

Estado da publicação: Não informado pelo autor submissor

# CUSTO: um modelo prático de comunicação clínica sobre o custos do tratamento para uma melhor adesão terapêutica

Raquel Ferreira, Ana Paula de Melo Dias, Rivadavio Fernandes Batista de Amorim

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.12731>

Submetido em: 2025-07-23

Postado em: 2025-07-24 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

**CUSTO: um modelo prático de comunicação clínica sobre o custos do tratamento para uma melhor adesão terapêutica**

***CUSTO: a practical model of clinical communication on treatment costs to improve therapeutic adherence***

***CUSTO: un modelo práctico de comunicación clínica sobre los costos del tratamiento para mejorar la adherencia terapéutica***

**Autoria:**

**Raquel Ferreira**

Pós Graduada do Curso de Doutorado em Ciências Médicas da Universidade de Brasília

ID do ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9025-5976>

**Ana Paula de Melo Dias**

Pós Graduada do Curso de Doutorado em Ciências Médicas da Universidade de Brasília

ID do ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7772-6668>

**Rivadavio Fernandes Batista de Amorim**

Docente do curso de Pós Graduação Doutorado em Ciências Médicas da Universidade de Brasília

ID do ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6341-2027>

**RESUMO:** O custo do tratamento é uma barreira importante à adesão terapêutica, especialmente em contextos de vulnerabilidade socioeconômica. No entanto, a comunicação clínica sobre esse tema é limitada. Este estudo apresenta uma revisão de escopo e propõe o modelo CUSTO — **C**ompreender, **U**tilizar linguagem acessível, **S**olicitar preferências, **T**rabalhar alternativas e **O**rganizar acompanhamento — como ferramenta prática para orientar profissionais de saúde na abordagem sensível e efetiva sobre custos. Foram analisados estudos que relacionam comunicação clínica e adesão, com destaque para populações vulneráveis. A proposta também se baseia na experiência das autoras na Estratégia Saúde da Família no SUS. O modelo visa promover a adesão ao tratamento, garantir equidade e fortalecer a decisão compartilhada.

**Palavras-chave:** Comunicação clínica; Adesão ao tratamento; Custo em saúde; Tomada de decisão compartilhada; Equidade em saúde.

**ABSTRACT:** Treatment costs are a major barrier to therapeutic adherence, especially in contexts of socioeconomic vulnerability. However, clinical communication on this topic remains limited. This study presents a scoping review and proposes the CUSTO model — **C**omprehend, **U**se accessible language, **S**ee preferences, **T**ry alternatives, and **O**rganize follow-up — as a practical tool to support healthcare professionals in addressing treatment costs sensitively and effectively. The review analyzed studies linking clinical communication and adherence, with emphasis on vulnerable populations. The proposal is also based on the authors' experience in Brazil's Family Health Strategy (SUS), in regions marked by poverty and low health literacy. The model aims to improve adherence, promote equity, and foster shared decision-making.

**Keywords:** Clinical communication; Treatment adherence; Health cost; Shared decision-making; Health equity.

**RESUMEN:** El costo del tratamiento es una barrera importante para la adherencia terapéutica, especialmente en contextos de vulnerabilidad socioeconómica. Sin embargo, la comunicación clínica sobre este tema sigue siendo limitada. Este estudio presenta una revisión de alcance y propone el modelo CUSTO — **C**omprender, **U**tilizar lenguaje accesible, **S**olicitar preferencias, **T**rabajar alternativas y **O**rganizar seguimiento — como herramienta práctica para orientar a profesionales de salud en una conversación sensible y efectiva sobre los costos. Se analizaron estudios que relacionan comunicación clínica y adherencia, con énfasis en poblaciones vulnerables. La propuesta también se basa en la experiencia de las autoras en la Estrategia de Salud de la Familia del SUS. El modelo busca mejorar la adherencia, garantizar la equidad y fortalecer la toma de decisiones compartida.

**Palabras clave:** Comunicación clínica; Adherencia al tratamiento; Costo en salud; Toma de decisiones compartida; Equidad en salud

## **INTRODUÇÃO**

A adesão ao tratamento é um componente central na efetividade do cuidado em saúde, mas é influenciada por múltiplos fatores, como vínculo com a equipe de saúde, compreensão das orientações prestadas em relação ao curso da doença, sobre o adoecimento, seu prognóstico e tratamento e, sobretudo, condições socioeconômicas e educacionais do paciente(1,2). Entre estes fatores, o custo direto e indireto dos tratamentos está entre as principais causas de abandono terapêutico(3,4), sendo esta barreira ainda mais crítica entre usuários do SUS e em populações de baixa renda atendidas na saúde suplementar(5).

