

## Custos da adesão ao tratamento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida: estudo transversal

Costs of adherence to Acquired Immunodeficiency Syndrome treatment: cross-sectional study

Costos de la adhesión al tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: estudio transversal

Cristiano Bertolossi Marta<sup>I</sup>; Joséte Luzia Leite<sup>II</sup>; Antonio Augusto de Freitas Peregrino<sup>III</sup>; Vivian Schutz<sup>IV</sup>;  
Márcio Tadeu Ribeiro Francisco<sup>V</sup>; Carinne Magnago<sup>VI</sup>

**RESUMO:** Objetivou-se valorar os custos diretos da adesão do portador do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) ao tratamento em nível ambulatorial na perspectiva do Sistema Único de Saúde e analisar as categorias de custo relacionadas à adesão ao tratamento à luz da Política Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Estudo transversal, realizado em unidade pública de saúde do Rio de Janeiro. Os dados foram coletados em agosto de 2011, em 100 prontuários, e analisados por estatística descritiva. Os custos diretos, que somaram R\$170.989,06, foram divididos em três categorias: medicação, honorários dos profissionais e exames realizados, cujos custos totais absorveram 63,0%, 31,3% e 5,7% do total, respectivamente. Deve-se ampliar a discussão sobre a distribuição de medicamentos, dos benefícios disponibilizados e do fortalecimento da adesão como proposta de redução de custos diretos. Conclui-se que a política de atenção aos portadores do HIV necessita avaliar a introdução de novas tecnologias e dos recursos disponibilizados.

**Palavras-Chave:** Custos; síndrome de imunodeficiência adquirida; adesão à medicação; adesão ao tratamento.

**ABSTRACT:** This cross-sectional study aimed to assess the direct costs of adherence by individuals with the human immunodeficiency virus to treatment on an outpatient basis in Brazil's Unified Health System (SUS) and to analyze the cost categories of treatment adherence in the light of the National Policy on Sexually Transmitted Diseases. Data were collected in August 2011 from 100 records at a public health facility in Rio de Janeiro, and analyzed using descriptive statistics. The direct costs, totaling R\$170,989.06, were divided into three categories – drugs, and professional fees and examinations – accounting, respectively, for 63.0%, 31.3% and 5.7% of the total. There should be wider discussion of drug distribution, the benefits available, and strengthening adherence as proposals for reducing direct costs. It follows that policy on HIV care needs to evaluate the introduction of new technologies and the resources available.

**Keywords:** Costs; acquired immunodeficiency syndrome; adherence to medication; adherence to treatment.

**RESUMEN:** Este estudio tuvo como objetivo evaluar los costos directos de la pertenencia de individuos con el tratamiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en ambulatorio en el Sistema Único de Salud y analizar las categorías de costos relacionados con adhesión al tratamiento a la luz de la política Nacional de Enfermedades de Transmisión Sexual. Estudio transversal realizado en una unidad de salud pública en Río de Janeiro-Brasil, en agosto de 2011 en 100 registros, y se analizaron mediante estadística descriptiva. Costos directos, que totalizaron R\$ 170,989.06, se dividieron en tres categorías: medicación, honorarios de los profesionales y exámenes realizados, cuyos costos totales absorberon 63,0%, 31,3% y 5,7%, respectivamente. Hay que ampliar el debate sobre la distribución de drogas, beneficios disponibles, y fortalecimiento de la adhesión como propuesta de reducción de los costos directos. Se concluye que la política de la atención para el VIH necesita evaluar la introducción de nuevas tecnologías y de los recursos disponibles.

**Palabras Clave:** Costos; síndrome de inmunodeficiencia adquirida; adhesión a la medicación; adhesión al tratamiento.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS, Acquired Immunodeficiency Syndrome) foi descoberta pela primeira vez em 1982. A sua difusão,

na primeira metade da década de 1980, ocorreu entre as principais áreas metropolitanas, e estendeu-se, posteriormente, para as diversas microrregiões do país. Nesse

<sup>I</sup>Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Espírito Santo, Brasil. E-mail: cristianoBERTOL@GMAIL.COM.

<sup>II</sup>Enfermeira. Doutora Livre-Docente Titular Emerita pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Professora Permanente da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: joluzia@GMAIL.COM.

<sup>III</sup>Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: antoniop@UERJ.BR.

