



CUSTOS E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS
COSTS AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS IN PALLIATIVE CARE
COSTOS Y CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES EN CUIDADOS PALIATIVOS

Sarah Zayanne Rafael da Silva Ribeiro¹, Suely Arruda Vidal², Aline Gouveia de Oliveira³, Michelle Ingrid Cavalcante da Silva⁴, Cynthia Dantas Vicente⁵, Laryssa Grazielle Feitosa Lopes⁶

RESUMO

Objetivo: comparar os custos e a qualidade de vida de pacientes com câncer em cuidados paliativos no hospital e no domicílio. **Método:** estudo quantitativo, descritivo, transversal e de avaliação econômica em saúde parcial realizado com adultos, sendo 46 pacientes internos no hospital e 17, nos domicílios. Avaliaram-se o custo médio mensal para o conjunto de pacientes e individualmente no domicílio e o gasto médio *per capita* dos pagamentos ao hospital. O EORTC QLQ C30, versão 3.0, avaliou a qualidade de vida. Utilizou-se o test t de Student, $p < 0,05$, no programa STATA 13, para a análise. **Resultados:** identificou-se que o custo médio mensal por paciente em casa foi R\$ 843,60, com escore de saúde global/qualidade de vida de 57,14. **Conclusão:** no hospital, o gasto médio mensal *per capita* foi R\$ 724,30, porém, com pior qualidade de vida, 28,6. A qualidade de vida no hospital foi inferior mesmo com valores discretamente menores. É importante ampliar a oferta desses cuidados a fim de garantir a melhor assistência no fim de vida. **Descritores:** Cuidados Paliativos; Custos e Análise de Custo; Qualidade de Vida; Neoplasias; Assistência Domiciliar; Serviços de Assistência Domiciliar.

ABSTRACT

Objective: to compare the costs and quality of life of cancer patients in hospital and home palliative care. **Method:** quantitative, descriptive, cross-sectional study and economic evaluation in partial health performed with adults, being 46 patients in the hospital and 17 in the households. The average monthly cost for the group of patients and individually at the household and the average expenditure per capita of the payments to the hospital were evaluated. The EORTC QLQ C30, version 3.0, assessed the quality of life. Student's t-test, $p < 0.05$, was used in the STATA 13 program for analysis. **Results:** it was identified that the average monthly cost per patient at home was R \$ 843.60, with a global health / quality of life score of 57.14. **Conclusion:** in the hospital, the average monthly expenditure per capita was R \$ 724.30, but with a worse quality of life, 28.6. The quality of life in the hospital was lower even with slightly lower values. It is important to extend the provision of this care in order to ensure the best care at the end of life. **Descriptors:** Palliative Care; Costs and Cost Analysis; Quality Life; Neoplasms; Home Nursing; Home Care Services.

RESUMEN

Objetivo: comparar los costos y la calidad de vida de pacientes con cáncer en cuidados paliativos en el hospital y en el domicilio. **Método:** estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y de evaluación económica en salud parcial realizado con adultos, siendo 46 pacientes internos en el hospital y 17, en los domicilios. Se evaluaron el costo promedio mensual para el conjunto de pacientes e individualmente en el domicilio y el gasto medio per cápita de los pagos al hospital. El EORTC QLQ C30, versión 3.0, evaluó la calidad de vida. Se utilizó el test t de Student, $p < 0,05$, en el programa STATA 13, para el análisis. **Resultados:** se identificó que el costo promedio mensual por paciente en casa fue R\$ 843,60, con puntuación de salud global / calidad de vida de 57,14. **Conclusión:** en el hospital, el gasto medio mensual per cápita fue R \$ 724,30, sin embargo, con peor calidad de vida, 28,6. La calidad de vida en el hospital fue inferior incluso con valores discretamente menores. Es importante ampliar la oferta de estos cuidados a fin de garantizar la mejor asistencia al final de la vida. **Descriptores:** Cuidados Paliativos; Costos y Análisis de Costo; Calidad de Vida; Neoplasias; Atención Domiciliar de Salud; Servicios de Atención de Salud a Domicilio.