No entanto, apesar da relevância do tema, a comunicação clínica sobre os custos do tratamento ainda é subutilizada na prática cotidiana dos serviços de saúde. Evidências científicas demonstram que profissionais da saúde frequentemente evitam discutir custos por despreparo profissional, constrangimento, tempo limitado ou ausência de modelos estruturados para guiar essa conversa(6,7). Essa lacuna compromete a adesão, sobretudo quando os pacientes não se sentem à vontade para relatar suas dificuldades financeiras ou não compreendem as opções mais acessíveis(8).

Além disso, o nível de instrução impacta significativamente a compreensão e o manejo do tratamento prescrito. Pessoas com pouca compreensão em saúde têm mais dificuldade para interpretar bulas, horários e posologias, o que se agrava quando não há uma comunicação clara sobre os custos e alternativas terapêuticas(9,10). Portanto, comunicar sobre custo não é apenas uma estratégia de adesão, mas uma questão ética, clínica e política de promoção da equidade(11).

Assim, embora exista a necessidade da abordagem sobre custos do tratamento durante a consulta, não foi encontrado na literatura científica um modelo de comunicação clínica proposto para tratar de forma clara, objetiva e centrada na pessoa sobre este tema. Neste cenário, torna-se necessário um modelo que subsidie profissionais da saúde a abordarem o tema do custo de forma sensível, ética e centrada na pessoa. Assim, este artigo apresenta uma revisão de escopo da literatura e propõe o modelo CUSTO como uma estratégia prática para fortalecer a comunicação clínica sobre custos, promover a adesão terapêutica e reduzir as desigualdades no acesso ao tratamento.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão de escopo com construção de proposta de modelo teórico a ser implementado na prática clínica, fundamentada tanto na análise crítica da produção científica quanto na experiência das autoras em atendimento em Unidades Básicas de Saúde e equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e em territórios de alta vulnerabilidade social e econômica.

A revisão teve como objetivo investigar de que forma a comunicação clínica sobre os custos do tratamento influencia a adesão terapêutica e subsidiar a construção do modelo “CUSTO” — um acrônimo estruturado para apoiar profissionais de saúde em consultas voltadas à promoção da adesão terapêutica e à redução de barreiras econômicas no cuidado.

A busca de evidências científicas foi realizada nas bases PubMed, SciELO, BVS e Cochrane Library, utilizando os descritores MeSH: “Health Communication”, “Health Care Costs”, “Treatment Adherence” e “Shared Decision Making”, em português, inglês e espanhol. Foram selecionados estudos publicados entre 2014 a 2025, que abordassem a relação entre comunicação clínica relacionada a custos do tratamento e sua adesão em contextos de serviços públicos ou privados. Foram também incorporados estudos que tratam sobre barreiras na adesão ao tratamento com contextualização à realidade latino-americana e do SUS, além de diferentes contextos etários.

A síntese dos achados foi organizada em eixos temáticos e, a partir da análise crítica e interpretativa, embasou-se o modelo CUSTO.

## **RESULTADOS**

Os estudos incluídos analisam a comunicação clínica sobre custos e seus efeitos na adesão terapêutica em cenários como atenção primária, serviços de oncologia, geriatria e de doenças crônicas específicas, com populações de adultos, idosos e adolescentes, em contextos de saúde pública e privada, além do uso (ou não) de ferramentas de decisão compartilhada(8,12–17).

A comunicação sobre custos é desejada por mais de 50% dos pacientes, mas ocorre em menos de um terço das consultas, mesmo quando é mais necessária em contextos de vulnerabilidade socioeconômica(15,18–20). Discussões claras sobre custos podem aumentar a satisfação, mas, quando não acompanhadas de suporte, podem elevar a não adesão, especialmente diante de angústia ou toxicidade financeira (8,21–23). A necessidade de co-pagamentos (junto a planos de saúde) e custos diretos do tratamento são barreiras importantes à adesão, e a ausência de comunicação sobre alternativas de menor custo pode agravar o problema(24,25). O detalhamento dos principais estudos está descrito nas Tabelas 1 e 2.

