



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE METODOLOGIA DA
ENFERMAGEM



**AVALIAÇÃO DE CUSTOS EM SAÚDE: o custo da adesão ao
tratamento ambulatorial da AIDS**

CRISTIANO BERTOLOSSI MARTA

RIO DE JANEIRO

ABRIL/2012



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE METODOLOGIA DA
ENFERMAGEM



**AVALIAÇÃO DE CUSTOS EM SAÚDE: o custo da adesão ao
tratamento ambulatorial da AIDS**

CRISTIANO BERTOLOSSI MARTA

ORIENTADORA: PROF.^a DR.^a JOSÉTE LUZIA LEITE

RIO DE JANEIRO
ABRIL/2012



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE METODOLOGIA DA
ENFERMAGEM



AVALIAÇÃO DE CUSTOS EM SAÚDE: o custo da adesão ao tratamento ambulatorial da AIDS

CRISTIANO BERTOLOSSI MARTA

Tese de Doutorado apresentada à Banca Examinadora como pré-requisito de avaliação do Curso de Pós Graduação em Enfermagem nos moldes *Strictu Sensu* – Doutorado em Enfermagem do Departamento de Metodologia da Enfermagem. Núcleo de Gerência, Educação e Exercício profissional da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Orientadora: Prof. Dra. Joséte Luzia Leite

RIO DE JANEIRO
ABRIL/2012



**AVALIAÇÃO DE CUSTOS EM SAÚDE: o
custo da adesão ao tratamento ambulatorial
da AIDS**



CRISTIANO BERTOLOSSI MARTA

Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola Anna Nery - Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do Título de Doutor em Enfermagem.

APROVADO POR:

Presidente: Prof^a Dr^a. Joséte Luzia Leite - Orientadora

1^a Examinadora: Prof^a Dr^a. Vivian Schutz

2^a Examinador: Prof. Dr. Antônio Augusto de Freitas Peregrino

3^a Examinadora: Prof. Dr. Antônio Marcos Tosoli Gomes

4^a Examinadora: Prof^a Dr^a. Marléa Chagas Moreira

1^a Suplente: Prof^a Dr^a. Marluci Andrade Conceição Stipp

2^a Suplente: Prof. Dr. Carlos Eduardo Peres Sampaio

RIO DE JANEIRO

ABRIL/2012

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família, aos meus pais Sergio Barros Marta e à Rosa Maria Bertolossi Marta, às minhas irmãs Patrícia Bertolossi Marta e Bárbara Bertolossi Marta de Araújo e ao meu cunhado Marcelo Teixeira de Araújo, que me possibilitaram adquirir os conhecimentos necessários para enfrentar os desafios da vida, fazendo da humildade, dedicação, respeito e ética, os princípios protagonistas de minha formação como ser humano.

Dedico, em especial, à minha esposa e companheira Priscilla Oliveira da Silva e a minha filha Beatriz pelas presenças e existências em minha vida, assim como pela paciência, carinho e apoio dedicados a mim, durante o transcorrer dessa longa e árdua caminhada.

Obrigado pela alegria, pelo sorriso e pela felicidade que vocês me possibilitam a cada dia.

Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela possibilidade de estar vivo e poder viver esse momento com saúde e ao lado de pessoas do bem.

À Prof^a Dr^a. Joséte Luzia Leite, que me aceitou como seu orientando, me permitindo o prazer do convívio e do aprendizado ao longo da construção dessa tese.

Ao Prof. Dr. Márcio Tadeu Ribeiro Francisco, que me possibilitou ser um Enfermeiro, através de seu apoio incondicional, de seus ensinamentos, de sua amizade, do carinho e do respeito. Obrigado por tudo!

À Prof^a Dr^a Nébia Maria Almeida de Figueiredo, que me estimula a buscar o conhecimento de uma Enfermagem verdadeiramente autônoma em suas práticas assistenciais, pensamentos e atitudes.

Ao Prof. Dr. Antônio Augusto de Freitas Peregrino, pela amizade, paciência e contribuição desde a semente inicial dessa tese até o constructo final.

À Prof^a Dr^a. Vivian Schutz, pelo carinho, compromisso e dedicação à pesquisa, possibilitando a estruturação e qualificação dessa tese.

À Prof^a Dr^a Marléa Chagas Moreira, pelo sorriso, carinho e contribuições ímpares que enriqueceram o trabalho.

À Prof^a Dr^a Elizabeth Rose Costa Martins, pela amizade, apoio no enfrentamento das dificuldades e estímulo constante para a produção da pesquisa.

Ao corpo docente e administrativo do Curso de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, em especial a Sra. Sônia Maria da Ressurreição Xavier e Sr. Jorge Anselmo, que foram incansáveis, dedicados, clientes e companheiros no

fornecimento de informações que me possibilitaram cumprir todas as etapas documentais do processo de construção da tese.

Aos clientes e funcionários do setor SAE do Hospital São Francisco de Assis, em especial, a Dra. Louise Bastos Schilkowsky, Coordenadora do setor, pelo acolhimento, respeito, carinho e apoio na realização dessa pesquisa. Agradeço também a equipe de profissionais: Marcelo Ribeiro Schirmer, Márcio de Figueiredo Fernandes, Ana Beatriz de M. Marinho Sampaio, Alma Papa, Rosane Castanheiras Valentini, Vera Regina de O. G. M. de Souza, Luisa Helena Maia Leite, Valéria Matheus Teixeira, Anita Nunes Ferreira, Evandro César Menezes Nery, Marília Marcolino, Celso Marques dos Santos e Maria Cristina Antunes da Silva pelas contribuições, apoio e carinho. Muito Obrigado!

Aos meus alunos do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Veiga de Almeida, Campus Cabo Frio pelo estímulo e apoio a busca de novos conhecimentos e desafios.

Aos meus amigos Sérgio Nunes de Souza Porto e Hélio Casemiro Seabra Junior, pelo apoio na construção da pesquisa e pelo apoio nos momentos difíceis .

Aos meus amigos gestores José Daniel Mendes Barcelos e Luciana Pinheiro de Oliveira, pelo companheirismo, paciência, amizade e estímulo na conclusão dessa tese.

FICHA CATALOGRÁFICA

Marta, Cristiano Bertolossi.

Avaliação dos custos em saúde: o custo da adesão ao tratamento ambulatorial da AIDS / Cristiano Bertolossi Marta. Rio de Janeiro: UFRJ / EEAN, 2012.

Xi, 138f.:il; 31cm.

Orientadora: Josete Luzia Leite

Tese de Doutorado – UFRJ / EEAN / Programa de Pós-Graduação, 2012.

Referências: f.101-112.

1. Custos. 2. AIDS. 3.Adesão à medicação

Leita, Josete Luzia. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação.

III. Doutor em Enfermagem

RESUMO

Avaliação de custos em saúde: o custo da adesão ao tratamento ambulatorial da AIDS. Curso de Doutorado em Enfermagem – Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ – Escola de Enfermagem Anna Nery – EEAN, 2012. (139 fl.). Tese de Doutorado em Enfermagem.

Autor: Cristiano Bertolossi Marta

Orientadora: Profa. Dra. Josete Luzia Leite

Resumo da Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola Anna Nery - Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do Título de Doutor em Enfermagem.

Trata-se de um estudo transversal sobre os custos da adesão dos clientes portadores do vírus da aids em tratamento ambulatorial com o objeto de pesquisa: Os custos diretos e indiretos da adesão ao tratamento da AIDS em nível ambulatorial na perspectiva do SUS. Os objetivos; Valorar os custos diretos e indiretos da adesão do cliente portador do vírus da aids ao tratamento a nível ambulatorial na perspectiva do SUS; Analisar as categorias de custo relacionadas à adesão ao tratamento da aids a nível ambulatorial à luz da Política Nacional de DST/AIDS. O referencial teórico contempla os custos com a saúde no Brasil e o Programa Nacional de AIDS, a Consulta de Enfermagem, o HIV e os Antirretrovirais e Avaliação dos custos na saúde. Após análise, identificou-se que os custos diretos absorveram 76,75% dos custos totais, obtendo destaque para os custos diretos com medicação com 63,04%, seguido de 31,31% com os honorários dos profissionais e 5,65% com exames. Já os custos indiretos totalizaram 23,25%, sendo a maioria (96%) destinados aos custos com os dias de trabalho perdidos, pois muitos têm de abdicar do dia de trabalho para frequentar as consultas. Esses valores estão associados aos custos com transporte e alimentação que atingem a marca de 2% da amostra cada um. O estudo aponta para necessidade de manutenção dos serviços de distribuição de medicamentos e dos benefícios disponibilizados, e de um planejamento para o fortalecimento da adesão como proposta de redução de custos diretos. Além disso, ressalta a importância da igualdade de valorização dos profissionais.

