

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MEDICINA

U LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA



FACULDADE DE
MEDICINA
LISBOA

*Custos diretos dos cuidados ao doente em fim de vida numa
unidade de Cuidados Paliativos*

Helena Margarida Dias Fernandes

Orientador: Professor Doutor Paulo Sérgio dos Reis Saraiva Pina

*Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau de Mestre em Cuidados
Paliativos*

2024

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MEDICINA



*Custos diretos dos cuidados ao doente em fim de vida numa
unidade de Cuidados Paliativos*

Helena Margarida Dias Fernandes

Orientador: Professor Doutor Paulo Sérgio dos Reis Saraiva Pina

*Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau de Mestre em Cuidados
Paliativos*

2024

“A impressão desta dissertação foi aprovada pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa em reunião de 21 de maio de 2024”

AGRADECIMENTOS

Neste momento de término de mais uma etapa da minha formação não poderia deixar de reconhecer e agradecer quem me apoio ao longo de todo este percurso.

Começo por aqueles que eu considero serem a base de tudo que hoje sou enquanto pessoa e profissional, os meus pais, Ana e António. Agradeço todos os valores e princípios que me transmitiram ao longo da vida e o facto de sempre, sempre me incentivarem a ir mais além na minha formação e de acompanharem de perto todo este caminho.

Aos meus irmãos e sobrinhos, as minhas âncoras, a certeza de ter sempre um porto seguro mesmo na presença dos percursos mais atribulados.

À Beatriz e à Benedita, minhas filhas, o meu bem mais precioso e o meu incentivo a querer ser todos os dias uma melhor pessoa.

Ao Ricardo, meu marido e companheiro, meu amigo e confidente.

À Joana e à Marta que me apoiaram e incentivaram desde o primeiro dia deste mestrado, assim como me apoiam e incentivam na vida.

A todas minhas colegas da equipa de Cuidados Paliativos do Poverello, sempre disponíveis.

Ao Frei Jaco, Diretor do “Poverello”, pela aceitação da realização deste projeto na instituição e por todas as palavras de alento e incentivo.

Por fim, mas não menos importante, ao Professor Doutor Paulo Pina. Agradeço-lhe o entusiasmo com que partilha todo o seu conhecimento e a forma como capacita os profissionais que com ele trabalham. Agradeço-lhe todo o apoio e atenção que me disponibilizou nesta etapa e que me levaram a seguir e não desistir perante as adversidades sentidas.

RESUMO

Introdução:

O aumento da esperança média de vida conduz a uma maior procura de cuidados de saúde e, inevitavelmente a aumento da despesa neste setor. O estado português financia o internamento numa Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) que esteja localizada fora de um hospital de agudos e que integre a Rede Nacional de Cuidados Paliativos. Estas unidades destinam-se a internamentos até 30 dias de utentes com necessidades paliativas.

Objetivos:

Determinar o custo total diário (CTD) do internamento numa UCP e identificar um modelo de predição do CTD.

Material e Métodos:

Estudo quantitativo, descritivo e observacional, com 100 doentes oncológicos consecutivos, admitidos numa UCP. Foram colhidos dados clinico-demográficos, calculados os custos diários com medicação, materiais consumíveis, alimentação, recursos humanos e meios complementares de diagnóstico. Foram aplicadas as versões portuguesas da escala de Gijón, da *Palliative Performance Scale* e da *Edmonton Symptom Assessment System*. Para encontrar um modelo de predição de CTD, fez-se uma regressão logística bivariada, tendo CTD como desfecho e inserindo no modelo todas as variáveis independentes com $p < 0.1$, assim como outras identificadas na literatura e julgadas como obrigatórias (idade, sexo, situação social e tempo desde a referenciação à admissão na UCP). Usou-se a regressão logística com método "*backward stepwise (Wald)*" e definiu-se como evento "custos ≥ 110.84 euros". A qualidade e o desempenho do modelo foram analisados. A significância estatística foi estabelecida em $p < 0.05$.

Resultados:

A amostra tinha 58 homens; a idade média foi de 73.04 ± 13.46 anos (mínimo 39, máximo 98). Localização do tumor primário: gastrointestinal (31%), sistema nervoso central (20%), pulmão (16%), mama e útero (10%), próstata (10%) e outras localizações (13%). O CTD foi de 103.61 ± 9.90 euros (mínimo 90.26, máximo 151.23). Em 29 casos o CTD foi superior a 110.84 euros. Foi encontrado um modelo preditivo adequado, com boa calibração e discriminação, com cinco preditores de CTD: precária situação social do

utente; tempo desde a referenciação à admissão na UCP; duração do internamento na UCP; carga sintomática do utente na admissão e a performance do utente na admissão. O modelo preditivo explicou 40% da variância do CTD.

Conclusões:

Este estudo fornece uma compreensão do CTD do internamento numa UCP e desenvolve um modelo de predição relevante para esse custo. Os resultados destacam a importância de considerar fatores socioeconómicos, tempo até à admissão, duração do internamento e características clínicas do utente na previsão dos custos associados aos cuidados paliativos. Essas descobertas podem orientar políticas de saúde e práticas clínicas para uma alocação eficiente de recursos e melhorias na prestação de cuidados paliativos em Portugal.

Palavras – chave:

Cancro; Cuidados paliativos; Custos diretos; Financiamento em saúde; Regressão logística.

ABSTRACT

Introduction:

The increase in life expectancy leads to a higher demand for healthcare services and inevitably to an increase in expenses in this sector. The Portuguese state finances the hospitalization in a Palliative Care Unit (PCU) that is located outside of an acute care hospital and is part of the National Palliative Care Network. These units are intended for hospitalizations of up to 30 days for patients with palliative care needs.

Objectives:

To determine the total daily cost (TDC) of hospitalization in a PCU and to identify a predictive model of TDC.

Materials and Methods:

A quantitative, descriptive, and observational study was conducted with 100 consecutive oncological patients admitted to a PCU. Clinical and demographic data were collected, and daily costs were calculated for medication, consumable materials, food, human resources, and complementary diagnostic measures. The Portuguese versions of the Gijón scale, the Palliative Performance Scale, and the Edmonton Symptom Assessment System were applied. To find a predictive model of TDC, a bivariate logistic regression was performed, with TDC as the outcome and including in the model all independent variables with $p < 0.1$, as well as other variables identified in the literature and deemed mandatory (age, sex, social situation, and time from referral to admission to the PCU). Logistic regression with backward stepwise (Wald) method was used, and "costs ≥ 110.84 euros" was defined as the event. The quality and performance of the model were analyzed. Statistical significance was established at $p < 0.05$.

Results:

The sample comprised 58 men; the mean age was 73.04 ± 13.46 years (minimum 39, maximum 98). Primary tumor location: gastrointestinal (31%), central nervous system (20%), lung (16%), breast and uterus (10%), prostate (10%), and other locations (13%). The TDC was 103.61 ± 9.90 euros (minimum 90.26, maximum 151.23). In 29 cases, the TDC exceeded 110.84 euros. An adequate predictive model was found, with good calibration and discrimination, with five predictors of TDC: poor social situation of the

patient; time from referral to admission to the PCU; duration of hospitalization in the PCU; symptomatic burden of the patient at admission, and patient performance at admission. The predictive model explained 40% of the variance of TDC.

Conclusions:

This study provides an understanding of the TDC of hospitalization in a PCU and develops a relevant predictive model for this cost. The results highlight the importance of considering socioeconomic factors, time to admission, duration of hospitalization, and clinical characteristics of the patient in predicting costs associated with palliative care. These findings can guide health policies and clinical practices for efficient allocation of resources and improvements in the provision of palliative care in Portugal.

Keywords:

Costs, Direct Service; Health Financing; Logistic Regression; Neoplasms; Palliative care.

ÍNDICE

RESUMO	4
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	10
INTRODUÇÃO	11
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1. Organização dos Cuidados Paliativos em Portugal	13
1.1 - Admissão de doentes na UCP-RNCCI	14
1.2 - Referenciação de Doentes para a UCP-RNCCI	14
1.3 – Recursos Humanos	15
1.4 – Financiamento	16
2. Enquadramento da instituição UCP- RNCCI “O Poverello”	16
3. Custos em fim de vida	17
ESTUDO EMPÍRICO	20
1 - Métodos	20
1.1 – Questão de Investigação.....	20
1.2 - Objetivos da Investigação.....	20
1.3 – Tipo de estudo.....	20
1.4 - População alvo e critérios e inclusão e exclusão.....	21
1.5 – Colheita e tratamento de dados.....	22
1.6 - Considerações Éticas	23
2 Apresentação de resultados	24
2.1-Estatística descritiva	24
2.1.2- Caracterização da amostra	24
2.1.3 – Variáveis estudadas.....	25
2.1.3.1 - Variáveis Clínicas: Localização Tumor Primário, Tempo entre referenciação e admissão, duração internamento e outras	25
2.1.3.2 – Outras variáveis: custos com medicação, alimentação, recursos humanos, MCDT e custos totais	26
3 Estatística Inferencial	26
4 Interpretação e discussão dos resultados	30
CONCLUSÃO	36
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
ANEXOS	43

INDICE DE TABELAS E FIGURAS

TABELAS

Tabela 1- Recursos Humanos recomendados nas Unidade de Cuidados Continuados Integrados	15
Tabela 2- Tabela de preços (em euros) aplicáveis às unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e Unidade de Cuidados Paliativos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.....	16
Tabela 3- Localização da neoplasia primária	25
Tabela 4- Dias entre diagnóstico e referenciação para UCP, dias entre referenciação e admissão na UCP e dias de internamento na UCP	25
Tabela 5- Custos no internamento (em euros).....	26
Tabela 6-Correlação do custo total do internamento com as variáveis em estudo.....	27
Tabela 7- Modelo de Predição do Custo Total Diário de internamento (Regressão logística)	28
Tabela 8- Resultados do teste da Probabilidade Prevista	28

FIGURAS

Figura 1- Distribuição por sexo	24
Figura 2- Distribuição por escalões etários	24
Figura 3- Curva da Característica de Operação do Recetor (ROC)	28

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CPAL – Cuidados Paliativos

CTD - Custo total diário

ESAS - Edmonton Symptom Assessment System

FDV – Fim de vida

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

PPS - Palliative Performance Scale

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados

RNCP – Rede Nacional de Cuidados Paliativos

UCP-RNCCI – Unidade de Cuidados Paliativos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

INTRODUÇÃO

O aumento da esperança média de vida, com o aumento das doenças crónicas e progressivas a ela associados causam um grande impacto na organização dos serviços de saúde. Este envelhecimento traduz-se numa maior necessidade de cuidados em fim de vida (FDV) e numa conseqüente reflexão e avaliação dos modelos de financiamento e contratualização a eles inerentes.