**Tabela 1.** Características dos principais estudos incluídos na revisão sobre comunicação clínica, custo do tratamento e adesão terapêutica (8,12–14,20)

<b>Estudo (ano, país)</b>	<b>Tipo / Nível de Evidência</b>	<b>Contexto e População</b>	<b>Estratégia de comunicação sobre custo - “cost-talk”</b>	<b>Indicador de adesão ao tratamento</b>	<b>Principais achados</b>
<b>Carroll et al. (2019, EUA)</b>	Quase-experimental Quantitativo/ Nível III	700 adultos em UBS, com uso de $\geq 1$ medicamento crônico	Treinamento em equipe para triagem e diálogo sobre custos	Autorrelato de não adesão	Aumento da frequência de diálogo sobre custos; tendência à redução da não adesão
<b>Espinoza Suarez et al. (2022, EUA)</b>	Transversal Quantitativo/ Nível IV	169 consultas gravadas (DM, osteoporose, depressão)	Análise videográfica com e sem ferramenta de decisão compartilhada (SDM - Shared Decision-Making Tool)	% de dias aderentes e PDC (Proporção de Dias Cobertos) $\geq 80\%$	Conversas comuns. Custos discutidos na maioria das consultas, mas sem impactar na adesão. Observada a necessidade de intervenção estruturada, centrada nas necessidades individuais. Perfil populacional de renda $>40K$ dólares/ ano pode ter influenciado o resultado
<b>Bestvina et al. (2014, EUA)</b>	Transversal Quantitativo/ Nível V	300 pacientes oncológicos	Questões diretas sobre custo com oncologistas	Omissão de uso de doses ou ajuste da dose do tratamento devido ao alto custo	Conversa de custo (19%) associada ao aumento do risco de não-adesão (OR 2,6). Considerada elevada angústia financeira e adesão inadequada ao tratamento devido aos altos custos associados ao tratamento oncológico.
<b>Dusetzina et al. (2023, EUA)</b>	Transversal Quantitativo/ Nível V	2005 idosos ( $\geq 65$ anos)	Uso de <i>Real-Time Benefit Tool (RTBT)</i> , que exhibe preços específicos do tratamento no prontuário	Autorrelato de não adesão	89% querem conversar sobre custos; 20% relataram não-adesão; se o custo real é maior do que o estimado, até 80% podem interromper o tratamento, indicando frustração e a necessidade de opções mais acessíveis.
<b>Ekberg et al. (2017, Austrália)</b>	Observacional Qualitativo / Nível VI	62 idosos em consultas audiológicas	Conversas sobre preço de aparelhos auditivos	Aceitação do dispositivo (proxy)	Oferecer múltiplas faixas de preço aumentam a aceitação do tratamento; oferta única aumenta recusas. Limitação: desfecho imediato, não confirma uso contínuo do aparelho.

**Tabela 2.** Estudos que apontam principais barreiras de adesão terapêutica (5,16,17,26,27).

<b>Estudo (ano, país)</b>	<b>Tipo / Nível de Evidência</b>	<b>Contexto</b>	<b>Contribuição para o modelo CUSTO</b>
<b>Garcia-Subirats et al. (2014, Brasil/ Colômbia)</b>	Transversal Quantitativo / Nível V	Acesso a medicamentos no SUS e sistema colombiano	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aborda determinantes estruturais do acesso aos medicamentos.</li> <li>• Fatores como “renda”, “seguro privado” e “modelo de sistema” moldam o acesso desde o início.</li> <li>• Contextualiza a vulnerabilidade social no cuidado, incluindo o letramento como uma barreira implícita para acesso.</li> </ul>
<b>Medeiros de Souza et al. (2021, Nordeste BR)</b>	Observacional Qualitativo / Nível V	UBS em contexto de pobreza	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifica barreiras percebidas pelos usuários em serviços públicos de saúde, incluindo dificuldades econômicas e comunicacionais: custos diretos e indiretos e a compreensão sobre como realizar o tratamento.</li> <li>• Reforça a importância de linguagem acessível e organização do acompanhamento na prática clínica, além da garantia de oferta dos insumos (com opções).</li> </ul>
<b>Hanghøj &amp; Boisen (2014, Dinamarca)</b>	Revisão Sistemática de estudos qualitativos/ Nível VI	Adolescentes com DCNT e adesão ao tratamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evidencia o papel do letramento em saúde, preferências dos pacientes e barreiras econômicas que moldam a adesão ao tratamento em adolescentes.</li> <li>• Falta de suporte contínuo reforça esquecimento e abandono.</li> <li>• Importante adaptar a comunicação a populações específicas, com linguagem simples.</li> </ul>
<b>Cavalcante et al. (2021, Bahia)</b>	Transversal analítico / Nível V	ESF e adesão a anti-hipertensivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oferece reflexões sobre qualidade da comunicação entre profissional e paciente, útil para sustentar a importância da linguagem acessível e da escuta de preferências.</li> <li>• A comunicação centrada no paciente - clara, empática e participativa - favorece a adesão ao tratamento.</li> </ul>
<b>Drummond et al. (2020, Brasil)</b>	Transversal Quantitativo/ Nível V	Desigualdade socioeconômica e adesão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amostra nacional ampla.</li> <li>• Aborda equidade em saúde. Reforça que aspectos socioeconômicos, inclusive baixa escolaridade, interferem fortemente na adesão, mesmo quando não verbalizados em consulta.</li> <li>• Sustenta a necessidade de incluir proativamente o tema do custo na comunicação clínica e abordar opções terapêuticas em populações mais vulneráveis.</li> </ul>

