

Avaliação de custos dos cuidados paliativos para pacientes neurológicos em um hospital do Sistema Único de Saúde

Carina Soares MACIEL^{1,2} , Michelle Melgarejo DA-ROSA¹ , Michelly Cristiny PEREIRA¹ 

¹Núcleo de pesquisa em Inovação Terapêutica, Suely Galdino, NUPIT-SG-UFPE, Recife, Brasil; ²Organização Social de Saúde Hospital do Tricentenário; Hospital Mestre Vitalino, Caruaru, Brasil.

Autor correspondente: Maciel CS, maciel.carina@gmail.com

Submetido em: 09-05-2023 Reapresentado em: 11-07-2024 Aceito em: 19-12-2024

Revisão por pares duplo-cego

Resumo

Objetivo: Quantificar os custos diretos diários através do custeio por absorção e o perfil demográfico dos pacientes neurológicos em Cuidados Paliativos (CPs) em um hospital do Sistema Único de Saúde. **Métodos:** Amostra composta por 132 indivíduos internados no Hospital Mestre Vitalino (HMV), em Caruaru-Pernambuco, com diagnóstico de doenças neurológicas, com mais de 18 anos e parecer favorável aos CPs, internados na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e/ou enfermarias do HMV, e que tiveram parecer favorável da comissão de CPs para iniciar esse tipo de cuidado no HMV entre 01/01/2019 e 31/12/2019, evoluindo para óbito na unidade nesse mesmo período. Os custos diários médios foram corrigidos pela paridade de poder de compra¹ e o Índice de Preços ao Consumidor Americano², posteriormente convertidos para dólares americanos de acordo com a cotação vigente em 13 de setembro de 2024. **Resultados:** O intervalo de tempo entre o início dos CPs e o óbito apresentou média de 18,3 dias. Após a instituição dessa assistência, houve uma redução de 27% ($p < 0,0001$) nos custos das diárias nas enfermarias para o grupo avaliado. A redução dos custos para os pacientes em CPs internados em Unidade de Tratamento Intensivo não teve significância estatística para a amostra avaliada, assim como, as variáveis demográficas não influenciaram estatisticamente nos custos. O custo total foi de US\$ 211.981,49 para US\$ 164.562,37 em diárias após a instituição dos CPs para toda a amostra durante o ano de 2019. **Conclusão:** O presente estudo encontrou uma redução significativa nos custos diretos de internação dos pacientes após a inserção em CPs, principalmente para aqueles que foram inseridos em CPs desde o início do período de internação e que estiveram alocados em enfermarias.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos, Custos, Neurologia, Sistema Único de Saúde.

Evaluation of palliative care costs for neurological patients in a hospital of the Unified Health System

Abstract

Objective: To quantify daily direct costs through absorption costing and the demographic profile of neurological patients receiving palliative care (PCs) at a hospital in the Unified Health System. **Methods:** Convenience sample composed of 132 individuals admitted to Hospital Mestre Vitalino (HMV), in Caruaru-Pernambuco, with a diagnosis of neurological diseases, over 18 years of age and a favorable opinion for PCs, admitted to the Intensive Care Unit (ICU) and/or wards of HMV, and who had a favorable opinion from the PCs committee to start this type of care at HMV between 01/01/2019 and 12/31/2019, evolving to death in the unit in the same period. Average daily costs were adjusted by purchasing power parity¹ and the American Consumer Price Index², later converted to US dollars according to the exchange rate in effect on September 13, 2024. **Results:** The time interval between the start of PC and death had an average of 18.3 days. After the institution of this assistance, there was a 27% reduction ($p < 0.0001$) in daily costs in the wards for the group evaluated. The reduction in costs for PC patients admitted to the Intensive Care Unit was not statistically significant for the sample evaluated, just as the demographic variables did not statistically influence the costs. The total cost was US\$ 211,981.49 to US\$ 164,562.37 in daily rates after the institution of PCs for the entire sample during 2019. **Conclusion:** The present study found a significant reduction in direct hospitalization costs for patients after insertion into PCs, mainly for those who were inserted into PCs from the beginning of the hospitalization period and who were allocated to wards.

Keywords: Palliative Care, Costs, Neurology, Unified Health System.