¹Mestra, Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira/IMIP. Recife (PE), Brasil. E-mail: sarahzayanne@hotmail.com ORCID Id: <https://orcid.org/0000-0002-0857-7846>; ²Doutora, Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira/IMIP. Recife (PE), Brasil. E-mail: suely@imip.org.br ORCID id: <https://orcid.org/0000-0002-4268-520X>; ³Mestranda, Instituto Aggeu Magalhães/IAM. Recife (PE), Brasil. E-mail: aline.gouveia52@hotmail.com ORCID id: <https://orcid.org/0000-0002-5431-5984>; ⁴Mestranda, Instituto Aggeu Magalhães/IAM. Recife (PE), Brasil. E-mail: michelleenfermeira@hotmail.com ORCID id: <https://orcid.org/0000-0003-4130-3254>; ⁵Especialista, Secretaria de Saúde do Recife. Recife (PE), Brasil. E-mail: cynthiadantas@outlook.com ORCID id: <https://orcid.org/0000-0003-4130-3254>; ⁶Mestra, Universidade Federal de Pernambuco/UFPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: lara_grazi@hotmail.com ORCID id: <https://orcid.org/0000-0002-0709-5378>

INTRODUÇÃO

Aumentou-se a expectativa de vida gradativamente e preveem-se, para o ano de 2030, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas com essa enfermidade, a maioria nos países de baixa e média rendas.¹

Estimou-se, para o biênio 2016-2017, que, no Brasil, ocorreriam 600 mil casos novos de câncer. Pernambuco foi o segundo Estado do Nordeste que teve o maior número de óbitos por câncer em 2014, cerca de 18,8%, sendo Recife e região metropolitana responsáveis por 23,6% de todas as mortes por câncer no Estado.²

Destaca-se diante desse cenário, em todo o mundo, a cada ano, a estimativa de que mais de 20 milhões de pessoas necessitem de cuidados paliativos, sendo imprescindível a oferta desses serviços. Mediante essa assistência, é possível reduzir intervenções desnecessárias, algumas com efeitos colaterais desagradáveis, piorando a qualidade de vida.¹

Ressalta-se que os cuidados de saúde, no último ano de vida, são onerosos e custam até 30% das despesas totais anuais, impulsionados pelas altas taxas de readmissões para tratar de problemas agudos, sendo maior nos últimos 30 dias de vida e, consequentemente, diminuindo potencialmente a qualidade de vida dos usuários.³ Acredita-se que, com isso, programas eficazes de cuidados paliativos fazem uma grande diferença no desempenho financeiro hospitalar diminuindo, significativamente, o uso de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), local onde se concentram cerca de 20% dos gastos totais hospitalares, além de melhorar a evasão de emergências promovendo maior conforto e melhora dos sintomas dos pacientes.⁴

Observa-se, também, que existe uma redução nas taxas de internamento hospitalar para os pacientes em cuidados paliativos em programas domiciliares. E pacientes com câncer internados ou atendidos por um serviço de cuidados paliativos, por 60 dias ou mais antes da morte, usam menos os serviços de emergência para sintomas agudos em comparação com pacientes que não fazem uso desse serviço.⁵

A literatura não deixa claro qual o melhor local para a assistência dos cuidados paliativos considerando a qualidade de vida e custos dos cuidados. Com isso, ressalta-se a importância da melhor assistência para os pacientes com câncer em cuidados paliativos independentemente do local de sua oferta. Sabe-se que o conhecimento dos custos/gastos

tem um papel importante para o direcionamento das ações em saúde.

OBJETIVO

- Comparar os custos e a qualidade de vida de pacientes com câncer em cuidados paliativos no hospital e no domicílio.

MÉTODO

Estudo quantitativo, descritivo, transversal e de avaliação econômica em saúde parcial. Incluíram-se todos os pacientes oncológicos adultos internados na enfermaria de cuidados paliativos do IMIP e nos seus domicílios, assistidos pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), no período de agosto a dezembro de 2015. Excluíram-se os pacientes com dificuldade de comunicação e de compreensão em relação às perguntas.