Palavras-chave: Custos, AIDS, Adesão a medicação

ABSTRACT

Evaluation of health costs: the cost of adherence to AIDS treatment on an outpatient basis. Doctorate in Nursing - Federal University of Rio de Janeiro - UFRJ - Anna Nery School of Nursing - EEAN, 2012. (139 fl.). Thesis of Doctorate on Nursing.

Autor: Cristiano Bertolossi Marta

Orientadora: Profa. Dra. Josete Luzia Leite

Abstract da Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola Anna Nery - Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do Título de Doutor em Enfermagem.

This is a cross-sectional study on cost of medication adherence of clients living with the aids in outpatient treatment with the object of research: The direct and indirect costs of AIDS treatment adherence in outpatients in perspectiva SUS and objectives: To assess the direct costs and indirect membership of the customer's carrier of the AIDS virus to treatment on an outpatient basis in view of the NHS and analyze the cost categories related to adherence to AIDS treatment on an outpatient basis in the light of the National STD / AIDS. The theoretical framework includes the costs of health in Brazil and the National AIDS, Nursing Consults, HIV Antirretrovirals and evaluation of health costs. After analysis, we found that the direct costs absorbed 76.75% of total costs, gaining prominence for the direct costs of medication with 63.04% followed by 31.31% with fees of 5.65% with professionals and examinations. Since the indirect costs totaled 23.25%, and 96% for most of the costs of work days lost, as many have to give up the day job to attend the consultations. These values are associated with transportation and food costs that hit the mark of 2% of the sample each. The study points to need for maintenance of drug distribution services and benefits available, and a plan to strengthen the membership as a proposal to reduce direct costs. Furthermore, it emphasizes the importance of equal value from the pros.

Key-words: Costs, AIDS, Medication Adherence

RESUMEN

MARTA, Cristiano Bertolossi. Evaluación de los costos de salud: el costo de la adherencia al tratamiento del SIDA en forma ambulatoria. Doctorado en Enfermería - Universidad Federal de Río de Janeiro - UFRJ - Escuela Anna Nery de Enfermería - EEAN, 2012. (139 fl.). Tesis de Doctorado en Enfermería.

Autor: Cristiano Bertolossi Marta

Orientadora: Profa. Dra. Josete Luzia Leite

Este es un estudio transversal en costos de cumplimiento de la medicación de los clientes que viven con el virus en el tratamiento ambulatorio, con el objeto: Los costos directos e indirectos de la adherencia al tratamiento del SIDA en clientes ambulatorios en perspectiva SUS y objetivos: Evaluar los costos directos y indirectos de la compañía del cliente del virus del SIDA al tratamiento de forma ambulatoria en el punto de vista del SUS y analizar las categorías de costos relacionados con la adherencia al tratamiento del SIDA de forma ambulatoria a luz del Programa Nacional de ITS / SIDA. El marco teórico incluye los costos de la salud en Brasil y el Programa Nacional de SIDA, Consulta de la Enfermería, VIH antirretrovirales y la evaluación de los costos de salud. Tras el análisis, encontramos que los costos directos absorbe 76,75% de los costos totales, ganando prominencia de los costos directos de la medicación con 63,04%, seguido de 31,31%, con tasas de 5,65% con los profesionales y exámenes. Dado que los costos indirectos ascendieron a 23,25%, (96%) durante la mayor parte de los costos de días de trabajo perdidos, ya que muchos tienen que abandonar el trabajo del día a asistir a las consultas. Estos valores están asociados con los costos de transporte y los alimentos que afectaron a la marca del 2% de la muestra de cada uno. El estudio apunta a la necesidad de mantenimiento de los servicios de distribución de drogas y los beneficios disponibles, y un plan para reforzar el número de miembros como una propuesta para reducir los costos directos. Por otra parte, hace hincapié en la importancia de la misma calidad entre los profesionales.

Palabras-chaves: Costos, SIDA, Cumplimiento de la medicación

SUMÁRIO

	PÁGINA
Lista de Tabelas.....	14
Lista de Gráficos.....	15
Lista de Quadros.....	16
Lista de Abreviaturas e Siglas.....	17
Considerações iniciais.....	18
Motivação.....	18
Objeto de estudo.....	27
Questões norteadoras.....	28
Objetivos do estudo.....	28
Relevância do estudo.....	29
1 – Referencial Teórico.....	31
1.1 – História da Saúde no Brasil e o Programa Nacional de AIDS.....	31
1.2 – Consulta de Enfermagem.....	41
1.3 – HIV e os Antirretrovirais.....	49
1.3.1 – Inibidores de Transcriptase Reversa Análogos do Nucleosídeos.....	50
1.3.2.- Inibidores de Transcriptase Reversa Não Análogos do Nucleosídeos.....	52
1.3.3 – Inibidores de Protease.....	53
1.3.4 – Inibidores de Fusão.....	56
1.3.5 – Inibidor de Integrase.....	56
1.4 – Avaliação dos custos na saúde.....	59
2 – Metodologia.....	64
2.1 – Tipo de Estudo.....	64
2.2 – Espaço da pesquisa.....	64
2.3 – Sujeitos da pesquisa.....	65
2.3.1 - Critérios de Inclusão e Exclusão.....	65
2.4 – Abordagem técnica.....	66
2.5 - Análise dos dados.....	70
2.5.1 – Categorias de Custo.....	70
3- Resultados e Discussões.....	73

3.1 – Aspectos Educacionais e Socioeconômicos dos sujeitos.....	73
3.2 – Análise de custos.....	76
3.2.1 – Custos Indiretos.....	78
3.2.2 – Custos Diretos.....	84
4 – Considerações Finais.....	98
5 – Referências.....	102
6 – Bibliografia Consultada.....	114
7 – Anexos.....	124
I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	125
II – Carta de Encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa EEAN/HESFA.....	128
III – Tabelas de Honorários dos profissionais.....	129
8 – Apêndices.....	133
I – Cronograma.....	134
II – Formulário 1 – Aspectos educacionais, socioeconômicos relacionados aos custos indiretos.....	135
III – Formulário 2 – Revisão de prontuário e custos diretos.....	137

LISTA DE TABELAS

PÁGINA

1 – Distribuição dos sujeitos quanto aos dados socioeconômicos e educacionais	73
2 – Distribuição dos custos diretos em relação às medicações antirretrovirais utilizadas no tratamento dos sujeitos.....	85
3 – Distribuição dos custos diretos em relação aos honorários dos profissionais.....	87
4 – Distribuição dos custos diretos em relação aos exames laboratoriais utilizados no tratamento dos sujeitos.....	93
5 – Distribuição dos custos diretos.....	95
6 – Distribuição dos custos entre diretos e indiretos.....	96

LISTA DE GRÁFICOS

PÁGINA

1 – Distribuição dos custos indiretos.....	78
2 – Distribuição dos custos indiretos relacionados ao transporte.....	79
3 – Distribuição dos sujeitos relacionados ao número de viagens realizadas ao ambulatório no período de 6 meses.....	80
4 - Distribuição dos custos indiretos relacionados à alimentação.....	81
5 – Distribuição dos custos indiretos relacionados à perda de emprego devido a AIDS.....	82
6 – Distribuição dos sujeitos em relação à sua renda familiar.....	83

LISTA DE QUADROS**PÁGINA**

1 - Distribuição dos profissionais especialistas do Programa de Assistência Integral ao portador de HIV/AIDS. Julho a Agosto, 2011.....	67
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABC – Abacavir

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ALP/TGP – Alanina aminotransferase / Transaminase glutâmico pirúvica