Em Portugal os cuidados paliativos (CPAL) são uma atividade relativamente recente, tendo as primeiras iniciativas surgido apenas no início dos anos 90 do século XX¹.

Apesar dos esforços dos interessados na área, são ainda uma atividade muito delimitada no nosso país.

Estima-se que em Portugal o número de pessoas adultas com necessidade de CPAL se situa entre 81.553 e 96.918.² Um estudo publicado no Lancet em 2019 estima que até 2060, 48 milhões de pessoas (47% das mortes em todo mundo) irão morrer com doenças causadoras de grave sofrimento, o que representa um aumento de 87% em relação aos 26 milhões de pessoas em 2016.³

Todos estes dados fomentam a necessidade de criação de respostas de CPAL, nas suas diferentes tipologias.

Enquanto estas respostas não surgem, muitos doentes com necessidades de CPAL continuam perdidos, sem apoio, em sofrimento no seu domicílio ou, muitos deles internados em enfermarias de grandes hospitais, sujeitos a tratamentos agressivos, como evidencia o estudo realizado por Martins-Branco, sobre agressividade de Cuidados em FDV. Este demonstrou que Portugal mantém uma alta prevalência destes, dado que sete em cada dez pacientes adultos oncológicos, foram sujeitos a uma abordagem agressiva, um número superior ao de outros países ocidentais.⁴

Todos estes internamentos e tratamentos desproporcionados traduzem-se inevitavelmente num pesado aumento de custos, num Sistema Nacional de Saúde que evidencia dificuldades.

Após uma revisão da literatura foram poucos os trabalhos encontrados em Portugal relativamente ao tema. Destaca-se um estudo realizado por Feio⁵ sobre o custo do doente em fase paliativa, nos últimos 30 dias de vida, num hospital de agudos, concluindo que o custo é avultado e associado a indicadores de menor qualidade, evidenciado assim a necessidade de implementação de mais serviços e equipas de CPAL, que prestam melhores cuidados com menos despesa.

Um outro estudo de Carneiro⁶ direcionado para o contexto domiciliário, avaliou o custo imputado ao agregado familiar, concluindo que é expectável que as famílias aumentem cerca de 20 a 45% os seus gastos quando passam a cuidar de alguém em FDV. Já quando se tenta perceber a diferença dos custos entre doentes internados em serviços hospitalares e doentes acompanhados por equipas comunitárias de CPAL, também se percebeu que os segundos apresentam gastos inferiores.⁷ No entanto, nenhuma das investigações até ao momento publicadas se debruça sobre o custo efetivo dos cuidados aos doentes internados numa Unidade de Cuidados Paliativos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (UCP -RNCCI).

Apesar do “*Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos*” não prever a abertura de unidades desta natureza,² existem atualmente 14 UCP-RNCCI em Portugal. No relatório de *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2019/2020* é possível constatar que estas unidades continuam a admitir um número bastante significativo de doentes,⁸ verificando-se entre 2016 e 2018 um aumento de ingressos de 32%.

Apesar deste aumento, são vários os constrangimentos económicos que estas unidades vivenciam. Uma vez que em Portugal, não existem dados concretos relativamente ao tema, com este projeto, pretende-se apurar qual é o custo efetivo do internamento de um doente numa UCP-RNCCI.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Organização dos Cuidados Paliativos em Portugal

Em Portugal, o sistema de saúde é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde, por subsistemas públicos de saúde e ainda por outros serviços do sector privado (lucrativos e não lucrativos).¹

O financiamento público é disponibilizado através de acordos entre o Ministério da Saúde e os serviços de prestação de cuidados, sendo o Serviço Nacional de Saúde, que é universal e tendencialmente gratuito, suportado integralmente pelo Orçamento Geral do Estado.¹

Aqui os CPAL são uma atividade relativamente recente, sendo que as primeiras iniciativas surgiram apenas no início dos anos noventa e, apesar dos esforços dos interessados na área, são ainda uma atividade muito delimitada no nosso país.¹

A criação da *Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados* (RNCCI), em 2006, pelo Decreto-Lei 101/2006 de 6 de junho⁹ pode ter constituído um marco importante no desenvolvimento dos CPAL em Portugal, uma vez que esta define a necessidade da existência de equipas para prestação de cuidados a utentes com doença crónica, incurável, em fase avançada e em FDV. A RNCCI surge assim como uma parceria entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Segurança Social. É constituída por instituições do sector público e do sector privado, com ou sem fins lucrativos. Em parceria, estas instituições prestam cuidados adaptados e centrados nas necessidades dos indivíduos, em resposta às alterações sociodemográficas verificadas nas últimas décadas. Esta resposta foi desenvolvida para pessoas em situação de dependência, que beneficiem de cuidados continuados de saúde e apoio social, independentemente da idade. Estes cuidados podem ser de natureza preventiva, paliativa ou de reabilitação.¹⁰

A unidade de cuidados paliativos (UCP) é uma unidade de internamento para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva.

Mais tarde, em 2012, com a *Lei de Bases dos Cuidados Paliativos*¹¹ define-se a responsabilidade do Estado em matéria de CPAL, criando-se a *Rede Nacional de Cuidados Paliativos* (RNCP), a funcionar sob a tutela do Ministério da Saúde.

A Portaria 75/2017 de 22 de fevereiro¹² vem posteriormente definir os parâmetros de atuação das UCP criadas ao abrigo do Decreto-Lei 101/2006 de 6 de junho. Estas unidades passam a ser integradas na RNCP, estabelecendo-se que as unidades em funcionamento nas instituições hospitalares públicas passam a funcionar como UCP hospitalares e asseguram o acompanhamento das situações paliativas mais complexas. As UCP contratualizadas com entidades do setor social ou privado, passam a ser designadas por UCP-RNCCI e visam dar resposta a situações paliativas de complexidade baixa a moderada, com um internamento previsível de trinta dias.

Sempre que esgotado o prazo previsível de internamento de trinta dias e se não atingidos os objetivos terapêuticos, pode haver lugar a pedido de prorrogação internamento por um novo período de trinta dias, desde que justificado do ponto de vista clínico.

1.1 - Admissão de doentes na UCP-RNCCI

A admissão de doentes na UCP – RNCCI é efetuada com base em critérios clínicos, mediante decisão das unidades ou equipas de CPAL e deve ser solicitada pelas mesmas. Na ausência de equipa especializada, a referenciação pode ser efetuada pelo médico de família. Todo este processo é feito por intermédio do aplicativo informático da RNCCI.¹¹

1.2 - Referenciação de Doentes para a UCP-RNCCI

Podem ser admitidos na UCP-RNCCI os utentes que apresentem período previsível de internamento até trinta dias (a mencionar no consentimento informado), que reúnam os seguintes critérios: presença de doença incurável avançada e progressiva e, tratando-se de doença oncológica, não estar a fazer quimioterapia, imunoterapia ou outro tratamento anti-tumoral sistémico, utentes com necessidade de cuidados ativos para o controle de sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais, com necessidade de cuidados de enfermagem permanentes e de cuidados médicos diários mas não permanentes e utentes que

não tenham necessidade de consultas regulares de outras especialidades durante o internamento.

A exaustão dos cuidadores informais pode constituir também critério para internamento. Neste caso, os utentes devem ser referenciados a partir do domicílio, por uma equipa específica de CPAL não sendo permitida a prorrogação do internamento para além dos trinta dias iniciais, até um máximo de sessenta dias por ano.¹³

1.3 – Recursos Humanos

As UCP-RNCCI devem observar a dotação de recursos humanos prevista no anexo IV da Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro,¹⁴ na redação dada pela Portaria n.º 50/ 2017, de 2 de fevereiro,¹⁵ e devem, preferencialmente, integrar profissionais com formação específica em CPAL e funcionar sob a direção técnica de um médico com formação e experiência reconhecida em CPAL (*Tabela 1*).