Obtiveram-se os dados financeiros na Controladoria do IMIP, que trabalha utilizando a técnica de custeio por absorção parcial, sendo calculado o custo médio mensal por item de despesa para o conjunto dos pacientes do SAD e *per capita*.

Conseguiram-se os gastos da internação no setor de Contas Médicas, a partir do Sistema de Informação Hospitalar (espelho da AIH), referentes aos pagamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) dos pacientes envolvidos no estudo internados na Enfermaria de cuidados paliativos do IMIP. Contabilizou-se o cálculo do gasto médio do total da amostra.

Analisou-se a qualidade de vida aplicando-se a escala *European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ C30, versão 3.0), segundo os domínios, de acordo com recomendações do próprio instrumento.⁶ Para a comparação de médias entre os locais de estudo, foi aplicado o Test t de *Student*, com nível de significância de 5% no programa *STATA 13*.

Aprovou-se o estudo no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/IMIP) sob o nº 4928/2015 e coletaram-se os dados após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

A partir da coleta de dados, identificaram-se, na tabela 1, as características sociodemográficas de todos os pacientes estudados. Dos 63 pacientes que constituíram a amostra do estudo, 46 internaram-se no hospital e 17, no domicílio.

Tabela 1. Distribuição das variáveis sociodemográficas dos pacientes em cuidados paliativos da Enfermaria em Cuidados Paliativos e do SAD. IMIP, Recife (PE), Brasil, 2015.

Variáveis	Enfermaria n	SAD %
Faixa Etária		
Mediana	62 (± 13,06)	70 (± 11,87)
Mínimo/Máximo	33/84	46/90
Sexo		
Masculino	16 (34,8%)	09 (52,9%)
Feminino	30 (65,2%)	08 (47,1%)
Etnias		
Brancos	08 (17,4%)	09 (52,9%)
Negros/Pardos	38 (82,6%)	08 (47,1%)
Situação Conjugal		
Com companheiro	24 (52,2%)	10 (58,8%)
Sem companheiro	22 (47,8%)	07 (41,2%)
Anos de Estudo		
< 4	20 (43,5%)	08 (47,1%)
4-8	15 (32,6%)	03 (17,6%)
>8	11 (23,9%)	06 (35,3%)
Ocupação Anterior		
Autônomo	06 (13%)	02 (11,8%)
Desempregado	04 (8,7%)	-
Do lar	06 (13%)	04 (23,5%)
Empregado Formal	26 (56,5%)	10 (58,8%)
Trabalhador Rural	04 (8,7%)	01 (5,9%)
Ocupação Atual		
Aposentado	24 (52,2%)	15 (88,2%)
Licença-saúde	14 (30,4%)	01 (5,9%)
Outros	08 (17,4%)	01 (5,9%)
Renda Familiar, salário mínimo*		
<1	09 (19,6%)	03 (17,6%)
1-3	25 (54,3%)	07 (41,2%)
>3	12 (26,1%)	07 (41,2%)
Nº de Residentes no domicílio		
Média	3,5	3,7
Mínimo/Máximo	1/8	2/6
Procedência		
Recife	18 (39,1%)	14(100%)
Região Metropolitana**	13 (28,3%)	-
Interior de Pernambuco	13 (28,3%)	-
Outros Estados	02 (4,3%)	-

Nota: *Salário Mínimo vigente no ano de 2015 (R\$ 860,00); **Cidades da Região Metropolitana, exceto Recife: Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista, Igarassu, Abreu e Lima, Camaragibe, Cabo de Santo Agostinho, São Lourenço da Mata, Araçoiaba, Ilha de Itamaracá, Ipojuca, Moreno e Itapissuma.

Na tabela 2, constam as características clínicas dos pacientes estudados.

Tabela 2. Características clínicas dos pacientes em cuidados paliativos da Enfermaria em Cuidados Paliativos e do SAD. IMIP, Recife (PE), Brasil, 2015.

