

## Impacto Econômico das Unidades de Cuidados Paliativos Hospitalares: Revisão Sistemática

Economic Impact Of Hospital Palliative Care Units: A Systematic Review

Impacto Económico de las Unidades de Atención Paliativa Hospitalaria: Revisión Sistemática

Thiago Catão de Vasconcelos<sup>1\*</sup>; Ana Mabel Sulpino Felisberto<sup>2</sup>; Marcia Adriana Dias Meirelles Moreira<sup>3</sup>; Thiago Lins da Costa<sup>4</sup>; Rilva Lopes de Sousa Muñoz<sup>5</sup>

### Como citar este artigo:

Vasconcelos TC, Felisberto AMS, Moreira MADM, *et al.* Impacto Econômico das Unidades de Cuidados Paliativos Hospitalares: Revisão Sistemática. Rev Fund Care Online.2019. out./dez.; 11(5):1389-1396. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1389-1396>

### ABSTRACT

**Objective:** The study's main goal has been to determine whether the practice of palliative care in specific units reduces hospital costs for terminally ill patients. **Methods:** It is a systematic review. There were searched primary studies based on LILACS, SCOPUS, SciELO, MEDLINE and Cochrane Library published over the period from January 2014 to January 2019, involving hospitalized adult terminally ill patients. **Results:** There were selected 15 studies published in English and performed in nine countries, all high and medium-high income. Observational evidence was found that patients in palliative care units had comparatively lower costs. **Conclusion:** The addressed studies have compared cost minimization, but many did not report relevant economic analysis for palliative care units. The results of this review point to the need for further investigations regarding economic analysis in health, aiming to obtain broader subsidies of the interrelations between care and costs.

**Descriptors:** Palliative Care, Health Care Costs, Hospital Units; Terminal Care, Systematic Review.

<sup>1</sup> Médico. Especialista em Cuidados Paliativos pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Médico Intensivista da Unidade de Terapia Intensiva e Membro da Comissão de Cuidados Paliativos do Hospital Universitário Lauro Wanderley – HULW, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Gerontologia. Técnico Administrativa do HULW, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

<sup>3</sup> Médica. Doutora em Pesquisa em Cirurgia. Professora da disciplina de Anestesiologia da UFPB e Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética e Cuidados Paliativos da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

<sup>4</sup> Médico. Doutorado em Ciências Médicas. Professor da disciplina de Cuidados Paliativos da UFPB e Presidente da Comissão de Cuidados Paliativos do HULW, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

<sup>5</sup> Médica. Doutorado em Farmacologia. Professora da disciplina de Semiologia da UFPB, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

## RESUMO

**Objetivo:** Determinar se a prática de cuidados paliativos (CP) em unidades específicas reduz os custos hospitalares para pacientes com doenças terminais. **Métodos:** Realizou-se uma revisão sistemática da literatura. Pesquisaram-se estudos primários nas bases da LILACS, SCOPUS, SciELO, MEDLINE e Biblioteca Cochrane publicados entre janeiro de 2014 e janeiro de 2019, envolvendo pacientes adultos com doença terminal hospitalizados. **Resultados:** Selecionaram-se 15 estudos publicados em inglês e conduzidos em nove países, todos de renda alta e média-alta. Encontraram-se evidências observacionais de que pacientes em Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) apresentaram comparativamente menores custos. **Conclusão:** Os estudos compararam a minimização de custos, porém muitos não relataram análise econômica relevante para UCP. Os resultados desta revisão apontam para a necessidade de pesquisas com análise econômica em saúde, a fim de obter subsídios mais amplos das interrelações entre cuidado e custos.

**Descritores:** Cuidados Paliativos, Custos de Cuidados de Saúde, Unidades Hospitalares, Assistência Terminal, Revisão Sistemática.

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar se la práctica de cuidados paliativos (CP) en unidades específicas reduce los costos hospitalarios para pacientes con enfermedades terminales. **Métodos:** Se realizó una revisión sistemática de la literatura. Se investigó estudios primarios en las bases LILACS, SCOPUS, SciELO, MEDLINE y Biblioteca Cochrane publicados entre enero de 2014 y enero de 2019, involucrando pacientes adultos con enfermedad terminal hospitalizados. **Resultados:** Se seleccionaron 15 estudios publicados en inglés y conducidos en nueve países, todos de renta alta y media-alta. Se encontraron evidencias observacionales de que pacientes en Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) presentaron comparativamente menores costos. **Conclusión:** Los estudios compararon la minimización de costos, pero muchos no relataron análisis económico relevante para UCP. Los resultados de esta revisión apuntan para la necesidad de investigaciones con análisis económico en salud, a fin de obtener subsidios más amplios de las interrelaciones entre cuidado y costos.

**Descriptorios:** Cuidados Paliativos, Costos de Cuidados de Salud, Unidades Hospitalarias, Asistencia Terminal, Revisión Sistemática.

## INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), as doenças crônicas não transmissíveis representam mais de 60% da mortalidade e das incapacidades na maioria dos países, incluindo o Brasil. Considerando que aproximadamente 15% a 30% desses pacientes morrem em unidades de terapia intensiva<sup>1</sup>, é importante refletir sobre a qualidade do fim da vida e a necessidade das Unidades de Cuidados Paliativos (UCP), assim como no âmbito da análise econômica em saúde da abordagem paliativista.

Segundo a International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC), os Cuidados Paliativos (CP) são o cuidado holístico ativo de indivíduos de todas as idades com graves sofrimentos relacionados à saúde devido a doenças graves, e especialmente aqueles próximos ao final da vida. Tem como objetivo melhorar a qualidade de vida dos pacientes, suas famílias e seus cuidadores.<sup>2</sup>

Com o avanço técnico-científico, inúmeras intervenções

passaram a ser empregadas no processo de manutenção das funções vitais e, com esse suporte artificial da vida, beneficiam-se consideravelmente pacientes portadores de doenças agudas com perspectiva de cura. No entanto, se aplicado a pacientes sem possibilidades de restauração de condições compatíveis com a vida através dessas medidas, podem ocorrer intervenções potencialmente inapropriadas que trazem maiores possibilidades de dano que de benefícios, sem alívio do sofrimento e com prolongamento do processo de morte.<sup>3,4</sup>

Caracteristicamente, esses pacientes apresentam internações prolongadas em ambiente hospitalar, manifestando alterações significativas do metabolismo e grave comprometimento da capacidade funcional. Além do alongamento do sofrimento dos pacientes e suas famílias, consomem-se substanciais recursos de saúde e, na esfera hospitalar, os gestores podem ser desencorajados a prestar atendimento de qualidade a esses pacientes, sendo muito limitada a cobertura de cuidados paliativos nos hospitais. Para aqueles que permanecem em leitos de unidades de terapia intensiva, os custos agregados de terapia farmacológica, tempo de ventilação mecânica, terapia renal substitutiva, monitorização invasiva e não-invasiva são elevados, sem a perspectiva de recuperação dos pacientes.<sup>5</sup>

A avaliação econômica na assistência à saúde é essencial para validar a provisão atual e aferir a necessidade de novos programas. A análise econômica da assistência médica faz parte de um campo diferente da maioria das análises de outros bens e serviços. Entende-se que o acesso a determinados cuidados de saúde podem significar a diferença entre a vida e a morte, porém enquanto esses cuidados são necessários ao longo da vida, tornam-se inevitáveis e cruciais no final desta, que é um estágio particular, caro e complexo, pois afeta não apenas os indivíduos, mas também suas famílias e a sociedade em geral. Supõe-se que a abordagem baseada em UCP possa reduzir os custos para adultos hospitalizados em fase final de vida, mas a pesquisa econômica nesta área é considerada escassa e pouco se sabe sobre o alcance e a extensão dos custos envolvidos na sua prestação, embora seja uma prioridade política em todo o mundo<sup>6</sup>, e haja necessidade de subsídios para a tomada de decisões em relação à alocação eficaz de recursos.<sup>7</sup>

Com base nestas premissas, o objetivo deste estudo foi determinar se a prática dos CP em unidades específicas para esta abordagem reduz os custos hospitalares para pacientes com doenças terminais em comparação com outras unidades de internação.

## MÉTODOS

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, método de pesquisa que permite reunir e sintetizar o estado do conhecimento, de maneira sistemática e ordenada, de tema delimitado, além de apontar lacunas do conhecimento

que precisam ser preenchidas por meio da realização de novos estudos.<sup>10</sup>

Com o escopo de aumentar a clareza em torno do objetivo da pesquisa, alguns conceitos-chave da revisão necessitam ser apresentados. Uma abordagem paliativista foi definida como uma assistência abrangente de CP que incorpora elementos especializados e/ou generalistas. Para os fins desta revisão, os cuidados paliativos especializados são definidos como os cuidados prestados por profissionais que passaram por um treinamento especializado, enquanto os cuidados paliativos generalistas são definidos como aqueles fornecidos como parte da prática clínica padrão por qualquer profissional de saúde que não faz parte de uma equipe especializada nessa abordagem, mas que segue a abordagem dos CP.

O termo geral "unidades de cuidados paliativos" foi usado neste artigo para cobrir intervenções que especificam um foco de cuidados paliativos e/ou cuidados relacionados com cuidados paliativos. O termo "fim-de-vida" foi mantido vago deliberadamente, de modo a incluir o maior número possível de estudos, por exemplo, estudos que se concentram nos últimos sete dias, no último mês, nos últimos três meses, e assim por diante.

Para a elaboração da revisão, seguiram-se as seguintes etapas: (1) definição da pergunta de pesquisa; (2) definição dos descritores para a busca; (3) definição dos critérios de elegibilidade dos artigos; (4) realização da pesquisa nas bases de dados; (5) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; (6) seleção dos artigos para compor a revisão a partir de triagem dos títulos e resumos utilizando critérios de inclusão e exclusão pré-especificados; (7) leitura na íntegra dos estudos selecionados pelos títulos e resumos; (8) extração dos dados e informações de acordo com os objetivos da pesquisa com preenchimento de planilha criada para este fim; (9) síntese das evidências; (10) avaliação da qualidade dos estudos; (11) interpretação dos resultados e síntese do conhecimento produzido.

