

Unidades de tratamento de imunodeficiência

Immunodeficiency treatment units

José Vera*

Resumo

Ao protelar significativamente o tempo de aparecimento das complicações, mantendo a possibilidade de uma actividade normal, nomeadamente no plano laboral, o tratamento da infecção VIH, embora envolvendo quantias avultadas, é humana e economicamente rentável. A manutenção do doente no enquadramento da estrutura assistencial é fundamental nesta estratégia, sendo necessário procurar activamente soluções variadas. O presente trabalho tem como objectivo a caracterização de uma Unidade de Tratamento de Imunodeficiência, funcionando no âmbito da Medicina Interna, em termos da logística utilizada, dos recursos materiais e humanos e dos custos envolvidos. A capacidade de adequação das estruturas hospitalares a uma realidade externa em contínua mutação é um desafio que requer uma resposta, e essa resposta tem urgência.

Palavras chave: Unidades de Tratamento de Imunodeficiência, Organização, Custos.

Abstract

In recent years, as antiretroviral drugs have become less toxic and easier to take, HIV treatment is able not only to prolong life but also to provide better quality of life. Although large resources are involved, the cost is worthy not only in human but also in economical terms. The development of strategies that maintain adherence to treatment are of pivotal importance for long time efficacy.

The aim of this work is to characterize the logistics of an Immunodeficiency Treatment Unit, describing human and material resources involved, and evaluating ambulatory treatment costs for HIV patients.

The ability of hospital structures to adapt to a changing reality is a challenge that needs an urgent answer.

Key words: HIV Units, Organization models, Treatment costs.

Introdução

No decorrer dos últimos vinte anos, o número de doentes infectados pelo VIH, tem sofrido a nível mundial um aumento gradual e constante, tomando proporções inquietantes. A possibilidade de acesso a terapêuticas medicamentosas, complementada com estratégias eficazes de prevenção primária, são as duas principais armas a que as sociedades económica e socialmente desenvolvidas têm recorrido, na tentativa de reverter essa tendência. No fim dos anos noventa, nos países com recursos económicos, era já nítido o efeito da introdução da terapêutica anti-retroviral tripla, com um decréscimo significativo da mortalidade e da incidência de casos de SIDA. O número de novos casos não teve, infelizmente, o mesmo decréscimo, comprometendo os resultados globais.

Sendo a hipótese de cura impossível com os actuais recursos, a possibilidade de transformação da infecção VIH em doença de carácter crónico adquiriu, com o tempo, contornos mais realistas. A procura de medicamentos mais eficazes e com menos efeitos secundários, assim como de novas classes terapêuticas, não tem cessado, a par da experimentação de novas estratégias na sua utilização.

Para doenças crónicas como a hipertensão ou a diabetes, a adesão a um plano de vigilância e de terapêutica é reconhecidamente importante, e tem reflexos na morbilidade e na mortalidade. Contudo, a utilização incorrecta por baixa adesão de um ou mais fármacos, não afecta a sua eficácia futura, pelo que a sua utilização não fica comprometida. No campo da infecção VIH, a ocorrência de mutações genéticas virais, no contexto de níveis sub-terapêuticos de anti-retrovirais, confere resistência de carácter irreversível aos fármacos utilizados, eliminando-os definitivamente do armamentário terapêutico. A questão da adesão é assim, para a terapêutica anti-retroviral, uma questão fulcral. A promoção de factores determinantes da adesão ao regime, tais como a ligação técnico/doente e a acessibilidade, tornam-se peças fundamentais para