Variáveis	Enfermaria n=46	SAD N=17
Diagnóstico Oncológico		
Colo de Útero	06 (13%)	Mama 05 (29,4%)
Mama	05 (10,9%)	Próstata 03 (17,6%)
Vias Biliares	04 (8,7%)	Pulmão 02 (11,8%)
Estômago	04 (8,7%)	Reto 02 (11,8%)
Bexiga	04 (8,7%)	Outros 05 (29,4%)
Outros	23 (50%)	
Tempo de Diagnóstico (meses)		
Mediana	12	24
Mínimo/Máximo	1/108	6/132
Estadiamento		
II+III	04 (8,7%)	01 (5,9%)
IV	35 (76,1%)	11 (64,7%)
Desconhecido/Sem informação	07(15,2%)	05 (29,4%)
Tratamento Anterior*		

Cirurgia	26 (56,5%)	11 (64,7%)
Quimioterapia	30 (65,2%)	09 (52,9%)
Radioterapia	15 (32,6%)	05 (29,4%)
Controle de dor	14 (30,4%)	07 (41,2%)
Tratamento Atual*		
Quimioterapia	06 (13%)	1 (5,9%)
Radioterapia	01 (2,2%)	-
Tratamento de Dor	45 (97,8%)	17 (100%)
Tempo de internamento (dias)		
Mediana	9	166
Mínimo/Máximo	3/31	20/656
Comorbidade**		
Sim	23 (50%)	06 (40%)
Não	23 (50%)	09 (60%)

Nota: *Somatório maior que o total, pois o entrevistado pode ter se submetido a mais de um tratamento; **Diabetes Mellitus; Hipertensão Arterial Sistêmica.

Na tabela 3, encontram-se a média da qualidade de vida segundo cada domínio da escala.

Tabela 3. Média da qualidade de vida, segundo cada domínio da escala EORTC QLQ C-30, em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos internos no SAD e na Enfermaria de Cuidados Paliativos/IMIP. Recife (PE), Brasil, 2015.

Qualidade de Vida	Enfermaria n=46	SAD n=17	Teste estatístico p valor
Saúde Global	29,7	58,8	0.0000
Escala Funcional	22,0	41,8	0.0000
• Desempenho Físico	11,7	28,2	0.0000
• Desempenho Funcional	6,2	35,3	0.0000
• Desempenho Emocional	33,2	57,4	0.0000
• Desempenho Cognitivo	42,0	63,7	0.0004
• Desempenho Social	19,9	34,3	0.0000
Escala de Sintomas	64,6	37,0	0.0000
• Fadiga	83,6	56,2	0.0000
• Náuseas e vômitos	50,7	11,8	0.0000
• Dor	74,6	41,2	0.0000
• Dispneia	37,7	6,7	0.0052
• Insônia	60,0	40,0	0.0551
• Perda de Appetite	76,7	30,0	0.0000
• Constipação	73,3	23,3	0.0000
• Diarreia	10,0	6,7	0.6886
• Dificuldades financeiras	60,0	66,7	0.5081

Nota: Teste t de Student com nível de significância de p_≤ 0,05.

Na tabela 4, apresentam-se os resultados de custo médio dos dois locais da pesquisa comparados com a saúde global/qualidade de vida.

Tabela 4. Demonstrativo do custo médio *per capita* e da qualidade de vida dos pacientes oncológicos internados no SAD/IMIP e no Hospital/IMIP. Recife (PE), Brasil, 2015.

Local de assistência	Custo per capita/mês	Qualidade de vida/ Saúde global
Enfermaria de Cuidados Paliativos/IMIP	R\$ 724,30/mês	28,6
Serviço de Atenção Domiciliar SAD/Recife	R\$ 848,63/mês	57,1

DISCUSSÃO

Explorou-se a qualidade de vida ao mostrar que os pacientes em cuidados paliativos domiciliares possuem saúde global superior aos hospitalizados e que os custos associados a esses cuidados em pacientes oncológicos são levemente superiores. Os resultados apontam

que, além das condições clínicas e do local de assistência, as peculiaridades sociais interferem na qualidade de vida e nos custos para o sistema e as famílias.