Para nortear o estudo, formulou-se a questão estruturada de acordo com a estratégia PICO (Paciente, Intervenção, Comparação, Objetivos): "Em pacientes hospitalizados criticamente enfermos e terminais, o impacto econômico de unidades de cuidados paliativos difere do de unidades de atendimento convencionais?"

### Estratégia de Busca

Incluímos os seguintes termos de pesquisa, indexados nos Descritores em Ciências de Saúde (DeCS): "health care costs", "palliative care" e "terminal care", combinados por meio da expressão booleana "AND".

Devido à sua conhecida indexação de publicações na área da saúde, pesquisaram-se os bancos de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), SCOPUS (Elsevier), SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) e *Medical Literature Analysis and*

*Retrieval System Online* (MEDLINE), sendo esta última acessada através da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Foi realizada também uma pesquisa secundária na Biblioteca Cochrane (*Cochrane Database of Systematic Reviews*) para garantir que outros artigos importantes não tivessem sido perdidos, e quando foram identificadas revisões nesta busca, estas foram revisadas com o objetivo de identificar estudos empíricos não identificados na pesquisa original.

As listas de referências nos artigos incluídos também foram pesquisadas manualmente. Para minimizar o viés de publicação – que ocorre quando o número de estudos publicados não é representativo do total de estudos sobre o problema de pesquisa – realizou-se uma busca para identificar estudos não-publicados nas bases de dados de teses de Mestrado e Doutorado das principais universidades brasileiras ou em bases digitais nacionais.

O Google Acadêmico foi empregado na busca complementar de estudos. Por ser um mecanismo de pesquisa acadêmica comumente usado na internet, considerado um complemento útil na pesquisa por evidências. Para tal, consideraram-se os instantâneos visíveis dos primeiros 1.000 registros resultantes da busca.<sup>11</sup>

Para a extração e registro das informações-chave, foi elaborada e preenchida uma planilha que permitiu reunir e sintetizar elementos referentes à autoria e relativos às publicações (base de dados de indexação, título, ano, periódico, idioma, país de origem, modelo do estudo, objetivos e principais resultados).

### Critérios de Elegibilidade

Os critérios de inclusão foram os seguintes: (1) artigos originais (publicações com resultados primários de pesquisa científica apresentando dados originais de estudos experimentais ou observacionais, com análise descritiva e/ou inferências de dados próprios); (2) publicados entre 2014 e 2019; (3) disponibilidade dos textos na íntegra; (4) artigos publicados nos idiomas inglês, português e espanhol; (5) estudos quantitativos, qualitativos ou de abordagem mista; (6) publicações relacionadas diretamente à pergunta da pesquisa; (7) pesquisas envolvendo pacientes adultos, de qualquer sexo, internados em ambiente hospitalar; e (8) pesquisas envolvendo pacientes em unidades específicas de CP comparados a pacientes com elegibilidade para tal modalidade do cuidado mas internados em outras unidades hospitalares.

Os critérios de exclusão foram: (1) artigos sob a forma de resumos e trabalhos publicados em anais de congressos (2) estudos apresentados como capítulos de livros; (3) artigos que se repetiram entre as bases de dados; (4) grupos de comparação compostos por participantes de CP domiciliares, de *hospices* ou qualquer instituição não hospitalar; e (5) estudos que não reportavam dados econômicos como análise econômica em saúde.

### Seleção dos Artigos

Foi realizada a leitura dos títulos do total de artigos que resultaram da busca. Após a seleção pelos títulos, os resumos foram lidos a fim de verificar se preenchiam os critérios de inclusão. Após essa primeira fase, os artigos selecionados foram lidos na íntegra e, em seguida extraíram-se as informações-chave pré-determinadas, considerando a questão de investigação proposta. Após preenchimento da planilha de resumo dos dados, realizou-se revisão descritiva de categorias a partir deste.

A fim de minimizar vieses na seleção e interpretação dos estudos, dois pesquisadores (TCV e RLSM) realizaram independentemente a busca nas bases eletrônicas, assim como a extração de dados, sendo cada discrepância resolvida por consenso.

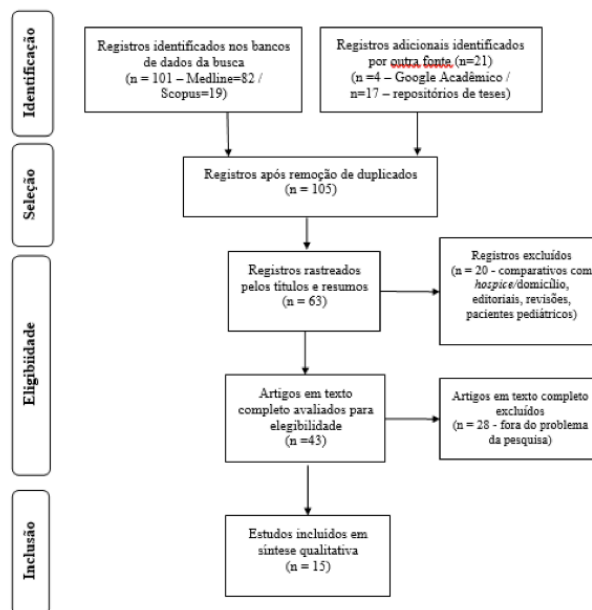
A busca limitou-se aos últimos cinco anos em reconhecimento à natureza em rápida mudança das análises econômicas em saúde e ao limitado escopo de pesquisa sobre CP publicada anteriormente.