<sup>IV</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de História e Fundamentos de Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: vschutz@GMAIL.COM.

<sup>V</sup>Enfermeiro. Professor Adjunto da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Veiga de Almeida. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: mtadeu@UVA.BR.

<sup>VI</sup>Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Pesquisadora na Estação de Trabalho da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: carinne.MAG@GMAIL.COM.

período, a epidemia afetava principalmente homossexuais e bissexuais masculinos, brancos e de classe média ou alta, moradores das grandes cidades. A partir da década de 1990, homens e mulheres heterossexuais, crianças e adolescentes, e sujeitos de todas as classes sociais passaram a ser atingidos<sup>1</sup>.

A criação do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (PN-DST)/AIDS deu origem à mudança que trouxe uma abordagem cada vez mais técnica na discussão da AIDS. A propagação das informações e a pressão social tornaram-se fatores decisivos para a participação de outras entidades, tais como as religiosas, públicas e privadas. A convivência das pessoas com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV, *Human Immunodeficiency Virus*) culminou em movimentos organizados com o intuito de lutar por seus direitos legais e humanos<sup>2</sup>.

O resultado dessas cobranças sociais foi a distribuição de medicamentos antirretrovirais (ARV) em níveis primários e secundários de saúde como parte do PNDST/AIDS. Essa proposta reduziu os custos do governo federal com internações hospitalares. Porém, com o crescimento do número de pessoas com HIV/AIDS, esses gastos passaram a crescer substancialmente, colocando em discussão a sustentabilidade dessa política brasileira<sup>2</sup>.

No contexto da oferta de serviços de nível primário deve-se atentar não apenas para a distribuição e acesso aos medicamentos, mas também para a adesão ao tratamento disponível. A adesão é um movimento colaborativo que facilita a aceitação e a integração de determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação no processo<sup>3,4</sup>.

A não adesão ao tratamento medicamentoso para a AIDS, que inclui os ARV, é considerada um dos maiores entraves para a efetividade da terapia e para a dispersão da resistência viral. Isto posto, as novas modalidades terapêuticas demandam do paciente articulação de saberes, agilidades e consentimento, adicionados a fatores ambientais e de cuidado<sup>3</sup>.

A interação entre o cliente e a equipe multiprofissional é fundamental para a continuidade do tratamento da AIDS<sup>5</sup>. Para tanto, deve haver um investimento em atenção básica (ambulatório), visto que nesta poder-se-á realizar atividades de promoção, prevenção e acompanhamento compartilhado da terapêutica.

Pensando nessas questões, o governo federal passou a direcionar o repasse de suas verbas para estratégias específicas, como o programa de incentivo financeiro a estados, distrito federal e municípios para ações de prevenção e qualificação da atenção em HIV/AIDS e outras DST, em funcionamento desde 2007. Segundo dados do Ministério da Saúde (MS), o repasse de verbas para esse programa, do governo federal para o governo estadual do Rio de Janeiro, diminuiu

nos últimos anos (-37,8%). Esta redução foi superior à percebida na análise do repasse total de verbas para a saúde (-30,5%), no mesmo período<sup>6</sup>.

Diante do exposto, definiu-se como objeto: os custos diretos para mensurar as despesas da adesão ao tratamento da AIDS em nível ambulatorial na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS). E como objetivos: valorar os custos diretos da adesão ao tratamento da AIDS, em nível ambulatorial e analisar as categorias de custo relacionadas a esta adesão, à luz da Política Nacional de DST/AIDS.

O estudo é relevante para a assistência, pois poderá subsidiar uma mudança no olhar sobre as políticas de saúde e suas prioridades, e estimular os enfermeiros a fortalecerem sua identidade gerencial/administrativa, sem perder o foco assistencial.

É também importante para a pesquisa, pois estimulará a reflexão sobre a otimização dos recursos e práticas direcionadas a esta clientela; e para o ensino, visará a construção de pensamentos mais apropriados à realidade e às exigências do mercado assistencial e sua demanda por recursos financeiros.

## REVISÃO DE LITERATURA

O custo representa o valor dos insumos (capital, trabalho, materiais, dispositivos, medicamentos, entre outros) utilizados na produção ou distribuição de bens ou serviços<sup>7</sup>.