*Assistente Hospitalar Graduado de Medicina Interna

Centro Hospitalar de Cascais

Recebido para publicação a 20.01.06

Aceite para publicação a 14.08.06

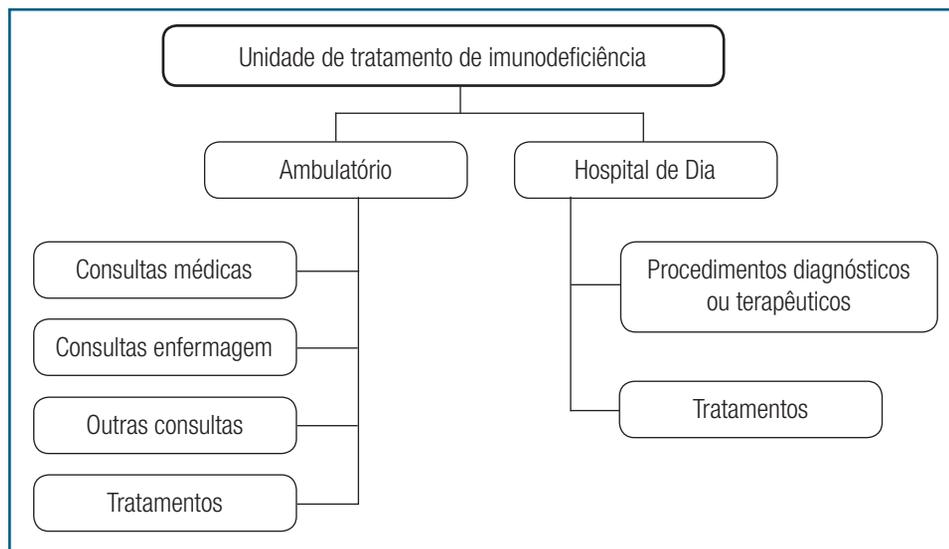


FIG. 1

o sucesso de um tratamento difícil, porque prolongadamente exigente.

A descoberta de soluções que conduzam, a longo prazo, a um resultado terapêutico realmente eficaz, passa necessariamente pela procura de formas de actuação, que tenham em conta tanto as características globais da população seguida, como as particularidades de segmentos dessa mesma população. É neste contexto que se inserem as Unidades de Tratamento de Imunodeficiência. Diferindo do modelo tradicional de Hospital de Dia, estas unidades centraram a sua actividade na acessibilidade e na relação próxima com o doente, na multidisciplinaridade dos cuidados e na concentração e rentabilização de recursos, na articulação com estruturas extra-hospitalares de saúde e da rede de apoio social, como forma de otimizar os resultados.

Objectivos

O presente trabalho tem como objectivo a caracterização de uma Unidade de Tratamento de Imunodeficiência, em termos da logística utilizada, dos recursos materiais e humanos e dos custos envolvidos. A análise dos custos é baseada nos dados referentes ao ano de 2004.

Caracterização Geral

Segundo o censo de 2001, o Concelho de Cascais tem uma população de 170.000 habitantes, sendo possível que hoje ronde os 200.000. Durante a década de 1980 verificou-se um aumento significativo

da sua população, resultante da expansão habitacional, tendo aumentado a faixa de população jovem. É característica do concelho a grande diversidade socio-económica, existindo vários focos de fragilidade social, tendo sido um dos poucos concelhos da área da Grande Lisboa onde, nos finais dos anos 90, foi detectado um aumento da incidência de toxicod dependência na adolescência¹.

No Hospital de Cascais o seguimento de doentes infectados pelo VIH iniciou-se no final de 1994. A Unidade de

Tratamento de Imunodeficiência (UTI) está inserida no âmbito do funcionamento do Serviço de Medicina Interna, tendo desde o ano de 2000 instalações próprias construídas de raiz e constituindo um centro de custo. Para além dos casos de infecção pelo VIH, é oferecida a possibilidade de vigilância aos parceiros dos doentes infectados, e acompanhados os casos de exposição accidental, profissional ou não profissional. São ainda seguidas algumas situações particulares de infecção isolada a VHC, nomeadamente no contexto de dependência a opiáceos. No ano de 2004 foram tratados 1140 doentes dos quais 861 infectados pelo VIH, a que correspondeu um total aproximado de 5300 consultas.

Recursos Materiais e Humanos

A UTI ocupa uma área de 200 m², distribuídos por sala de espera e recepção, quatro gabinetes de consulta (estando um deles preparado para consulta de ginecologia onde é possível realizar colposcopia), sala de preparação de medicação, zona de tratamentos e de internamento em hospital de dia, sala de arquivo e apoio administrativo, sala de arrumações, instalações sanitárias e copa.