No Brasil, registraram-se, em suas regiões menos desenvolvidas, as maiores taxas de mortalidade por câncer até 2030 afetando a qualidade de vida da população.¹ Uma forma

de melhorar a qualidade de vida desses pacientes são os cuidados paliativos e a captação precoce se configura como a melhor alternativa associada aos cuidados domiciliares.⁴⁻⁵

Neste estudo, os pacientes em cuidados paliativos assistidos no domicílio tinham idade mais avançada e maior sobrevida corroborando outros resultados, com doentes com câncer terminal, captados mais precocemente e que passam um período mais longo em serviços de cuidados paliativos.⁷

Além da idade, a baixa renda familiar, a pouca escolaridade e a cor da pele também restringem o acesso ao diagnóstico e ao tratamento adequados levando ao pior prognóstico, à menor sobrevida, após o diagnóstico, com risco de óbito até 7,4 vezes maior entre analfabetos⁸ e 25% maior entre negros, principalmente, nos tipos de câncer potencialmente curáveis, coincidindo com o perfil da amostra deste estudo.⁹ Além desses fatores, o local de residência também tem influência no acesso aos serviços de cuidados paliativos. Este estudo verificou um grande número de pacientes de Recife e Região Metropolitana e pouca participação de pacientes hospitalizados oriundos do interior, que se agrava mais quando estes residem na zona rural. Uma pesquisa identificou menor gasto com os residentes desta zona não pela falta de necessidade, mas pelas dificuldades em chegar a esses serviços.¹⁰

Destaca-se que entre os vários problemas decorrentes da falta de acesso está o retardo dos diagnósticos oncológicos, realizados quando já se apresentam em estádios avançados, sem possibilidade de tratamento curativo ou de controle, como ficou demonstrado em uma pesquisa conduzida em 89 hospitais e sete serviços isolados de quimioterapia ou radioterapia brasileiros onde 45,5% das mulheres apresentavam câncer cérvico-uterino e de mama em estádios III ou IV no momento do diagnóstico condizendo com os resultados encontrados neste estudo.¹¹

Enfatiza-se que nessa cascata de falhas na captação em tempo hábil, desde a atenção primária, esses pacientes são submetidos aos cuidados agressivos próximos do fim de vida.¹² Esses achados reforçam a importância da oferta de cuidados paliativos no início de qualquer doença ameaçadora da vida, resultando em boas respostas, mesmo se iniciados após a interrupção da quimioterapia, podendo oferecer benefícios de sobrevivência.^{1,4,5}

Coligado aos cuidados paliativos na assistência aos pacientes nessas condições de saúde está o atendimento domiciliar que

resulta em maior satisfação, melhoria da qualidade de vida, diminuição de tratamentos e procedimentos invasivos, redução significativa dos custos e maior probabilidade de morrer em casa.¹²

Nessa perspectiva, constata-se que alguns países têm investido na política da morte em casa com a justificativa de que essa alternativa pode até dobrar a chance da morte em local de escolha dos pacientes e reduzir os custos para o sistema público de saúde. Em diversos países da Europa, mais de nove mil pessoas foram entrevistadas acerca da escolha do local de morte e a maioria preferiu que fosse no lar (51% a 84%). Este estudo destacou que essa oferta deve ser feita por equipes especializadas.¹³

Os cuidados domiciliares proporcionam, ainda, o aumento da sobrevivência em até 15% dos pacientes,¹⁴ diminuem o risco de admissão em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), de múltiplas hospitalizações próximas da morte, bem como o uso de quimioterapia, além de propiciarem a oportunidade de receber mais visitas.¹⁵

Há evidências de que os cuidados paliativos no domicílio podem diminuir a carga dos sintomas, reduzir as queixas sintomáticas, em relação aos pacientes da enfermaria, com a diminuição significativa da dor e melhora significativa na qualidade do sono,¹⁶ como se encontrou neste estudo. Outro estudo relata que problemas como náuseas/vômitos, constipação, insônia, dispneia, ansiedade e depressão também melhoraram significativamente após poucos dias de assistência domiciliar demonstrando o controle efetivo desses sintomas.¹⁷

A literatura mostra que, do total dos pacientes com câncer, aproximadamente, 20% necessitarão de apoio profissional para a depressão/ansiedade. O estresse psicossocial e emocional pode atingir até metade dos portadores de doença oncológica, piorando a qualidade de vida, sendo ainda mais intenso nas famílias com maior dificuldade financeira para as quais estima-se que cerca de 25% irão necessitar de assistência social.¹⁸ Neste estudo, não houve diferença entre os grupos, pois ambos pertenciam à mesma categoria socioeconômica.