Os estudos do custo da doença (ECD) são estudos de natureza descritiva, cujo objetivo é especificar por itens, valorar e quantificar os custos de uma doença, com o intuito de dar uma ideia de seu impacto econômico e estimar a quantia máxima que poderia ser poupada ou ganha, caso tivesse sido erradicada<sup>7</sup>.

Tradicionalmente, os ECDs examinam os custos diretos e indiretos. Os diretos representam o valor dos recursos utilizados no tratamento, no cuidado e na reabilitação dos indivíduos, podendo ser médicos ou não médicos. Nos indiretos, figuram o valor de recursos econômicos perdidos devido à perda da produtividade, incapacidade ou morte prematura relacionada à doença do paciente ou mesmo de familiares/cuidadores. Enquanto os diretos medem o custo da oportunidade dos recursos usados para o tratamento da doença, os indiretos indicam o custo da oportunidade dos recursos perdidos<sup>8,9</sup>.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, desenvolvido em uma unidade pública de saúde, referência para tratamento ambulatorial de clientes com AIDS, localizada no município do Rio de Janeiro, na qual, aproximadamente, 1000 clientes HIV/AIDS fazem acompanhamento.

Para seleção da amostra de prontuários elegíveis foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão relacionados aos pacientes acompanhados pela unidade: idade igual ou superior a 18 anos; com diagnóstico definido de AIDS de acordo com os critérios de avaliação do MS; possuir período mínimo de 24 meses de seguimento no ambulatório, isto é, início de acompanhamento em ou anterior a julho de 2009; em uso de ARV; e que tenham comparecido à unidade entre julho e agosto de 2011, período no qual os dados foram coletados. Como critérios de exclusão elegeram-se: clientes participantes de ensaios clínicos nos últimos 12 meses; gestantes ou mulheres no período puerperal. Após a aplicação dos critérios anteriormente citados, a população do estudo foi composta por 100 clientes cadastrados e atendidos no referido ambulatório.

Empregou-se a técnica de análise documental dos prontuários, desenvolvida com auxílio de um formulário. Utilizaram-se os dados relacionados aos custos diretos da adesão ao tratamento dos indivíduos produzidos entre julho e dezembro de 2009.

Os custos diretos considerados neste estudo foram os decorrentes da utilização efetiva de recursos nas intervenções e nos programas de saúde<sup>9</sup>, especificamente: exames complementares, medicamentos e de honorários profissionais (enfermeiros, médicos, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais).

O cálculo do custo direto está baseado no pressuposto de que as ações em saúde são compostas por um conjunto de procedimentos que empregam combinações fixas de insumos. A identificação das quantidades de insumos, utilizadas em determinada intervenção ou programa de saúde, implica coleta de tais quantidades para cada ação desenvolvida pelos profissionais da saúde no momento da realização do atendimento a cada cliente<sup>9</sup>.

Os dados referentes aos custos diretos foram subdivididos em categorias de custo e seus valores adquiridos mediante emprego de fórmulas.

A medicação teve seu custo estimado pela tabela do MS do Programa Farmácia Popular<sup>6</sup>, e o custo total foi calculado por meio da seguinte fórmula:

Custo total da medicação = (Custo da medicação por dose) x (quantidade de doses/dia) x (número de dias de uso)

Os valores referentes aos recursos humanos foram baseados nos dados presentes na tabela de honorários dos Conselhos Federais de cada profissão. Empregou-se a seguinte fórmula:

Custo total de recursos humanos = (valor por hora da ação desenvolvida) x (quantidade de horas/dia) x (número de dias)

Os exames foram valorados segundo a tabela da Farmácia Popular do MS. A fórmula utilizada foi:

Custo total de exames = (valor unitário de cada exame) x (quantidade/dia) x (número de dias)

Após a coleta e organização dos dados, os mesmos foram submetidos à análise estatística descritiva para apresentação dos resultados com apoio do programa Microsoft Excel<sup>®</sup> 2010.

A pesquisa respeitou os preceitos da Resolução nº 196/96. Assim, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Hospital Escola São Francisco de Assis (EEAN/HESFA) para avaliação e obteve aprovação em 31 de maio de 2011, sob o número de protocolo 018/2011.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação ao perfil dos sujeitos, percebeu-se que a maior parte (64%) era do sexo masculino, com idade entre 38 e 47 anos (37%), seguido daqueles com idade entre 28 e 37 anos (25%).