Tabela 1- Recursos Humanos recomendados nas Unidade de Cuidados Continuados Integrados

Perfil Profissional	Unidade de convalescência*	Unidade de média duração e reabilitação*	Unidade de Longa duração e manutenção*	Unidade de Cuidados Paliativos**	Frequência
Médico (incluí Fisiatra)	40	30	20	20***	Presença diária
Psicólogo	20	20	20	10	Presença ao longo da semana
Enfermeiro (incluí Coordenador e Enfermeiro de Reabilitação)	480	360	240	320	Presença permanente
Fisioterapeuta	80	80	20	10	Presença diária
Assistente Social	40	40	40	10	Presença ao longo da semana
Terapeuta da Fala	8	8	0	0	Presença ao longo da semana
Animador Sociocultural	20	20	40	0	Presença ao longo da semana
Nutricionista	5	5	4	4	Presença ao longo da semana
Terapeuta Ocupacional	40	40	20	0	Presença ao longo da semana
Pessoal Auxiliar	560	480	320	320	Presença permanente

Legenda: *lotação de 30 camas, **lotação de 15 camas *** não obrigatório

Fonte: Diário da República

1.4 – Financiamento

O financiamento destas UCP-RNCCI encontra-se tabelado no Anexo I da portaria n.º 45/2021, de 24 de fevereiro ¹⁶. Esta mesma foi em 2022 alvo de atualização. Assim, o anexo I da Portaria n.º 272/2022 de 10 de novembro, ¹⁷ define os preços aplicáveis às unidades de internamento da RNCCI, onde se verifica que o preço pago é 110,84 euros/dia, por utente (*Tabela 2*).

Tabela 2- Tabela de preços (em euros) aplicáveis às unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e Unidade de Cuidados Paliativos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Tipologia	Encargos com cuidados de saúde (utente/dia)	Valor global (utente/dia) *	Encargos com cuidados de apoio social(utente/dia)	Encargos com utilização de fraldas (utente/dia)	Total (utente/dia)
Unidade de Convalescença	95,07 €	15,77 €	--	--	110,84 €
Unidade de média duração e reabilitação	61,41 €	12,61 €	21,82 €	0,00 €	95,84 €
Unidade de Longa duração e manutenção	24,22 €	10,50 €	39,46 €	1,30 €	75,48 €
Unidade de Cuidados Paliativos	95,07 €	15,77 €	--	--	110,84 €

*para suportar encargos com medicamentos, realização de exames auxiliares e de diagnóstico, apósitos e material de penso para tratamento a úlceras de pressão, encargos de saúde

Fonte: Diário da República

2. Enquadramento da instituição UCP- RNCCI “O Poverello”

A Fundação Domus Fraternitas (Instituição Particular de Solidariedade Social) pertencente à Província Portuguesa da Ordem Franciscana, teve a sua génese no ano de 1993. Inicialmente o seu objetivo era construir uma casa-fraternidade para cuidar e tratar os enfermos portadores de HIV, sem apoio familiar.

Em 2003 surge o primeiro grande projeto desta instituição, a Comunidade Terapêutica S. Francisco de Assis, que acolhia pessoas em situação de dependência (álcool e drogas) e que as acompanhava ao longo do seu processo de tratamento, com posterior reintegração na sociedade.

Em 2009 a Domus Fraternitas alarga a sua missão, criando o “Centro de Acolhimento o Poverello”, através da celebração de um protocolo de parceria entre os Ministérios da

Saúde e da Segurança Social, ligado à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Sendo este uma ação concreta da Província Portuguesa da Ordem Franciscana que germinou do carisma de São Francisco de Assis, recebe o nome d'O Poverello - O Pobrezinho, por ser o nome pelo qual as pessoas o identificavam como homem da "Paz e do Bem". Assim sendo, o espírito de Francisco define e orienta a sua visão, missão e valores.

O Poverello inicia a sua atividade em janeiro de 2012. Trata-se assim de uma unidade de saúde que dispõe de três tipologias distintas: UCP, Unidade de Média Duração e Reabilitação e Unidade de Longa Duração e Manutenção. Estas 2 últimas unidades dispõem de 24 camas de internamento cada uma, enquanto a UCP dispõe de 10 camas. Todas as camas são contratualizadas com o Ministérios do Trabalho e da Segurança Social e o Ministério da Saúde, não dispondo a instituição de camas de âmbito privado.

Atualmente o Centro de Acolhimento o Poverello continua a pertencer à Província Franciscana Portuguesa. No entanto, desde fevereiro de 2019 que a sua gestão é da responsabilidade da Fraternidade S. Francisco de Assis na Providência de Deus.

3. Custos em fim de vida

A inevitabilidade da morte incentiva os sistemas de cuidados a melhorar a qualidade de vida dos doentes em FDV. No entanto, estes mesmos sistemas deparam-se com limitações, nomeadamente, no que concerne ao conceito de "cuidados em FDV".

De acordo com a definição do dicionário do National Cancer Institute ¹⁸, os cuidados em FDV são um programa que presta cuidados holísticos a pessoas que se encontram em fases finais de vida, ou que deixaram de controlar a sua doença ou continuar o seu tratamento. Visam controlar dor e outros sintomas, promovendo assim o conforto dos doentes e suas famílias.

Um estudo, que consistiu numa revisão da literatura, realizada entre 2010 e 2020, concluiu que o conceito de "cuidados em FDV" pode ser apresentado como um cuidado paliativo e humanístico, com uma abordagem holística e baseada no trabalho em equipa. O foco destes cuidados serão o bem-estar no FDV ou mesmo no momento da morte e o acompanhamento das famílias no processo de luto. Os mesmos autores sublinham que

estes cuidados não pretendem acelerar ou retardar o processo de morte, apenas permitem que a morte aconteça de uma forma pacífica e com apoio de uma equipa especializada.¹⁹

Sabe-se que, atualmente o número de doentes com necessidades paliativas é crescente. Na maioria dos países desenvolvidos, 60% a 75% da população morrerá de uma doença crónica que tem prognóstico limitado, evolução clínica progressiva, e crises frequentes que irão culminar numa alta procura de cuidados de saúde e recursos sociais.²⁰

Apesar da redução de gastos em saúde não ser um dos objetivos da medicina paliativa, vários estudos apontam esta redução como uma consequência inevitável destes cuidados, nas suas diferentes vertentes, domiciliar ou hospitalar, não devendo, no entanto, esta poupança sobrepor-se ao propósito principal destes cuidados.^{21,22,23,24}

Por custos entendem-se os valores atribuídos a cada recurso.²⁵

De acordo com Lourenço²⁶ os custos podem ser classificados em:

- **Custos diretos** – custos diretamente associados à prestação do serviço de saúde. São por exemplo, os custos com medicamentos, exames complementares e de diagnóstico, remuneração dos profissionais e consultas médicas.
- **Custos indiretos** – estão associados à diminuição de produtividade que a doença ou tratamento provoca no doente e respetiva família (tempo de ausência do trabalho, acréscimo de tarefas domésticas, tempo despendido em consultas médicas, tempo de lazer perdido, ...). No entanto, este tipo de custos é difícil de calcular, pois tendem a favorecer as intervenções em que os doentes estão empregados (uma forma de resolver este problema é a atribuição de um valor às atividades não pagas). Os únicos custos indiretos que é possível determinar de uma forma consistente são o tempo de trabalho perdido por baixa médica, a reforma antecipada e a diminuição da produtividade no trabalho. O impacto dos custos indiretos é bastante variável entre doenças e tratamentos e normalmente é significativo nos estudos de avaliação económica. Contudo, devido à dificuldade técnica do seu cálculo é pouco frequente encontrarem-se estudos que os considerem – embora fosse desejável que todos os estudos o fizessem
- **Custos intangíveis**: difíceis de determinar compreendem elementos como a dor, sofrimento e/ou ansiedade decorrentes do processo de doença.

Esta determinação dos custos em saúde, representa um enorme desafio. Por um lado, devido à complexidade dos cuidados prestados, por outro, porque envolvem diversos recursos (equipamentos, consumíveis, pessoal, espaços).²⁷

O desafio da determinação de custos reside também no facto de trabalhar com doentes em FDV significar estar em constante contacto com a vulnerabilidade humana. Este contacto impacta os recursos humanos, que evidenciam frequentemente sintomas de burnout ou exaustão, traduzindo-se tudo isto num aumento importante da despesa no sector da saúde.²⁸

ESTUDO EMPÍRICO

1 - Métodos

1.1– Questão de Investigação

A questão de investigação é um enunciado interrogativo claro e não equívoco, que precisa os conceitos chave, específica a natureza da população que se quer estudar e sugere a investigação empírica. ²⁹

Assim o presente estudo pretende dar resposta à seguinte questão: “*Qual o custo diário de internamento de um doente numa UCP- RNCCI?*”

1.2 - Objetivos da Investigação

O presente estudo tem como **objetivo principal** aferir o custo diário efetivo de internamento de um doente numa UCP- RNCCI.

Como **objetivos secundários** pretende-se encontrar um modelo preditivo do custo total diário (CTD).

1.3– Tipo de estudo

O estudo é de natureza quantitativa, descritiva e observacional. Neste serão avaliadas as seguintes variáveis: custos com materiais consumíveis, custos com medicação, custos com MCDT, custos com recursos humanos e custos com alimentação (todos em euros). Todos estes custos contribuem (somatório) para a variável compósita CTD.

Serão também avaliadas variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil) e variáveis clínicas (localização do tumor primário, tempo desde o diagnóstico até à admissão na UCP, tempo de espera desde a referenciação até à admissão na UCP e dias de internamento em UCP).

Foi ainda aplicada a versão portuguesa das escalas de Gijón, *Palliative Performance Scale* (PPS) e da *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS).