Introdução

Cuidados Paliativos (CPs) são definidos como assistência promovida por uma equipe multidisciplinar com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do paciente e seus familiares. Visam a prevenção e alívio do sofrimento, identificação precoce de patologias, e melhores tratamentos^{19,6}

Há crescente incidência de afecções neurológicas que podem comprometer a continuidade da vida. O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a segunda causa de morte na Europa, responsável por mais de um milhão de óbitos por ano, sendo também a principal causa de invalidez a longo prazo, prejuízo na independência e qualidade de vida⁹

No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde (MS), são registradas, aproximadamente, 100 mil mortes decorrentes de AVC por ano. Tal patologia traz grande impacto econômico e social, sobretudo com a melhora da expectativa de vida da população³

Dada relevância do tema, após um grande engajamento da sociedade, liderado por movimentos sociais, o MS publicou a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), por meio da portaria nº 3.681/2024, vista como uma grande conquista para os pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). A expectativa é que 1,3 mil equipes sejam habilitadas para realizar esse cuidado com foco no alívio da dor, controle de sintomas e apoio emocional¹⁴.

Os CPs otimizam as condutas terapêuticas, pois focam no tratamento dos sintomas, com tendência a reduzir os custos hospitalares, evitando o emprego de medidas potencialmente exageradas. Embora os hospitais e os sistemas de saúde frequentemente concordem com os objetivos clínicos dos CPs, são necessárias evidências de valor e retorno sobre seu investimento nesse tipo de assistência⁵.

Não foram encontradas na literatura nacional publicações que avaliem os custos hospitalares para pacientes neurológicos no contexto dos CPs. Assim, o objetivo dessa pesquisa foi estimar os custos diretos referentes à internação hospitalar de pacientes neurológicos antes e após a instituição de CPs em um hospital do Sistema Único de Saúde (SUS).

Métodos

Foi realizado um estudo descritivo de caráter quantitativo que analisou os custos associados ao serviço de CPs, sob a perspectiva do Hospital Mestre Vitalino (HMV). O hospital está sob responsabilidade do Governo do Estado de Pernambuco (PE), gerido pela Organização Social de Saúde Hospital do Tricentenário, localizado na cidade de Caruaru-PE. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) em 04 de julho de 2019, com parecer substanciado nº 3.436.951.

A amostra foi definida por conveniência. Foram considerados elegíveis os pacientes maiores de 18 anos, com diagnóstico de doenças neurológicas, que foram internados na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e/ou enfermarias do HMV, e que tiveram parecer favorável da comissão de CPs para iniciar esse tipo de cuidado no HMV entre 01/01/2019 e 31/12/2019, evoluindo para óbito na unidade nesse mesmo período. Desse modo, a

análise de dados retrospectivos teve início no momento do óbito e se estendeu até o ingresso do paciente no hospital. O ano de 2019 foi escolhido pela disponibilidade de dados. As fontes de dados foram os prontuários eletrônicos gerenciados pelo Sistema MVPEP e as bases de dados administrativas no setor Comissões. O hospital que sediou a pesquisa não possui setor de internação específico para pacientes em CPs.

Considerando o levantamento dos custos realizado nesta pesquisa, foi utilizado o custeio por absorção, consistindo na apropriação de todos os custos diretos, assim foram somadas todas as médias dos gastos diários dos 132 pacientes avaliados, no período em que estavam fora de CPs e após a instituição dos CPs, de acordo com os setores de internação.

Para obter o custo dos serviços, a partir do custeio por absorção, a empresa pode proceder com a alocação dos custos diretos (materiais e mão de obra direta), visto que são custos relacionados diretamente com a produção, sendo possível verificar seu real consumo. Então, pode-se ratear os custos indiretos, que são os itens que não estão diretamente relacionados com os serviços, a partir de estimativas, ou seja, de bases de rateio¹¹.

Os custos diretos foram obtidos após a ocorrência do óbito dos pacientes e divididos em diferentes momentos: (1) custos diretos gerados entre a data de internação até o parecer para CPs, (2) custos diretos gerados entre o parecer da comissão de CPs e o óbito, que corresponde ao tempo em CPs. Os valores foram divididos pela quantidade de dias de internação em cada fase do tratamento, até se obter os valores diários médios, que foram corrigidos pela paridade de poder de compra¹ e o Índice de Preços ao Consumidor Americano², posteriormente convertidos para dólares americanos de acordo com a cotação vigente em 13 de setembro de 2024⁴.