Em todo o mundo, os altos custos com saúde no último ano de vida têm-se tornado uma grande preocupação como nos Estados Unidos, onde se gastam de 27% a 30% do orçamento total da saúde,¹⁹ e, também, no Canadá, onde o que se gasta com pacientes terminais é maior nos últimos cinco meses, principalmente, pelo maior número de internamentos,²⁰ que chegam a somar até 70%

dos custos para os pacientes em cuidados paliativos.²¹ Esses custos podem aumentar ainda mais para os países em desenvolvimento como o Brasil.

De acordo com tipo de câncer e o local no momento da morte, os custos podem variar de US\$ 36.119,00, em instalações de cuidados crônicos como os *hospices*, a US\$ 15.866,00 para a morte em domicílio,²² aumentando consideravelmente os gastos hospitalares se a morte ocorre em UTI onde se registram 20% dos óbitos nos Estados Unidos.²³ A prática dos *hospices* é bem difundida no Canadá onde 75% das mortes acontecem neste tipo de instalação.²⁴

Estima-se que, para cada dólar gasto em cuidados domiciliares no Canadá, poderiam ser economizados até nove milhões de dólares em custos de saúde.²⁵

Em oposição, os cuidados paliativos, mesmo no hospital, reduzem em até 40% os gastos no último mês de vida e em 17% nos últimos seis meses quando comparados aos cuidados habituais.²⁶ Essa diminuição é atribuída, principalmente, à redução de exames diagnósticos e de procedimentos intervencionistas, bem como ao uso das diretivas antecipadas.²⁷

Um estudo de revisão abrangendo Espanha, Israel, Itália e Reino Unido refere que a consulta domiciliar, com equipe de cuidados paliativos multiprofissional, pode reduzir os custos de saúde.²⁸ Na Espanha, quando esses cuidados são realizados no domicílio, há redução de 71% dos custos se comparados aos cuidados hospitalares habituais.³⁰

CONCLUSÃO

Constatou-se que as equipes de cuidados paliativos domiciliares oferecem melhor qualidade de vida para o paciente se comparadas à assistência paliativa no hospital, mesmo sendo discretamente mais econômico.

Diante dos resultados, necessita-se de maior investimento nessa modalidade de cuidados, principalmente no treinamento das equipes de saúde de todos os níveis de atenção, com ênfase na captação precoce, ampliando o acesso para que mais pacientes e familiares sejam beneficiados, bem como na divulgação dos benefícios junto à população. Deve-se investir no conforto dos pacientes e seus familiares priorizando o estabelecimento dos sintomas para uma morte digna.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Globocan 2012: estimated cancer incidence mortality and

prevalence worldwide in 2012 [Internet]. Geneva: WHO, 2013 [cited 2015 Oct 02]. Available from:

<http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>

2. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2016: incidências de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2015 [cited 2017 July 24]. Available from: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>

3. Zhang B, Wright AA, Huskamp HA, Nilsson ME, Maciejewski ML, Earle CC, et al. Health care costs in the last week of life: associations with end-of-life conversations. Arch Intern Med. 2009 Mar;169(5):480-8. Doi: [10.1001/archinternmed.2008.587](https://doi.org/10.1001/archinternmed.2008.587)

4. Penrod JD, Deb P, Dellenbaugh C, Burgess JF Jr, Zhu CW, Christiansen CL, et al. Hospital-based palliative care consultation: effects on hospital cost. J Palliat Med. 2010 Aug;13 (8):973-9. Doi: [10.1089/jpm.2010.0038](https://doi.org/10.1089/jpm.2010.0038)