Anti-HBc – Anticorpos contra o antígeno “c” da Hepatite B

Anti-HBs - Anticorpos contra o antígeno “s” da Hepatite B

Anti-HCV - Anticorpos contra o vírus da Hepatite C

APV - Amprenavir

ATZ - Atazanavir

AZT - Zidovudina

CD4 – Linfócitos CD4 (auxiliares)

CDC – *Centers for Disease Control and Prevention*

ddC - Zalcitabina

ddI - Didanosina

d4T - Estavudina

DNA – Ácido desoxirribonucleico

EFZ - Efavirenz

ELISA – “*enzyme linked immunosorbent assay*”

HBV – Vírus da hepatite B = Hepatitis B vírus

HCV – Vírus da hepatite C = Hepatitis C vírus

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IDV - Indinavir

IP – Inibidores de Protease

ITRN – Inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos

ITRNN - Inibidores da transcriptase reversa não-análogos de nucleosídeos

LPV/r – Lopinavir / ritonavir

NVP - Nevirapina

NFV - Nelfinavir

RNA – Ácido ribonucleico

RTV - Ritonavir

SQV - Saquinavir

TDF - Tenofovir

3TC - Lamivudina

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A elaboração dessa pesquisa dá continuidade a estudos e atividades desenvolvidas ao longo da minha trajetória acadêmica, iniciada em 1999 enquanto acadêmico bolsista de Iniciação Científica (PIBIC), pelo Projeto VEST AIDS da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) / Coordenadoria de Campi Regionais (CCR) da UERJ, e profissional, iniciada em 2004 como docente e coordenador de um curso de graduação em Enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior (IES).

A minha experiência acadêmica com a temática, desde a graduação até o mestrado, focou-se na prevenção, visto que era uma necessidade do próprio Programa Nacional de DST/AIDS a realização de pesquisas com esse direcionamento.

O Projeto VEST AIDS, desenvolvido em parceria com órgãos públicos (Federal, Estadual e Municipal) e com a comunidade do Morro da Mangueira, visava a identificar as percepções e conhecimentos dos acadêmicos da UERJ sobre DST e AIDS, suas dúvidas, medos e dificuldades. Esse projeto também contava com atividades de orientação, através de palestras, folders, atividades demonstrativas sobre a colocação do preservativo, vídeos sobre a prevenção e transmissão das DST/AIDS, com a finalidade de minimizar as contaminações entre parceiros, propagar as informações e esclarecer suas dúvidas. (FRANCISCO, 2000).

A interlocução com outros dois projetos, “Mulher, Samba e Saúde” e “Só a Alegria Vai Contagiar!, O Samba da Prevenção Vai Pegar Neste Carnaval”, levava a um entendimento e a uma interpretação de diversas formas de ver/perceber e sentir o HIV/AIDS e suas faces e interfaces na sua trajetória sociocultural.

A partir de 2004, já como enfermeiro e gestor, refletindo sobre os conhecimentos, significados e informações sobre AIDS propagados pela e na sociedade, elaboramos a dissertação de mestrado, realizada na UERJ, intitulada “Representação da AIDS: o velho e o novo que permanece no discurso sobre a doença – um estudo em Enfermagem”.

Neste estudo, tivemos a oportunidade de investigar o significado, para estudantes de graduação de uma Instituição de Ensino Superior (IES), sobre AIDS com o objetivo de descrever os significados, a dimensão imagética, os conhecimentos, as atitudes e as práticas dos estudantes em relação ao HIV/AIDS; verificar a prática do uso do preservativo entre os universitários; e analisar as representações dos jovens na adoção do uso do preservativo.

Foram analisadas as informações sobre AIDS obtidas pelos estudantes ao longo de suas caminhadas e descobertas, através das campanhas de prevenção do Governo Federal, e como eles as processaram e as assimilaram. Fato que, conseqüentemente, direcionaram suas práticas e escolhas na hora da tomada de decisão.

Os resultados encontrados contribuíram para a avaliação da eficácia e eficiência da prevenção da AIDS, visto que a mesma gerava e gera um custo para o Programa Nacional de DST/AIDS. O estudo permitiu a conclusão de que os estudantes possuem acesso às informações, porém não as colocam em prática, da forma devida, e isso favorece o crescimento dos números da doença que em 2011 ficou em 608.230 casos até junho de 2011. (BRASIL, 2011)

Além disso, o estudo recomendou a revisão das estratégias utilizadas para transmissão das informações, visto que muitos estudantes não conseguem fazer uma leitura e interpretação segura e correta conforme os objetivos do programa. Os

estudantes são indivíduos em constante transformação e com experiências diversas e singulares. Por isso, o processo educativo deve acompanhar e se adaptar a essas mudanças, para obter êxito.

Concluimos que o estudo construído estimula a busca de novas reflexões e novos horizontes, com o objetivo de aperfeiçoar a metodologia dos projetos que sirvam ao programa e de gerar questionamentos, discussões e novos estudos sobre a sustentabilidade do mesmo, visto que os custos do Governo Federal aumentam a cada ano.

Como a minha experiência concentra-se na área do ensino e gestão, surgiu grande interesse pela área de avaliação de custos, a qual foi aprofundada com dedicação às disciplinas/cursos de aperfeiçoamento, na condição de aluno especial do doutorado, o que possibilitou refletir sobre a gestão financeira do programa, os custos com a prevenção, com tratamento, enfim, a sustentabilidade do processo como um todo.

A partir dessas reflexões, do estudo do Manual de Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV/AIDS (BRASIL, 2007) e do livro Avaliação econômica em saúde: desafios para a gestão do SUS (BRASIL, 2008), inclinamos nossa busca para avaliação de custos da adesão ao tratamento da AIDS.

De acordo com o Ministério da Saúde, um dos principais pontos a ser discutido quando se aborda a sustentabilidade do programa de DST/AIDS é a adesão ao mesmo, visto que os custos para recuperar o indivíduo são maiores do que a sua manutenção diária. (BRASIL, 2008)

Diante disso, iniciamos a busca por mais informações para fundamentar nossos questionamentos, através das bases de dados Scielo, Medline e Biblioteca

Virtual de Saúde. Para nortear nossa busca, utilizamos inicialmente os descritores custos, AIDS e enfermagem, por entendermos que os mesmos representavam a ideia principal de nossa inquietação. Porém, não encontramos estudos que reproduzissem a participação do enfermeiro na avaliação dos custos do tratamento ou prevenção da AIDS.

Sendo assim, alteramos os descritores para custos, AIDS, adesão à medicação, o que nos permitiu acessar 37 artigos entre os anos de 2000 e 2011, com maior concentração entre os anos 2006 e 2009, fato possivelmente ocasionado pelo reflexo da introdução de outros medicamentos no tratamento da doença em anos anteriores. Essa introdução gerou uma resistência natural (efeitos adversos, colaterais, intolerância) do corpo dos indivíduos que fazem uso da Terapia Antirretroviral (TARV), estimulando o Governo a criar estratégias que auxiliassem os indivíduos a se adaptarem a essa terapêutica, desde a combinação de medicamentos até a capacitação de profissionais da área da saúde para o atendimento especializado a essa clientela.

Ainda em relação aos artigos encontrados, a maioria (48,6%) versava sobre os fatores de risco que interferem na adesão à Terapia Antiretroviral (TARV), 18,9% abordaram assuntos sobre avaliação dos custos (utilidade e efetividade) para adesão à TARV; 16,2% sobre a correlação da adesão à TARV com outras patologias, como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), diabetes, hanseníase, tuberculose e acesso aos fármacos; 10,8% avaliaram a qualidade da assistência prestada pelos profissionais da área da saúde e sua importância no processo de adesão à TARV e 5,4% discutiram a autoeficácia do indivíduo em relação ao referido tratamento.

A discussão dos artigos sobre os custos da adesão ao tratamento da AIDS não pode ser feita de forma isolada, sem considerar a história da doença e do Programa Nacional de DST/AIDS.

