo em clínica médica com os dados do POP, do pessoal, material de consumo e outros custeios seguindo as fórmulas abaixo:

C.C. Administrativos **nº de funcionários** ***(total custo direto/total de func.)xfunc. Adm para cl CP em CM)***
Condomínio **m² de área útil** ***(total custo direto/total m² área útil)xm² área útil para cliente de CP em CM)***
Limpeza **m² de área processada (*total custo direto/total m² de área proc.)xm² área proc. p/ cl CP em CM*)**
Central Térmica **hora de funcionamento (*total custo direto/total hora de func.)xhora de func. p/ cl CP CM*)**
Manutenção **hora aplicada (*total custo direto/total hora aplic.)xhora aplic. p/ cl CP CM*)**
Almoxarifado **valor fornecido (*total custo direto/total valor fornec.)xvalor fornec. p/ cl CP CM*)**
Lavanderia **kg de roupa (*total custo direto/total kg de roupa.)xkg de roupa p/ cl CP CM*)**
Centro de Material **pacote fornecido (*total custo direto/total pacote fornecido)xpact. fornec. p/ cl CP CM*)**
Farmácia **valor fornecido (*total custo direto/total valor fornec.)xvalor fornec. p/ cl CP CM*)**
Nutrição **refeição ponderada (*total custo direto/total refeic pond.)xrefeic pond. p/ cl CP CM*)**
Semal **internação (*total custo direto/total inter.)xinternação p/ cl CP CM*)**
Same **prontuários manuseados (*total custo direto/total pront. manus.)xpront. manus. p/ cl CP CM*)**
Serviço Social **atendimento (*total custo direto/total atendimento)xatendimento p/ cl CP CM*)**
Radiologia **chapa aproveitada (*total custo direto/total chapa aprov.)xchapa aproveitada p/ cl CP CM*)**
Ultra-Sonografia **exame (*total custo direto/total exame)x exame p/ cl CP CM*)**
LPC **exame (*total custo direto/total exame)x exame p/ cl CP CM*)**

LAP **exame (*total custo direto/total exame)x exame p/ cl CP CM*)**
Citopatologia **exame (*total custo direto/total exame)x exame p/ cl CP CM*)**
Eletrocardiografia **exame (*total custo direto/total exame)x exame p/ cl CP CM*)**
Medicina Nuclear **exame (*total custo direto/total exame)x exame p/ cl CP CM*)**
Centro de Diálise **sessão (*total custo direto/total sessão)xsessão p/ cl CP CM*)**
Fisiatria **sessão (*total custo direto/total sessão)xsessão p/ cl CP CM*)**
Centro Cirúrgico **cirurgia (*total custo direto/total cirurgia)xcirurgia p/ cl CP CM*)**
Centro Anestésico **duração (*total custo direto/total duração)xduração p/ cl CP CM*)**
CTI-Adulto **paciente-dia (*total custo direto/total pac dia)xpac dia p/ cl CP CM*)**
Endoscopia **exame (*total custo direto/total exame)x exame p/ cl CP CM*)**
Psicologia **atendimento (*total custo direto/total atendimento)xatendimento p/ cl CP CM*)**
8ª Enf – CMA **paciente-dia (*total custo direto/total pac dia)xpac dia p/ cl CP CM*)**
10ª Enf – CMB **paciente-dia (*total custo direto/total pac dia)xpac dia p/ cl CP CM*)**
7ª Enf – CMC **paciente-dia (*total custo direto/total pac dia)xpac dia p/ cl CP CM*)**
9ª Enf– Pneumologia **paciente-dia (*total custo direto/total pac dia)xpac dia p/ cl CP CM*)**
Ortopedia **atendimento (*total custo direto/total atendimento)xatendimento p/ cl CP CM*)**
Otorrino **atendimento (*total custo direto/total atendimento)xatendimento p/ cl CP CM*)**
Oftalmo **atendimento (*total custo direto/total atendimento)xatendimento p/ cl CP CM*)**

A adequada definição dos preços dos serviços hospitalares torna-se imprescindível para gestão das instituições de saúde. O que facilitará nas argumentações para revisão dos valores cobrados pela Tabela SUS que não consideram eventuais situações de extensão da permanência do paciente, utilização de serviços de diagnósticos e materiais especiais. Com o sistema de custo o processo de planejamento estabelece condições para que o hospital alcance seu potencial máximo, pois os valores de custos quando comparados com a receita permitem a avaliação de resultados segmentados por atividades operacionais o que impulsiona os gestores para a tomada de decisões no sentido de aprimoramento de serviços em detrimento de outros que não correspondem ao investimento aplicado.

ANEXO 1 – Ficha de pacientes para cuidados paliativos



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE
Comissão de Cuidados Paliativos

Escala PPS (Escala de Performance Paliativa) - ADMISSÃO

Para pacientes admitidos que sejam portadores de doença crônica avançada (demência, SIDA, câncer, hepatopatia, pneumopatia, ICC avançada, IRC em HD, AVC com sequelas importantes, ELA e etc.)