**CUSTO: modelo de comunicação clínica sobre custos do tratamento**

O modelo CUSTO (Quadro 1), desenvolvido a partir da revisão de escopo, bem como das experiências das autoras em comunicação clínica em Unidades Básicas de Saúde, propõe uma abordagem estruturada para a comunicação sobre custos do tratamento, visando melhorar a adesão terapêutica.

**Quadro 1.** Modelo CUSTO para Comunicação Clínica sobre Custo e Adesão Terapêutica

<b>Acrônimo</b>	<b>Etapa</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Sugestões de frases para a comunicação</b>
<b>C</b>	<b>Compreender</b>	Investigar a realidade socioeconômica e o letramento em saúde do paciente.	<p>“Você gostaria de falar sobre como o tratamento pode se encaixar na sua rotina e no seu orçamento?”</p> <p>“Você consegue ler e entender o que está escrito na receita?”</p> <p>“Pode me contar com suas palavras como vai adquirir e tomar o remédio?”</p> <p>“Como está sua situação financeira para comprar medicamentos atualmente?”</p> <p>“Você costuma ter algum tipo de dificuldade para conseguir os medicamentos?”</p> <p>“Você recebe algum benefício financeiro do governo?”</p> <p>“A medicação está com este custo médio. Caso seja preciso, você consegue comprar?”</p>
<b>U</b>	<b>Utilizar linguagem acessível</b>	Evitar jargões técnicos ou excessivamente formais e adaptar a comunicação ao nível de letramento em saúde do paciente, de modo a garantir a compreensão.	<p>“Vamos falar de um jeito simples, tudo bem?”</p> <p>“Esse remédio é para controlar a pressão. É importante tomar todos os dias para controlar.”</p> <p>“Você consegue estes medicamentos para a pressão alta aqui na unidade de saúde, de graça. Então, é importante não deixar o remédio acabar e vir buscar todos os meses.”</p>
<b>S</b>	<b>Solicitar preferências</b>	Explorar as prioridades e preferências do paciente em relação ao tratamento e seus custos.	<p>“Aqui na unidade temos esta medicação gratuita e você precisa tomar 2 vezes ao dia. Existe a opção de 1 comprimido ao dia, mas precisa ser comprado. O que você pensa sobre isto? Qual a sua preferência?”</p> <p>“Você prefere um tratamento de menor preço, mesmo que leve mais tempo, ou um mais rápido, mesmo que seja mais caro?”</p> <p>“Podemos pensar em outras opções de tratamento, de acordo com o que você preferir.”</p>
<b>T</b>	<b>Trabalhar alternativas</b>	Apresentar opções terapêuticas viáveis, considerando acesso gratuito, genéricos, programas de assistência e recursos públicos.	<p>“Esse medicamento está disponível no posto de saúde, mas se estiver em falta, você pode conseguir na farmácia popular, também de graça.”</p> <p>“Tem uma formulação genérica que funciona de forma semelhante e tem um custo mais baixo. Podemos combinar qual usar.”</p> <p>“Temos opções de tratamento para você ter acesso aqui direto na UBS, sem custo, com 3 comprimidos ao dia. Temos outra opção, mas é paga, precisa</p>

<b>Acrônimo</b>	<b>Etapa</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Sugestões de frases para a comunicação</b>
			comprar na farmácia, com 1 comprimido ao dia. Qual você acha possível?"
<b>O</b>	<b>Organizar acompanhamento</b>	Estabelecer um plano de seguimento regular para monitorar a adesão e ajustar o tratamento conforme necessário.	"Vamos marcar um retorno daqui a 30 dias para ver como está indo." "Se tiver dificuldade para continuar este tratamento, pode me avisar, combinado?" "Após os resultados destes exames, poderemos conseguir estes remédios de graça na farmácia de componente especializado (ou farmácia de alto custo). Então, vai ser mais fácil continuar o tratamento sem se preocupar com os custos".

Fonte: desenvolvido pelos autores.

## DISCUSSÃO

A proposta do modelo CUSTO estabelece interlocução com outros modelos, tanto mnemônicos quanto não mnemônicos, empregados na prática da comunicação clínica (como SPIKES, NURSE e Calgary-Cambridge), mas com um diferencial: aborda o custo do tratamento como foco explícito da conversa clínica. Os estudos analisados sugerem que, embora o tema “custo” esteja presente na realidade dos pacientes, ele é pouco abordado pelos profissionais, especialmente em contextos públicos como o SUS. Além disso, não basta somente trazer o tema sobre custos do tratamento, é importante que haja comunicação clara, com abordagem de alternativas viáveis, além do acompanhamento longitudinal para que a abordagem seja eficaz.