Além dos custos, também foram avaliadas variáveis sociodemográficas: idade, sexo, escolaridade, estado civil; local de internação (UTI ou enfermaria), data de inclusão nos CPs e data do óbito. Variáveis clínicas foram pesquisadas em prontuário, considerando: diagnóstico principal de doença neurológica que pudesse comprometer a continuidade e qualidade de vida e o número de comorbidades registrados, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID)-10.

Os dados foram tratados em sistema de Planilhas Excel e apresentados em forma de tabelas e gráficos comparativos. A expressão dos resultados das variáveis contínuas foi feita pelas médias e desvios padrão. Então, o teste de D'Agostino foi escolhido para avaliação de normalidade da amostra avaliada. Para verificação de possíveis diferenças entre média, foi usado o teste "t" de Student para amostras independentes, com distribuição foi gaussiana. Nesse contexto, o teste "t" de Student também foi usado para saber se há relação entre a redução de custos com as diversas variáveis categorizadas. Nos casos em que o grupo estudado não passou no teste da normalidade foi usado o teste não paramétrico de Mann-Whitney ou Wilcoxon. Os valores considerados significantes foram os que apresentaram $p < 0,05$. Correlações foram determinadas usando a correlação de Spearman.

Todos os dados foram analisados com o GraphPad Prism 6 e Software STATA versão 9.1, nesse último foram feitas regressões logísticas binárias, utilizando $p < 0,20$ como ponto de corte para regressões multivariadas.



Resultados

A pesquisa nos prontuários eletrônicos identificou 249 pacientes maiores de 18 anos que utilizaram os serviços de CPs em 2019, no HMV. Desses, 23 foram excluídos, pois não tiveram parecer favorável da comissão de CPs para ingressarem nesse tipo de assistência. Noventa e quatro não foram considerados elegíveis por não possuírem doença neurológica como diagnóstico principal para ingresso nos CPs. Assim, a amostra foi composta por 132 pacientes, sendo 74 do sexo feminino (56%) e 58 do sexo masculino (44%).

A idade dos pacientes em CPs inseridos na pesquisa variou entre 29 anos e 102 anos. A mediana da idade foi igual a 78 anos. Na amostra estudada, a maioria dos indivíduos eram casados, correspondendo a 63% dos avaliados. Abordando as informações sobre escolaridade registradas em prontuário, 45% desses pacientes não foram alfabetizados e apenas 1% possuía ensino superior (Tabela 1).

A principal afecção neurológica registrada foi AVC isquêmico (101 pacientes), seguido de hipóxia cerebral após parada cardiorrespiratória (CID-10: G93.1), encefalopatia hepática (CID-10: K72) e epilepsia (CID-10: G40), somando 31 pacientes. O número de morbidades associadas variou entre dois e oito acometimentos físicos ou psíquicos. A maior parte dos pacientes permaneceram por até 15 dias em CPs durante a internação hospitalar (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes neurológicos em CPs do HMV (Pernambuco, Brasil).

Características clínicas	n	n (%)
Número de comorbidades		
2	22	17%
3	23	17%
4	34	26%
5	28	21%
≥ 6	25	19%
Dias em CPs		
1 -15	82	62%
16 - 30	24	18%
31 - 60	12	9%
61 - 90	9	7%
> 90	5	4%
Sector de Internação		
Enfermarias	109	83%
UTI	23	17%

CPs: Cuidados paliativos; HMV: Hospital Mestre Vitalino. UTI: Unidade de Tratamento Intensivo.

Avaliação de Custos

Os resultados indicaram redução dos custos com a instituição dos CPs (Tabela 2) na amostra estudada, sobretudo para pacientes em enfermaria, setor em que foi encontrado diferença estatisticamente significativa ($p < 0,0001$) (Tabela 2).

Tabela 2. Comparação de custos totais de acordo com o setor de internação hospitalar com respectivas diferenças (Pernambuco, Brasil).