Nome do paciente:

Idade: **Leito**: **Matrícula**:

Data: **Doença:**

Número de internações no último ano pela doença crônica:

O paciente possui apoio familiar? ( )S ( ) N Nome da pessoa de referência (grau de parentesco):

_____

Médico responsável:

_____

Escala de *performance* paliativa					
%	Deambulação	Atividade e evidência de doença	Autocuidado	Ingestão	Nível de consciência
100	Completa	Normal, sem evidência de doença	Completo	Normal	Completo
90	Completa	Normal, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
80	Completa	Com esforço, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho, alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completo
60	Reduzida	Incapaz de realizar *hobbies*, doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
50	Sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho, doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
40	Acamado	*Idem*	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
30	Acamado	*Idem*	Dependência completa	Reduzida	Completo ou com períodos de confusão
20	Acamado	*Idem*	*Idem*	Ingestão limitada a colheradas	Completo ou com períodos de confusão
10	Acamado	*Idem*	*Idem*	Cuidados com a boca	Confuso ou em coma
0	Morte	-	-	-	-

Impressão e conduta:

()Analgesia

_____

_____

_____

( ) Náuseas

_____
_____
_____

( ) Dispneia

_____
_____
_____

( )Nutrição/apetite

_____
_____
_____
_____

( ) Fadiga

_____
_____
_____

( ) Diretivas Antecipadas de Vontade

_____
_____
_____

( ) Apoio familiar /
psicológico_____
_____
_____

Impressão final:

_____
_____
_____

_____
Assinatura/Carimbo

REFERÊNCIAS

Araújo, D; Linch, GFC. Cuidados paliativos oncológicos: tendências da produção científica. Revista de Enfermagem da UFS. v.1, n.2, 2011.

Bittar, OJNV. Produtividade em hospitais de acordo com alguns indicadores. Revista Saúde Pública vol.30 nº 1 São Paulo, 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. Média de Permanência Geral. v.1, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. nº 687 de 30/03/2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Reforma do sistema da atenção hospitalar brasileira. Brasília: Ministério da saúde, 2004. 164p.

Carvalho, AJ. Princípios e práticas da saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2008; 24 (1): 4-5.

Cohn, A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In Campo, GNS. Tratado de saúde coletiva. São Paulo, Hucitec; Rio de Janeiro, Fiocruz; 2006, 231-258.

Cunha, AG. Dicionário de etimologia. ed. Nova Fronteira Língua Portuguesa, 2ª edição, 11º impressão, Rio de Janeiro, 1997.

Dallora MERV. Gerenciamento de custos de material de consumo em um hospital de ensino. FMRP- USP, 2007. 103p.

De Sordi, JO. Gestão por processos: uma abordagem da moderna administração. 4ªed., São Paulo. Saraiva; 2014.

Del Nero CR. O que é economia da saúde. In: Piola SF, Vianna SM. Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde. 3ª ed. Brasília: IPEA; 1995. cap 1, p. 5-21.

Duchaid, MP. População brasileira: um retrato em movimento. In: Minayo, MCS (orgs.) Os muitos brasis: saúde e população na década de 80. São Paulo: Hucitec, 1995, p. 14-56.

Figueiredo, NMA; Machado, WC. Corpo e Saúde: condutas clínicas de cuidar. Rio de Janeiro. ed. Águia Dourada, 2009.

Goldenberg, M. A arte de pesquisar como fazer pesquisa em ciências sociais, 8 ed. Rio de Janeiro, Record; 2004.

Grabois, VA. Implantação das técnicas de organização e gestão. In: Castelar R, Mordelet P, Grabois V. Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro.

Cooperação Brasil-França. Rio de Janeiro: Editions ENSP 1995. cap. 4, p. 80-4.
Junior EFP e Paula VG. Cuidado paliativo do cliente com câncer, São Paulo: Yendis; 2010, cap. 13

Lei nº 8842. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e cria o conselho nacional do idoso. 1994. Seção I, p. 152-6.

Maciel, MGS, et al. Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil. Rio de Janeiro. Diagraphics, 2006.

Melo, ECP; Roque, KE; Krupp, VMAO; Oliveira, RB. O problema do câncer no Brasil capítulo 2: Figueiredo, NMA. (orgs.) Enfermagem Oncologia: conceitos e práticas. 1º ed. São Caetano do Sul, SP: ed. Yendis, 2008.

Merhy, EE; Feuerwerker, LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. in: Mandarino, ACS; Gomberg, E. (orgs.). Leituras de novas tecnologias e saúde. São Cristóvão: ed. UFS, 2009.

Miranda, A; Carvalho, B; Moreira,JC; Monken,M (orgs.) Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro. ed. Fio Cruz, 2008.

Paliativo, In: Dicionário Michaellis. Disponível em: www.uol.com.br/michaellis. Acesso em: 28 nov.2017.

Probst G, Raub S, Romhardt K. Gestão do conhecimento: os elementos construtivos do sucesso. Bookman, 2002, p. 158.

Sack, RD. Territorialidade humana: sua teoria e história. Cambridge University Press, 1986.

Santos, MJ; Gonçalves, LAT. Enfermagem em cuidados paliativos. Capítulo 16 Livro de enfermagem, 2009 p.459.

Souza, MEMR; Horta, NC. Enfermagem em Saúde Coletiva. Teoria e Prática. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2012.