No Brasil, a aids¹ foi descoberta pela primeira vez em 1982. A sua difusão, na primeira metade da década de 80, ocorreu entre as principais áreas metropolitanas e estendeu-se, posteriormente, para as diversas microrregiões do país. (BRASIL, 2011)

Nesse 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 90, homens e mulheres heterossexuais, crianças, adolescentes e sujeitos de todas as classes sociais passaram a ser atingidos. (BRASIL, 2011)

A criação do Programa Nacional de DST/AIDS deu origem a uma mudança das lideranças do Governo. Essa mudança trouxe uma abordagem cada vez mais técnica para o tratamento do tema AIDS. A propagação das informações e a pressão social tornaram-se fatores decisivos na estimulação para participação de outras entidades, como as religiosas, públicas e privadas. A convivência das pessoas com o vírus HIV culminou no movimento de organização, com o intuito de lutar por seus direitos legais e humanos, forçando ainda mais o governo federal a se manifestar. (MARTA, 2005)

O resultado dessas cobranças sociais foi a distribuição de medicamentos antirretrovirais, em níveis primários e secundários de saúde, como parte do Programa Nacional de AIDS. Essa proposta reduziu os custos do Governo Federal com internações hospitalares. Porém, com o crescimento do número de pessoas

¹ Houve um consenso entre a Comissão Nacional de Aids e a Coordenação Nacional de Aids, onde ficou decidido que a palavra "aids" é considerada um substantivo comum, apesar de ser originária de sigla estrangeira. Desta forma, sua grafia será sempre em caixa baixa quando tratar-se da epidemia, a exemplo da tuberculose, dengue e câncer" (Malerbo, 2003, p. 14)

com HIV/AIDS, esses gastos passaram a crescer substancialmente a ponto de por em discussão a sustentabilidade da política brasileira em relação à AIDS. (GRANGEIRO *et al.* 2006)

Há ainda que refletirmos acerca da qualidade da assistência resultante de ações de um programa nacional diferenciado, mais especificamente em relação às habilidades dos profissionais envolvidos, aos seus valores, ao respeito aos princípios éticos da profissão, à existência e à disponibilidade de profissionais para a assistência necessária e à existência de recursos materiais para o desenvolvimento das mesmas, que não prescinde do fortalecimento do sistema de saúde brasileiro como um todo, mas da sua organização. Esse sistema se vê às voltas com problemas operacionais e realidades regionais diversas, muitas delas aquém dos padrões desejados de assistência. (PORTELA e LOTROWSKA, 2006)

Ainda, segundo esses autores, a assistência ambulatorial a clientes com HIV/AIDS envolve serviços com características institucionais e infraestrutura heterogêneas, mas que, majoritariamente, dispõem de recursos mínimos necessários e estão localizados em áreas de fácil acesso. (PORTELA e LOTROWSKA, 2006)

No estudo desenvolvido por Melchior *et al.* (2006), identificou-se que 74% das unidades ambulatoriais tinham, ao menos, um médico especializado em doenças infecciosas e 90,4%, um profissional de saúde não-médico, com 76% das equipes incluindo assistente social, enfermeiro, psicólogo e farmacêutico. Na maioria dos casos, as unidades ambulatoriais dispunham de mecanismos de referência aos especialistas, dentro do SUS. Contudo, em parte dos serviços, o tempo de espera é consideravelmente relevante, ou seja, é alto para as necessidades de atendimento da população, principalmente para pneumologistas, neurologistas, oftalmologistas e

cirurgiões-gerais. Os testes de contagem de TCD4⁺ e TCD8⁺ e o teste da carga viral, bem como exames laboratoriais simples e raios-X estavam disponíveis em mais de 95% dos serviços, havendo maior dificuldade no acesso a exames mais complexos, especialmente os de imagem. A disponibilidade dos antirretrovirais foi homogeneamente alta, contrastando com problemas na disponibilidade de outros medicamentos voltados para a profilaxia e tratamento de doenças oportunistas, cuja distribuição fica a cargo dos Governos Estaduais e Municipais.

Na realidade de oferta de serviços, devemos atentar não só para a distribuição e acesso aos medicamentos, como também para a adesão ao tratamento disponível.

A adesão é um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração de determinado regime terapêutico, no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre o mesmo. (BRASIL, 2007)

O Ministério da Saúde publicou, em 2008, um “Manual de Adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV/AIDS”, com o intuito de elucidar as principais dúvidas sobre o assunto. Na sua composição, a adesão ao tratamento é considerada um processo dinâmico e multifatorial, que inclui aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais, que requer decisões compartilhadas e co-responsabilizadas entre as pessoas que vivem com HIV, a equipe e a rede social. Além disso, deve ser entendida como um processo de negociação entre o usuário e os profissionais de saúde, no qual são reconhecidas as responsabilidades específicas de cada um, que visa a fortalecer a autonomia para o autocuidado. (BRASIL, 2007)

A não-adesão aos novos medicamentos para a aids (Antiretrovirais – ARV, em geral, e inibidores de protease – IP, em particular) é considerada como uma das

maiores ameaças para a efetividade do tratamento, no plano individual, e para a disseminação de vírus-resistência, no plano coletivo. Isto, porque os novos regimes terapêuticos parecem exigir do indivíduo, que adere ao tratamento, integração complexa entre conhecimentos, habilidades e aceitação, além de outros importantes fatores ligados ao ambiente e ao cuidado à saúde.

Como em outras doenças crônicas, na aids é fundamental haver uma interação entre cliente/cuidados e a equipe multiprofissional, de forma a favorecer a continuidade do tratamento, para que essa possa ser devidamente compartilhada. (BONOLO, P.F. *et al*, 2007). Para isso, deve haver um investimento em atenção básica (ambulatório), visto que poder-se-á realizar atividades de promoção, prevenção e acompanhamento do tratamento.

Muitos clientes, assim que recebem o diagnóstico da infecção pelo HIV, explicitam, direta ou indiretamente, os possíveis obstáculos para a adesão ao tratamento. Essas dificuldades podem ser minimizadas, ou mesmo evitadas, no processo de aconselhamento pós-teste. (BRASIL, 1997). Esse processo transcende à simples ingestão de medicamentos, incluindo o fortalecimento da pessoa vivendo com HIV/AIDS, o estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde, o acesso à informação, o acompanhamento clínico-laboratorial, a adequação aos hábitos e necessidades individuais e o compartilhamento das decisões relacionadas à própria saúde, inclusive para pessoas que não fazem uso de Terapia AntiRetroViral (TARV). (BRASIL, 2007)

É na entrega do resultado que o profissional de saúde pode estabelecer o vínculo com o paciente, levando-o à adesão ao tratamento. É no momento do conhecimento do diagnóstico que, se trabalhado com acolhimento, atenção e

respeito, o profissional pode garantir ao cliente o sentimento de vínculo e suporte, fundamentais para o processo de adesão. (SANTOS, 2001)

Alguns aspectos podem influenciar no processo de adesão à TARV como: o medo de sofrer estigma, preconceito ou discriminação; complexidade do regime terapêutico; a precariedade ou ausência de suporte social afetivo e/ou material/instrumental; baixa escolaridade, habilidades cognitivas insuficientes para lidar com as dificuldades e as exigências do tratamento; não aceitação da soropositividade; presença de transtornos mentais, como depressão e ansiedade; efeitos colaterais da medicação antirretroviral; relação insatisfatória do usuário com a equipe de saúde e com os serviços prestados; crenças negativas e informações inadequadas sobre a enfermidade e o tratamento; dificuldades de organização para adequar as exigências do tratamento às rotinas diárias, como horários de acordar, das refeições, do trabalho e de ingestão da medicação; e abuso de álcool e outras drogas. (BRASIL, 2008)

Esse fato nos leva a pensar que há a necessidade de avaliarmos as questões referentes ao planejamento das ações voltadas para os recursos materiais e humanos, sendo eles: a distribuição e acesso às medicações, o acompanhamento clínico-laboratorial e psicológico dos clientes, o controle da adesão ao tratamento e os custos relacionados a esse processo. A ausência dessas questões pode gerar diminuição da adesão ao tratamento, bem como uma baixa sobrevida desse cliente, impactando enormemente nos custos gerais do tratamento.