A unidade está informatizada, tendo sido criado um programa que articula o processo clínico, a marcação de consultas e o pedido de exames complementares de diagnóstico. As zonas de trabalho possuem terminais de computador, ligados em rede interna a um servidor.

Relativamente aos recursos humanos, estão afectas

à unidade 2 funcionárias administrativas, 2 enfermeiras e 1 psicóloga. Dos 4 elementos médicos, um está colocado a tempo completo na unidade e em sistema rotativo. Os restantes elementos repartem as suas actividades pelo Serviço de Medicina e pela consulta programada na unidade.

Organização

A UTI está organizada de molde a dar resposta às vertentes de Hospital de Dia e de Ambulatório. No Ambulatório estão englobadas as consultas médicas, de enfermagem e outras (psicologia, nutrição). As consultas estão divididas em 2 grupos: Consultas Programadas ou Agendadas (primeiras e subsequentes) e Não Programadas ou Não Agendadas. Por uma questão de possibilidade de análise discriminativa são ainda consideradas algumas sub-divisões nas consultas: Adesão, Protocolos Clínicos, Prevenção Pós-Exposição, Relatórios e Contacto telefónico. A função de Hospital de Dia é preenchida pelo internamento com duração inferior a 12 horas, para a realização de Procedimentos Diagnósticos ou Terapêuticos ou Tratamentos (Fig. 1).

Após o contacto do utente com a unidade é garantida a realização de uma primeira consulta num espaço de tempo inferior a 48 horas, sendo habitual esta ocorrer no próprio dia. Nesta consulta, efectuada pela enfermagem, é feita uma primeira abordagem do doente, avaliada a presença de alguma situação de risco, pedidos os exames complementares protocolados e marcada a consulta de psicologia. A atribuição da 1ª consulta médica é feita em reunião conjunta, sendo levado em conta a adequação do perfil do doente ao do médico a quem é distribuído.

As consultas médicas de rotina têm uma periodicidade habitual de 4 meses. As consultas de adesão, a cargo do sector de enfermagem, podem variar de consultas diárias com toma observada a consultas mensais. As consultas não programadas são triadas pelo sector de enfermagem. A consulta de pediatria para as crianças infectadas ou com risco de transmissão vertical e a consulta de ginecologia para a mulher infectada ou companheira de doente, são realizadas nas instalações da unidade e decorrem em simultâneo.

De modo a minimizar a interferência na vida dos utentes, os períodos de consulta estendem-se das 09 às 20 horas. O doente é instruído a recorrer à unidade sempre que necessário, sendo encorajado o uso de

QUADRO I

Movimento de consultas e doentes tratados - anos 2001 a 2004

	2001	2002*	2003	2004
Consultas médicas	1528	1962	2323	2646
Consultas de enfermagem	843	1035	1536	1797
Outras consultas	22	243	521	875
Doentes VIH tratados	668	768	805	861
Total doentes tratados	671	886	1014	1140
*Início de actividade da consulta de Psicologia				

telefone como forma prática de contacto, nomeadamente para a marcação e alteração de consultas.

A gestão das marcações para as análises depende da unidade, sendo a colheita de sangue feita nas instalações por técnicas de análises clínicas. Está deste modo facilitado o processo burocrático e possibilitado o controlo atempado das faltas.

Resultados

Apenas em 2001 ficou completado o processo de informatização da unidade, pelo que só a partir desta data os dados são uniformes.

O número de doentes infectados pelo VIH seguidos em consulta aumentou ao longo dos anos, embora se note um abrandamento nos três últimos anos. O crescimento do número de consultas foi proporcionalmente superior ao crescimento do número de doentes. Em 2001 foram efectuadas em média 3,6 consultas/ano a cada doente seguido, número que subiu para 4,6 em 2004 (Quadro I), facto a que não será estranha a maior diversidade de serviços disponíveis, nomeadamente o início da consulta de psicologia. O registo informático facilitou a determinação da duração dos diversos tipos de consulta (Quadro II). De notar que o tempo gasto durante a consulta, no pedido de exames complementares de diagnóstico, encontra-se reduzido ao mínimo devido à informatização.