Tradução de Paulo M. Sheider. Lemerle, R. psicanalista da Escola Freudiano de Paris. In: Alto é: Sujeito do direito, sujeito do desejo. 3ª edição revisada, Revinter, 2010.

ARTIGO

O custo do paciente de cuidado paliativo internado em um hospital de ensino: um estudo sobre o indicador tempo médio de permanência

The cost of the palliative care patient hospitalized in a teaching hospital: a study on the average indicator of permanence

RESUMO

Pacientes com indicação para cuidado paliativo, pois já se encontram com a saúde em irreversibilidade de cura, vem demonstrando um aumento do custo direto no tratamento para estes pacientes neste hospital de ensino. Objetivo: Fazer diagnóstico de custo e do indicador tempo médio de permanência do paciente de cuidado paliativo internado em clínica médica. Método: Estudo de caso com estratégia quantitativa. Realizado com 40 prontuários de pacientes internados de cuidado paliativo em clínica médica em um hospital de ensino na cidade do Rio de Janeiro. Coleta de dados realizada no primeiro semestre de 2016. Resultados: mostrou um elevado custo para estes pacientes de cuidado paliativo e muitos dias de internação hospitalar. Conclusão: Propõe-se a partir do material produzido sobre custo e o indicador tempo médio de permanência para paciente de cuidado paliativo internado em clínica médica, reconstrução, readaptação de novos itens e/ou instrumentos a serem implantados como a criação de um serviço de custos.

DESCRITORES: Cuidado Paliativo. Hospital de Ensino. Custo. Tempo Médio de Permanência.

ABSTRACT

Patients with indications for palliative care, because they already have health in an irreversible cure, have raised a lot the cost in a teaching hospital for the conduct in their treatment. Objective: To make cost diagnosis and the average indicator of permanence of the palliative care patient hospitalized in a medical clinic. Method: A non-experimental, descriptive study with a quantitative strategy. Made up of 40 inpatient records of palliative care in a medical clinic. Data collection performed in the first half of 2016. Results: showed a high cost for these palliative care patients and a high hospital stay. Conclusion: It is proposed from the material produced on cost and the average indicator of permanence for palliative care patients hospitalized in medical clinic, reconstruction, readaptation of new items and / or instruments to be implanted the service cost.

DESCRIPTORS: Palliative Care. Teaching hospital. Cost. Average indicador of permanence.

INTRODUÇÃO

O alto valor do indicador de produtividade tempo médio de permanência de um hospital de ensino dos pacientes internados em clínica médica com indicação para cuidado paliativo tem despertado grande interesse para saber os motivos que levaram a este resultado de incremento. Muitos dias de internação desencadeiam no aumento do custo hospitalar que se eleva ainda mais quando o paciente se interna no CTI ou necessita de diálise. E a quantidade de profissionais envolvidos com estes pacientes que ficam muitos dias internados gera um aumento de consultas, procedimentos e exames. O aumento de procedimentos invasivos como a diálise e a transfusão para estes pacientes que tem indicação de cuidado paliativo, pois já se encontram com sua saúde afetada e em condições de irreversibilidade de cura, faz nos perguntar se estaremos cuidando de suas vidas ou prolongando a agonia que pode levá-los a morte. E refletindo sobre este indicador de produtividade tempo médio de permanência dos pacientes de cuidado paliativo internados em clínica médica, que podem estar interferindo direta e indiretamente no desempenho do hospital, precisou-se investigar o que de fato pode está acontecendo a partir dos indicadores já instituídos. A avaliação das ações e serviços de saúde em especial de organização complexa como um hospital, ainda mais de ensino, requer o uso de indicadores confiáveis, neste caso para paciente de cuidado paliativo, indicadores de saúde são os elementos concretos ou evidências que indicam a medida de sucesso ou fracasso do programa, projeto ou ação que está sendo avaliada em relação aos seus resultados esperados (Bittar, 1996). São observáveis na realidade, devem ser pré-definidos e vão orientar a escolha de métodos de coleta de dados ou informações no processo de avaliação. De uma forma mais específica, a definição de indicadores de saúde seria como unidades de medidas padronizadas que servem de referência para avaliação em termos de quantidade ou qualidade, relativas às diversas dimensões organizacionais, podendo ser uma taxa, um índice, um número absoluto ou um fato (Bittar, 1996) . Neste estudo a opção é saber qual o custo deste paciente que está internado em clínica médica com indicação para cuidado paliativo e seu tempo médio de permanência. De acordo com o Ministério da Saúde, o tempo médio de permanência seria a relação numérica entre o total de pacientes-dia num