A avaliação do nível de evidência científica foi feita com base na proposta pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), em que são enumerados sete níveis para qualidade/força de evidência, abrangendo tanto estudos quantitativos quanto qualitativos<sup>12</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca inicial nas bases de dados antes da triagem resultou no encontro de 303 artigos. Com a aplicação dos filtros representados pelos limites temporais e de restrição aos três idiomas pré-definidos, o total passou para 101 artigos. Estes foram inseridos em uma planilha do aplicativo *Excel* de acordo com a base de indexação, seguindo ordem alfabética dos títulos, com indicação dos autores e, assim, possibilitando a identificação dos artigos em duplicidade. Nesta segunda triagem, excluíram-se 17 artigos. Através da leitura dos resumos, verificou-se que 43 artigos atendiam aos critérios de inclusão. Por meio da leitura do texto integral destes artigos, excluíram-se 28 por não responderem à pergunta norteadora, restando, portanto, 15 artigos (**Figura 1**).

Estes números incluíram quatro artigos em busca mediante o uso do Google Acadêmico, dos quais três foram incluídos. Encontraram-se 17 teses e dissertações resultantes da busca com os descritores em repositórios eletrônicos. Nenhuma delas abordavam especificamente o problema de pesquisa proposto.



**Figura 1** - Fluxograma para resumo do processo de busca e inclusão/exclusão das publicações inseridas na revisão. João Pessoa, PB, BRASIL, 2019

Todos os artigos incluídos na seleção foram publicados no idioma inglês. Em relação à base de dados, a grande maioria foi encontrada por meio da MEDLINE (80%). Na análise das características metodológicas das publicações selecionadas, observou-se que todos foram estudos de modelo observacional, com abordagem quantitativa. Doze artigos (80%) com estudos retrospectivos e três (20%) prospectivos. Os 15 estudos se enquadraram no nível de evidência 4 (escala com categorias entre 1 e 7). Todos os estudos receberam aprovação do comitê de ética em pesquisa institucional.

A pesquisa de escopo indicou que os estudos incluídos na revisão tinham diversas metodologias e significativa heterogeneidade; portanto, uma síntese temática foi feita com base nos resultados dos diversos artigos. Nesta categorização dos estudos, foi possível estabelecer quatro grupos nos quais os resultados se enquadravam, com estimativa de custos classificados do seguinte modo (**Tabela 1**):

- Grupo 1: Estudos em que se evidenciou diminuição de custos com menor taxa de admissão hospitalar, menor número de procedimentos diagnósticos/terapêuticos, menor número de admissão em UTI e de óbitos em hospital (11 estudos);
- Grupo 2: Estudos em que se relacionou a diminuição de custos com o fator interveniente de número de comorbidades dos pacientes que preenchiam critérios para CP (dois estudos);
- Grupo 3: Estudo em que se relacionou a diminuição de custos com o fator interveniente da precocidade do encaminhamento para tratamento paliativo dos pacientes selecionados (um estudo);
- Grupo 4: Estudo em que não se demonstrou relação

direta de diminuição de custos das UCP realizados no ambiente hospitalar (um estudo).

**Tabela 1:** Categorização dos artigos em grupos conforme resultados positivos ou ausentes e presença de fatores intervenientes (revisão 2014-2019). João Pessoa, PB, BRASIL, 2019