Os dados relacionados ao perfil dos sujeitos são coerentes aos divulgados pelo MS, em 2010, os quais apontaram maior prevalência de HIV/AIDS em meio aqueles com idade entre 40 e 59 anos (37,9%), seguido daqueles com idade entre 30 e 39 anos (33,8%) e 20 e 29 anos (21,0%)<sup>1,10</sup>.

### Custos diretos relacionados à adesão ao tratamento da AIDS

Os custos diretos foram divididos em três categorias: medicação, honorários dos profissionais e exames realizados ao longo de seis meses, cujos custos totais estimados foram: R\$107.784,40 (63,0%), R\$53.542,38 (31,3%), R\$9.662,28 (5,7%), respectivamente. Assim, o somatório de custos diretos foi igual a R\$170.989,06.

Os custos estimados nesta pesquisa corroboram os achados de pesquisa realizada no Estado de São Paulo, a qual revelou que os ARV foram responsáveis por 62% do custo total com tratamento ambulatorial de HIV/AIDS, seguido das despesas com outros medicamentos e dos custos com assistência profissional. Este mesmo estudo comparou os custos brasileiros com os de outros países, e comprovou que o gasto brasileiro com o tratamento do HIV foi 6,4 vezes inferior ao dispêndio dos EUA, cujo regime terapêutico é custeado pelos próprios pacientes. O consumo do México, cujo tratamento também é oferecido gratuitamente, foi 2,0 vezes superior ao brasileiro; enquanto que os custos do Haiti e África do Sul foram 2,0 e 2,6 vezes inferiores, respectivamente<sup>11</sup>.

### Custos medicamentosos

Dentre as medicações utilizadas as que representaram maiores custos unitários foram: Raltegravir (R\$13,8) e Darunavir (R\$7,44). Contudo, as que conferiram maior dispêndio total, tendo em vista sua maior utilização foram o Tenofovir, a Zidovudina (AZT) associada à Lamivudina, o Efavirenz, e o

Ritonavir associado ao Lopinavir. Juntas foram responsáveis por quase 70,0% do gasto com medicamentos. O AZT e a Estavudina, por sua vez, são os que possuem menor valor unitário e também foram os menos prescritos, conforme mostra a Tabela 1.

No que tange às medicações que apresentaram uso mais destacado, as mesmas possuem características que favorecem a redução do número de comprimidos e de medicações, visto que associam os efeitos de um ou mais fármacos num único comprimido ou funcionam como potencializadores quando ingeridos concomitantemente. Essa ação reduz os fatores de risco para o tratamento e, conseqüentemente, para a adesão ao tratamento<sup>6,12</sup>.

Os fatores de risco relacionados ao tratamento têm sido apontados pela literatura como fatores que podem contribuir para a redução da adesão ao tratamento. Dentre eles temos dois considerados mais importantes: o tempo e a complexidade do tratamento. No primeiro caso, a preocupação está direcionada a adesão prolongada, uma vez que a não adesão aumenta com o tempo da terapêutica. Já a complexidade do tratamento faz referência ao número de doses e de drogas<sup>12</sup>, aos efeitos colaterais e às mudanças no estilo de vida como os causadores da não adesão<sup>13</sup>.

Diante desses dados, percebe-se que as substâncias que compõem os medicamentos, a farmacodinâmica e a farmacocinética também possuem importância na determinação dos custos do programa, visto que influenciam na adesão ao tratamento que está diretamente relacionada ao custeio do processo como um todo. O abandono, mau uso ou a não adequação à terapia medicamentosa pode gerar custos ainda mais

altos. A terapia ARV está inclinada a neutralizar a alta capacidade de multiplicação, adaptação e mutação dos vírus, porém se os medicamentos não forem utilizados de forma correta, com interrupções (sem adesão), a eficácia e a eficiência da terapêutica ficam prejudicadas. Além disso, há a possibilidade da não adesão criar cepas resistentes que, certamente, serão protagonistas da solicitação de novos recursos para troca de medicamentos e novos estudos.

### Custos de honorários profissionais

Os custos de honorários profissionais estão relacionados às atividades remuneradas desenvolvidas conforme determinação dos respectivos Conselhos Federais. Percebe-se que estes valores são custos moderados ao se avaliar a complexidade da realidade em que os mesmos estão inseridos.