determinado período, e o total de doentes saídos (altas e óbitos). E segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS,2002), “cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais”. O número de dias de internação para pacientes e um hospital de ensino seria diferente em outros hospitais? Existe um custo específico para o paciente com indicação de cuidado paliativo? Estas situações-problemas aqui consideradas nos indicam questões norteadoras do estudo como: Quanto custa o cliente de cuidado paliativo? Como este cliente de cuidado paliativo é responsável pela longa permanência em clínica médica? Estas questões nos indicam que o objeto deste estudo é: O custo do paciente com indicação para cuidado paliativo em um hospital de ensino. Os objetivos deste estudo seriam: Analisar custo direto de clientes de cuidado paliativo internados em clínica médica. Estudar a correlação entre custo direto e tempo médio de permanência e propor a criação de um serviço de custo hospitalar para cuidado paliativo em clínica médica para utilizar as informações de custos como instrumento de planejamento, controle e tomada de decisão. Avaliar o custo e o indicador tempo médio de permanência para os pacientes de cuidado paliativo internados em clínica médica, encontram justificativas neste estudo, na medida em que pretendo ampliar o olhar-ação para avaliação da produtividade neste hospital, a partir não só de uma perspectiva econômica como também na produção de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo não experimental, descritivo e com estratégia quantitativa. Foram analisados prontuários de clientes internados em clínica médica no primeiro semestre de 2016. Um médico especialista classificou 40 clientes que possuíam critérios para cuidados paliativos e, na sequência foram analisados os custos diretos associados a estes. O cenário do estudo foram as enfermarias de clínicas médicas do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle - HUGG que atendem clientes de cuidados paliativos, totalizando 46 leitos ocupados. É um hospital geral da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, que serve como espaço de treinamento para os cursos de graduação da Escola de Medicina e Cirurgia, da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Escola de Nutrição e do curso de Biomedicina. Pelas características e abrangência de seus serviços, opera como referência para o Município do Rio de Janeiro, bem como para inúmeros outros municípios do Estado, especialmente no atendimento a pacientes com câncer, com AIDS, com doenças do fígado, em ortopedia, e dos programas de atenção à diabete, tuberculose, hanseníase, entre inúmeras outras especialidades, além da dispensação de medicamentos excepcionais. O HUGG mantém dedicação exclusiva ao Sistema Único de Saúde (SUS), com a integralidade das ações voltadas ao sistema público de saúde, atendendo à clientela por demanda espontânea ou referenciada, através da Central de Regulação do Município e do Estado do Rio de Janeiro. O HUGG não possui Emergência aberta e é referência secundária para a Rede de Serviços do SUS, de acordo com os dispositivos regulatórios. Foram analisados 40 prontuários dos clientes de cuidado paliativo internados em clínica médica. Foi criada uma planilha no software *Excel,* na qual registou-se as observações de variáveis sociodemográficas, clínicas, de gestão/custo dos clientes. As variáveis sociodemográficas consideradas foram idade (em anos completos) e sexo, as variáveis clínicas são relacionadas à doença de base e suas especificações, já as variáveis de gestão/custo foram: tempo de internação, procedimento, exames e consultas. Os custos foram aferidos por meio da utilização dos custos diretos, que são claramente identificados, quantificados e calculados em moeda corrente nacional – Real (R$). O custo hospitalar das internações foram valores cobrados do SUS no período da pesquisa, referentes à soma de diárias hospitalares,

medicações, serviços profissionais e exames. Para a análise dos dados foi utilizado o programa computacional *R*, na interface *Rcmdr (Rcommander)*. Após a verificação de ausência de normalidade dos dados, decidiu-se por testes não-pamétricos, mais especificamente foram aplicados testes de Wilcoxon e correlação de Spearman. Em todos os testes foi adotado o nível de significância de 5%. O presente projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética da Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro – UNIRIO, bem como do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle – HUGG, sendo aprovado, respectivamente, em 12/12/2016, com parecer nº 1.862.449 e CAAE 61728716.1.0000.5285.

RESULTADOS

O estudo ocorreu no período de janeiro a junho de 2016 e contou com a avaliação de prontuário de pacientes internados em clínica médica. Resultou em 40 prontuários de pacientes com doenças graves e crônicas com indicação para cuidado paliativo. Com relação ao perfil demográfico, 18 pacientes (45%) eram do sexo feminino e 22 pacientes (55%) do sexo masculino. A idade média foi de 63 anos (Desvio-padrão (DP) 19 anos), a menor idade foi 21 e a maior 94 anos de idade. A Tabela 1 apresenta o quantitativo de pacientes por doença de base, por idade, dias de internação, número de consulta e exames. Para as variáveis quantitativas (idade e dias de internação) são apresentadas as médias e os valores mínimos e máximos por doença de base, já para as consultas e exames são apresentados os números absolutos total por doença. As doenças mais prevalentes foram as de neoplasia maligna 47,5% (19 pacientes), seguido das doenças decorrentes do HIV 12,5% (5 pacientes). A média de dias de internação dos pacientes foi de 28 dias; sendo o máximo de 69 dias em um paciente com hepatite e o mínimo de 3 dias com neoplasia maligna (Tabela1). Com relação ao número de consultas e exames, observou-se 2.509 consultas entre médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e nutricionistas e 230 exames (hemodiálise, transfusão, tomografia, ultrassonografia e assistente social) realizados. Estes números correspondem a aproximadamente 62,7 consultas e 5,7 exames por paciente. Pacientes com neoplasia maligna foram o grupo com maior número de consultas (1043) e 96 exames, entretanto é também o grupo com maior número de pacientes (19). Nessa forma, optou-se apresentar o número de consultas e exames por pacientes, logo a doença de base que mais requisitou consultas foi a hepatite, com 95,6 consultas e 4,6 exames por paciente. É importante observar que o tempo médio de permanência é de 36 dias e a idade média de 65 anos, para paciente com hepatite. Na Tabela 2 é apresentado o tempo médio de permanência entre os meses do primeiro semestre de 2016. Percebe-se pouca variação entre os valores. E pelo teste de Kruskal-Waalis ($p<0,05$) conclui-se que não há diferença significativa entre a distribuição dos tempos de permanência entre os meses.