Grupo	Autor/Ano	Título
Grupo 1	Binney et al. (13) (2014)	<i>Feasibility and economic impact of dedicated hospice inpatient units for terminally ill ICU patients</i>
	Kim et al. (14) (2015)	<i>Does hospital need more hospice beds? Hospital charges and length of stays by lung cancer inpatients at their end of life: A retrospective cohort design of 2002-2012</i>
	McCarthy et al. (15) (2015)	<i>Cost Savings from Palliative Care Teams and Guidance for a Financially Viable Palliative Care Program</i>
	Robinson et al. (16) (2015)	<i>The extent and cost of potentially avoidable admissions in hospital inpatients with palliative care needs: a cross-sectional study</i>
	Wang et al. (17) (2015)	<i>Association between palliative case management and utilization of inpatient, intensive care unit, emergency department, and hospice in Medicaid beneficiaries</i>
	Ciałkowska-Rysz et al. (18) (2016)	<i>How much does care in palliative care wards cost in Poland?</i>
	Wang et al. (19) (2016)	<i>How different is the care of terminal pancreatic cancer patients in inpatient palliative care units and acute hospital wards? A nationwide population-based study</i>
	Chaudhuri et al. (20) (2017)	<i>Critical care at the end of life: a population-level cohort study of cost and outcomes</i>
	Ireland (21) (2017)	<i>Access to palliative care services during a terminal hospital episode reduces intervention rates and hospital costs: a database study of 19 707 elderly patients dying in hospital, 2011-2015</i>
	Isenberg et al. (22) (2017)	<i>Economic Evaluation of a Hospital-Based Palliative Care Program</i>
Grupo 2	Patel et al. (23) (2017)	<i>Palliative Care and Health Care Utilization for Patients with End-Stage Liver Disease at the End of Life</i>
	May et al. (24) (2016)	<i>Palliative Care Teams' Cost-Saving Effect Is Larger for Cancer Patients with Higher Numbers of Comorbidities</i>
Grupo 3	Scibetta et al. (25) (2016)	<i>The Costs of Waiting: Implications of the Timing of Palliative Care Consultation among a Cohort of Decedents at a Comprehensive Cancer Center</i>
Grupo 4	Nevadunsky et al. (26) (2014)	<i>The role and timing of palliative medicine consultation for women with gynecologic malignancies: association with end of life interventions and direct hospital costs</i>
	Morishima et al. (27) (2014)	<i>Association of healthcare expenditures with aggressive versus palliative care for cancer patients at the end of life: a cross-sectional study using claims data in Japan</i>

Os 15 estudos foram conduzidos em nove países, todos de renda alta e média-alta, quase metade dos artigos realizados nos Estados Unidos. A grande maioria dos estudos enfocou a economia de custos. Apenas um estudo empregou a estimativa de custo-efetividade.<sup>22</sup>

Quinze estudos elegíveis foram identificados, todos observacionais de coorte, a maioria retrospectiva (12 de 15 estudos), publicados entre 2014 e 2019. Portanto, como todos os estudos tiveram modelos observacionais, um nexo de causa e efeito (UCP e redução de custos) não pode ser sugerido nos estudos em que se observaram resultados econômicos em saúde positivos.

Os custos diretos totais foram heterogêneos em termos de configurações, métodos, estratégias de custos e duração dos períodos de acompanhamento, limitando as conclusões extraídas, assim como a possibilidade de realização de meta-análise associada à revisão, porém os resultados constituem evidências que, embora sejam de classificação hierárquica científica intermediária entre fraca e forte, podem ser usadas para orientar gestores de saúde na determinação de se UCP melhoram os resultados de saúde em relação a intervenções habitualmente realizadas nos hospitais, tanto no sentido dos custos quanto de duração da internação e desospitalização.

Destaca-se o resultado de que nenhum dos estudos foi realizado em países pobres. Metade dos estudos foi de origem norte-americana, o que representa um desafio

para pesquisadores de outros países, uma vez que as evidências econômicas não se transferem simplesmente entre países diferentes socioeconomicamente ou entre diferentes sistemas de saúde. Apesar disso, as comparações internacionais sobre a economia da provisão de saúde têm claramente valor para obter tendências sobre a relação custo-benefício de vários sistemas de saúde e modelos de atenção à saúde.<sup>28</sup>

A principal resposta à pergunta de pesquisa formulada, foi respondida, pois se encontraram evidências de que a maioria dos 15 estudos analisados que compararam CP hospitalares com os cuidados hospitalares tradicionais para doentes terminais em várias condições clínicas, mostraram redução dos custos hospitalares.<sup>13-23</sup> Os estudos que consideraram predominantemente variáveis que interferem nos custos como número de comorbidades<sup>24</sup> e precocidade dos CP<sup>25,26</sup> envolveram apenas pacientes com câncer. Apenas um estudo não revelou menores custos associados à implementação de CP,<sup>27</sup> um estudo de coorte retrospectiva envolvendo doentes com câncer terminal no Japão em que o grupo que recebia cuidados tradicionais, não paliativos, foi submetido a intervenções ditas “agressivas”, como quimioterapia no último mês de vida. Mesmo assim, não se evidenciou diferença entre os grupos comparados, embora o grupo de CP tenha recebido mais analgesia com opioides.

Nestes estudos, houve evidências observacionais de que os pacientes sob CP não apenas apresentaram comparativamente menores custos, mas também menor frequência de internação em unidade de terapia intensiva, menor realização de procedimentos, menor permanência hospitalar, menor percentual de óbitos no hospital.<sup>13-26</sup>

Dentre os vários tipos de métodos de avaliações econômicas existentes, como custo-benefício, custo-utilidade, custo-preferência, custo efetividade. Esta última assume um caráter especial, pois alguns especialistas a utiliza de forma genérica, para descrever todos os tipos de análises pela possibilidade da unidade de medição ser multável, podendo incluir número de doenças evitadas, internações prevenidas, casos detectados, número de vidas salvas ou Anos de Vida Ajustados por Qualidade de Vida (AVAQ).<sup>29</sup>