A revisão de escopo confirma que barreiras econômicas continuam entre os principais determinantes da não-adesão e que abordá-las explicitamente em consulta é viável e desejado pelos pacientes. Estudos provenientes desta revisão (5,8,12–17,20,26,27) mostram que a mera presença da conversa sobre preço altera comportamentos de prescrição, decisões do paciente e percepção de qualidade do cuidado – ainda que o impacto na adesão dependa da forma, do momento e da profundidade dessa conversa. Além disso, evidencia-se que desigualdades estruturais, baixos níveis de letramento em saúde e a pouca consideração pelas preferências dos usuários contribuem para o alargamento da lacuna entre a prescrição médica e o uso efetivo dos medicamentos.

A nossa perspectiva, fundamentada na experiência acumulada das autoras em unidades básicas de saúde em regiões periféricas do Distrito Federal, em territórios com baixa renda per capita e escassa escolaridade, evidencia que a comunicação inadequada sobre custos compromete a adesão e perpetua a desigualdade no acesso ao cuidado. O modelo CUSTO surge, então, da necessidade prática de apoiar profissionais na condução de

conversas sobre custos, por vezes consideradas difíceis, pois tratam de fatores sociais e econômicos, que estão relacionados à vida privada dos pacientes.

Desta forma, o modelo “CUSTO”, proposto para qualificar a comunicação clínica sobre barreiras econômicas e adesão terapêutica, articula cinco etapas: Compreender (**C**), Utilizar linguagem acessível (**U**), Solicitar preferências (**S**), Trabalhar alternativas (**T**) e Organizar acompanhamento (**O**). As evidências selecionadas oferecem base sólida para a aplicação prática desse modelo de comunicação, um roteiro que orienta profissionais de saúde a incorporarem essa dimensão sensível na consulta clínica, respeitando as condições sociais e preferências individuais dos pacientes.

- **Etapa C – Compreender: realidade socioeconômica e letramento**

Bestvina et al.(8) e Drummond et al.(5) evidenciam que pacientes de menor renda ou em situação de “toxicidade financeira”, quando a preocupação com os custos do tratamento gera angústia e sobrecarga financeira, frequentemente suspendem medicamentos sem informar o profissional de saúde. A utilização de uma ferramenta de decisão compartilhada(13) - SDM, Shared Decision-Making Tool - antecipa essa lacuna ao mapear condições financeiras antes da decisão, legitimar o tema e prevenir surpresas no balcão da farmácia, o que alinha-se à etapa “Compreender”. Por sua vez, Garcia-Subirats et al.(17) também contextualiza a vulnerabilidade social no cuidado, incluindo o letramento como uma barreira implícita para acesso, reforçando a necessidade de compreender a realidade do paciente, principalmente no que se refere ao quesito econômico e sobre o conhecimento do paciente em temas de saúde para a proposta terapêutica. Assim, as frases sugeridas para a comunicação podem diminuir desentendimentos e buscar de forma clara os dados requeridos.

- **Etapa U – Utilizar linguagem acessível**

Tanto Espinoza Suarez et al.(13) quanto Dusetzina et al.(20) demonstraram que, se a informação de preço é transmitida em linguagem técnica ou de forma imprecisa, isso tende a gerar frustração nos pacientes e pode levar à desistência do tratamento, comprometendo a adesão terapêutica. Hanghøj & Boisen (16) destacam que esse problema é ainda mais crítico entre adolescentes, cujo nível de letramento em saúde demanda uma comunicação simples, contextualizada e livre de jargões. Já Medeiros de Souza et al.(26), ao analisarem a comunicação nos serviços públicos de saúde, ressaltam que barreiras linguísticas devem ser enfrentadas com prioridade em contextos marcados por maior vulnerabilidade social. De modo convergente, Cavalcante, et al.(27) discutem a qualidade da comunicação entre profissionais e usuários como fator fundamental para a escuta das preferências individuais e para a promoção de uma linguagem acessível. Esses achados convergem para a ideia de

que uma comunicação centrada no paciente – clara, empática e participativa – é determinante para a adesão ao tratamento. Em todos os casos, observa-se que quanto mais compreensível e precisa for a informação transmitida, melhor será a adesão terapêutica, o que reforça a importância dessa etapa no modelo CUSTO.