A escala de Gijon é um instrumento de avaliação sócio familiar que permite a deteção de situações de risco ou de problema social.³⁰

A escala PPS é um instrumento de medida do estado funcional que avalia 5 dimensões: a capacidade de deambular, o nível de atividade e evidência exterior de doença, o autocuidado, a ingesta oral e o estado de consciência. A PPS subdivide-se em 11 níveis, de 0 % a 100%, em aumentos seriados de 10% correspondendo o 0% a um indivíduo morto e o 100% a alguém independente do ponto de vista ambulatorio e saudável.³¹

A escala ESAS trata-se de escala multidimensional, onde se solicita ao doente que atribua uma nota, de 0 a 10, para um conjunto de 9 sintomas, sendo que 0 corresponde ausência de sintoma e 10 pior intensidade do sintoma possível. Entre os sintomas encontra-se a dor, cansaço, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, sensação de bem-estar e falta de ar.³²

Tanto a PPS como a ESAS são escalas de preenchimento obrigatório nas UCP-RNCCI.

1.4 - População alvo e critérios de inclusão e exclusão

A população corresponde a um total de 100 doentes que internaram na UCP-RNCCI do “Poverello”, no período compreendido entre fevereiro de 2023 e janeiro de 2024.

Foram incluídos na amostra os doentes oncológicos consecutivos admitidos no período referido e excluídos os doentes com uma duração de internamento inferior a 48h.

A opção pela doença oncológica deve-se ao facto de 80% dos doentes admitidos na UCP do Poverello ser do foro oncológico em 2003.

Estes dados vão ao encontro ao verificado na literatura, onde se percebe que embora os benefícios da prestação de CPAL a pacientes não oncológicos estejam cada vez mais reconhecidos, o uso de serviços paliativos entre pacientes com doenças não oncológicas é extremamente baixo.³³

1.5– Colheita e tratamento de dados

Todos os dados objeto de tratamento foram colhidos na UCP- RNCCI. Foi aplicado um questionário de avaliação sociodemográfica para caracterização da amostra em estudo, através da consulta dos registos de enfermagem e sociais.

Foram criadas tabelas em formato Excel para recolha de dados relativos a consumos diários de materiais consumíveis, consumos diários de fármacos, custos com recursos humanos/dia, custos com alimentação/dia e custos com MCDT (todos em euros).

O tratamento estatístico dos dados foi realizado através do “Statistical Package for the social Sciences (IBM-SPSS) versão 28.0.

Foi feita uma análise univariada, relacionando a variável “custo total internamento” com as variáveis independentes.

Foi encontrado um modelo de predição de CTD. Foram respeitados os pressupostos da regressão logística: os dados eram aleatórios; a variável dependente era binária com proporção de 70/30; cada variável categórica inserida no modelo não tinha menos de 5 valores esperados no teste do Chi quadrado; não havia multicolinearidade entre os preditores (tolerância >0.2); não havia “outliers” (distância de Cook <1).

Procurou-se um modelo que tivesse entre 3 e 5 preditores. As variáveis qualitativas ou ordinais foram transformadas em “dummies”.

Assim, foi feita uma regressão logística bivariada, tendo o CTD como desfecho e inserindo no modelo todas as variáveis independentes com $p < 0.1$, assim como outras identificadas na literatura e julgadas como obrigatórias (idade, sexo, situação social, tempo até à referenciação). Usou-se a regressão logística com método “backward stepwise (Wald)” e definiu-se como evento “custos $\geq 110,84$ euros”.

O desempenho e a qualidade do modelo foram analisados, mormente a sua calibração e discriminação, através de: teste de Omibus, teste de ajustamento de Hosmer e Lemeshow e teste da probabilidade prevista (área da curva ROC - Característica de Operação do Recetor). Foi calculado o R^2 de Nagelkerke para perceber a capacidade do modelo em explicar a variância dos custos totais diários. Em todas as análises estatísticas a significância estatística foi estabelecida em $p < 0.05$.

1.6 - Considerações Éticas

Foram salvaguardadas todas as questões éticas. A identidade dos doentes foi sempre preservada, não constando o nome destes em nenhuma etapa da investigação. A todos os doentes foi atribuído um código alfanumérico ao longo da investigação.

As tabelas utilizadas para colheita de dados, bem como o computador utilizado encontravam-se protegidos por palavra-passe, de conhecimento exclusivo da investigadora

O projeto de investigação foi submetido para apreciação pela Comissão de Ética da FMUL, com parecer favorável. (Anexo I) Foi ainda solicitada uma autorização para realização do mesmo ao Diretor Geral do “Poverello”. (Anexo II)

2 Apresentação de resultados

2.1-Estatística descritiva

2.1.2- Caracterização da amostra

A amostra foi composta por 100 doentes, com diagnóstico de doença oncológica, internados na UCP do Poverello entre fevereiro de 2023 e janeiro de 2024, sendo a maioria do sexo masculino (*Figura 1*).

A média de idades foi de 73,04+13,46 anos (mínimo 39, máximo 98). A mediana foi de 74 anos (amplitude interquartil= 19). A distribuição por escalões etários apresenta-se na *Figura 2*. Verificou-se que 55% da amostra tinha mais de 70 anos.

No que concerne ao estado civil, os doentes eram sobretudo casados/União de facto (46%) e viúvos (25%) e, na sua maioria, não exerciam atividade laboral, dado que já se encontravam reformados (82%).

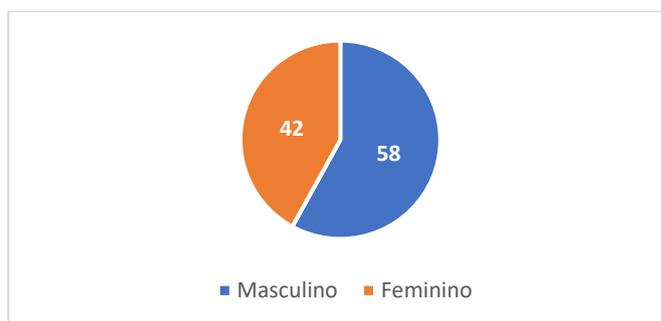


Figura 1- Distribuição por sexo

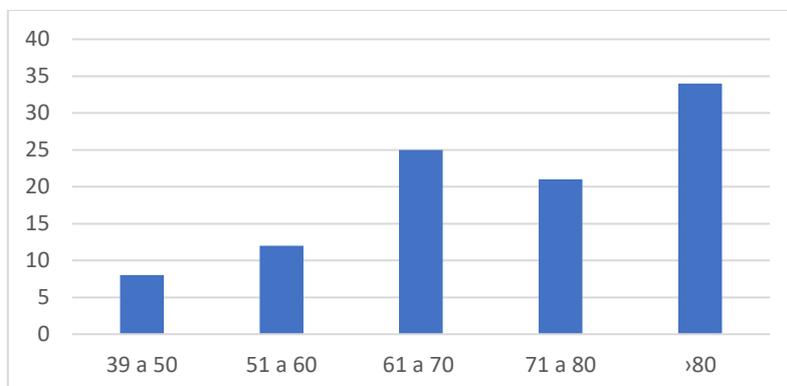


Figura 2- Distribuição por escalões etários

2.1.3 – Variáveis estudadas

2.1.3.1 - Variáveis Clínicas: Localização Tumor Primário, Tempo entre referência e admissão, duração internamento e outras

Na amostra predominaram as neoplasias do sistema gastrointestinal (31%), seguindo-se as do sistema nervoso central (20%) e as do pulmão (16%). As menos predominantes, incluídas na categoria “outros” foram as neoplasias primárias da bexiga, epiglote, sarcoma, mieloma, língua, ossos, laringe e neoplasias ocultas. (Tabela 3).

Tabela 3- Localização da neoplasia primária

Localização do tumor	Frequência
Sistema nervoso central	20
Gastrointestinal	31
Pulmão	16
Mama e útero	10
Próstata	10
Outros	13

A média de tempo decorrido entre o diagnóstico e a referência para a UCP foi de 1120,8 dias, ou seja, cerca de 3 anos. Desde o momento em que ocorreu a referência até à admissão efetiva na UCP, os doentes aguardaram em média 17,6 dias, permanecendo internados, em média 33,1 dias (Tabela 4).

Tabela 4- Dias entre diagnóstico e referência para UCP, dias entre referência e admissão na UCP e dias de internamento na UCP

Variáveis	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio padrão
Nº de dias entre diagnóstico e referência para UCP	17	86	1120,84	546	1682,98
Nº de dias entre referência e a admissão em UCP	2	36	17,59	16,5	8,512
Nº de dias de internamento na UCP	2	170	33,10	19	37,309

Legenda: UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

Tendo em conta a duração previsível de 30 dias de internamento, consoante consta no consentimento informado, previamente assinado, verificou-se que 32% dos doentes ultrapassaram esse período.

2.1.3.2 – Outras variáveis: custos com medicação, alimentação, recursos humanos, MCDT e custos totais

No sentido de apurar os custos totais diretos foram analisados os custos diários com medicação, materiais consumíveis, MCDT, recursos humanos e alimentação.

Verificou-se que a maior parcela dos custos pertence aos recursos humanos. Segue-se depois a medicação, os materiais consumíveis e, por fim a alimentação. Não se verificaram custos com a realização de MCDT. (Tabela 5).

Tabela 5- Custos no internamento (em euros)

Variáveis	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio padrão
Custos com medicação	1,7	53,75	11,33	9,18	7,83
Custos com consumíveis	1,46	29,62	7,28	6	4,24
Custos com MCDT	0	0	0	0	0
Custos com Recursos Humanos	75,96	75,96	75,96	75,96	0
Custos com Alimentação	8,35	10,2	9,04	8,96	0,63
Custos totais	90,26	151,23	103,61	101,12	9,9

Legenda: MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

3 Estatística Inferencial

Foi feita uma análise univariada, relacionando a variável CDT com as variáveis independentes (Tabela 6).