Setor	Custo antes dos CPs	Custo depois dos CPs	Diferença de custos
Enfermarias	US\$ 146.564,42	US\$ 107.450,83	- US\$ 39.113,59 (- 27%)*
UTIs	US\$ 65.416,93	US\$ 57.111,53	- US\$ 8.305,40 (-13%)

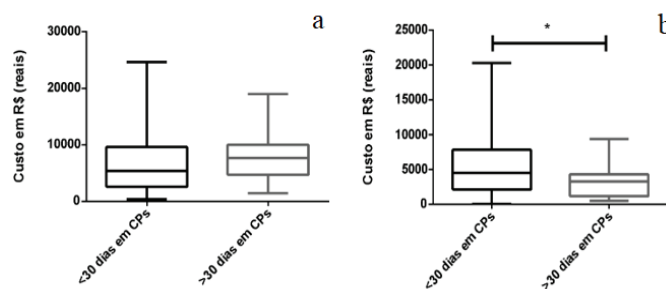
CPs: Cuidados paliativos; UTIs: Unidades de Tratamento Intensivo. Análise estatística realizada através do teste de Wilcoxon.***: $p < 0,001$ foi considerado significante comparando custos antes e depois dos cuidados paliativos na enfermaria.

Custos considerando dias em CPs

Não houve associação estatisticamente significativa ($p = 0,1312$) entre os grupos que iniciaram os CPs mais precocemente (tempo em CPs > 30 dias) quando comparados com os pacientes que foram incluídos em CPs em menos de 30 dias antes do óbito.

Porém, considerando os custos após a implementação dos CPs (figura 1b), pode-se perceber que houve menor dispêndio de recursos financeiros para o grupo que permaneceu em CPs por um período maior que 30 dias antes da data do óbito, com significativa associação estatística ($p = 0,0256$).

Figura 1. Custos associados aos CPs conforme tempo para início (Pernambuco, Brasil).



a) comparação de custos antes de iniciar os CPs; b) comparação de custos depois de iniciar os CPs, de acordo com o tempo de CPs. Foi utilizado para análise estatística o teste de Wilcoxon. *: $p = 0,0256$ foi considerado significante. CPs: Cuidados paliativos.

Análise estatística considerando variáveis sociodemográficas versus Tempo em CPs

A variável “Custo depois” apresentou confirmação da significância estatística ($p = 0,001$), como pode ser observado na Tabela 3. Assim, podem-se encontrar ainda mais evidências de que há relação inversamente proporcional, ou seja, quanto mais dias o paciente fica em CPs, menores os custos diretos (isto é, haverá chances de redução de custos diretos).

Tabela 3. Regressão logística multivariada tendo “Dias em CPs” como variável dependente (Pernambuco, Brasil).

Dias em CPs versus	OR	Erro padrão	z	p	IC (95%)
Custo depois	0,999	0,0008	-3,33	0,001	0,999 - 0,999
Diferença de custos	0,999	0,0001	-1,69	0,09	0,999 - 1

CPs: Cuidados paliativos; IC: Intervalo de confiança; OR: Odds ratio (Software STATA 9.1).

Análise estatística considerando “redução dos custos após os CP” versus “tempo em CP”

Como exposto na Tabela 4, houve significância estatística entre o tempo em CPs com a redução de custos ($p = 0,031$), ou seja, quanto maior o número de dias do paciente em CPs, mais chances de reduzir os custos de internação.

Tabela 4. Regressão logística univariada tendo “Redução dos custos” como variável dependente.

Redução dos custos versus	OR	Erro padrão	z	p	IC (95%)
Dias fora de CPs	0,497	0,195	-1,78	0,076	0,230 - 1,074
Dias em CPs	4,064	2,647	2,15	0,031	1,134 - 14,567

CPs: Cuidados paliativos; IC: Intervalo de confiança; OR: Odds ratio (Software STATA 9.1).