Pensando nessas questões, o Governo Federal passou a direcionar o repasse de suas verbas para programas mais específicos 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 DSTs em funcionamento

desde 2007. Segundo os dados, o repasse de verbas do Governo Federal para o Governo Estadual vem diminuindo, ao longo dos anos, porém a verba para esse programa que vinha se mantendo numa redução desacelerada até 2009, sendo em 2007 (Repasse total para saúde - R\$ 767.277.092,97 e para o Programa – R\$ 5.118.488,11 <0,66%>), em 2008 (R\$ 910.755.228,65 e R\$ 3.779.746,33 <0,42%>), em 2009 (R\$ 947.665.219,38 e R\$ 3.825.694,29 <0,40%>), passou a apresentar um aumento proporcional a partir de 2010 (R\$ 682.399.505,90 e R\$ 3.412.760,89 <0,50%>) e em 2011 (R\$ 533.484.612,82 e R\$ 3.182.400,50 <0,60%>). (BRASIL, 2012. Disponível em: <<http://www.portaldatransparencia.gov.br>>, 05 de março de 2012)

Para NITA,o “custo é o elemento comum das análises econômicas, sendo categorizados em custos diretos, indiretos e intangíveis.” (2000, p. 27)

Os custos 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 cliente ou mesmo de familiares/cuidadores. Os custos intangíveis (custo da dor, sofrimento, tristeza), em geral, na forma de qualidade de vida, sua mensuração é muito difícil. (COSTA, A.M.N. *et. al*, 2010).

Diante do exposto, utilizaremos, neste trabalho, apenas os custos diretos e indiretos para mensurar os custos da adesão ao tratamento da aids. (NITA, *et. al*, 2010)

Desta forma, definimos como **objeto de estudo**: os custos diretos e indiretos da adesão ao tratamento da AIDS a nível ambulatorial na perspectiva do SUS.

Mediante o objeto definimos como **questões norteadoras**:

- 1) Quais são os custos diretos e indiretos da adesão ao tratamento da AIDS a nível ambulatorial?
- 2) Quais são as categorias de custo¹ de maior relevância na adesão do tratamento da AIDS a nível ambulatorial?

Sendo assim, com o intuito de responder a essas questões, definimos como **objetivos do estudo**:

- 1) Valorar² os custos diretos e indiretos da adesão ao tratamento da AIDS a nível ambulatorial;
- 2) Analisar as categorias de custo relacionadas à adesão ao tratamento da AIDS à luz da Política Nacional de DST/AIDS.

O estudo é relevante para a assistência, pois permitirá uma mudança no olhar sobre as políticas de saúde e suas prioridades, e estimulará os enfermeiros a buscarem ou fortalecerem sua identidade gerencial e administrativa, sem perder o foco assistencial. A lacuna na assistência prestada ao cliente portador do vírus da AIDS, principalmente no que concerne à convivência do indivíduo com a doença, na busca de atender às suas necessidades psicossociais e incentivar a capacidade de autonomia para se autocuidar, traz como necessária a participação efetiva do profissional enfermeiro.

¹ Categorias de custo: são recursos materiais e humanos envolvidos no processo. Ex: transporte, honorários dos profissionais, etc.

² O verbo em questão é comumente utilizado em pesquisas de avaliação de custos e avaliação econômica.

Este estudo é de relevância ainda para a pesquisa, pois estimulará a reflexão sobre a otimização dos recursos e práticas direcionadas à esta clientela, como também para o ensino, devido à necessidade de construção de pensamentos mais apropriados à realidade e às exigências do mercado assistencial e sua demanda de recursos financeiros.

O enfermeiro, comprometendo-se em assistir o portador do HIV/AIDS a nível ambulatorial, via consulta de enfermagem, oportuniza um trabalho voltado para melhoria da qualidade de vida e responde pela preparação do cliente para o autocuidado. A consulta de enfermagem constitui atividade exclusiva do enfermeiro que, usando sua autonomia profissional, desenvolve um modelo assistencial para atender às necessidades de saúde de sua clientela, conforme estabelecido em Lei n 7498/86¹, regulamentada pelo decreto 94.406/87. Essa atividade favorece às condições para adesão do cliente ao tratamento, pois gera uma confiança no indivíduo.

A contribuição se estende também para a construção de um pensamento crítico-reflexivo em relação às questões que envolvem o conhecimento sobre a questão econômica, os custos de uma assistência, a eficácia e eficiência da implantação de determinado recurso. Este é um campo que exige e necessita cada vez mais a participação do profissional enfermeiro, ampliando e valorizando os conceitos existentes com seus conhecimentos sobre gestão de cuidados, de recursos humanos e materiais, favorecendo e estimulando a descoberta de novos referenciais para esse tipo de estudo.

O estudo está inserido na linha de pesquisa do Núcleo de Gestão em Saúde e Exercício Profissional da Enfermagem, Departamento de Metodologia da

¹ Lei 7498/86 – Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício de Enfermagem.

Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), podendo contribuir para discussão com outros grupos de pesquisa que tratam do tema no Brasil e exterior.

O estudo também possibilitará a aproximação da Enfermagem com os estudos na área de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS), definida como uma área multidisciplinar de estudos. Seu objetivo é fornecer aos tomadores de decisão informações quanto ao possível impacto e consequências de uma nova tecnologia ou de mudanças em uma tecnologia estabelecida. Há uma preocupação com as consequências diretas e indiretas, ou secundárias, benefícios e desvantagens, e com o mapeamento das etapas envolvidas em qualquer transferência de tecnologia, tanto no setor privado, quanto no público. O papel da ATS (Avaliação Tecnológica em Saúde) é fornecer para os tomadores de decisão uma análise hierarquizada das opções de políticas de saúde, com um entendimento das implicações econômicas, ambientais, sociais, políticas e legais para a sociedade. (BRASIL, 2008)

Em paralelo ao movimento de ATS, despontou o novo modelo de atenção à saúde que é a Prática baseada em evidências. Ela surgiu da fusão entre epidemiologia populacional, saúde coletiva, pesquisa básica e clínica. Assim, passou a incorporar o rigor metodológico proveniente de estudos populacionais e de vigilância sanitária, em questões individuais da prática da saúde, reconhecendo que a experiência clínica e os mecanismos fisiopatológicos de doenças são insuficientes para a tomada de decisão mais adequada. Por definição, ela integra a experiência clínica individual, com a melhor evidência externa, disponível de pesquisas sistemáticas nas expectativas e valores pessoais dos clientes e seus familiares. (BRASIL, 2008)

1 – REFERENCIAL TEÓRICO

1.1- Historia da saúde no Brasil e o Programa Nacional de AIDS

No início da década de oitenta, procurou-se consolidar o processo de expansão da cobertura assistencial, iniciado na segunda metade dos anos setenta, em atendimento às proposições formuladas pela Organização Mundial de Saúde na Conferência de Alma-Ata (1978), que preconizava "Saúde para Todos no Ano 2000", principalmente por meio da Atenção Primária à Saúde.

As últimas décadas (70 e 80) foram marcadas por intensas transformações no sistema de saúde brasileiro, intimamente relacionadas com as mudanças ocorridas no âmbito político-institucional, e, simultaneamente, ao processo de redemocratização iniciado nos anos oitenta.

Em 1983, foram feitos os primeiros diagnósticos da nova doença (AIDS). Na mesma época, o primeiro programa oficial de controle da doença é implantado em São Paulo, em cooperação entre a comunidade gay organizada e os técnicos da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.