- **Etapa S – Solicitar preferências**

Conforme análise de Espinoza Suarez (13), a participação do paciente na seleção do tratamento, considerando custo, acessibilidade, dosagem e formato do medicamento, foi crucial para a decisão compartilhada. Medeiros de Souza et al.(26) reforçam que pacientes valorizam profissionais que respeitam suas escolhas e condições financeiras, o que eleva a adesão ao plano terapêutico. Ekberg et al(14) complementam, indicando que múltiplas opções de tratamento e faixas de preço ampliam a aceitação terapêutica. De modo semelhante, Drummond et al(5) aborda equidade em saúde, reforça que aspectos socioeconômicos, inclusive baixa escolaridade, interferem fortemente na adesão, mesmo quando não verbalizados em consulta. Deste modo, sustenta a necessidade de incluir proativamente o tema do custo na comunicação clínica e abordar opções terapêuticas e preferências em populações mais vulneráveis de modo a favorecer a adesão ao tratamento.

- **Etapa T – Trabalhar alternativas**

Trabalhar alternativas acessíveis foi ponto central nos estudos de Dusetzina et al(20) e Espinoza et al (13). Dusetzina(20) demonstra que, mesmo em contextos com cobertura pública (como o Medicare nos EUA), há múltiplas possibilidades de esquemas e fármacos com diferentes custos, e o médico que domina genéricos, programas gratuitos e ajustes de posologia pode contribuir com a redução do risco de abandono. Ekberg et al. (2017), por sua vez, apresenta que quando é ofertada apenas uma possibilidade de tratamento, o índice de recusa é maior quando comparado a ocasiões em que mais de uma opção terapêutica é ofertada. As ferramentas de decisão compartilhada (SDM *tools*), que são estratégias de comunicação desenvolvidas para ajudar pacientes e médicos a tomada de decisões específicas entre opções de saúde, descrevem opções, benefícios, danos e áreas de incerteza(13) e permitem que o profissional identifique e discuta opções terapêuticas com menor custo. Neste contexto, trata-se de estratégias que convergem diretamente com a proposta desta etapa do modelo CUSTO.

- **Etapa O – Organizar acompanhamento**

Bestvina et al(8) sinaliza que, sem monitoramento, a conversa sobre custo pode se apresentar como uma prática isolada, sem acompanhamento longitudinal e consequente falta de validação da eficácia da abordagem. Pacientes fragilizados financeiramente reduzem as doses dos tratamentos após algumas semanas. Deste modo, a continuidade do cuidado e a revisão regular do tratamento são estratégias essenciais, especialmente em condições crônicas. Além disso, os dados de Garcia-Subirats(17) indicam que falhas no seguimento perpetuam iniquidades na adesão ao tratamento. Assim, incluir lembretes, retornos breves ou contato telefônico fecha o ciclo do modelo CUSTO.

Desta forma, ao articular achados da literatura com vivências clínicas, o modelo CUSTO contribui para ampliar a comunicação clínica centrada na pessoa e baseada em equidade. Tal abordagem tem potencial para fortalecer a adesão terapêutica, mitigar abandonos e favorecer a justiça no cuidado.

## **CONCLUSÃO**

A comunicação clínica sobre custos, embora essencial para promover a adesão terapêutica, é frequentemente negligenciada, e esta revisão de escopo revelou que, apesar do interesse dos pacientes em discutir esse tema, os profissionais ainda carecem de ferramentas e formação adequadas para abordá-lo de forma ética e eficaz. Nesse contexto, o modelo CUSTO surge como uma proposta prática, fundamentada em evidências e experiências em territórios vulneráveis do SUS, organizando a comunicação clínica em cinco etapas — Compreender (**C**), Utilizar linguagem acessível (**U**), Solicitar preferências (**S**), Trabalhar alternativas (**T**) e Organizar acompanhamento (**O**) —, oferecendo um caminho para tornar essa comunicação mais inclusiva, eficaz e promotora de equidade. Outrossim, torna-se necessário que ensaios futuros avaliem sua aplicabilidade, impacto na adesão e efeitos na redução de iniquidades em saúde.

## **CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA**

### **Raquel Ferreira**

- a) concepção e delineamento do trabalho e participação da discussão dos resultados;
- b) redação do manuscrito e revisão crítica do conteúdo;
- c) aprovação da versão final do manuscrito.

### **Ana Paula de Melo Dias**

- a) Delineamento do trabalho e participação da discussão dos resultados;
- b) Revisão crítica do conteúdo;
- c) Aprovação da versão final do manuscrito.

## Rivadavio Fernandes Batista de Amorim

- a) Participação da discussão dos resultados;
- b) Revisão crítica do conteúdo;
- c) Aprovação da versão final do manuscrito.