Tabela 1. Medidas resumo do número de pacientes, idade, dias de internação, número de consultas e de exames por doenças de base.

Doenças	HIV	Hepatite	Neoplasia maligna	Pneumonia	Outras doenças	total
Número de pacientes	5	5	19	5	6	40
Idade						
Média	43	65	62	81	63	63
Máximo	58	77	90	94	89	94
Mínimo	21	54	28	73	22	21
Dias de internação						
Média	25	36	22	37	18	28
Máximo	42	69	61	53	30	69
Mínimo	7	13	3	25	7	3
Consultas Total	283	478	1043	428	277	2509
Exames Total	19	23	96	13	79	230

Fonte: produzida pelo próprio pesquisador.

Tabela 2. Tempo médio de Permanência das clínicas médicas em dias - TMP

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	MÉDIA	DESVPAD
Clínicas Médicas	15,6	14,7	16,8	17,8	15,8	14,4	15,9	1,28

Fonte: produzida pelo próprio pesquisador.

A Tabela 3 apresenta os valores, em reais, pagos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) aos hospitais credenciados. São discriminados os valores pagos por exames, por diárias de CTI e por consultas. A Tabela 4 apresenta medidas resumo da estimativa do custo em reais por doenças de base. Para o cálculo das estimativas foi multiplicado a quantidade de exames, consultas e dias de internação de CTI pelos valores pagos pelo SUS apresentados na Tabela 3. Considerando os 40 pacientes do estudo estimou-se um custo total de 210.247,92 reais, o que corresponde a aproximadamente 5.256,2 reais por paciente. A pneumonia foi a doença com a maior média da estimativa do custo 10.027,64 reais, já a menor média foi para a hepatite. A maior amplitude da estimativa de custo foi observada nos pacientes com neoplasia maligna, em que o maior valor foi 25.497,78 e o menor 183,71 reais.

Tabela 3. Valores pagos pelo SUS aos hospitais

Exames	Valores (R$)
Ultrassonografia	39,90
Tomografia	170,37
Hemodiálise	265,41
Transfusão	8,39
Diária CTI	478,72
Consultas	6,30

Fonte: sistema SUS – SIGTAP

Tabela 4. Medidas resumo da estimativa do custo (em reais) por doença de base

Doenças	HIV	Hepatite	Neoplasia maligna	Pneumonia	Outras doenças	Total
Custo Total (R$)	33.500,28	10.997,13	74.934,57	50.138,21	40.677,73	210.247,92
Média	7.551,55	2.199,43	3.943,92	10.027,64	6.779,62	
Máximo	22.114,01	4.080,36	25.497,78	17.182,31	17.700,13	
Mínimo	1.118,25	1.090,53	183,71	3.956,73	997,47	

Fonte: produzida pelo próprio pesquisador.

Com relação à idade os pacientes foram divididos em dois grupos idosos acima de 60 anos de idade e não idosos, resultando em 24 idosos e 16 não idosos. A Tabela 5 apresenta a média (DP) e p_valor de teste de Wilcoxon para as variáveis: idade, dias de internação, dias de internação em CTI, custo total, custo total em CTI, custo de hemodiálise, quantidade de

consultas, quantidade de exames e quantidade de transfusão entre os grupos de idosos e não idosos.

Tabela 5. Medidas de resumo e p_valor do teste de Wilcoxon para pacientes idosos e não idosos.

	IDOSO (24)	NÃO IDOSO (16)	P_valor
Idade	74,87 (9,95)	43,93 (12,61)	
Dias de internação	25,66 (16,62)	25,25 (14,98)	0,901
Dias de internação CTI	11,14 (9,74)	20,66 (20,60)	0,5348
Custo Total R$	4.944,42 (4421,06)	5.723,86 (8148,82)	0,5903
Custo em CTI R$	5.387,50 (4637,07)	9.893,53 (9865,20)	0,6496
Custo de Hemodiálise R$	1.008,55 (510,52)	2.123,28 (2627,42)	1
Consultas	68,54 (69,49)	57,60 (32,07)	0,6544
Exames	5,21 (4,34)	9,06 (13,69)	0,2477
Hemodiálise	3,8 (1,92)	8,0 (9,89)	1
Transfusão	5,00 (4,00)	9,14 (13,63)	0,8685

Fonte: produzida pelo próprio pesquisador.