A luta contra a doença no Brasil passa a contar com o apoio das primeiras organizações governamentais e não-governamentais dedicadas, especificamente, nesta arena, em 1985: o Programa de Controle da AIDS, sob coordenação da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, o GAPA (Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS), em São Paulo, e a ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS), fundada por Herbert de Souza, em 1986, no Rio de Janeiro. Nesse mesmo ano, é criada a Comissão de Assessoramento em AIDS, atual Comissão Nacional de AIDS (CNAIDS), através da portaria nº 199/GM, publicada no Diário Oficial da União de 28

de abril de 1986, seção I. Ainda em 1986, a AIDS passa a ser doença de notificação compulsória pela Portaria Ministerial nº 542/86. (BRASIL, 2012)

Ainda, em 1987, as campanhas oficiais de prevenção contra a aids, oscilaram de tom ao longo de sua história. As Organizações Não-Governamentais (ONGs), como Grupo pela VIDDA (pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids), iniciaram uma resistência contra o discurso intimidatório e que reforçava a discriminação da época. Com o passar do tempo, ganha corpo e aceitação a ideia de que faz parte da prevenção a luta contra a discriminação, o preconceito, a defesa da solidariedade e dos direitos das pessoas vivendo com HIV/AIDS. (BRASIL, 2012)

Em 1988, o país adquire várias conquistas como: a criação do Programa Nacional de AIDS, no âmbito do Ministério da Saúde; a aprovação da Lei 7670, pelo Congresso Nacional, que estende às pessoas que vivem com a doença os benefícios já previstos para os portadores de doenças incapacitantes ou terminais, como o levantamento do FGTS, auxílio-doença, pensão e aposentadoria sem período de carência. Além disso, o Governo Federal inicia a circulação do Boletim Epidemiológico AIDS e cria, através da portaria 101, de 10 de março de 1987, a Comissão Nacional de Controle de AIDS. Em outubro de 1988, com a promulgação da Constituição Federal, oficialmente, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) fundamentado no princípio constitucional de que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, prevendo o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, com regionalização e hierarquização, descentralização com direção única em cada esfera de governo, participação da comunidade e atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e

regulamentado pelas Leis n.º 8080/90¹ e nº 8.142/90², com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto. (LIMA, GERSHMAN e EDLER, 2005)

Do Sistema Único de Saúde, fazem parte os centros e postos de saúde, hospitais - incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros (bancos de sangue), além de fundações e institutos de pesquisa, como a Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto Vital Brasil. Através do Sistema Único de Saúde, todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas Unidades de Saúde, a ele vinculados, sejam públicas (da esfera municipal, estadual e federal), ou privadas, contratadas pelo gestor público de saúde.

O SUS é destinado a todos os cidadãos e é financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população, que compõem as receitas do Governo Federal, Estadual e Municipal; tem como metas: tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população; ofertar serviços com qualidade e adequados às demandas, independente do poder aquisitivo do cidadão; promover a saúde, priorizando as ações preventivas; democratizar as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde; controlar a ocorrência de doenças, seu aumento e propagação (Vigilância Epidemiológica), a qualidade de

¹ Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990- Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências.

² Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990 – Lei que dispõe sobre a participação da comunidade na Gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde

remédios, de exames, de alimentos, higiene e adequar as instalações que atendem ao público. (VERDI e COELHO, 2005)

Ainda em 1988, houve o início da distribuição de medicamentos para infecções oportunistas pelo SUS e a criação do Centro de Apoio Sorológico (COAS), atual Centro de Testagem e Aconselhamento. (GALVÃO, J. 2002; BRASIL, 2012)

Em 1991, foi realizado no Rio de Janeiro, o primeiro Encontro Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS, que reuniu 160 pessoas que discutiram “a terceira epidemia”, ou seja, as repercussões sociais, jurídicas e éticas provocadas pelo HIV. No mesmo encontro, as ONGs brasileiras protestaram contra a política de aids do governo Collor, além da falta de verbas e de campanhas publicitárias equivocadas, que semeavam o pânico e o preconceito, através do slogan “Se você não se cuidar, a AIDS vai te pegar”. Além disso, houve também nesse mesmo ano, o início da distribuição do AZT, no sistema público de saúde.

Já em 1992, foi criado, no Programa Nacional de AIDS, o Setor de Articulação com a Sociedade Civil e Direitos Humanos (SCDHA).

É nesse cenário político que as políticas de atenção ao HIV/AIDS foram se desenhando. Em 1993, o Programa Nacional de DST/AIDS ganhou reforço ao assinar o primeiro acordo de empréstimo com o Banco Mundial, para o “Projeto de Controle da AIDS e DST”, conhecido como o “AIDS I”, com duração até 1998, com empréstimo da ordem de U\$ 160 milhões, somado à contrapartida nacional de U\$ 90 milhões, totalizando U\$ 250 milhões. (GALVÃO, J. 2002)

O acordo possibilitou a participação das ONGs no programa, através de projetos financiados, aumentando a participação das mesmas na formulação e implementação das políticas nacionais nesta área. Uma das características essenciais do Programa brasileiro tem sido sua fundamentação na indissociabilidade

das ações de prevenção e assistência, entendimento este que perdurou mesmo antes da introdução da terapia antirretroviral. Ainda nesse ano, o AZT começou a ser fabricado no Brasil por laboratório privado e o DDI começou a ser distribuído nos serviços públicos de saúde. (BRASIL, 2012)

Em 1996, após a XI Conferência Internacional de AIDS, realizada em Vancouver, Canadá, onde foi apresentada uma nova abordagem terapêutica, com a utilização simultânea de múltiplas drogas, conhecido como “coquetel”, e com o advento de uma nova classe de fármacos, os inibidores de protease, uma importante vitória na luta contra a doença é alcançada. A combinação de medicamentos detém a progressão da doença e evita a progressão da deteriorização do sistema imunológico. (GALVÃO, J. 2002)

Nesse mesmo ano, amparado pela Lei nº 9279, assinada em 14 de maio, de Propriedade Industrial, que coloca a legislação brasileira em concordância com a TRIPS (*Trade Related Aspects of Intellectual Patents*)¹ e pela aprovação da Lei nº 9313, de 13 de novembro, garantindo o acesso aos medicamentos (AZT, ddi, ddC, 3TC, Saquinavir e Ritonavir), o Brasil adota uma política de distribuição da medicação, via SUS, para todas as pessoas acometidas pela doença. A adoção dessa estratégia mostra-se não apenas eficaz, do ponto de vista de redução da mortalidade, mas também poupadora de recursos, na medida em que os gastos com o tratamento da aids, em seus estágios iniciais, consomem menos que as repetidas internações dos clientes em estado grave. Nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde gastou U\$ 34 milhões com ARVs². (BRASIL, 2012; OLIVEIRA, M.A. et al, 2002)

¹ Bermudez et. al, 2000

² ARV significa Antirretrovirais. São medicamentos que possuem como mecanismo de ação a inibição da reprodução do HIV no sangue. A associação dos medicamentos relacionados a essa terapêutica é conhecida como terapia antirretroviral ou popularmente chamada de “coquetel”.

A distribuição de medicamentos para HIV/AIDS, além do aspecto financeiro, possui aspectos logísticos e estratégicos que em um país, com a dimensão do Brasil, não podem ser minimizados. Cumpre destacar, que a existência de uma rede básica de serviços, apesar de todas as dificuldades, estruturada para oferecer atenção à saúde de toda população brasileira, de forma gratuita, universal, integral e descentralizada (Sistema Único de Saúde – SUS), a capacitação de recursos humanos do SUS em diagnóstico e assistência em HIV/AIDS e o fortalecimento dos laboratórios públicos foram elementos fundamentais para a implementação de uma rede de distribuição de medicamentos anti-HIV. Também importante é o estabelecimento de critérios para a administração dos ARVs e, no caso brasileiro, comitês assessores auxiliaram o Programa Nacional de AIDS na elaboração de recomendações para o tratamento de adultos/adolescentes, incluindo gestantes e crianças. (GALVÃO, J. 2002)

Pelos pontos destacados, no caso brasileiro, o acesso aos medicamentos não pode estar desvinculado da existência de uma rede de serviços, incluindo exames laboratoriais e de profissionais capazes de diagnosticar, tratar e acolher o cliente de maneira adequada. Isso possibilita que o medicamento seja dispensado de forma correta e segura. Igualmente importante é o cliente se sentir apoiado pelo profissional e pelo serviço de saúde que frequenta. Estes dois últimos pontos, segundo a experiência brasileira, são fundamentais para a adesão ao tratamento. (GALVÃO, J. 2002)

Ainda, em 1996, foi editada pelo Conselho Nacional de Saúde a Resolução 196, contendo regras para experimentos com seres humanos, dificultando a realização de pesquisas antiéticas com HIV⁺, o que vinha sendo denunciado pelas ONGs do país.