Discussão

No Brasil, com o aumento da expectativa de vida e, por conseguinte, com o envelhecimento populacional, há necessidade crescente de discussões sobre CPs e melhores cuidados com pacientes. Os CPs ainda representam um tema científico recente no Brasil, mas que está ganhando mais espaço, principalmente no setor público. Após a Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018 do MS, os CPs devem ser incluídos nacionalmente nas Redes de Atenção à Saúde. O texto traz diretrizes para a organização dos CPs, à luz dos cuidados continuados integrados no âmbito SUS¹³

Dos 132 pacientes que compuseram a amostra avaliada, 110 eram idosos e 45 possuíam mais de 80 anos de idade. A idade mediana foi de 78 anos. Esses resultados corroboram a tendência nacional e internacional de acometimento neurológico em pessoas acima de 60 anos. Além disso, existe a necessidade e recomendação de inserção precoce de CPs para pacientes idosos com AVC agudo grave¹².

Outra variável destacada foi o sexo, onde 74 pacientes eram mulheres (56%) e 58 eram homens (44%). Porém, a literatura aponta o sexo masculino como mais predisposto a desenvolver doenças cerebrovasculares, quando comparado com o sexo feminino. O estrogênio parece ser fator protetor para mulheres. Pode-se apontar ainda a menor exposição ao tabaco e ao álcool entre o público feminino, já que esses fatores modificáveis podem aumentar as chances de doenças neurológicas³.

Considerando o tempo de permanência em CPs até o óbito, a maior parte da população estudada- 106 pacientes- permaneceu em CPs por menos de 30 dias. Desses, 82 (62%) receberam atendimento de CPs por menos de 15 dias antes do óbito. Esses dados apontam para um início tardio da assistência, o que pode piorar a qualidade de vida do paciente e de seus familiares¹⁵.

Estudos mostram que os CPs são considerados precoces quando iniciados com, no mínimo, três meses antes de óbito. Já os pacientes que iniciaram os CPs menos de três meses antes da data do óbito foram classificados como "cuidado paliativo tardio". Essa classificação baseou-se em estudos clínicos randomizados; indivíduos em CPs precoces integrados ao tratamento oncológico padrão apresentaram melhora na qualidade de vida e no humor, sintomas mais amenos e maior satisfação com o cuidado após 12 semanas de tratamento, em comparação com os pacientes que fizeram uso apenas do tratamento oncológico padrão¹⁸.

Em seu estudo multicêntrico, Kendall e colaboradores (2018), estudaram pacientes com AVC admitidos em três centros hospitalares escoceses. Unindo os dados obteve-se um n= 219 e o estudo mostrou que 57% dos pacientes com lesão total anterior tiveram óbitos dentro de 6 meses. Os questionários registraram que os pacientes experimentaram imediato e persistente sofrimento emocional e má qualidade de vida. Tais resultados sugerem que os CPs sejam iniciados o mais precocemente possível¹⁰.

Assim, no presente estudo obteve-se redução expressiva nos custos para os pacientes que estavam internados em enfermarias (n= 109), pois houve decréscimo de 27% nos valores médios diários, sendo que os pacientes inseridos em CPs precocemente, ou seja, desde o início da internação, tiveram custos ainda menores. Por outro lado, o grupo internado em UTI apresentou queda de apenas 13%, sem significância estatística. Esse resultado pode ser explicado pela pequena quantidade de doentes inseridos em CPs nesse setor, quando comparados com aqueles em enfermaria.

Houve uma grande discrepância entre os custos diretos de internação na amostra estudada. Esse fenômeno pode ser explicado pela variedade de tratamentos oferecidos de acordo com a complexidade de cada paciente. Além disso, há uma tendência a utilização de medidas incompatíveis com os CPs nos setores terapia intensiva, por exemplo, uso de drogas vasoativas, realização de exames de rotina, ventilação mecânica invasiva, entre outros.

Tais resultados corroboram com Khandelwal e colaboradores (2017), que traçaram recomendações para avaliações econômicas em CPs para pacientes internos em UTI, os autores relatam a necessidade de acuradas estimativas econômicas nesse aspecto. Há pequenas diferenças entre um dia na UTI no final de uma estadia e o primeiro dia de cuidados intensivos; essa variação deve ser contabilizada analiticamente²⁰

Desse modo, a terapia intensiva atual deve ser equilibrada entre medidas paliativas e curativas em condições críticas, buscando o bem-estar de pacientes e familiares⁷. Em sua pesquisa, Bickel e Ozanne (2017), referiram a dificuldade em quantificar o valor da vida. As autoras levantaram a questão de que a receita gerada por uma equipe multidisciplinar típica em CPs é menor do que os custos efetivos. Embora os hospitais e os sistemas de saúde frequentemente concordem com os objetivos clínicos positivos dos CPs, eles querem ver evidências de valor e retorno sobre seu investimento em CPs. Dessa forma, o custeio realizado no estudo citado chegou a uma redução de 25% nos custos hospitalares (de US\$ 452,33 para US\$ 353,645) com a adoção da terapêutica⁵.