De acordo com a Tabela 5, não há diferença estatisticamente significativa entre os grupos de idosos e não idosos para nenhuma das variáveis consideradas. No entanto, neste estudo, dois pacientes do grupo de idosos destacam-se, pois tiveram estimativa do custo total acima bem acima da média da estimativa do custo. Um deles é um idoso de 94 anos com pneumonia e ficou 25 dias internado e teve um custo total estimado em R$ 13.672,60, o segundo é de 90 anos com neoplasia maligna na bexiga, ficou 27 dias internado e um custo de 8.906,28 reais. Com relação ao local de internação os 40 pacientes foram divididos em internados em CTI e não internados em CTI. Resultando em 50% internados em CTI. A Tabela 6 apresenta a média (DP) e p_valor do teste de Wilcoxon, para as variáveis: idade, dias de internação, quantidade de consultas, quantidade de exames, hemodiálise e transfusão. De acordo com a Tabela 6, não há diferença estatisticamente significativa entre o comportamento das variáveis e os grupos de paciente internados em CTI e não CTI. A Tabela 7 apresenta o coeficiente de correlação de Spearman e (p_valor) das variáveis idade, custo e dias de

internação. As três variáveis citadas foram relacionadas com: Idade, Dias de internação, Dias de internação em CTI, Custo Total, Custo em CTI, Custo da Hemodiálise, quantidade de consultas, quantidade de exames, quantidade de hemodiálise e quantidade de transfusão.

Tabela 6. Teste não-paramétrico de Wilcoxon para pacientes no CTI e não CTI

	CTI	NÃO CTI	P.VALOR
Idade	67,60 (17,56)	57,40 (19,13)	0,1164
Dias de internação	26,20 (15,53)	24,80 (16,41)	0,7147
Consultas	61,00 (34,89)	67,50 (74,07)	0,4313
Exames	7,82 (13,13)	6,00 (4,34)	0,5087
Hemodiálise	5,16 (5,23)	4,00 (NA)	0,8008
Transfusão	8,16 (15,18)	6,66 (3,72)	0,253

Fonte: produzida pelo próprio pesquisador.

Tabela 7. Teste de correlação de Spearman e suas variáveis correlacionadas

	IDADE	CUSTO R$	DIAS DE INTERNAÇÃO
Idade		0,163 (0,31)	
Dias de internação	-0,004 (0,97)	**0,477 (0,002)**	
Dias de internação cti	0,078 (0,74)		
Custo R$	0,163 (0,31)		
CTI R$	0,098 (0,68)		**0,615 (0,004)**
Hemodiálise R$	-0,072 (0,88)	-0,126 (0,79)	0,072 (0,878)
Consultas	-0,047 (0,77)	**0,549 (0,001)**	**0,961 (<0,05)**
Exames	-0,323 (0,05)	0,149 (0,39)	0,221 (0,21)
Hemodiálise	-0,072 (0,88)	-0,126 (0,787)	0,072 (0,88)
Transfusão	-0,429 (0,16)	0,107 (0,741)	-0,072 (0,82)

Fonte: produzida pelo próprio pesquisador.

De acordo com a Tabela 7, percebe-se que a idade tem correlação estatisticamente significativa com a quantidade de exames e ainda que essa correlação embora seja moderada é negativa, ou seja, são realizados menos exames nos mais velhos se comparado com os mais novos. Com relação ao custo total, percebe-se correlação significativa e positiva com dias de internação e número de consultas. Por fim, a quantidade de dias de internação tem correlação significativa e positiva com o custo em CTI e número total de consultas. Nos

dados oficiais de internações hospitalares do SUS-MS/SMS/ Rio de Janeiro, o valor faturado pelas internações totais no HUGG, para o período de estudo foi de 2.514.625,02 reais. Já o custo total dos 40 pacientes analisados foi de R$ 210.247,92 (Tabela 4), ou seja, o valor gasto com os paciente com critérios para cuidado paliativo analisados neste estudo correspondem a 8,36% do faturamento das internações do HUGG.

DISCUSSÃO

O presente estudo analisou dados sociodemográficos, clínicos e de gestão/custo de 40 pacientes internados em clínica médica e com critérios para cuidado paliativo. Destes, 24 eram idosos e 16 não idosos. A população idosa é a que mais adoece e, frequentemente, acometida por uma ou mais doenças. São considerados idosos indivíduos de ambos os sexos com idade igual ou superior a 60 anos, de acordo com o critério cronológico estabelecido na Política Nacional do Idoso. Portanto é de se esperar e aceitar que a morbidade múltipla entre idosos está associada às doenças crônicas, bem como às condições precárias de vida ligada à baixa renda, que requerem medidas de diversas naturezas, quer na área social, quer na saúde, implicando em políticas de formação profissional e destinação de recursos, instrumentos tecnológicos que envolvem altos custos não apenas custos diretos, mas todos aqueles ainda não mensurados, inclusive aqueles de ambientes e relações humanas com clientes de cuidados paliativos. É fundamental considerar uma lógica, que parece improvável, que está no gerenciamento do desconhecido, do subjetivo, do emergente, considerando a característica e respostas humanas a doença, do tratamento e a finitude. A medida que a média de anos de vida aumenta, há de se esperar que o número de idosos cresça juntamente com os serviços para eles. Com relação aos dados analisados e a idade dos pacientes, destacamos duas situações que merecem reflexão: Na primeira delas destacamos um cliente com 94 anos com a doença pneumonia bacteriana, com permanência de 25 dias toda no CTI e um custo total estimado em R$ 13.672,60. O segundo é um cliente com 90 anos com a doença neoplasia maligna de bexiga, com permanência total de 27 dias, sendo a permanência no CTI de 12 dias e custo estimado de 8.906,28 reais. Os dois casos ilustram o alinhamento com a política econômica do hospital que produz custo, mas também produz cuidado para aquele que precisa ter acesso à saúde e melhorar suas condições de vida; entretanto, nem sempre o acesso à saúde e a melhoria das condições de vida são desejos do cliente e sim da família. Estes clientes, com idades tão avançadas e que já se encontravam com sua saúde afetada, em condições de irreversibilidade de cura, não necessitariam de tantos dias internados no CTI o que aumentaria em muito o custo do tratamento da doença e nem de tantos procedimentos invasivos. Estes clientes deveriam estar em cuidados