Em 1997, foi criada a Rede Nacional de Laboratórios para realização de exames de carga viral e contagem de TCD4⁺/TCD8⁺. O Programa Nacional de DST/AIDS passa a atuar como Coordenação Nacional de DST/AIDS e o Brasil passa a produzir ddC e d4T. Há também, nesse período, o início da distribuição, pelo sistema público de saúde, do medicamento Indinavir e d4T. Nesse ano, o Ministério da Saúde teve um gasto de U\$ 224 milhões com ARVs e atendeu 35.900 pessoas. (BRASIL, 2008; BRASIL, 2012; GALVÃO, 2002)

EM 1998, é assinado o segundo acordo de empréstimo com o Banco Mundial para o “Segundo Projeto de Controle da DST/AIDS”, conhecido como AIDS II, com duração até 2002. Esse empréstimo foi distribuído entre o Banco Mundial com U\$ 165 milhões e a contrapartida nacional com U\$ 135 milhões, totalizando U\$ 300 milhões. (GALVÃO, J. 2002) Com isso, os laboratórios públicos passam a produzir o ddL e o sistema público de saúde inicia a distribuição de Nelfinavir, Nevirapina e Delarvidina.

No ano de 1999, há o início da Produção Nacional de 3TC e da combinação de AZT+3TC e a distribuição pública do Efavarens. Além disso, outro fato que marcou esse momento foi o Decreto Presidencial nº 3.201, de 6 (seis) de outubro, que “dispõe sobre a concessão de ofício de licença compulsória nos casos de emergência nacional e de interesse público de que trata o artigo 71 da Lei nº 1679279, de maio de 1996.”

Ainda em 1999, o Governo Federal divulgou que o programa de acesso universal à terapia antirretroviral reduziu em mais de 50% o número de mortes e em quase 80% a ocorrência de doenças oportunistas no país, como a tuberculose, pneumonia por *Pneumocystis Carinii*, candidíase, neurotoxoplasmose, neurocriptococose, citomegalovirose, microbacteriose e herpes simples. O efeito

deveu-se à produção de medicamentos nacionais, similares de marca, muito mais baratos. Além disso, os gastos com ARVs foi de U\$ 336 milhões, com atendimento a 73.000 pessoas. (BRASIL, 2008)

No ano de 2000, ocorre o início da produção nacional de Indinavir e Nevirapina. O Ministério da Fazenda ameaçou realizar cortes financeiros que poderiam afetar o programa de AIDS, o que gerou protestos de ONGs em todo país. Nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde estimou que entre 1997-2000, por conta da utilização dos ARVs, o SUS poupou U\$ 677 milhões em internação e tratamento de infecções oportunistas em pessoas com HIV/AIDS e gastou U\$ 303 milhões com ARVs atendendo 87.500 pessoas. (BRASIL, 2008)

Em 2001, foi implantada também uma rede de laboratórios de estudo do padrão genético do HIV, com o intuito de estudar o surgimento de variantes do vírus resistentes à medicação. Soma-se a isso, o início da distribuição de Amprenavir pelo sistema público de saúde. O gasto do MS passa a ser estimado em U\$ 422 milhões com ARVs, para atender 105.000 pessoas. (BRASIL, 2008; BRASIL, 2012)

Em 2005, o Ministério da Saúde divulga que gastou U\$ 950 milhões em ARVs e que aprovou, pela Comissão de Constituição e Justiça, o projeto de lei que autoriza a suspender as patentes de oito medicamentos usados no tratamento da aids, o que tornou possível a produção de genéricos no país. Essa medida permitiu que o Governo concedesse uma “licença obrigatória” a um laboratório brasileiro para que o mesmo produzisse genéricos a preços acessíveis.

Em relação ao orçamento do Ministério da Saúde, os gastos com os antirretrovirais corresponderam a: 0,2% em 1996; 1,2% em 1997; 1,8% em 1998; 3,2% em 1999; 2,9% em 2000 e 2,9% em 2001. (BRASIL, 2011)

Assim, o Programa Nacional de DST/AIDS, um produto complexo de uma série de linhas interdependentes que co-evoluíram, ao longo destes vinte anos, teve nos órgãos governamentais, nas organizações da sociedade civil e na área acadêmica parceiros em constante cooperação, em que pesem os eventuais e inevitáveis atritos. (BRASIL, 2011)

Essas inovações e conquistas em saúde trouxeram os tratamentos diversificados para as patologias emergentes, mas trouxeram também um quadro desfavorável na sustentabilidade dos programas governamentais. Com isso, passou a haver a necessidade de avaliação dos custos gerados por eles. A partir desse momento, os custos e a avaliação da efetividade de determinado produto passaram a fazer parte dos programas de saúde.

As análises custo-efetividade, atualmente, são as análises de avaliação de custos de intervenções em saúde mais comumente realizadas. Os estudos custo-efetividade de uma intervenção em saúde comparam duas (ou mais) estratégias alternativas de intervenção para prevenção, diagnóstico ou tratamento de determinada condição de saúde. Unidades de medição para estes estudos podem incluir número de doenças evitadas, internações prevenidas, casos detectados, número de vidas salvas ou anos de vida salvos. (BRASIL, 2008)

Há, ainda, outro tipo de análise que são as análises de custo-utilidade. Ela é um tipo especial de custo-efetividade, na qual a medida dos efeitos de uma intervenção considera a medição de qualidade de vida relacionada com a saúde. Expectativa de vida, anos de vida salvos ou sobrevida são medidas de desfecho com as quais os profissionais de saúde estão acostumados a lidar e são de fácil interpretação. Utilidade é uma medida quantitativa que avalia a preferência do cliente para determinada condição de saúde. Nos estudos de custo-utilidade, a

unidade de medida do desfecho clínico usualmente utilizada é a expectativa de vida ajustada para a qualidade ou anos de vida ajustados pela qualidade. A diferença entre expectativa de vida e expectativa de vida ajustada para a qualidade é relevante nas situações em que existe um aumento da sobrevida em condições de saúde que não são perfeitas ou quando terapias não alteram sobrevida, mas somente qualidade de vida. (BRASIL, 2008)

Nas últimas décadas, tem havido uma crescente demanda científica, social e política na área de saúde, em busca de métodos mais eficazes de prevenir, diagnosticar e tratar as doenças. E as respostas dos mais diversos setores têm sido surpreendentes com um acréscimo exponencial nas opções disponíveis de intervenções em saúde. Desde as décadas de 60 e 70, existe um reconhecimento da importância de se avaliar as novas tecnologias no seu espectro amplo de benefícios e potenciais prejuízos.

1.2 – Consulta de Enfermagem

No Brasil, os anos 1970 e 1980 são marcados por um processo longo de discussão sobre um novo paradigma para a saúde. A partir da Constituição Federal Brasileira de 1988, um novo ideário reformador de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) foi proposto: garantia de acesso universal ao sistema e um novo conceito de saúde definido como direito, além de contemplar os níveis de atenção em saúde, o que permitiu que os serviços de saúde fossem reestruturados de modo a priorizar ações de caráter coletivo e preventivo, em detrimento das ações de cunho individual e curativo, até então predominantes. (NASCIMENTO, M.S; NASCIMENTO, MMA, 2005)

A regulamentação do SUS foi realizada através das Leis Orgânicas da Saúde nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e nº 8142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. (LIMA, GERSHMAN e EDLER, 2005)

Um novo modelo de atenção à saúde foi instalado, a partir da regulamentação do SUS, tendo como princípios a descentralização dos serviços, a universalidade e a integralidade da atenção à saúde e o controle social, ao mesmo tempo em que incorpora, em sua organização, o princípio da territorialidade para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde. (NASCIMENTO, M.S; NASCIMENTO, MMA, 2005)

O SUS, com o objetivo de reestruturar os serviços de saúde pública brasileira, implantou, em 1991, o Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS),

considerado como uma estratégia transitória para o estabelecimento de vínculos entre os serviços de saúde e a população. Tal expediente seria estimulado até que fosse possível a plena expansão da estratégia de Saúde da Família (ESF). (SANTOS, SMR; *et al*, 2008)

A ESF estimula a implantação de um novo modelo, em que as Unidades Básicas de Saúde (UBS's) são transformadas em Unidades de Saúde da Família, tendo com um de seus principais objetivos a geração de práticas que possibilitem a integração das ações individuais e coletivas. Para tanto, utiliza o enfoque de risco como método de trabalho, o que tem favorecido o aproveitamento ideal dos recursos e a adequação destes às necessidades apontadas pela população. (LIMA, GERSHMAN e EDLER, 2005)