Verifica-se que o custo total dos procedimentos executados na aplicação dos cuidados aos sujeitos participantes da pesquisa foi de R\$53.542,38, sendo distribuído de forma multidisciplinar, de acordo com os dados apresentados na Tabela 2.

Nota-se que o custo unitário, bem como o somatório, das consultas médicas é sobremaneira superior ao das demais categorias profissionais, embora o maior número de consultas tenha sido realizado por enfermeiros, que unitariamente representa menor custo que as demais.

Um fator positivo para a adesão ao tratamento da AIDS foi o investimento no atendimento profissional de forma multidisciplinar, embora o número de consultas tenha variado de acordo com a categoria profissional.

**TABELA 1:** Distribuição dos custos diretos relacionados às medicações utilizadas no tratamento dos antirretrovirais dos sujeitos, segundo os prontuários investigados. Rio de Janeiro, jul-dez, 2009

Medicação	CDunit <sup>(*)</sup> (R\$)	Custo total	
		(R\$)	%
Tenofovir (TDF 300mg)	4	21.654,00	20,1
Zidovudina + Lamivudina (AZT + 3TC 150mg)	1,1	21.516,00	20
Efavirenz (EFZ 600mg)	1,3	15.897,60	14,7
Ritonavir + Lopinavir (LPV/r 200mg + 50mg)	0,9	15.115,20	14
Atazanavir (ATZ 300mg)	4,5	12.012,00	11,1
Darunavir (DRV 200mg)	7,4	8.035,20	7,5
Lamivudina (3 TC 150mg)	0,5	4.719,00	4,4
Fosamprenavir (FPV 700mg)	2,8	2.547,00	2,4
Nevirapina (NVP 200mg)	0,7	2.534,40	2,4
Ritonavir (RTV 100mg)	0,5	2.115,00	2
Raltegravir (RAL 400mg)	13,8	828	0,8
Zidovudina (AZT 100mg)	0,3	676	0,6
Estavudina (d4T 300mg)	0,2	135	0,1
Total	-	107.784,40	100,0

(\*) CDunit = custo unitário por dose.

Fonte: Brasil, 2012. Disponível em: [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br).

**TABELA 2:** Distribuição dos custos diretos relacionados aos honorários dos profissionais envolvidos no tratamento dos sujeitos, segundo os prontuários investigados. Rio de Janeiro, jul-dez, 2009.

Categoria profissional	CCunit <sup>(*)</sup> (R\$)	n consultas	Custo total	
			R\$	%
Medicina	187,5	136	25.500,00	47,6
Enfermagem	66,07	153	10.108,70	18,9
Psicologia	81,62	97	9.957,60	18,6
Serviço Social	97,99	49	4.801,50	9,0
Nutrição	83,54	38	3.174,50	5,9
<b>Total</b>	-	-	<b>53.542,40</b>	<b>100,0</b>

(\*)CCunit = valor unitário da consulta.

Fonte: Conselhos Federais das profissões, 2012

Percebe-se que as consultas possuem valores diferentes, de tal modo que algumas correspondem a mais que o triplo do valor de outras, como é o caso da consulta de enfermagem, que possui o menor valor entre o grupo de profissionais que compõem a equipe multidisciplinar. Acredita-se que tal ocorrência configura uma dificuldade de percepção, por parte dos representantes dos conselhos e/ou dos gestores responsáveis pela manutenção dos programas brasileiros de atenção à saúde, sobre a valorização profissional, segundo dados da Tabela 2.

Reforça-se que, comprometido em assistir o portador do HIV/AIDS, o enfermeiro, via consulta de enfermagem, oportuniza um trabalho voltado para a melhoria da qualidade de vida e responde pela preparação do cliente para o autocuidado<sup>14,15</sup>.

A atenção individual e integral, estabelecida no relacionamento entre enfermeiro e cliente corresponde a uma estratégia eficaz para a melhora da adesão ao regime terapêutico. Para que essa relação seja efetiva, devem-se estabelecer sentimentos de segurança, empatia, e respeito à privacidade do cliente. O profissional deve adotar uma postura que lhe dê credibilidade, crendo, sobretudo, nas informações e comportamentos emanados do cliente<sup>15,16</sup>.