De modo geral, o que os diferencia é a forma de mensurar os desfechos em saúde. Cada tipo de avaliação compara os custos de estratégias alternativas, mas varia em como a eficácia e a efetividade são medidas. Foram relatadas poucas estimativas diretas de custo-benefício, que é uma medida que compara benefícios de um tratamento medido em dinheiro, mas também em dias de hospitalização evitados e na melhora na qualidade de vida e alívio dos sintomas. A principal limitação ou dificuldade dos estudos de custo-benefício é a chamada “monetização da saúde”, confrontando-se questionamentos controversos como “o alívio da dor ou sofrimento tem preço?” A atribuição de valores monetários aos impactos para a saúde,

especialmente a vida humana, é uma tarefa difícil.<sup>29</sup>

É importante destacar que a análise dos resultados do **Grupo 1** mostrou uma gama diversificada de doenças de base, condições de foco e tipos de ferramentas usadas nas avaliações do impacto econômico. Por outro lado, na maioria dos estudos não se relataram os itens completos de resultados econômicos recomendados nas análises de custos em saúde, mas apenas a minimização de custos, sem estimativas de custo-efetividade, ou análises de custo-utilidade e custo-benefício.

À luz dos resultados dos estudos revisados sobre análises econômicas em CP hospitalares, esta revisão é uma atualização oportuna sobre um tópico de alta prioridade na área da saúde. A possibilidade de estabelecer esses cuidados abre um leque maior de possibilidades de manejo do paciente em fim de vida, principalmente quando a filosofia de assistência humanizada ganha força e o início da preocupação com o conforto, alívio do sofrimento e dignidade para com o paciente e sua família não se dá apenas na terminalidade, mas sim no momento do diagnóstico de uma doença ameaçadora à vida, mas individualizada de acordo com as necessidades dos pacientes e de seus familiares.

Em consonância com o aspecto econômico, se pode levar em conta a noção de custo de oportunidade, em que diante das restrições orçamentárias e de recursos humanos, decisões complexas são impostas e quando se opta por uma intervenção equivocada – aquela que não gera benefícios adicionais –, se pode desperdiçar a oportunidade de investir em alternativas que poderiam trazer mais ganhos para os pacientes.<sup>28,34</sup>

A preocupação dos gestores e profissionais de saúde do âmbito hospitalar com os pacientes crônicos vêm aumentando, em paralelo à expansão da literatura neste tema, especialmente no que concerne aos pacientes com indicação de CP. O corpo de avaliações econômicas de intervenções de CP em hospitais acompanha essa expansão, evidenciando a resposta dos pesquisadores a uma lacuna na literatura.<sup>7</sup> Mais atenção é necessária para seguir as diretrizes estabelecidas para relatórios econômicos no sentido de melhorar evidências em relação à análise de custos em CP.<sup>6</sup>

Portanto, para corroborar com esses resultados, mais estudos observacionais prospectivos, uma vez que ensaios clínicos randomizados e controlados, duplo-cegos, não são modelos de pesquisa apropriados para responder a perguntas de custo-utilidade e custo-efetividade de abordagens intervencionistas em relação à abordagem paliativista, por razões bioéticas. Contudo uma análise mais aprofundada da heterogeneidade do efeito do tratamento oferece o potencial de reduzir os vieses desses tipos de análises e identificar populações para as quais intervenções de CP são mais custo-efetivas.<sup>7</sup>

É importante salientar também que podem haver interações complexas entre os custos de cuidados e

diagnóstico (por exemplo, distinções câncer/não-câncer), grupos etários e outros fatores, como por exemplo, duração da hospitalização e duração do início do atendimento dos CP após a admissão hospitalar.

Inovações metodológicas também são necessárias para gerar novas abordagens para a coleta de dados que forneçam estimativas de custo mais precisas em CP. Embora algumas abordagens sejam específicas de país ou região, o valor dos dados econômicos comparativos internacionais é significativo e deve impulsionar desenvolvimentos metodológicos adicionais nessa área.

## CONCLUSÕES

Os estudos incluídos nesta revisão apoiam a assertiva de que cuidados paliativos hospitalares são geralmente menos onerosos em relação aos grupos comparativos de intervenções usuais e, na maioria dos casos, a diferença nos custos foi estatisticamente significativa. O foco principal desses estudos foi colocado nos custos monetários diretos, com poucos dados de custo-benefício e nenhum de custo-utilidade.

Não obstante, tais evidências podem contribuir para elucidar o atual estado das pesquisas publicadas em termos de custos de intervenções em CP hospitalares, destacando a importância da lacuna que precisa ser abordada na literatura neste campo pela falta de estudos em países em desenvolvimento, com análise de modalidades mais abrangentes de avaliação econômica em saúde, a fim de obter subsídios mais amplos das interrelações entre cuidado e custos.