Tabela 6-Correlação do custo total do internamento com as variáveis em estudo

Variáveis	Categorias	Total	Custo Total de Internamento		p-value
			<110,84 €	≥110,84 €	
			n	n	
Sexo	Feminino	42	28	14	0,416
	Masculino	58	43	15	
Faixa etária	39 a 70 anos	45	32	13	0,982
	>70 anos	55	39	16	
Estado civil	Solteiro, viúvo, divorciado	54	38	16	0,88
	Casado/União de facto	46	33	13	
Atividade	Baixa médica/desempregado	18	13	5	0,484
	Reformado	82	57	25	
Localização tumor primário	Outros	53	39	14	0,545
	Pulmão + Gastrointestinal	47	32	15	
Metastização à distância	Sim	30	21	9	0,885
	Não	70	50	20	
Tempo entre referenciação e admissão	<17 dias	54	38	16	0,88
	≥17 dias	46	33	13	
Custos com alimentação	<8,50 euros	39	28	11	0,889
	≥8,50 euros	61	43	18	
Custos com consumíveis	<7,00 euros	60	54	6	<0,001
	≥7,00 euros	40	17	23	
Custos com medicação	<15,77 euros	78	68	10	<0,001
	≥15,77 euros	22	6	16	
Duração do internamento	<30 dias	68	42	26	0,003
	≥30 dias	32	27	5	
Escala Gijón	Situação social intermédia/boa	39	7	32	0,281
	Situação social má	90	22	68	
Pontuação ESAS	ESAS (total) ≤40	41	34	7	0,028
	ESAS (total) >40	59	37	22	
Pontuação PPS	PPS ≤30	47	28	19	0,018
	PPS >30	53	43	10	
Destino	Óbito	88	59	29	0,018 ^b
	Alta	12	12	0	

Legenda: ESAS- Edmonton Symptom Assessment System, PPS- Palliative Performance Scale

Posteriormente, foi encontrado um modelo de predição do CTD. (Tabela 7).

Tabela 7- Modelo de Predição do Custo Total Diário de internamento (Regressão logística)

Variáveis	B	S.E.	Wald	Odds Ratio	Intervalo Confiança 95%		P-value
					Superior	Inferior	
Situação Social Má (Gijon)	0,747	0,595	1,577	2,112	0,657	6,782	0,209
Dias até referenciação	0,014	0,030	0,213	1,014	0,955	1,077	0,644
Duração do internamento	-0,059	0,020	8,591	0,943	0,906	0,981	0,003
Carga sintomática (ESAS total)	0,488	0,603	0,655	1,630	0,500	5,317	0,418
Palliative Performance Scale	-0,054	0,025	4,766	0,948	0,903	0,995	0,029
Constante	-0,066	2,029	0,001	0,936			0,974

Legenda: ESAS- Edmonton Symptom Assessment System

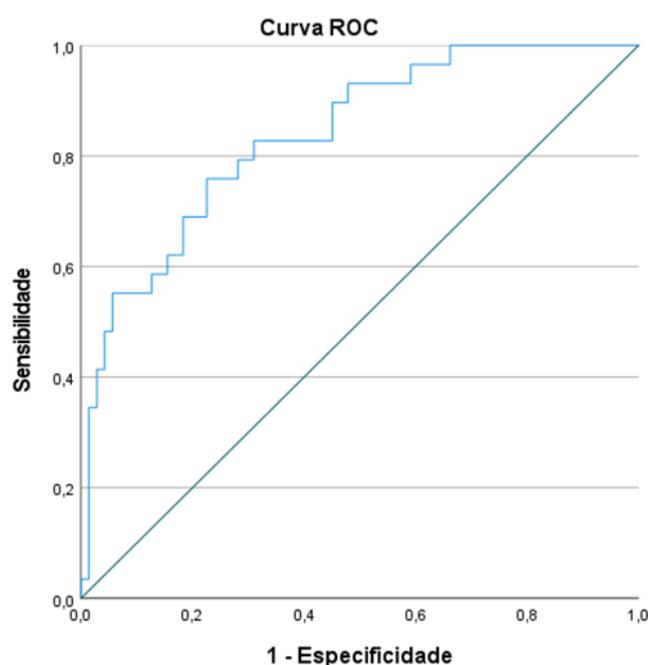


Figura 3- Curva da Característica de Operação do Recetor (ROC)

Tabela 8- Resultados do teste da Probabilidade Prevista

Área sob a curva ROC (Característica de Operação do Recetor)

Variáveis de resultado do teste

Área	Erro Padrão ^a	Sig. assintótico ^b	Intervalo de Confiança 95% Assintótico	
			Limite inferior	Limite superior
0,838	0,043	0,00012	0,754	0,922

a. Sob a suposição não paramétrica

b. Hipótese nula: área verdadeira = 0,5

O modelo apresentado é adequado (teste de Omibus: $X^2(5) = 32.221$, $p < 0.001$). A qualidade deste modelo está patente, quer na sua boa calibração (teste de Hosmer e Lemeshow do ajustamento do modelo: $X^2(8) = 6.653$, $p = 0.574$), quer na sua boa discriminação (Área sob a curva da Característica de Operação do Recetor = 0.838, desvio padrão do erro 0.043, $p < 0.001$) (*Figura 3 e Tabela 8*). Assim, o modelo apresentado tem um bom desempenho, sendo capaz de predizer quase 40% da variância do CTD (R^2 de Nagelkerke = 0.397).

4 Interpretação e discussão dos resultados

O objetivo principal deste estudo foi perceber qual o CTD de um doente numa UCP-RNCCI e, conseqüentemente, averiguar da necessidade de uma investigação futura mais aprimorada do financiamento e do modelo de organização destas unidades da RNCCI. Dos achados deste estudo constatamos assim alguns fatos interessantes.

Começando pela resposta à questão de investigação formulada, da amostra em estudo, verificou-se que a média do CTD se fixou em 103,61 euros, ou seja, abaixo dos 110,84 euros tabelados e pagos pela tutela. Entre todos os custos avaliados, a maior parcela é a destinada aos recursos humanos, seguindo-se a medicação, os materiais consumíveis e por fim, a alimentação.

Apesar do valor da amostra em estudo se situar abaixo do financiado existem alguns aspetos da organização da instituição que merecem reflexão pois podem ter um impacto significativo neste valor. São eles o facto da UCP em estudo ter estabelecido um protocolo com a União das Misericórdias Portuguesas e usufruir de desconto na aquisição de toda a medicação que pode chegar até 10% e o facto de toda a política interna da instituição incitar a todos os colaboradores uma atitude consciente face ao consumo dos materiais consumíveis, evitando o desperdício.

Uma análise mais profunda dos dados permitiu constatar, no entanto, que 29% destes doentes apresentam gastos diários superiores ao que esta unidade aufere, variando de 110,84 a 151,23 euros.

Apesar das UCP-RNCCI terem sido projetadas para acompanhamento de doentes de complexidade baixa a moderada, e do *Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos Biénio 2023-2024*³⁴ manter esta premissa, um estudo levado a cabo em 2019 por Fernandes et al.³⁵, tentou perceber qual a complexidade dos doentes admitidos numa UCP-RNCCI e concluiu que os doentes admitidos na unidade em causa são complexos e altamente complexos. Desta forma, esta percentagem de 29% vai ao encontro dos resultados apurados nesta investigação. Este desfasamento verificado coloca as instituições em situações de grande fragilidade económica.

Seguidamente, tentou-se compreender quais as variáveis que afetam diretamente o custo total do internamento, criando um modelo preditivo. Foram assim identificados **5 preditores** que justificam cerca de 40% da variância do CTD do internamento. São eles:

a precária situação social, o número de dias que os doentes aguardam até serem referenciados para CPAL, a duração do internamento, a carga sintomática na admissão e a performance na admissão.

Analisando cada um destes preditores, percebe-se melhor o impacto de cada um.

No presente estudo, os doentes com **situação social** má tinham 2,11 vezes mais probabilidade de incrementar os custos totais diários dos cuidados. Segundo a escala Gijón³⁰ esta situação de precariedade é explicada por o doente viver sozinho, não ter família ou estar ausente ou distante, não ter cuidador informal e carecer de apoio social.

No último ano, na UCP do Poverello, os doentes provieram a maioria de fora do distrito de Braga. A maioria tinha residência a mais de cinquenta km de distância. Esta distância traduz-se inevitavelmente num parco número de visitas, com um forte impacto no estado emocional do doente e conseqüentemente, na sua sintomatologia.

Na Finlândia, num estudo longitudinal de registo e questionário baseado na vida real de setenta doentes com cancro terminal, na análise multivariada, morar sozinho foi o único fator socioeconómico ($p=0,006$) associado a custos de cuidados elevados, o que vai ao encontro dos resultados obtidos.³⁶

Um outro preditor encontrado foi o **tempo de espera até referência para CPAL**. Por cada dia de aumento no tempo de referência o impacto nos custos totais de internamento é 1.01 vezes maior. Ou seja, doentes referenciados tardiamente, gastam mais que doentes precocemente referenciados.

Uma revisão retrospectiva realizada em 2016 por Scibetta³⁷, analisou os custos dos cuidados dos doentes em FDV que foram precocemente referenciados para paliativos e os doentes referenciados tardiamente. Concluiu que os custos diretos de cuidados hospitalares nos últimos 6 meses de vida para doentes com CPAL precoces foram menores em comparação com CPAL tardios.