Além disso, a satisfação com o suporte social e a utilização de estratégias de enfrentamento comportamentais ativas estão associadas à adesão em clientes infectados pelo HIV. O suporte social é destacado por sua influência tanto direta – disponibilização de encorajamento e motivação para o autocuidado – quanto indireta, ao atenuar os efeitos de situações que interferem negativamente sobre a adesão. Nesse cenário se insere a variável autoestima, uma vez que sentimentos de menos valia podem patrocinar o descuido com a saúde<sup>17,18</sup>.

Nesse contexto, a assistência profissional é um determinante imprescindível para se alcançar o sucesso dos programas direcionados a doenças crônicas, como a AIDS. As ações de cuidados, desde que

bem conduzidas e gerenciadas, podem impactar positivamente nos indicadores de saúde e na qualidade de vida dos clientes, bem como cooperar para a obtenção do controle epidemiológico e da adesão à terapêutica<sup>5</sup>.

A universalidade, conquistada com a instituição do SUS, e no caso da epidemia da AIDS, com a oferta gratuita de assistência e de medicamentos para o tratamento da doença tem impactado, sobremaneira, para efetivação das políticas de saúde direcionadas à melhoria da qualidade de vida das pessoas que convivem com a doença<sup>19</sup>.

Contudo, para que os efeitos decorrentes da universalidade da saúde persistam, os mesmos devem estar articulados às conquistas do desempenho profissional em toda a sua complexidade tecnológica cada vez mais crescente. Essa complexidade se exprime nas ações de cuidado assistenciais, gerenciais, interdisciplinares e na incorporação de novos conhecimentos, práticas e tecnologias<sup>19</sup>.

A adesão ao regime terapêutico também implica na articulação de diversas e diferentes tecnologias, tais como a oferta de grupos de apoio para discussão da adesão cuja incorporação, no processo de trabalho, deve ser norteada por evidências científicas relatadas na literatura. Estudos realizados no Brasil mostraram a importância crítica do início do tratamento para a adesão, bem como os principais fatores intervenientes para a aderência ao regime terapêutico, os quais podem subsidiar à tomada de decisão profissional no que compete à adoção de estratégias de incentivo ao paciente<sup>5,19</sup>.

Nesse processo, há que se relevar a subjetividade, as necessidades e dificuldades do paciente, tendo em visto que os complexos determinantes comportamentais de não adesão são difíceis de serem compreendidos<sup>12,20</sup>.

Diante do exposto, percebe-se que os serviços de saúde são vistos como espaços estratégicos de informação e execução de intervenções no campo da ade-

são, entre as quais se inclui a disponibilidade de informação sobre a importância da adesão e a adequação do tratamento à rotina de vida do cliente, além de atendimento clínico para a toxicidade do tratamento e para o manejo de dependência química.

Os profissionais de saúde, articulados em equipes multidisciplinares, devem ter em mente que, para alcançar um tratamento com efetividade, deve-se buscar uma aliança com o cliente. Nesse processo de corresponsabilização, existe, ainda, uma rede familiar e social que, direta e indiretamente, contribuirá para o sucesso ou possível falha no tratamento. Também é importante reconhecer que a adesão é um ato de caráter dinâmico, a ser constantemente estimulado<sup>21</sup>.

### Custos de exames

Da investigação dos custos decorrentes da realização de exames para acompanhamento da terapêutica, nota-se que do somatório de custos (R\$9.662,28), a maior parte foi proveniente da quantificação de carga viral (22,7%), e de células CD4<sup>+</sup> (19,4%) e CD8<sup>+</sup> (19,4%), os quais foram demandados maior número de vezes. Não obstante, os exames mais dispendiosos, no que se refere aos seus custos unitários, são os relacionados à investigação das hepatites A, B e C (R\$18,60, cada), os quais foram pedidos menos frequentemente.

De acordo com os dados expostos sobre os custos relacionados aos exames laboratoriais, percebe-se que, dentro do grupo analisado, em que a adesão ao tratamento era constante, a necessidade de avaliação de outras complicações ficou reduzida, sendo solicitados, em grande medida, exames que transparecessem o nível de apresentação do vírus no sangue e o número de células de defesa afetadas. Esses dados, certamente, demonstram a influência e importância da adesão nos custos do processo. Pois, além de apresentar a redução dos custos com a realização de exames relacionados a outras patologias oportunistas, também reforça a ideia de que a adesão favorece a redução dos custos com outras medicações para tratamento das doenças oportunistas ou provenientes da baixa da imunidade.