## REFERÊNCIAS

1. Goodman DC, Esty AR, Fisher ES, Chang CH. Trends and variation in end-of-life care for medicare beneficiaries with severe chronic illness. Health Policy and Clinical Practice Center for Health Policy Research [Internet]. 2011. [citado 2019 Maio 20]. Disponível em: <https://www.rwjf.org/en/library/research/2011/04/trends-and-variation-in-end-of-life-care-for-medicare-beneficiar.html>.
2. International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC). Global consensus based palliative care definition. [2018]. Houston, TX: The International Association for Hospice and palliative care. Disponível em <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>
3. Hui D, Nooruddin Z, Didwaniya N, Dev R, De La Cruz M, Kim SH et al. Concepts and definitions for "actively dying," "end of life," "terminally ill," "terminal care," and "transition of care": a systematic review. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2014 [citado 2019 jul 20]; 47(1):77-89. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0885392413002431>.
4. Salins N, Gursahani R, Mathur R, Iyer S, Macaden S, Simha N et al. Definition of terms used in limitation of treatment and providing palliative care at the end of life: the Indian council of medical research commission report. Indian J Crit Care Med. [Internet]. 2018 [citado 2019 jun 20]; 22(4):249-262. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5930529/>.
5. Coelho CBT, Yankaskas JR. New concepts in palliative care in the intensive care unit. Rev Bras Ter Intensiva [Internet]. 2017 [citado 2019 Jun 20]; 29(2):222-230. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28977262>.
6. Maio P, Normand C, Cassel JB, Del Fabbro E, Fine RL, Menz R et al. Economics of palliative care for hospitalized adults with serious