Um outro estudo retrospectivo revelou que ter consulta especializada em CPAL associa-se a uma maior probabilidade de encaminhamento precoce em comparação com nenhuma consulta e a uma redução de morte intra-hospitalar.³⁸

Doentes destinados a receber cuidados mais dispendiosos e agressivos e que tiveram acesso a consultas e serviços precoces de CPAL, apresentaram uma redução significativa dos custos.^{39,40}

Numa revisão sistemática que avaliou nove estudos observacionais, o custo de doentes acompanhados por uma equipa de CPAL durante o internamento foi menor do que o custo dos doentes seguidos no tratamento padrão, com uma redução verificada entre 9% a 25%.⁴¹

Apesar destas evidências, em Portugal, um estudo realizado através da análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes referenciados de um serviço de medicina interna para unidades de internamento de CPAL, concluiu que os doentes são referenciados numa fase muito avançada da sua doença e que o tempo de espera é longo, acabando a maioria por falecer antes de serem admitidos.⁴²

Relativamente à **duração do internamento** em UCP, na amostra em estudo verificou-se que 32% dos doentes ultrapassaram o período previsível de internamento de 30 dias. Por cada dia de aumento de internamento verifica-se uma descida nos custos.

Um estudo realizado no Canadá e Estados Unidos foi avaliar custos médios mensais dos cuidados em FDV de doentes com cancro do pulmão, concluindo que estes foram mais altos em sobreviventes de curto prazo do que em longo prazo, o que vai de encontro ao apurado.⁴³

Um outro estudo desenvolvido em Taiwan procurou perceber as principais razões para os doentes não terem alta do *hospice* 29 dias após a sua admissão, ou seja, o porquê da longa duração do internamento. Concluiu que internamentos mais longos foram justificados por estados de agonia prolongados, presença de sintomas de difícil controlo, falta de rede social de suporte e necessidade de medicação parenteral por perda de via oral.⁴⁴

Estas razões elencadas vão de encontro às percecionadas diariamente na UCP em estudo.

Relativamente ao impacto da **sintomatologia** nos custos, constatou-se que doentes com maior carga sintomática na ESAS gastam 1,63 vezes mais, comparativamente a doentes com sintomas mais controlados.

Estes resultados vão de encontro ao verificado diariamente na UCP. Doentes com dor, dispneia, vómitos, entre outros sintomas, consomem mais fármacos, o que aumenta os custos. Ou seja, doentes com sintomas controlados traduzem-se em menos custos, no entanto deve-se tomar uma atitude de ponderação face à necessidade de encaminhamento destes doentes para esta tipologia quando a sintomatologia está controlada e de perceber

se o doente precisa de CPAL ou de ações paliativas, ações estas que não têm necessidade de ser prestadas por equipas diferenciadas.

Na literatura, um estudo longitudinal, multi-institucional, com seiscentos e vinte e sete doentes com cancro avançado concluiu que o simples facto de ter conversas sobre o fim da vida com qualquer médico está associado a uma redução de 35,7% nos custos de saúde na última semana de vida.⁴⁵

Este deixa evidente o impacto que a diminuição dos níveis de ansiedade (um dos sintomas da ESAS), através da discussão sobre diretivas antecipadas de vontade e do esclarecimento de dúvidas, pode ter nos custos nos últimos dias de vida.

No que concerne à **performance** dos doentes verificou-se que por cada aumento de 1% (doentes mais independentes) menor será o custo do internamento. Ou seja, um score de PPS baixo traduz-se em doentes mais dependentes e mais caros.

Com todos estes dados percebemos, assim, que a contabilidade de custos na área da saúde é fundamental. Esta constitui um instrumento de informação para a tomada de decisão, num setor onde os gestores são cada vez mais incitados a providenciar mais e melhores cuidados a preços inferiores.²⁷

Todos estes achados levam-nos, assim, a indagar sobre algumas questões, que se podem revelar vitais para o funcionamento eficaz e continuidade destas UCP.

Começa-se por tentar perceber que plano de apoio social está em curso tendo em conta o aumento o envelhecimento da população portuguesa. Que tipo de respostas estão a ser trabalhadas para diminuir a duração dos internamentos, não descurando os cuidados em FDV que muitos destes doentes necessitam?

Um estudo realizado na Inglaterra e País de Gales foi perceber qual o impacto que o envelhecimento populacional pode ter na prestação de cuidados em FDV, concluindo que a prestação de cuidados de FDV em lares e na comunidade precisa dobrar até 2040, caso contrário, as mortes hospitalares aumentarão.⁴⁶

Em Portugal não será diferente.

Estes resultados devem ser merecedores de reflexão no nosso contexto social. Tais resultados levantam a questão “Serão as respostas atuais de CPAL existentes em Portugal suficientes para a população?” De acordo com o *Plano Estratégico para o*

desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022 ², o número de pessoas com necessidades de CPAL situa-se entre 81.553 e 96.918, verifica-se um aumento ligeiro relativamente aos biénios anteriores. Foram, desde então, as respostas criadas ao encontro deste aumento? O facto de se assistir a internamentos em UCP-RNCCI que distam mais de 50 km do domicílio do doente leva-nos a refletir sobre a equidade na distribuição geográfica das respostas. Mais ainda, levam-nos a questionar a viabilidade de uma rede que não apresenta, em alguns casos, capacidade de dar resposta aos doentes que nela ingressam.

Outro tema merecedor de reflexão e discussão prende-se com a referenciação tardia ou mesmo a não referenciação dos doentes para os CPAL, bem como a referenciação de doentes altamente complexos para unidades definidas como sendo de baixa diferenciação.

Ribeiro²⁷, afirma mesmo que uma correta referenciação para equipas especializadas de CPAL pode significar uma redução de 25% a 45% dos gastos no último mês de vida.

Um estudo analítico, observacional e transversal foi realizado em Portugal, em onze hospitais do Serviço Nacional de Saúde e tentou determinar a prevalência de doentes adultos com necessidades paliativas internados em hospitais públicos, bem como determinar o número de doentes referenciados para CPAL e identificar os motivos de não referenciação destes doentes. Concluiu que cerca de 51% dos doentes internados têm necessidades paliativas e apenas 6.8% a 9.9% são referenciados. Como principais motivos para a não referenciação foram apontados o facto de os doentes ainda estarem a fazer tratamento ativo, ainda não estarem a morrer e ainda se puder fazer alguma coisa do ponto de vista curativo.⁴⁷

Como já abordado anteriormente, todos os tratamentos despropositados além do incremento do sofrimento do doente, traduzem-se num aumento de custos.⁴

Tudo isto torna assim imperativo abrir a discussão sobre os critérios de referenciação, bem como o cumprimento dos mesmos por parte das equipas referenciadoras.

Esta necessidade vem já espelhada no relatório de implementação do *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos Biénio 2021-2022*. Este indica que referenciação ocorra essencialmente numa fase avançada da doença, alegando como possível causa para a referenciação tardia a falta de esclarecimento sobre que doenças e fases das mesmas e o momento ideal para o encaminhamento dos doentes para as equipas especializadas. Acrescenta ainda que esta referenciação tardia impede as pessoas de

receberem os CPAL apropriados e no momento certo. O mesmo relatório vai mais além e afirma não estarem estabelecidos critérios nacionais de referenciação para equipas especializadas em CPAL, estando a ser criado um grupo de trabalho para a criação desses critérios.⁴⁸

Sendo os CPAL a resposta mais adequada, relativamente a outras áreas do saber médico, são também os cuidados que garantem uma melhor eficiência na utilização dos recursos da saúde, uma vez que se centram no bem-estar do doente e família e não no combate à doença, que normalmente ocorre de uma forma mais agressiva e dispendiosa.⁴⁹

De um modo geral, podemos afirmar que um correto modelo de acesso aos CPAL traduz-se numa melhor qualidade de cuidados e numa redução de custos, nomeadamente com internamentos e tratamentos fúteis e despropositados. Esta redução de custos pode permitir a alocação de recursos noutras respostas, noutras espaços ou mesmo com cuidadores/famílias.⁵⁰

Todos estes são temas deverão ser, assim, merecedores de estudo e reflexão futura, na tentativa e se conseguir o acesso aos CPAL por parte de quem deles necessita e, no momento adequado.

Pontos fortes do estudo:

Este foi o primeiro estudo em Portugal que procurou aferir o CDT de internamento de um doente numa UCP – RNCCI, podendo ser uma mais valia, uma vez que são escassos ou praticamente inexistentes os estudos realizados nestas UCP.

Limitações do estudo:

No decorrer do estudo foi possível deparar com algumas limitações que passo a elencar: estudo não financiado; só foram incluídos doentes oncológicos; tamanho amostra reduzido; não foram analisadas outras variáveis que podem ter impacto nos custos, como por exemplo, as comorbilidades; falta de dados sociais uma vez que apenas foi aplicada a escala de Gijón e teria sido pertinente avaliar outros dados como, por exemplo, a morada e a sobrecarga do cuidador informal; dados incompletos no que concerne aos aspetos psicoemocionais colhidos.

CONCLUSÃO

Este estudo fornece uma compreensão do CTD do internamento numa UCP e desenvolve um modelo de predição relevante para esse custo.

Além do CTD do internamento encontrou-se um modelo com 5 preditores que explicam quase 40% da variação dos custos diretos.

Os resultados destacam a importância de considerar fatores socioeconómicos, tempo até à admissão, duração do internamento e características clínicas do utente na previsão dos custos associados aos CPAL.