Deve-se ressaltar que, da tríade avaliada nesta pesquisa, a categoria relacionada aos custos com os exames foi a menos onerosa. Embora se espere que os custos com exames possam ser ainda menores, considerando sua produção em maior escala.

De acordo com dados do MS, o governo federal disponibiliza para saúde um valor correspondente a R\$2.123.317.369,53 ao ano. Desse valor, R\$1.048.355.764,00 são destinados ao PN-DST/AIDS. No ano de 2009, o repasse do governo federal para o governo do Estado do Rio de Janeiro foi da ordem de R\$2.318.669.071,46, sendo R\$1.009.976.602,30 para saúde. Desse total, foram destinados R\$2.526.614,34 (0,25%) para o Programa Estadual de DST/AIDS<sup>6,22</sup>.

No cenário deste estudo, que é uma instituição referência para tratamento do HIV/AIDS, o custo direto (medicação, exames e honorários dos profissionais) foi da ordem de R\$170.989,06 durante o segundo semestre do ano de 2009 (julho a dezembro). Se considerarmos um ano de tratamento e utilizando as mesmas medicações e doses consumidas no semestre de ocorrência da pesquisa, poderíamos duplicar o valor semestral mencionado anteriormente, assumindo um total de R\$341.978,12. Esse valor corresponderia a 13,5% do orçamento destinado ao tratamento do HIV/AIDS no Estado do Rio de Janeiro.

### CONCLUSÃO

A avaliação de custos diretos constatou que, mesmo após as conquistas adquiridas – quebra de patentes - pelo governo federal, o custeio com as medicações apresenta-se como o maior entre as demais categorias, uma vez que o número de pessoas em tratamento aumenta a cada ano em virtude da ampliação da expectativa de vida dessa clientela.

Deve-se atentar para a adesão ao tratamento, sobretudo ao uso correto dos ARV, utilizados para combater a um retrovírus – micro-organismo com alto poder de mutação. Sendo assim, o uso indevido dos ARV pode gerar cepas resistentes. Essas novas cepas, a médio e longo prazo, podem tornar o PN-DST/AIDS insustentável, visto que o Estado deveria dispor de maior contingente de recursos financeiros para investir na produção de maior número de medicações, novos estudos e drogas, com o fim de atender a nova demanda de indivíduos portadores dessas cepas resistentes.

Outro fator importante identificado foi o custo relativamente baixo com a realização de exames laboratoriais. Os exames demandados tiveram, em sua maioria, o objetivo de avaliação do controle da carga viral dos clientes e avaliação da eficácia e eficiência dos medicamentos utilizados. Como a proposta deste estudo foi coletar informações de clientes com 24 meses ou mais de tratamento, obtida uma taxa de adesão de 100%, não havendo, assim, um custo elevado em relação aos exames para detecção de doenças oportunistas. Dessa forma, infere-se que a adesão reduz os custos do tratamento da AIDS.