- illness: a meta-analysis. *JAMA Intern Med.* [Internet]. 2018 [citado 2019 Jun 20]; 178(6):820-829. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2678833>.
7. Gardiner C, Ingleton C, Ryan T, Ward S, Gott M. What cost components are relevant for economic evaluations of palliative care, and what approaches are used to measure these costs? A systematic review. *Palliat Med.* [Internet]. 2017 [citado 2019 Maio 20]; 31(4):323-337. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0269216316670287>.
  8. Nickel L, Oliari LP, Vesco SNP, Padilha MI. Grupos de pesquisa em cuidados paliativos: a realidade brasileira de 1994 a 2014. *Esc AnnaNery* [Internet]. 2016 [citado 2019 Maio 29]; 20(1):706. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-452016000100070&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-452016000100070&script=sci_abstract&tlng=pt).
  9. Gomes ALZ, Othero MB. Cuidados paliativos. *Estud. av.* [Internet]. 2016 [citado 2019 Jul 29]; 30 (88): 155-166. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142016000300155&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142016000300155&script=sci_arttext)
  10. Polit DF, Beck CT. Using research in evidence-based nursing practice. In: Polit DF, Beck CT, editors. *Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization.* Philadelphia (USA). Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
  11. Haddaway NR, Collins AM, Coughlin D, Kirk S. The role of google scholar in evidence reviews and its applicability to grey literature searching. *PLoS ONE.* [Internet]. 2015 [citado 2019 MAJo 29]; 10(9): e0138237. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0138237>.
  12. Galvão CM. Níveis de evidência. *Acta Paul Enferm.* [Internet]. 2006; [citado 2019 Jun 10]; 19 (2). Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3070/307023806001.pdf>.
  13. Binney ZO, Quest TE, Feingold PL, Buchman T, Majesko AA. Feasibility and economic impact of dedicated hospice inpatient units for terminally ill ICU patients. *Critical care medicine* [Internet]. 2014 [citado 2019 Jun 10]; 42(5):1074-1080. Disponível em: [https://cdn.journals.lww.com/ccmjournal/Abstract/2014/05000/Feasibility\\_and\\_Economic\\_Impact\\_of\\_Dedicated.7.aspx](https://cdn.journals.lww.com/ccmjournal/Abstract/2014/05000/Feasibility_and_Economic_Impact_of_Dedicated.7.aspx)
  14. Kim SJ, Han KT, Kim, TH, Park EC. Does hospital need more hospice beds? Hospital charges and length of stays by lung cancer inpatients at their end of life: a retrospective cohort design of 2002–2012. *Palliative medicine* [Internet]. 2015 [citado 2019 Jun 10]; 29(9):808-816. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0269216315582123>.
  15. McCarthy IM, Robinson C, Huq S, Philastre M, Fine RL. Cost savings from palliative care teams and guidance for a financially viable palliative care program. *Health services research* [Internet]. 2015 [citado 2019 Jun 23]; 50(1): 217-236. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1475-6773.12203>.
  16. Robinson J, Boyd M, O'Callaghan A, Laking G, Frey R, Raphael D et al. The extent and cost of potentially avoidable admissions in hospital inpatients with palliative care needs: a cross-sectional study. *BMJ supportive & palliative care* [Internet]. 2015 [citado 2019 Jun 13]; 5(3):266-272. Disponível em: <https://spcare.bmj.com/content/5/3/266.short>.
  17. Wang L, Piet L, Kenworthy CM, Dy SM. Association between palliative case management and utilization of inpatient, intensive care unit, emergency department, and hospice in medicaid beneficiaries. *Am J Hosp Palliat Care* [Internet]. 2015 [citado 2019 Jun 10]; 32(2):216-20. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24445151>.
  18. Ciałkowska-Rysz AD, Pokropska W, Łuczak J, Kaptacz A, Stachowiak A, Hurich K et al. How much does care in palliative care wards cost in Poland? *Archives of medical science: AMS.* [Internet]. 2016 [citado 2019 Jun 13]; 12(2):457. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4848375/>.
  19. Wang JP, Wu CY, Hwang IH., Kao CH, Hung YP, Hwang SJ, Li CP. How different is the care of terminal pancreatic cancer patients in inpatient palliative care units and acute hospital wards? A nationwide population-based study. *BMC palliative care* [Internet]. 2016 [citado 2019 Jun 13]; 15(1). Disponível em: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-016-0075-x>.
  20. Chaudhuri D, Tanuseputro P, Herritt B, D'Egidio G, Chalifoux M, Kyeremanteng K. Critical care at the end of life: a population-level cohort study of cost and outcomes. *Critical Care* [Internet]. 2017 [citado 2019 Jun 10]; 21(1), 124. Disponível em: <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13054-017-1711-4>.
  21. Ireland AW. Access to palliative care services during a terminal hospital episode reduces intervention rates and hospital costs: a database study of 19 707 elderly patients dying in hospital, 2011–2015. *Internal medicine journal* [Internet] 2017 [citado 2008 Jun 23]; 47(5): 549-556. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/imj.13400>.
  22. Isenberg SR, Lu C, McQuade J, Razzak R, Weir BW, Gill N et al. Economic evaluation of a hospital-based palliative care program. *Journal of oncology practice* [Internet] 2017 [citado 2019 Jun 23]; 13(5):e408-e420. Disponível em: <https://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JOP.2016.018036>.
  23. Patel AA, Walling AM, Ricks-Oddie J, May FP, Saab S, Wenger N. Palliative care and health care utilization for patients with end-stage liver disease at the end of life. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* [Internet]. 2017 [citado 2019 Jun 13]; 15(10):1612-1619. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S154235651730143X>.
  24. Maio P, Garrido MM, Cassel JB, Kelley AS, Meier DE, Normand C et al. Palliative care teams' cost-saving effect is larger for cancer patients with higher numbers of comorbidities. *Health Affairs* [Internet] 2016 [citado 2019 Jul 03]; 35(1):44-53. Disponível em: <https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.2015.0752>.
  25. 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. *Journal of palliative medicine* [Internet] 2016 [citado 2019 Jul 03]; 19(1):69-75. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jpm.2015.0119>.
  26. Nevadunsky NS, Gordon S, Spoozak L, Van Arsdale A, Hou Y, Klobocista M. The role and timing of palliative medicine consultation for women with gynecologic malignancies: association with end of life interventions and direct hospital costs. *Gynecologic oncology* [Internet] 2014 [citado 2019 Jul 03] 132(1):3-7. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0090825813012742>.
  27. Morishima T, Lee J, Otsubo T, Imanaka Y. Association of healthcare expenditures with aggressive versus palliative care for cancer patients at the end of life: a cross-sectional study using claims data in Japan. *Int J Qual Health Care.* [Internet] 2013 [citado 2019 Jul 03]. 26(1):79-86. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/26/1/79/2849743>.
  28. Smith S, Brick A, O'Hara S, Normand C. Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: a literature review. *Palliative Med.* [Internet]. 2014; [citado 2019 Jul 11]; 28(2) 130–150.
  29. Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação econômica em Saúde: desafios para gestão no Sistema Único de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.
  30. Silva EN, Galvão TF, Pereira MG, Silva MT. Estudos de avaliação econômica de tecnologias em saúde: roteiro para análise crítica. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2014; [citado 2019 Jul 11]. 35(3):219-27. Disponível em: [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rpsp/v35n3/a09v35n3.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v35n3/a09v35n3.pdf).
  31. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Jourdain M, Bornstain C, Wernet A. et al. Impact of a family information leaflet on effectiveness of information provided to family members of intensive care unit patients: A multicenter, prospective, randomized, controlled trial. *Am J Respir Crit Care Med.* [Internet]. 2002; [citado 2019 Jul 20]. 165:438–442. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11850333>.
  32. Pochard F, Darmon M, Fassier T, Bollaert PE, Cheval C, Coloigner M et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. *J Crit Care* [Internet]. 2005; [citado 2008 Jul 20]. 20:90–96. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16015522>.
  33. Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubenfeld GD et al. American academy of critical care medicine: recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College [corrected] of critical care medicine. *Crit Care Med.* [Internet]. 2008; [citado 2019 Jul 20]. 36:953–963. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18431285>.
  34. Silva EN, Silva MT, Pereira MG. Estudos de avaliação econômica em saúde: definição e aplicabilidade aos sistemas e serviços de saúde. *Epidemiol Serv Saude* [Internet]. 2016; [citado 2019 Jul 23]. 25(1):205-7. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742016000100023](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742016000100023).

Recebido em: 29/08/2019  
Revisões requeridas: Não houve  
Aprovado em: 27/09/2019  
Publicado em: 18/12/2019

**\*Autor Correspondente:**  
Thiago Catão de Vasconcelos  
Rua Alice de Almeida, 43, apt 201  
Cabo Branco, João Pessoa, PB, Brasil  
E-mail: thiagocatao@ymail.com  
CEP: 58.045-320