O tema dos custos dos cuidados ao doente em FDV é pertinente e ainda pouco explorado em Portugal. Os achados obtidos levam à necessidade de realização de outros estudos, nomeadamente estudos multicêntricos e com análise de outras variáveis de cariz social e psicológico, que podem ter impacto nos custos

Essas descobertas podem orientar políticas de saúde e práticas clínicas para uma alocação eficiente de recursos e melhorias na prestação de CPAL em Portugal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Marques A, Gonçalves E, Salazar H, Neto I, Capelas M, et al. O desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal. *Patient Care*. 2009; 32-38 *Disponível em* <https://smartcms.boldapps.pt/publicfiles/Uploads/Files/91/SubContent/aca7e0ed-79fd-440d-931d-a35338879714.pdf>
- 2- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022. [acesso em 2023 Out]. *Disponível em* https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/PEDCP-2021_2022.pdf
- 3- Sleeman K, Brito M, Etkind S, Nkhoma K, Guo P, Gomes B, et al. The escalating global burden of serious health-related suffering: projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions. *Lancet Glob Health*. 2019;7(7): e883-e892. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30172-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30172-X)
- 4- Martins-Branco D, Canário R, Lopes S, Freire J, Feio M, Gonçalves J, et al. Factors associated with the aggressiveness of care at the end of life for patients with cancer dying in hospital: a nationwide retrospective cohort study in mainland Portugal. *ESMO Open*. 2020;5(6): e000953. <https://doi.org/10.1136/esmoopen-2020-000953>
- 5- Feio, M. Quanto custa morrer? [Dissertação de Mestrado]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2007 [acesso em 2023 Out]. *Disponível em* https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1008/1/13451_Quanto_custa_morrer.pdf
- 6- Carneiro, J. Custo direto dos cuidados ao doente em fim de vida, no domicílio, para o agregado familiar [Relatório de Prática Clínica para obtenção de grau de mestre em Cuidados paliativos]. Castelo Branco: Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias; 2020 [acesso em 2023 Out] *Disponível em* <https://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/7178>
- 7- Teixeira, F. Cuidados Paliativos no domicílio: poupança ou desperdício? [Dissertação de Mestrado]. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa; 2012 [acesso em 2023 Nov] *Disponível em* <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/17075>
- 8- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Relatório de implementação do plano estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos Biênio 2019-2020.

[acesso em 2023 Out]. Disponível em https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/Relatorio-de-implementacao-PEDCP-2019-2020_07122020.pdf

- 9- Assembleia da República. Decreto-Lei 101/2006 de 6 de junho. Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República. 1ª série, N° 109, p. 3856 – 3865, 2006 [acesso em 2023 Out]. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>
- 10- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Manual do Prestador: Recomendações para a melhoria contínua. Agosto 2011. [acesso em 2023 Out] Disponível em https://www.seg-social.pt/documents/10152/3735071/Man_Prestador_UMCCI-RNCCI/fe2e98b2-35ba-4a7a-9eb9-d3bba713e7b5/fe2e98b2-35ba-4a7a-9eb9-d3bba713e7b5
- 11- Assembleia da República. Lei n° 52/2012 de 5setembro. Lei de base de Cuidados Paliativos. Diário da República. 1.ª série, N.º 172, p. 5119-23, 2012 [acesso em 2023 Out]. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/52-2012-174841>
- 12- Assembleia da República. Portaria 75/2017 de 22 de fevereiro. Diário da República. 1ª série, N° 38, p. 1047 – 1049, 2017 [acesso em 2023 Nov]. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/75-2017-106509197>
- 13- Administração Central do Sistemas da Saúde. Circular normativa N°8. 2017. [acesso em 2023 Out]. Disponível em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/05/Circular_Normativa_8_2017_CNCP_ACSS.pdf
- 14- Assembleia da República. Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro. 1ª série, N°174 p. 4865 – 4882, 2014 [acesso em 2023 Nov]. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/174-2014-56720777>
- 15- Assembleia da República. Portaria n.º 50/ 2017, de 2 de fevereiro. Diário da República. 1ª série, N° 24, p. 608 – 629, 2017 [acesso em 2023 Nov]. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/50-2017-106388650>
- 16- Assembleia da República. Portaria n.º 45/2021 de 24 de fevereiro. Diário da República. 1ª série, N° 38, 2021 [acesso em 2023 Mar]. Disponível em <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/portaria/2021-158238428-158286424>

- 17- Assembleia da República. Portaria n.º 272/2022 de 10 de novembro. Diário da República. 1ª série, Nº 217, p. 2 – 4, 2022. [acesso em 2023 Mar]. *Disponível em* <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/272-2022-203283190>
- 18- National Cancer Institute. End-of-Life Care for People Who Have Cancer. [acesso em 2023 Sep] *Disponível em* <https://www.cancer.gov/>
- 19- Abbaspour H, Heydari A. Concept Analysis of End-of-Life Care. *J Caring Sci.* 2021;11(3):172-177. <https://doi.org/10.34172/jcs.2022.037>.
- 20- Gómez-Batiste X, Caja C, Espinosa J, Bullich I, Martínez-Muñoz M, Porta-Sales J, et al. The Catalonia world health organization demonstration project for palliative care implementation: Quantitative and qualitative results at 20 years. *J Pain Symptom Manage.* 2012;43(4):783–94. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.05.006>
- 21- Hebert R, Argo N. A Potential Downside to Promoting the Economic Benefits of Palliative Medicine. *J Palliat Med.* 2015;18(9):73. <https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0174>.
- 22- Smith S, Brick A, O'Hara S, Normand C. Evidence on the cost and cost effectiveness of palliative care: a literature review. *Palliat Med.* 2014;28:e130-150. <https://doi.org/10.1177/0269216313493466>
- 23- Simoens S, Kuttan B, Keirse E, Berghe PV, Beguin C, Desmedt M, et al. The costs of treating terminal patients. *J Pain Symptom Manage.* 2010;40(3):436-48. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.12.022>.
- 24- Zemplényi A, Csikós A, Csanádi M, Kaló Z, Pozsgai E, Pitter J, et al. Early palliative care associated with lower costs for adults with advanced cancer: evidence from Hungary. *Eur J Cancer Care.* 2021;30:e13473. <https://doi.org/10.1111/ecc.13473>
- 25- Moraes E, Campos G, Figlie N, Laranjeira R, Ferraz M. Conceitos introdutórios de economia da saúde e o impacto social do abuso de álcool. *Braz. J. Psychiatry.* 2006; 28(4). [acesso em 2023 Dec] *Disponível em* <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006005000011>.
- 26- Lourenço Ó, Silva V. Avaliação económica de programas de saúde - Essencial sobre conceitos, metodologia, dificuldades e oportunidades. *Rev Port Clínica Geral.* 2008;24(6):729–52. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v24i6.10572>

- 27- Ribeiro A. *Contabilidade de Custos na definição de tabelas de preços*. [Dissertação de Mestrado]. Porto: Faculdade de Economia e Gestão da Universidade Católica; 2014 [acesso em 2023 Nov] Disponível em <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/17694/1/201496380.pdf>
- 28- Salazar, H. Cuidar em Cuidados Paliativos, Cuidando de Nós: A Prevenção em Cuidados Paliativos. Em H. Salazar, *Intervenção Psicológica em Cuidados Paliativos*. Lisboa: Pactor; 2017. p. 117-126.
- 29- Fortin M. O processo de investigação: da conceção à realização. 1.^a edição. Loures. Lusociência. 1999.
- 30- Mourão L. Aplicação da Escala de Gijón em Rastreio de Risco Social. [Dissertação de Mestrado]. Aveiro: Universidade de Aveiro; 2008 [acesso em 2024 Fev] Disponível em <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/3280/1/2009000424.pdf>
- 31- Tavares F. Acuidade prognóstica em fim de vida – valor preditivo de quatro métodos na estimativa de sobrevivência de doentes oncológicos de um hospital central e universitário português. [Dissertação de Mestrado]. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa; 2010 [acesso em 2024 Fev] Disponível em https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2433/1/600534_Tese.pdf
- 32- Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos ANCP. 2.^a edição. 2012 Disponível em <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>
- 33- Chen ML. Inequity of palliative care for non-cancer patients. *J Nurs Res*. 2019 Apr;27(2):1–2. Disponível em <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000324>
- 34- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2023-2024. [acesso em 2024 Fev] Disponível em https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/01/PEDCP-2023_2024_signed.pdf
- 35- Fernandes M, Gomes M, Castro L, Gonçalves M, Petiz V, Lima A, et al. Preditores de Alta Complexidade numa Unidade de Cuidados Paliativos. *Revista Cuidados Paliativos*. 2019;6(1):47-48. [acesso em 2024 Fev] Disponível em [74c15124-b794-457e-955d-05b536786c41.pdf \(boldapps.pt\)](https://boldapps.pt/74c15124-b794-457e-955d-05b536786c41.pdf)

- 36- Haltia O, Färkkilä N, Roine RP, Sintonen H, Taari K, et al. The indirect costs of palliative care in end-stage cancer: A real-life longitudinal register- and questionnaire-based study. *Palliat Med.* 2018;32(2):493-499. <https://doi.org/10.1177/0269216317729789>
- 37- Scibetta C, Kerr K, Mcguire J, Rabow MW. The costs of waiting: implications of the timing of palliative care consultation among a cohort of decedents at a comprehensive cancer center. *J Palliat Med.* 2016;19(1):69-75. <https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0119>
- 38- Ernecoff NC, Wessell KL, Hanson LC, Shea CM, Dusetzina SB, et al. Does Receipt of Recommended Elements of Palliative Care Precede In-Hospital Death or Hospice Referral? *J Pain Symptom Manage.* 2020;59(4):778-786. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.11.011>
- 39- Cheung MC, Earle CC, Rangrej J, et al. Impact of aggressive management and palliative care on cancer costs in the final month of life. *Cancer.* 2015;121(18):3307-3315. <https://doi.org/10.1002/cncr.29485>
- 40- Hsien S, Barbera L, McGrail K, Burge F, Guthrie D et al. Effect of Early Palliative Care on End-of-Life Health Care Costs: A Population-Based, Propensity Score-Matched Cohort Study. *JCO Oncol Pract.* 2022;18(1):e183-e192. <https://doi.org/10.1200/OP.21.00299>
- 41- May P, Normand C, Morrison R. Economic Impact of Hospital Inpatient Palliative Care Consultation: Review of Current Evidence and Directions for Future Research. *J Palliat Med.* 2014;17(9):1054-1063. <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0594>
- 42- Vasconcelos P, Cruz T, Bragança N. Referenciação para cuidados paliativos num serviço de medicina interna. *Rev Clin Hosp Prof Dr Fernando Fonseca.* 2015;3(2):14-19 Disponível em <https://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/1693/1/06%20Referenciação%20para%20Cuidados%20Paliativos.pdf>
- 43- Bremner K, Krahn M, Warren J, Hoch J, Barret M, Liu N, et al. An international comparison of costs of end-of-life care for advanced lung cancer patients using health administrative data. *Palliat Med.* 2015;29(10):918-928. <https://doi.org/10.1177/0269216315596505>