5. Back AL, Li YF, Sales AE. Impact of palliative care case management on resource use by patients dying of cancer at a veterans affairs medical center. J Palliat Med. 2005 Feb;8 (1):26-35. Doi: [10.1089/jpm.2005.8.26](https://doi.org/10.1089/jpm.2005.8.26)

6. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European Organization for research and treatment of cancer QLQ C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. J Natl Cancer Inst. 1993 Mar; 85(5):365-76. PMID: 8433390

7. Sharma N, Sharma AM, Wojtowycz MA, Wang D, Gajra A. Utilization of palliative care and acute care services in older adults with advanced cancer. J Geriatr Oncol. 2016 Jan; 7 (1) :39-46. Doi: [10.1016/j.jgo.2015.12.004](https://doi.org/10.1016/j.jgo.2015.12.004)

8. D'Orsi E, Schneider IJC. Five-year survival and prognostic factors in women with breast cancer in Santa Catarina State, Brazil. Cad Saúde Pública. 2009; 25 (6): 1285-96. Doi: [http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600011](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600011).

9. Wagner SE, Hurley DM, Hébert JR, McNamara C, Bayakly AR, Vena JE. Cancer mortality-to-incidence ratios in Georgia: describing racial cancer disparities and potential geographical determinants. Cancer. 2012 Aug;118(16): 4032-45. Doi: [10.1002/cncr.26728](https://doi.org/10.1002/cncr.26728)

10. Wang H, Qiu F, Boilesen E, Nayar P, Lander L, Watkins K, et al. Rural-urban differences in Costs of End-of-Life Care for Elderly Cancer Patients in the United States. J Rural Health. 2015; 32(4):353-62. Doi: [10.1111/jrh.12160](https://doi.org/10.1111/jrh.12160)