## CONFLITO DE INTERESSES

Eu, Raquel Ferreira, investigadora principal responsável pelo presente manuscrito, o qual tem como colaboradores Ana Paula de Melo Dias e Rivadavio Fernandes Batista de Amorim, declaro que não tenho nenhum conflito de interesse que possa influenciar o resultado da pesquisa.

## REFERÊNCIAS

1. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to Medication. *N Engl J Med* [Internet]. 4 de agosto de 2005 [citado 14 de maio de 2025];353(5):487–97. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMra050100>
2. Jimmy B, Jose J. Patient Medication Adherence: Measures in Daily Practice. *Oman Med J* [Internet]. maio de 2011 [citado 14 de maio de 2025];26(3):155–9. Disponível em: [http://www.omjournal.org/fulltext\\_PDF.aspx?DetailsID=93&type=fulltext](http://www.omjournal.org/fulltext_PDF.aspx?DetailsID=93&type=fulltext)
3. Piette JD, Heisler M, Wagner TH. Problems Paying Out-of-Pocket Medication Costs Among Older Adults With Diabetes. *Diabetes Care* [Internet]. 1º de fevereiro de 2004 [citado 14 de maio de 2025];27(2):384–91. Disponível em: <https://diabetesjournals.org/care/article/27/2/384/28351/Problems-Paying-Out-of-Pocket-Medication-Costs>
4. Heisler M, Langa KM, Eby EL, Fendrick AM, Kabeto MU, Piette JD. The Health Effects of Restricting Prescription Medication Use Because of Cost. *Med Care* [Internet]. julho de 2004 [citado 14 de maio de 2025];42(7):626–34. Disponível em: <https://journals.lww.com/00005650-200407000-00002>
5. Drummond ED, Simões TC, Andrade FBD. Avaliação da não adesão à farmacoterapia de doenças crônicas e desigualdades socioeconômicas no Brasil. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2020 [citado 14 de maio de 2025];23:e200080. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2020000100470&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2020000100470&lng=pt)
6. Ubel PA, Abernethy AP, Zafar SY. Full Disclosure — Out-of-Pocket Costs as Side Effects. *N Engl J Med* [Internet]. 17 de outubro de 2013 [citado 14 de maio de 2025];369(16):1484–6. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp1306826>
7. Hunter WG, Hesson A, Davis JK, Kirby C, Williamson LD, Barnett JA, et al. Patient-physician discussions about costs: definitions and impact on cost conversation incidence estimates. *BMC Health Serv Res* [Internet]. dezembro de 2016 [citado 14 de maio de 2025];16(1):108. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1353-2>
8. Bestvina CM, Zullig LL, Rushing C, Chino F, Samsa GP, Altomare I, et al.

- Patient-Oncologist Cost Communication, Financial Distress, and Medication Adherence. *J Oncol Pract* [Internet]. maio de 2014 [citado 14 de maio de 2025];10(3):162–7. Disponível em: <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JOP.2014.001406>
9. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Ann Intern Med* [Internet]. 19 de julho de 2011 [citado 14 de maio de 2025];155(2):97–107. Disponível em: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>
  10. Lima JPD, Abreu DPG, Bandeira EDO, Brum AN, Garlet BB, Martins NFF. Functional health literacy in older adults with hypertension in the Family Health Strategy. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020 [citado 14 de maio de 2025];73(suppl 3):e20190848. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672020001500169&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020001500169&tlng=en)
  11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. [Internet]. Editora do Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_documento\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf)
  12. Carroll JK, Farah S, Fortuna RJ, Lanigan AM, Sanders M, Venci JV, et al. Addressing Medication Costs During Primary Care Visits: A Before-After Study of Team-Based Training. *Ann Intern Med* [Internet]. maio de 2019;170(9\_Suppl):S46–53. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.7326/M18-2011>
  13. Espinoza Suarez NR, Urtecho M, LaVecchia CM, Fischer KM, Kamath CC, Brito JP. Impact of Cost Conversations During Clinical Encounters Aided by Shared Decision-Making Tools on Medication Adherence. *Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes* [Internet]. agosto de 2022 [citado 15 de maio de 2025];6(4):320–6. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2542454822000315>
  14. Ekberg K, Barr C, Hickson L. Difficult conversations: talking about cost in audiology consultations with older adults. *Int J Audiol* [Internet]. junho de 2017;56(11):854–61. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1080/14992027.2017.1339128>
  15. Shih YT, Chien C. A review of cost communication in oncology: Patient attitude, provider acceptance, and outcome assessment. *Cancer* [Internet]. 15 de março de 2017 [citado 15 de julho de 2025];123(6):928–39. Disponível em: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.30423>
  16. Hanghøj S, Boisen KA. Self-Reported Barriers to Medication Adherence Among Chronically Ill Adolescents: A Systematic Review. *J Adolesc Health* [Internet]. fevereiro de 2014 [citado 14 de maio de 2025];54(2):121–38. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1054139X1300462X>
  17. Garcia-Subirats I, Vargas I, Mogollón-Pérez A, De Paepe P, Da Silva M, Unger J, et al. Inequities in access to health care in different health systems: a study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *Int J Equity Health* [Internet]. 2014 [citado 14 de maio de 2025];13(1):10. Disponível em: <http://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-13-10>
  18. Rightnour J, Baird J, Benjamin K, Qing M, Gionfriddo MR, McConaha J, et al. Medication affordability discussions with older adults in primary care. *Explor Res Clin Soc Pharm* [Internet]. março de 2023 [citado 15 de julho de 2025];9:100230. Disponível em:

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2667276623000112>

19. Bradham DD, Garcia D, Galván A, Erb C. Cost-of-Care Conversations During Clinical Visits in Federally Qualified Health Centers: An Observational Study. *Ann Intern Med* [Internet]. 7 de maio de 2019 [citado 16 de julho de 2025];170(9\_Supplement):S87–92. Disponível em: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M18-1608>
20. Dusetzina SB, Besaw RJ, Whitmore CC, Mattingly TJ, Sinaiko AD, Keating NL, et al. Cost-Related Medication Nonadherence and Desire for Medication Cost Information Among Adults Aged 65 Years and Older in the US in 2022. *JAMA Netw Open* [Internet]. 18 de maio de 2023 [citado 15 de maio de 2025];6(5):e2314211. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2805012>
21. Kuang Y, Zhang T, Ma Y, Zhu Z, So WKW, Xing W. Communication of costs and financial burdens between cancer patients and healthcare providers: a qualitative systematic review and meta-synthesis. *Support Care Cancer* [Internet]. março de 2023 [citado 18 de julho de 2025];31(3). Disponível em: <https://link.springer.com/10.1007/s00520-023-07647-0>
22. Lofland J, Johnson P, Ingham M, Rosemas S, White JC, Ellis L. Shared decision-making for biologic treatment of autoimmune disease: influence on adherence, persistence, satisfaction, and health care costs. *Patient Prefer Adherence* [Internet]. maio de 2017 [citado 18 de julho de 2025];Volume 11:947–58. Disponível em: <https://www.dovepress.com/shared-decision-making-for-biologic-treatment-of-autoimmune-disease-in-peer-reviewed-article-PPA>
23. Smith GL, Banegas MP, Acquati C, Chang S, Chino F, Conti RM, et al. Navigating financial toxicity in patients with cancer: A multidisciplinary management approach. *CA Cancer J Clin* [Internet]. setembro de 2022 [citado 18 de julho de 2025];72(5):437–53. Disponível em: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21730>
24. Legido-Quigley H, Camacho Lopez PA, Balabanova D, Perel P, Lopez-Jaramillo P, Nieuwlaat R, et al. Patients' Knowledge, Attitudes, Behaviour and Health Care Experiences on the Prevention, Detection, Management and Control of Hypertension in Colombia: A Qualitative Study. Barengo NC, organizador. *PLOS ONE* [Internet]. 24 de abril de 2015 [citado 16 de julho de 2025];10(4):e0122112. Disponível em: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0122112>
25. Kang H, Lobo JM, Kim S, Sohn MW. Cost-related medication non-adherence among U.S. adults with diabetes. *Diabetes Res Clin Pract* [Internet]. setembro de 2018 [citado 18 de julho de 2025];143:24–33. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0168822718305345>
26. Medeiros De Souza G, Alves Da Silva A, Menezes Brambila I, Ferrari N, Benatti De Almeida Oliveira J, Prado Bereta Vilela R. Análise das barreiras para adesão ao tratamento das doenças crônicas não transmissíveis no contexto da atenção básica. *RECISATEC - Rev Científica Saúde e Tecnol - ISSN 2763-8405* [Internet]. 4 de agosto de 2022 [citado 14 de maio de 2025];2(8):e28169. Disponível em: <https://recisatec.com.br/index.php/recisatec/article/view/169>
27. Cavalcante LLR, Rocha YPR, Vieira JPAG, Guimarães AA, Brito LL, Maia HMSF. Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva. Comunicação adequada em saúde e adesão terapêutica medicamentosa anti-hipertensiva na atenção primária à saúde. [Internet]. e9860 ed 2021 [citado 14 de maio de 2025];1–15. Disponível em: <https://revistas.uneb.br/index.php/saudecoletiva/article/view/9860/7689>

## Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.