paliativos no início da internação priorizando a qualidade de vida e não o prolongamento da vida a qualquer custo. Os dois casos aqui destacados não são únicos, o que acontece com eles é repetidamente reproduzido não somente no HUGG, como em tantos outros hospitais de ensino e públicos. Segundo Carvalho (2008) "os conceitos e os objetivos para o Brasil se iniciaram muito semelhantes aos propostos durante a I Conferência Internacional sobre promoção de saúde, em Ottawa, no Canadá", como: saúde não é apenas como ausência de doença (o que podemos pensar no cliente doente), mas concebendo-a em termos mais amplos levando em conta outras necessidades básicas (uma delas é respirar - respirador no CTI) até mesmo um ambiente propício para crescimento e desenvolvimento e a busca da realização plena do potencial humano (...) De acordo com a portaria 687 de 30/03/2006 (Brasil, 2006) saúde é entendida a partir de sete linhas prioritárias: prevenção e controle do tabagismo; redução da morbimortalidade em decorrência do uso do álcool e outras drogas; redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; prevenção da violência e estímulo a cultura da paz e promoção do desenvolvimento sustentável. Estar no CTI ou permanecer mais do que o devido é um direito da pessoa em cuidados paliativos, como cidadão brasileiro. Para COHN (2006, p. 231-258) "O alcance ao direito à saúde depende dos pactos estabelecidos entre sociedade e estado, destacando que as políticas públicas no campo da saúde estão em mudanças por exigir a construção de muitas transformações e que suas questões estão além dos limites da assistência a depender da ampliação do conceito de saúde como determinação e produção social (...)." A promulgação da Lei Orgânica de Saúde (Brasil 1990a) – e a Lei 8142 (Brasil 1996) tratam "dos aspectos organizacionais no que se refere às políticas de saúde no Brasil e seu aparato legal e institucional do SUS e inclui transferência de recursos (...)." Se os princípios do SUS, como afirmam Souza e Horta (2012, p.5) são de ordem filosófica e ideológica, pois originam-se do pensamento sobre valores humanos e da perspectiva de construção de direitos de cidadania, valores do mundo da arte (...)," entendemos que estes clientes tem direitos, porque estão nos princípios (p.6), citados pelos autores acima referidos como está no art 196 da Constituição Federal que afirma: " a saúde é direito fundamental de todo o ser humano, cabendo ao Estado o dever de prover acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência a todos os cidadãos brasileiros (...)." Na visão da economia, os resultados contrariam o que nos referimos anteriormente e então a

discussão que se coloca é: O tempo médio de permanência dos pacientes de clínica médica conforme Tabela 2 foi de 15,9 dias o que é muito alto para as agências reguladoras de saúde.. Segundo ANS-MS (Agência Nacional de Saúde Suplementar – Ministério da Saúde), o tempo médio de permanência avalia o tempo que em média um paciente permanece internado no hospital. Está relacionado a boas práticas clínicas. É um indicador clássico de desempenho hospitalar e está relacionado à gestão eficiente do leito operacional. O leito hospitalar deve ser gerenciado como um recurso caro e complexo, o qual deverá ser utilizado de forma racional e com a indicação mais apropriada de forma a estar disponível para os pacientes que necessitem deste recurso para recuperação da saúde. E de acordo com a meta da ANS-MS para hospitais de pequeno porte seria 2 a 3 dias de permanência, médio porte 3 a 4 dias de permanência e grande porte 4 a 5 dias de permanência. E qual seria o tempo médio de permanência do hospital de ensino sobre cuidados paliativos? Não seria o estabelecido pelo MS e nem o encontrado neste estudo. O tempo médio de permanência ideal para pacientes de cuidados paliativos em um hospital ensino seria a quantidade de dias que o cliente teria direito para um término de vida com dignidade que pode ser definido como aquele sem dor e com sofrimento atenuado mediante cuidados paliativos adequados. A partir deste estudo verificou-se que o máximo de dias de internação foi de 61 dias para um paciente com indicação de cuidado paliativo. E este mesmo paciente ficou 48 dias internado no CTI. Este paciente estava com a doença neoplasia maligna e sua idade era de 48 anos. Se este paciente entrasse em cuidado paliativo no início de seu tratamento, o sofrimento do indivíduo e sua família para o portador de câncer poderia ter sido amenizada. O cliente e a sua família poderiam ter tomado suas próprias decisões s e fossem bem informados sobre a doença e do processo de hospitalização. A qualidade da comunicação entre a equipe de saúde, o paciente e a família, principalmente na proximidade da morte, poderia ter determinado a tomada de decisões e contribuído para um ambiente de maior tranquilidade e favorecimento nas ações tomadas. Essa atitude seria o que melhor representaria os cuidados paliativos. Neste estudo verificou-se um custo alto para estes 40 pacientes analisados, pois a média da estimativa do custo por paciente foi de R$ 5.256,2. E neste período ocorreram 2.429 internações de acordo com o censo hospitalar deste hospital, representando uma média de R$ 1.035,25 por internação em valores faturados. Para Del