- 44- Lin MH, Wu PY, Chen TJ, Hwang SJ. Analysis of long-stay patients in the Hospice Palliative Ward of a Medical Center. *J Chin Med Assoc.* 2008;71(6):294-9. [https://doi.org/10.1016/s1726-4901\(08\)70125-4](https://doi.org/10.1016/s1726-4901(08)70125-4)
- 45- Zhang B, Wright AA, Huskamp HA, et al. Health care costs in the last week of life: associations with end-of-life conversations. *Arch Intern Med.* 2009;169(5):480-488. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2008.587>
- 46- Bone AE, Gomes B, Etkind SN, Verne J, Murtagh FEM, Evans CJ, et al. What is the impact of population ageing on the future provision of end-of-life care? Population-based projections of place of death. *Palliat Med.* 2018;32(2):329–36. <https://doi.org/10.1177/0269216317734435>
- 47- Capelas M, Sapeta P, Mamede A, Belo A, Jorge M et al. Doentes paliativos nos hospitais públicos portugueses. *Cadernos de Saúde.* 2018;8(1):14-22 <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.7263>
- 48- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Relatório de implementação do Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos Biénio 2021-2022. [acesso em 2024 Fev] Disponível em https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/01/Relatorio-PEDCP-2021-2022_signed-2.pdf
- 49- Neto I, Marques A, Gonçalves E, Domingos H, Feio M. A propósito da criação da Competência de Medicina Paliativa. *Cuidados paliativos nº1.* 2014; p.13 – 16. [acesso em 2023 Mar]. Disponível em https://ciencia.ucp.pt/ws/portalfiles/portal/72715888/RevistaCuidadosPaliativos_2014_Vol.1_No1.pdfconsultado
[28/11/2023](https://doi.org/10.1177/0269216317734435)
- 50- May P, Cassel J. Economic outcomes in palliative and end-of-life care: Current state of affairs. *Ann Palliat Med.* 2018;7(Suppl 3): S244-S248. <https://doi.org/10.21037/apm.2018.06.06>

ANEXOS

Anexo I- Parecer da Comissão de Ética da FMUL



Presidente Prof. Doutor João Forjaz de Lacerda
Vice-Presidente Prof.ª Doutora Ana Isabel Lopes
Membros Doutora Carla Fonseca Prof.ª Doutora Cláudia Sofia Oliveira Dias Monge Prof. Doutor Daniel Caldeira Prof.ª Doutora Cláudia Faria Mestre Enfermeira, Graça Roldão Prof. Doutor João Lavinha Dra. Laura Silva Dias Prof.ª Doutora Maria do Céu Patrão Neves Prof.ª Doutora Patrícia Canhão

Exma. Senhora
Dra. Helena Margarida Dias Fernandes
Faculdade de Medicina
Universidade de Lisboa

Lisboa, 12 de Janeiro de 2024

Nossa Ref.º N.º 229/23

Assunto: Estudo "Custos diretos dos cuidados ao doente em fim de vida numa Unidade de Cuidados Paliativos"

Pela presente se informa que o projeto citado em epígrafe obteve, na reunião ocorrida no dia 5 de Janeiro de 2024, parecer favorável da Comissão de Ética, considerando-se observados os imperativos que fundeiam as Boas práticas clínicas, os preceitos internacionalmente reconhecidos de qualidade ética e científica que devem ser respeitados na conceção e na realização dos estudos clínicos que envolvam a participação de seres humanos.

No uso das competências próprias constantes do disposto no Decreto-Lei. N.º 97/95 de 10 de Maio, e no exercício das suas funções em observância ao deliberado na Lei n.º 21/2014 de 16 de Abril, que aprova a lei da investigação clínica, na sua atual redação alterada pela Lei n.º 73/2015 de 27/07/15, complementada pelo Decreto-Lei n.º 80/2018 (DR n.º 198-2018, Série I de 2018/10/15) que reforça o papel das comissões de ética no contexto da instituição em que se integram, na sua missão de contribuir para o cumprimento de princípios da ética e da bioética, na prestação de cuidados de saúde e na realização de investigação clínica, e ainda em harmonia com os regulamentos internos do CHULN, os códigos deontológicos, as convenções, e as recomendações constantes das declarações e diretrizes internacionais, designadamente as Declarações de Helsínquia a de Tóquio, da Organização Mundial de Saúde e da União Europeia, a Comissão de Ética avaliou o projeto, que considera obedecer aos requisitos éticos fundamentais que devem ser respeitados, refletindo o primado da dignidade e da integridade humanas.

Encontra-se assegurado o direito à integridade moral e física do participante, cumpre as precauções essenciais, cujo desígnio visa minimizar eventuais danos para os seus direitos de personalidade, bem como o direito à privacidade e à proteção dos dados pessoais que lhe dizem respeito, respeitando os imperativos refletidos no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) entrado em vigor em 25 de Maio de 2016 e plenamente aplicável a partir de 25 de Maio de 2018, (Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27/04/16), de 27 de abril, publicado no Jornal Oficial da União Europeia, no dia 4 de Maio de 2016, e na Lei n.º 58/2019, de 8 de Agosto

De acordo com os trâmites institucionais definidos, mais se informa, que o estudo em apreço integrará a lista mensal de estudos aprovados a ser presente ao Sr. Diretor Clínico, Prof. Doutor Rui Tato Marinho, para conhecimento

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética do CAML

Prof. Doutor João Forjaz de Lacerda

COMISSÃO DE ÉTICA DO CAML
AVENIDA PROFESSOR EGAS MONIZ
1649-035 LISBOA
TEL. - 21 780 54 05; FAX - 21 780 56 90
ana.pimentel@chln.min-saude.pt



ALAMEDA DAS LINHAS DE TORRES, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 - Fax: 217 548 215
www.chln.pt

Anexo II- Pedido de autorização de investigação à UCP-RNCII “O Poverello

Ex^o Sr. Diretor Geral
Fundação Domus Fraternitas
Centro de Acolhimento o Poverello

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo de investigação

Helena Margarida Dias Fernandes, Enfermeira com cédula profissional nº 69905, na qualidade de aluna do Curso de mestrado em Cuidados Paliativos (19ª Edição) da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, solicita que seja concedida autorização para a realização de um estudo de investigação subordinado ao tema “Custos diretos dos cuidados ao doente em fim de vida numa unidade de Cuidados Paliativos”, sob orientação do Professor Doutor Paulo Reis Pina.

O estudo tem como objetivos:

- Aferir o custo diário efetivo de internamento de um doente numa UCP- RNCCI;
- Calcular o custo despendido em medicação;
- Calcular o custo despendido com material consumível;
- Calcular o custo despendido com Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica;
- Calcular custo despendido com recursos humanos

Pretende-se que o mesmo seja realizado na Unidade de Cuidados Paliativos da Vossa instituição, sendo a população alvo os doentes admitidos nesta unidade num período de quatro meses.

Sem outro assunto, subscrevo-me respeitosamente aguardando uma resposta.

Braga, 25 de Janeiro de 2023

Helena Margarida Dias Fernandes

Anexo III – Resposta ao Pedido de autorização de investigação à UCP- RNCII “O Poverello



Domus Fraternitas
Fundação de Solidariedade Social
O POVERELLO



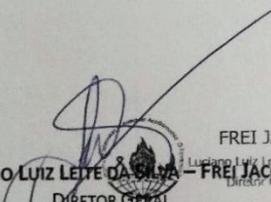
Braga, 30 de janeiro de 2023

Paz e bem!!!

Em resposta ao solicitado, a DOMUS FRATERNITAS – FUNDAÇÃO DE SOLIDARIEDADE SOCIAL, Pessoa Coletiva n.º 504 516 949, registada como IPSS n.º 8/02 como instituição com fins de saúde, proprietária do CENTRO DE ACOLHIMENTO “O POVERELLO”, gerido pela FRATERNIDADE SÃO FRANCISCO DE ASSIS NA PROVIDÊNCIA DE DEUS, representada pelo seu Diretor Geral, vem por este meio informar que o seu pedido de autorização para realização de um estudo de investigação subordinado ao tema “Custos diretos dos cuidados ao doente em fim de vida numa unidade de Cuidados Paliativos” foi **DIFERIDO**.

Por fim, aproveitamos a oportunidade para renovar nossos votos de estima e consideração.

Cordialmente,


LUCIANO LUIZ LEITE DA SILVA – FREI JACÓ
DIRETOR GERAL

Fraternidade São Francisco de Assis na Providência de Deus
DOMUS FRATERNITAS – FUNDAÇÃO DE SOLIDARIEDADE SOCIAL
Centro de Acolhimento *O Poverello*