Dos 861 doentes com infecção VIH seguidos em consulta no ano de 2004, designados como doentes tratados, 594 (69%) foram medicados com terapêutica anti-retroviral combinada (TARc), cujo valor foi de 3,87 milhões de euros, repartido da seguinte maneira pelas classes de anti-retrovirais: Análogos Nucleósidos 58.7%, Inibidores da Protease 23.2% e Análogos Não Nucleósidos 18.1%. Em 2004 não estava ainda dis-

QUADRO II**Duração média das consultas por tipo (minutos)**

	Médicas	Enfermagem
Programadas 1ª	35 (20-45)*	40 (30-45)*
Programadas 2ª	15-20	25
Não Programadas	15-20	15-20
Consulta Protocolo	20-25	50-60
*(min-max)		

QUADRO III**Evolução do Movimento e Custos - anos 2001/04 (milhares de euros)**

	2001	2002	2003	2004
Doentes VIH tratados (n)	668	768	805	861
Doentes VIH medicados (n)	–	523	576	594
Custo medicação ambulatorio	1528	2741	3423	3931
Custo médio doente Medicado	–	5,24	5,94	6,62

ponível em Cascais a classe dos Inibidores da Fusão. O custo médio por doente medicado, definido como o doente a quem durante o ano foi fornecida pela farmácia hospitalar, pelo menos uma vez, terapêutica anti-retroviral, tem tido um aumento situado entre os 10 e 15% anuais, e em 2004 foi de 6619 euros (*Quadro III*). A terapêutica dependente do Hospital de Dia, essencialmente composta por anti-neoplásicos, factores de crescimento e terapêutica das infecções oportunistas em regime de ambulatorio, custou 118,2 milhares de euros. Em 2004 o valor da terapêutica das profilaxias primárias e secundárias teve um valor de 9,5 milhares de euros, cerca de 0,25% do valor gasto na TARc. A verba respeitante a material de consumo clínico tem pouca expressão, não atingindo os 1,5 milhares de euros.

Tendo por base os preços constantes da tabela publicada em DR – 1ª Série B – 5 Fevereiro 2003, e para o ano em causa, o valor

médio anual dos exames complementares de diagnóstico pedidos a cada doente foi de 510 euros. Para os doentes medicados, a este valor deverá ser acrescido o custo médio dos testes genotípicos de resistência, que se cifrou em 97 euros por doente medicado/ano (*Quadro IV*).

Os custos totais em pessoal foram de 67,6 milhares de euros e a amortização do exercício foi calculada em 23,7 milhares de euros para o período em estudo. Os custos directos ultrapassaram assim os 4,6 milhões de euros, dos quais cerca de 80% absorvidos pelos encargos resultantes da terapêutica anti-retroviral. Os custos indirectos imputados ascenderam a 618,6 milhares de euros.

Para o global dos encargos da UTI e para a população em causa, calculou-se que os custos anuais por doente tratado são de 1136 euros e de 8687 euros por doente medicado, de acordo com os resultados apresentados no *Quadro 5*. Para o cálculo dos custos dos doentes tratados, foram englobados os doentes não infectados pelo VIH, mas desprezados os custos dos respectivos exames auxiliares de diagnóstico.

Porque o presente estudo é uma análise de custos de tratamento, não foi efectuado o cálculo dos ganhos resultantes da actividade da Unidade, contabilizados em termos de consultas efectuadas, de procedimentos diagnósticos e terapêuticos e de internamentos em regime de hospital de dia.