Diante desses fatores, pode-se afirmar que a política de atenção aos portadores do HIV possui estratégias importantes, como direcionamentos de verbas para possibilitar a inclusão desses sujeitos no fluxo do atendimento ambulatorial, tentando minimizar seus contratemplos, suas limitações e valorizando sua expertise e os valores que estimulam a vida e o seu bem-estar como ser humano. Porém, necessita estabelecer uma constata avaliação dos seus processos de introdução de novas tecnologias e da atualização dos seus recursos disponibilizados.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Controle das AIDS e DST. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
2. Lago RF, Costa NR. Dilemas da política de distribuição de medicamentos antirretrovirais no Brasil. *Ciênc saúde coletiva* [SciELO - Scientific Electronic Library Online] 2014 [citado em 01 mai 2014]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo/prc>.
3. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil: coletânea de estudos do Projeto Atar. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
4. Cavalari E, Nogueira MS, Fava SMCL, Cesarino CB, Martin JFV. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial. *Rev enferm UERJ*. 2012; 20:67-72.
5. Ministério da Saúde (Br). Programa Nacional de DST/AIDS. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
6. Ministério da Saúde (Br). Programa Nacional de DST/AIDS. [site da internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde [citado em 13 jun 2012]. Disponível em: <http://www.AIDS.gov.br>.
7. Costa AMN, Secoli SR, Nita ME. Avaliação econômica: análise de custo-minimização, análise de custo-consequência, estudo de custo da doença e outras análises parciais. In: Nita ME, Secoli SR, Nobre MRC, Ono-Nita SK, Campino ACC, Sarti FM et. al. Avaliação de tecnologias em saúde: evidência clínica, análise econômica e análise de decisão. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010. p. 354-67.
8. Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW, O'Brien BJ, Stoddart GL. Critical assessment of economic evaluation. In: Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW, O'Brien BJ, Stoddart GL, eds. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. New York: Oxford University Press; 2005. p. 27-54.
9. Nita ME, Secoli SR, Nobre MRC, Ono-Nita SK, Campino ACC, Sarti FM et. al. Avaliação de tecnologias em saúde: evidência clínica, análise econômica e análise de decisão. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010.
10. Arduini JB, Santos AS. A percepção do homem idoso sobre sexualidade e AIDS. *Rev enferm UERJ*. 2013, 21:379-83.
11. Sarti FM, Nishijima M, Campino ACC, Cyrillo DC. A comparative analysis of outpatient costs in HIV treatment programs. *Rev Assoc Med Bras*. [SciELO - Scientific Electronic Library Online]. 2012 [cited in 2013 Jun 12]. 58: 561-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n5/v58n5a13.pdf>
12. Colombrini MRC, Coleta MFD, Lopes MHBM. Fatores de risco para a não adesão ao tratamento com terapia antirretroviral altamente eficaz. *Rev esc enferm USP*. 2008; 42:490-5.
13. Rodrigues CS, Guimarães MDC, Acúrcio FA, Comini CC. Interrupção do acompanhamento clínico ambulatorial de pacientes infectados pelo HIV. *Rev Saude Publica*. 2008; 37: 183-90.
14. Sampaio Filho FJL, Gubert FA, Pinheiro PNC, Martins AKL, Vieira NFC, Nóbrega MFB. The life of the adolescent with HIV/AIDS and self-care: a descriptive study. *Online braz j nurs* [Internet]. 2013 [cited in 2013 Mar 01]. 12: 89-105. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3812>
15. Santos EL, Gomes AMT, Oliveira DC, Santo CCE. Entre sofrimento e prazer: a vulnerabilidade para enfermeiros nas relações interpessoais com pacientes com HIV/AIDS. *Rev enferm UERJ*. 2013; 21:9-15.
16. Figueiredo RM, Sinkoc VM, Tomazim CC, Gallani MCB, Colombrini MRC. Adesão de clientes com AIDS ao tratamento com antirretrovirais: dificuldades relatadas e proposição de medidas atenuantes em um Hospital Escola. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011;9: 332-45.
17. Lima ACB, Guerra DM. Avaliação do custo do tratamento de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados usando curativos industrializados. *Ciênc saúde coletiva*. 2011;16: 45-56.
18. Silva IJ, Oliveira MFV, Silva SED, Polaro SHI, Radünz V, Santos EKA, et al. Care, self-care and caring for yourself: a paradigmatic understanding thought for nursing care. *Rev esc enferm USP* [SciELO - Scientific Electronic Library Online]. 2009 [cited in 2010 Aug 17]. 43: 697-703. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a28v43n3.pdf>.
19. Ministério da Saúde (Br). Secretaria Executiva. Área de economia da saúde e desenvolvimento. Avaliação econômica em saúde: desafios para gestão do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
20. Pinto ACS, Fiuza MLT, Pinheiro PNC, Vieira NFC, Galvão MTG. Life experiences of HIV/AIDS carriers in terms of the perspectives of the promotion of health. *Online braz j nurs* [periodic online]. 2012 [cited in 2012 Dec 02]. 11: 815-28. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3650>
21. Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Val LF, et al. The vulnerability and the compliance in Collective Health. *Rev esc enferm USP* [SciELO - Scientific Electronic Library Online]. 2009 [cited in 2010 Mar 15]; 43:1326-30. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/en\\_a31v43s2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/en_a31v43s2.pdf)
22. Hallal R, Kuchenbecker R, Ravasi G, Simão MA, Greco D. Access to antiretroviral treatment in Brazil. *Revista Tempus. Actas em Saúde Coletiva*. 2010; 4(2):53-65.