No entanto, outro estudo com pacientes não oncológicos referiu que portadores de diferentes doenças crônicas podem se beneficiar com os CPs. Os autores também avaliaram se houve redução significativa dos gastos hospitalares. Tinham como hipótese que CPs estão associados à redução dos custos hospitalares para pessoas que morrem de câncer, porém, não se sabia se os custos hospitalares eram reduzidos de forma universal em várias condições limitadoras da vida, passíveis de CPs. Obtiveram como resultados que pessoas com doença de Alzheimer e doença de Parkinson tiveram a menor taxa de gastos hospitalares. Os autores relatam que instituir cuidado paliativo durante a hospitalização mostrou custos hospitalares consistentemente mais baixos no último ano de vida¹⁷.

Apesar de haver literatura robusta em relação aos benefícios dos CPs, estudos com esse tema sob a perspectiva de custos ainda é incipiente. Assim, limitações dessa pesquisa podem ser apontadas: (i) amostra por conveniência em um único hospital; (ii) a unidade de saúde sede da pesquisa não possui unidade de CPs, o que pode dificultar a prática clínica, a atuação da equipe multiprofissional e, consequentemente, influenciar nos custos diretos; (iii) o período de coleta de dados foi há mais de cinco anos (2019); (iv) considerando-se o porte do HMV e sendo esse hospital referência para afecções neurológicas, pode haver subnotificação dos doentes que têm indicação dessa assistência para a comissão atuante na unidade.

Muitas vezes observa-se o uso excessivo de terapias sustentadoras de vida, porém sem capacidade de incrementar a qualidade de vida. Também se sabe que a integração dos serviços de saúde brasileiros com os CPs ainda é precária. Por isso, várias estratégias de atenção à saúde surgiram ao longo dos últimos anos para atender a demanda de pessoas acometidas por diagnósticos ameaçadores da vida, a mais recente é a PNCP, que oficializa maiores investimentos e capacitação especializada para profissionais de saúde, formando equipes para atender essas demandas¹⁴.

Nesta realidade, os cursos de capacitação são esparsos e ainda há resistência em relação ao debate sobre o assunto, reforçando a ideia de que somente com uma mudança substancial na gestão do conhecimento e nos currículos de graduação dos profissionais de saúde é que os CPs terão a oportunidade de se consolidar no Brasil²¹.

Desse modo, este estudo pode contribuir para a discussão dos CPs no cenário nacional, a fim de melhorar a assistência aos doentes gravemente enfermos e seus familiares, gerando, concomitantemente, um maior bem-estar social e econômico.

Conclusão

O presente estudo encontrou uma redução significativa nos custos diretos de internação dos pacientes após a inserção em CPs, principalmente para aqueles que foram inseridos em CPs desde o início do período de internação e que estiveram alocados em enfermarias.

Fonte de financiamento

Os autores declaram não haver fontes de financiamento para a realização deste trabalho.

Colaboradores

CSM e MCP conceberam o projeto, analisaram, interpretaram os dados e redigiram o projeto; MMR colaborou com a redação e revisão crítica deste projeto. Todos os autores são responsáveis por todos os aspectos do trabalho e pela garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra.