Nero (1995), a economia da saúde tem por objetivo a otimização das ações da saúde. Assegurar à população a melhor assistência à saúde, tendo em conta meios e recursos limitados. A economia da saúde segue o princípio da eficiência que seria alcançar maiores níveis de saúde e de solidariedade a partir de recursos determinados. Os cuidados paliativos despontam como alternativa para preencher essa lacuna nos cuidados ativos aos pacientes. Nos cuidados paliativos cuidar é mais do que curar. É garantir uma morte sem dor, sintomas controlados, o paciente consciente e rodeado por quem ama. Ou seja, nem antecipar a morte, nem prolongar a vida, mas garantir que se viva até o fim com dignidade.

CONCLUSÃO

A análise da planilha com dias de internação, quantidade de cuidados, custo de cuidados e exames realizados para clientes com indicação de cuidados paliativos neste hospital de ensino foi fundamental para propor a reconstrução, readaptação de novos itens e/ou instrumentos a serem implantados. Observou-se a necessidade de implantação de um sistema de custos para a gestão eficiente neste hospital. O custo analisado neste estudo para o tratamento de pacientes com indicação de cuidados paliativos foram valores cobrados do SUS no período da pesquisa, referentes à soma de diárias de CTI, medicamentos, consultas e exames. Sendo importante ressaltar que a decisão dos bens e serviços a serem empregados no processo assistencial ao cliente deve ser de competência da equipe de saúde. Assim o conhecimento gerencial de custos pelos profissionais de saúde é fator preponderante para o sucesso da elaboração de qualquer sistema de custeio. Segundo Dallora (2007), um novo modelo de gestão, com vistas a eficiência, a racionalização dos gastos e contenção dos custos deve considerar a integração das equipes de saúde e administrativa nas suas diferentes áreas do saber. A visão que deve prevalecer é a multidisciplinar, considerando principalmente, que na área da saúde os resultados não se medem simplesmente por ganhos econômicos. Numa instituição de saúde, como os hospitais de ensino, o resultado social é o mais importante que o financeiro, pois além da assistência à saúde, têm a importante missão de formação de

recursos humanos, mesmo assim, não se prescinde de um sistema de informações que permita ampla visão e gerenciamento dos custos das atividades desenvolvidas. Conforme resultado deste estudo observou-se um custo alto dos clientes com indicação para cuidado paliativo devido a elevada permanência no CTI e ao grande número de consultas e exames invasivos mostrando que deve ser revisto o planejamento de ações na gestão de custo no tratamento das doenças destes clientes inseridos no programa de cuidados paliativos. Os cuidados paliativos no início do tratamento para estes clientes, portadores de doenças graves, progressivas e incuráveis que ameaçassem a continuidade da vida, mostraria uma gestão eficiente neste hospital de ensino, considerando que recursos escassos bem gerenciados podem render mais manutenção de conforto e dignidade para estes clientes.

REFERÊNCIAS

Bittar, OJNV. Produtividade em hospitais de acordo com alguns indicadores. Revista Saúde Pública vol.30 nº 1 São Paulo, 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. Média de Permanência Geral. v.1, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. nº 687 de 30/03/2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Reforma do sistema da atenção hospitalar brasileira. Brasília: Ministério da saúde, 2004. 164p.

Carvalho, AJ. Princípios e práticas da saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2008; 24 (1): 4-5.

Cohn, A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In Campo, GNS. Tratado de saúde coletiva. São Paulo, Hucitec; Rio de Janeiro, Fiocruz; 2006, 231-258.

Dallora MERV. Gerenciamento de custos de material de consumo em um hospital de ensino. FMRP- USP, 2007. 103p.

Del Nero CR. O que é economia da saúde. In: Piola SF, Vianna SM. Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde. 3ª ed. Brasília: IPEA; 1995. cap 1, p. 5-21.

Grabois, VA. Implantação das técnicas de organização e gestão. In: Castelar R, Mordelet P, Grabois V. Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro.

Lei nº 8842. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e cria o conselho nacional do idoso. 1994. Seção I, p. 152-6.

Maciel, MGS, et al. Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil. Rio de Janeiro. Diagraphics, 2006.

Miranda, A; Carvalho, B; Moreira,JC; Monken,M (orgs.) Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro. ed. Fio Cruz, 2008.

Santos, MJ; Gonçalves, LAT. Enfermagem em cuidados paliativos. Capítulo 16 Livro de enfermagem, 2009 p.459.

Souza, MEMR; Horta, NC. Enfermagem em Saúde Coletiva. Teoria e Prática. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2012.

Tradução de Paulo M. Sheider. Lemerle, R. psicanalista da Escola Freudiano de Paris. In: Alto é: Sujeito do direito, sujeito do desejo. 3ª edição revisada, Revinter, 2010.