Do mesmo devem ser contabilizados modo os ganhos decorrentes da participação em estudos clínicos, quer resultantes do não pagamento da me-

QUADRO IV**Medicação e exames complementares de diagnóstico: custos anuais (euros) – 2004**

	Preço Unitário ¹	Custo Total	Custo médio por doente
Análises (rotina)	43,3	71 500	83*
Determinação CV	100	200 000	232*
Determinação S-P Linf.	63	104 000	121*
Teste G. de resistência	443	57 500	97**
Outras ECD	–	63 500	74*
TARc	–	3 931 507	6 619**
Profilaxia 1ª e 2ª	–	9 500	16**
Outra medicação	–	118 000	199**

*Doente VIH seguido (n=861) **Doente medicado (n=594)
¹DR – 1ª Série B – 5 Fevereiro 2003

QUADRO V**Custos médios por doente - ano 2004 (euros)**

	Totais Parcelares	Custo Médio Doente Tratado	Custo Médio Doente Medicado***
Exames Complementares de Diagnóstico	439 000	510**	510
Teste G. de Resistência	57 500	–	97
Terapêutica Anti-retroviral	3 931 507	–	6 619
Profilaxia 1ª e 2ª	9 500	–	16
Outra Medicação	118 000	–	199
Outros Custos Directos	90 946	80*	80
Custos Indirectos	618 602	543*	543
Totais	5 265 055	1 133*	8 687

*Doente Tratado (n=1140); **Doente VIH Tratado (n=861); ***Doente Medicado (n=594)

dicação anti-retroviral e/ou exames complementares de diagnóstico por parte do hospital, quer resultantes dos pagamentos efectuados ao abrigo dos acordos financeiros.

Conclusões

O tratamento da Infecção VIH representa um encargo económico significativo para a comunidade, devendo ser encontradas as soluções que conduzam a uma relação qualidade/benefício optimizada. O peso que este encargo representa para as Unidades Hospitalares e o modo como estas são financiadas é uma questão fulcral, mas situada num outro nível de discussão, fora do âmbito do actual trabalho.

A opção por um modelo organizativo centralizado, englobando as vertentes de hospital de dia e de ambulatório num mesmo espaço funcional, apresenta vantagens, tanto pela racionalização de funcionamento como pela rentabilização dos recursos disponíveis. É importante a definição clara de funções e o aproveitamento da complementaridade entre os elementos da equipa de saúde (médicos, enfermeiros, administrativos). O papel do sector de enfermagem é fundamental neste modelo de funcionamento, sendo-lhe necessária a aquisição de competências nas áreas de terapêutica anti-retroviral, intervenção para a adesão e toxicodependência. A presença de apoio psicológico, como acção complementar e não substitutiva à relação médico/doente, e a possibilidade

de intervenção psiquiátrica são igualmente importantes.

O trabalho em suporte informático permite anular a maior parte dos encargos burocráticos e facilita o acesso à informação. A possibilidade de no espaço da consulta ter acesso imediato ao processo clínico, de pedir e marcar análises e de agendar consultas, traduz-se em ganho de tempo para a equipa de saúde e para o utente.

O trabalho gerado pelo seguimento de doentes infectados pelo VIH é uma mais valia para os Serviços de Medicina Interna, quer em termos de enriquecimento nas patologias tratadas quer em termos de produtividade. Os

encargos resultantes, geralmente apontados como catastróficos, são em 80% dependentes da terapêutica anti-retroviral, sendo, deste modo, o modelo de financiamento a questão fulcral.

Os avanços científicos tendem a transformar a infecção VIH numa doença com características de cronicidade. A capacidade de fornecer uma resposta permanente, adequada e atempada, tornam a UTI um factor decisivo na relação utente/equipa de saúde², que se reflete nos índices de adesão e, em última análise, na melhoria de prognóstico para os doentes. ■

Bibliografia

1. Machado Rodrigues, L., Antunes, C., Lavado, E., Loureiro (1996), P. Droga e Contextos Familiares em Alunos do Ensino Básico. Instituto Português da Droga e da Toxicodependência.
2. Sucena, S., Castro, V., Pinto, I., Nabais, I., Gonçalves, G., Vera, J. (2003). Variáveis Preditoras da Adesão à Terapêutica Antiretroviral e Influência de Traços Clínicos de Personalidade. Poster. 9 th European Aids Conference, Outubro, Warsaw, Polónia.