11. Girianelli VR, Gamarra CJ, Silva GA. Disparities in cervical and breast cancer mortality in Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(3):459-67. Doi: 10.1590/S0034-8910.2014048005214
12. Fripp JC. Internação domiciliar e cuidados paliativos para pacientes oncológicos no município de Pelotas/RS [dissertation] [Internet]. Pelotas: UFPEL; 2009 [cited 2018 Jan 02]. Available from: <http://www.epidemioufpel.org.br/uploads/teses/dissert%20fripp.pdf>
13. Gomes B, Higginson IJ, Calanzani N, Cohen J, Deliens L, Daveson BA, et al. Preferences for place of death if faced with advanced cancer: a population survey in England, Flanders, Germany, Italy, the Netherlands, Portugal and Spain. *Ann Oncology*. 2012 Aug; 23(8):2006-15. Doi: [10.1093/annonc/mdr602](https://doi.org/10.1093/annonc/mdr602)
14. Bakitas MA, Tosteson TD, Li Z, Lyons KD, Hull JG, Li Z, et al. Early Versus Delayed Initiation of Concurrent Palliative Oncology Care: Patient Outcomes in the ENABLE III Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol*. 2015 May; 33(13):1438-45. Doi: [10.1200/JCO.2014.58.6362](https://doi.org/10.1200/JCO.2014.58.6362)
15. Jang RW, Kryzanowska MK, Zimmermann C, Taback N, Alibhai SMH. Palliative care and the aggressiveness of end-of-life care in patients with advanced pancreatic cancer. *J Natl Cancer Inst*. 2015 Jan;107 (3): pii: dju424. Doi: [10.1093/jnci/dju424](https://doi.org/10.1093/jnci/dju424)
16. Higginson IJ, McCrone P, Hart SR, Burman R, Silber E, Edmonds PM. Is short-term palliative care cost-effective in multiple sclerosis? A randomized phase II trial. *J Pain Symptom Manage*. 2009 Dec;38 (6):816-26. Doi: [10.1016/j.jpainsymman.2009.07.002](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.07.002)
17. Gómez-Batiste X, Porta-Sales J, Espinosa-Rojas J, Pascual-Lopez A, Tuca A, Rodriguez J. Effectiveness of palliative care services in symptom control of patients with advanced terminal cancer: a spanish, multicenter, prospective, quasi-experimental, pre-post study. *J Pain Symptom Manage*. 2010 Nov; 40(5): 652-60. Doi: [10.1016/j.jpainsymman.2010.02.026](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.02.026)
18. Carlson LE, Bultz BD. Benefits of psychosocial oncology care: Improved quality of life and medical cost offset. *Health Qual Life Outcomes*. 2003 Apr;1:8. Doi: [10.1186/1477-7525-1-8](https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-8)
19. Davis M, Walsh D, LeGrand SB, Lagman RL, Harrison B, Rybicki L. The financial benefits of acute inpatient palliative medicine, an inter-institutional comparative analysis by All Patient Refined-Diagnosis Related Group and Case Mix Index. *J Support Oncol*. 2005 July/Aug;3 (4):313-6. PMID:16092604
20. Dumont S, Jacobs P, Turcotte V, Anderson D, Harel F. The trajectory of palliative care costs over the last 5 months of life: a Canadian longitudinal study. *Palliat Med*. 2010;24 (6):630-4. Doi: [10.1177/0269216310368453](https://doi.org/10.1177/0269216310368453)
21. Fassbender K, Fainsinger RL, Carson M, Finegan BA. Cost trajectories at the end of life: the Canadian experience. *J Pain Symptom Manage*. 2009 July;38(1):75-80. Doi: [10.1016/j.jpainsymman.2009.04.007](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.04.007)
22. Walker H, Anderson M, Farahati F, Howell D, Librach SL, Husain A, et al. Resource use and costs of end-of-life/palliative care: Ontario adult cancer patients dying during 2002 and 2003. *J Palliat Care*. 2011;27(2):79-88. PMID: 21805942
23. National Institutes of Health. End-of-Life [Internet]. Bethesda: NIH; 2010 [cited 2018 02 Jan]. Available from: <https://report.nih.gov/NIHfactsheets/ViewFactSheet.aspx?csid=40>.
24. Canadian Hospice Palliative Care Association. Fact Sheet: Hospice Palliative Care in Canada [Internet]. Ottawa: CHPCA; 2012 [cited 2018 02 Jan]. Available from: http://www.chpca.net/media/330558/Fact_Sheet_HPC_in_Canada%20Spring%202014%20Final.pdf
25. The Ontario Association of Community Care Access Centres, The Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction Programs, The Ontario Hospital Association. Ideas and Opportunities for Bending the Health Care Cost Curve. Advice for the Government of Ontario [Internet]. Ontario: OHA; 2010 [cited 2018 02 Jan]. Available from: <http://hssontario.ca/Policy/Documents/papers%20and%20reports/Bending%20the%20Health%20Care%20Cost%20Curve%20%28Final%20Report%20-%20April%2013%2C%202010%29.pdf>
26. Adler ED, Goldfinger JZ, Kalman J, Park ME, Meier DE. Palliative care in the treatment of advanced heart failure. *Circulation*. 2009 Dec;120(25):2597-606. Doi: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.869123>
27. Elsayem A, Swint K, Fisch MJ, Palmer JL, Reddy S, Walker P, et al. Palliative care inpatient service in a comprehensive cancer center: clinical and financial outcomes. *J Clin Oncol*. 2004 May;22(10):2008-14.
28. Simoens S, Kutten B, Keirse E. Costs of terminal patients who receive palliative care or usual care in different hospital wards. *J*

Ribeiro SZRS, Vidal SA, Oliveira AG de et al.

Custos e qualidade de vida de pacientes...

Palliat Med. 2010 Nov;13(11):1365-9. Doi:
[10.1089/jpm.2010.0212](https://doi.org/10.1089/jpm.2010.0212)

29. Serra-Prat M, Gallo P, Picaza JM. Home palliative care as a cost-saving alternative: evidence from Catalonia. Palliat Med. 2001 July;15(4):271-8. Doi:
[10.1191/026921601678320250](https://doi.org/10.1191/026921601678320250)

Submissão: 16/02/2018

Aceito: 05/05/2018

Publicado: 01/06/2018

Correspondência

Sarah Zayanne Rafael da Silva Ribeiro
Avenida João Soares de Lira, 1828
Bairro Divinópolis
CEP: 55010-630 - Caruaru (PE), Brasil