Declaração de conflito de interesses

Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

Referências

1. OECD. *OECD Economic Outlook*, Volume 2020 Issue 2. OECD Publishing; 2020. doi:10.1787/39a88ab1-en.
2. US Bureau of Labor Statistics. U.S. Bureau of Labor Statistics. Disponível em: <https://www.bls.gov/>. Accessed 8 fev. 2020.
3. Almeida LG, Vianna JB. Perfil epidemiológico dos pacientes internados por acidente vascular cerebral em um hospital de ensino / Epidemiology of patients hospitalized for stroke in a teaching hospital. *Rev Ciências em Saúde*. 2018;8(1):12-17. doi:10.21876/rcsfmit.v8i1.741.
4. Banco Central do Brasil – Calculadora do Cidadão – Correção de Valores, 2024. Disponível em: <https://www3.bcb.gov.br/CALCIDADAO/publico/corrigirPorIndice.do?method=corrigirPorIndice> Acesso em: 13 set 2024. BRASIL, Banco Central.
5. Bickel K, Ozanne E. Importance of costs and cost effectiveness of palliative care. *J Oncol Pract*. 2017;13(4):287-289. doi:10.1200/JOP.2016.019943.
6. Carvalho RE. Legislação sobre a terminalidade de vida no Brasil. In: *Manual da Residência de Cuidados Paliativos*. [s.l.]: Manole; 2018.
7. Coelho CBT, et al. Novos conceitos em cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2017;29(3):222-230. doi:10.5935/0103-507X.20170031.
8. Connor SR, Bermedo MCS. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. [s.l.]: *Worldwide Palliative Care Alliance*; 2014.
9. Gaspar, M., Sousa, L., Santos, E. J. F.; Instrumentos de avaliação de sinais e sintomas em vítimas de acidente vascular cerebral no extra-hospitalar: um protocolo de revisão scoping. *Servir*, 2023, 2(6), e31037. DOI: 10.48492/servir0206.31037
10. Kendall M, et al. Outcomes, experiences and palliative care in major stroke: a multicentre, mixed-method, longitudinal study. *CMAJ*, 2018;190(3):238–246. DOI: 10.1503/cmaj.170604
11. Martins, E. *Contabilidade De Custos*. Edição: 10 ed. São Paulo (SP): Atlas, 2010.
12. Mead GE, Cowey E, Murray SA. Life after Stroke – is Palliative Care Relevant?: A Better Understanding of Illness Trajectories after Stroke May Help Clinicians Identify Patients for a Palliative Approach to Care. *Int J Stroke*, 2013;8(5):447-448. DOI: 10.1111/ij.s.12061
13. Ministério da Saúde- Comissão Intergestores Tripartite. Resolução no 41, de 31 de Outubro de 2018- *Imprensa Nacional*. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/materia>>. Acesso em: 8 fev. 2020.
14. Ministério da Saúde, Gabinete da Ministra- portaria nº 3.681, de 7 de maio de 2024 - *Imprensa Nacional*. Disponível em: <https://ses.sp.bvs.br/wp-content/uploads/2024/05/U_PT-MS-GM-3681_070524.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2024.
15. Rozman LM, et al. Early palliative care and its impact on end-of-life care for cancer patients in Brazil. *J Palliat Med*, 2018;21(5):659-664. doi:10.1089/jpm.2017.0418.
16. Santos JJ. *Contabilidade e análise de custos*. 6ª Edição ed. São Paulo: Atlas, 2011.
17. Spilsbury K, Rosenwax L. Community-based specialist palliative care is associated with reduced hospital costs for people with non-cancer conditions during the last year of life. *BMC palliative care*, 2017 (16):68. DOI: 10.1186/s12904-017-0256-2
18. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2010;363(8):733-742. doi:10.1056/NEJMoa1000678
19. Vieira, L. C.; De Castro Sales, M. V. Pacientes com acidente vascular cerebral (AVC) agudo em cuidados paliativos: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Neurologia*, v. 55, n. 1, 2019.
20. World Health Organization. World Health Statistics 2014. Published May 15, 2014. Available at: <https://www.who.int/news/item/15-05-2014-world-health-statistics-2014>. Accessed December 20, 2024.
21. Khandelwal R, Sipani R, Govinda Rajan S, et al. Combinatorial action of Grainyhead, Extradenticle and Notch in regulating Hox mediated apoptosis in Drosophila larval CNS. *PLoS Genet*. 2017;13(10):e1007043. Published 2017 Oct 12. doi:10.1371/journal.pgen.1007043
22. Fonseca A, Geovanini F. Cuidados paliativos na formação do profissional da área de saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2013; 37(1). doi: 10.1590/S0100-55022013000100017.