As equipes de saúde da família, responsáveis pela atenção básica e porta de entrada do usuário no sistema, têm como equipe multiprofissional: um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários. Assim, têm como desafio o trabalho em equipe, com responsabilidade sobre o território onde vivem ou trabalham, em torno de 4500 pessoas, ou mil famílias. (MARTINS, 2001)

O profissional enfermeiro, integrante da equipe, no contexto da estratégia de saúde da família e das Unidades Básicas tradicionais, tem atribuições específicas. Entre elas, realizar a Consulta de Enfermagem (CE), solicitar exames complementares, prescrever e transcrever medicações, conforme protocolos estabelecidos nos Programas do MS e disposições legais da profissão. (MARTINS, 2001)

A Consulta de Enfermagem tem como fundamento os princípios de universalidade, equidade, resolutividade e integralidade das ações de saúde. Para

tanto, fez-se necessária a sua institucionalização como um processo da prática de Enfermagem, na perspectiva da concretização de um modelo assistencial adequado às condições das necessidades de saúde da população.

As ações do enfermeiro na CE como, prescrição de medicamentos e requisição de exames, estão previstas na Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício profissional de Enfermagem, no Brasil, e no Decreto Regulamentador nº 94406, de 8 de junho de 1987, conforme artigos 11 alínea “i” e 8 alínea “e”. (COFEN, 1993)

A realização da CE pressupõe o domínio pelos enfermeiros das habilidades de comunicação, observação e de técnicas propedêuticas. Deve ter objetivos claros e metodologias próprias, fazendo com que o enfermeiro tenha, de fato, uma atuação definida no serviço de saúde. (SANTOS, S.M.R. *et al*, 2008)

A Consulta de Enfermagem é uma atividade independente, realizada pelo enfermeiro, cujo objetivo é propiciar condições para melhoria na vida do indivíduo, por meio de uma abordagem contextualizada e participativa. Além da competência técnica, o profissional enfermeiro deve demonstrar interesse pelo ser humano e pelo seu modo de vida, a partir da consciência reflexiva de suas relações com o indivíduo, a família e a comunidade. (MACHADO, MMT; *et al*, 2005)

A consulta é também um processo de interação entre o profissional enfermeiro e o assistido, na busca da promoção da saúde, da prevenção de doenças e limitação do dano. Para que ocorra eficazmente a interação, é necessário o desenvolvimento da habilidade refinada de comunicação, para o exercício da escuta e da ação dialógica. (MACHADO, MMT; *et al*, 2005)

O enfermeiro, ao estabelecer uma relação social com o assistido, deve, ultrapassando a superficialidade de um atendimento, promover acolhimento em

relação ao que é falado pelo cliente, para facilitar a compreensão ampliada de sua história de vida. Nessa relação, algumas características são fundamentais, destacando-se a linguagem verbal e não-verbal, em que a palavra, apresentada como signo, possibilita interrelação entre os domínios, permitindo avançar na abordagem dos discursos do cotidiano, da cultura e da ciência. (LIMA, GERSHMAN e EDLER, 2005)

O agir do enfermeiro com o seu público-alvo tem como finalidade a promoção da saúde e do seu bem-estar, devendo ser encarado como um momento interativo, num rico contexto de relacionamento interpessoal. Para isso, é necessário um procedimento simples que é ouvir. O ato de “ouvir bem” exige atenção durante a interlocução, pois, muitas vezes, o interlocutor enfermeiro não é claro no seu discurso, sendo necessária a introdução de habilidades pedagógicas e de comunicação que facilitem a expressão dos seus pensamentos e necessidades. Ter atitude comunicativa, certamente, deve ser uma preocupação por parte dos profissionais que lidam diretamente no seu cotidiano, na prestação do cuidado. Toda ação comunicativa com responsabilidade ética já é uma forma de cuidado. (MACHADO, MMT; *et al*, 2005)

Para realizar uma consulta, o enfermeiro precisa estar preparado para atender as demandas do cliente, aceitando seus valores, lembrando que o mesmo faz parte de um núcleo familiar e que é um ser holístico constituído de corpo, mente e espírito. Lembrar que a saúde é resultado de necessidades humanas atendidas.

Com relação ao referencial teórico de enfermagem, utiliza-se o princípio do atendimento às necessidades humanas básicas de Wanda Aguiar Horta (Horta, 1979). Cabe salientar que as teóricas de enfermagem Jean Watson (Teoria sobre a

Ciência do Cuidado) e Madelaine Leininger (Teoria de Enfermagem Transcultural) são outros referenciais que são utilizados.

A Consulta de Enfermagem compreende as seguintes ações: Histórico de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Plano Assistencial; Prescrição de Enfermagem/Plano de Cuidados, Evolução/Avaliação de Enfermagem e Prognóstico de Enfermagem. (HORTA, 1979)

Esse atendimento, em qualquer área de atuação, está compreendido em 05 etapas, assim, denominadas: plano prévio - análise dos dados contidos no prontuário; entrevista que compreende a anamnese e o exame físico realizados junto ao cliente, durante o atendimento; diagnóstico de enfermagem (de competência do enfermeiro) - resultado da análise dos dados subjetivos e objetivos coletados, durante a entrevista e exame físico; plano de cuidados ou conduta - constituído de orientações e procedimentos realizados com o cliente, para atender necessidades identificadas; registro que é a legitimação das ações do profissional. (POTTER e PERRY, 2005; GARCIA, TR; NOBREGA, MML, 2009)

Os enfermeiros, através da CE, podem utilizar-se deste momento do atendimento ao cliente portador de DST/AIDS, como espaço privilegiado para promover orientações e educação para a saúde voltada para as questões da prevenção, tratamento e a convivência do cliente com a condição de portador, podendo propiciar também aos mesmos a oportunidade de externar seus sentimentos, preocupações e as suas angústias decorrentes da sua condição de portador de uma DST ou HIV/AIDS. A CE pode ser utilizada ainda para o estabelecimento de um planejamento sistematizado, através da entrevista e coleta de dados, que venham possibilitar condições favoráveis de interação para a

orientação e acompanhamento, as quais deverão incluir questões relacionadas aos mecanismos de transmissão do HIV, prevenção, evolução e tratamento das DST/AIDS. (MACHADO e SILVA, 2005; ROCHA e ZEITOUNE, 2005)

O momento da CE, além de servir para o conhecimento dos problemas do cliente, deve ser encarado pelos enfermeiros como um espaço privilegiado para se fazer educação em saúde. Ela pode incluir orientação sobre o tratamento médico proposto, principalmente no que se refere a adesão à terapia com antirretrovirais, quase sempre usada para o resto da vida, e orientações sobre as questões nutricionais. Pode também ser um momento para o planejamento de visitas domiciliares, objetivando a orientação aos demais membros da família sobre a importância do apoio familiar, tão necessário para o portador de uma DST ou HIV, no enfrentamento dos desafios que a doença traz. (ROCHA e ZEITOUNE, 2005)

O enfermeiro, além de trabalhar na equipe multidisciplinar, de maneira interdependente com outros profissionais de saúde, trabalha planejando e implementando os cuidados com o cliente de uma forma mais autônoma. Assim, o processo de enfermagem é um modelo para a operacionalização do cuidado que deve ser seguido em todos os tipos de serviços de saúde. O processo de enfermagem é uma sequência organizada de etapas, utilizada pelos enfermeiros para identificar e controlar os problemas de saúde dos clientes. Seu processo é um método de trabalho utilizado para viabilizar o trabalho do enfermeiro, durante o atendimento ao cliente, facilitando a identificação dos problemas e as decisões a serem tomadas para a melhora do cliente, deixando o processo mais dinâmico, individualizado e humanizado na prestação de cuidados de enfermagem. (BACKES; *et al*, 2005)

O profissional deve prestar, durante a sua prática, uma assistência adequada; o mesmo deve ter consciência da importância da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), durante as Consultas de Enfermagem, pois assim seu trabalho se torna mais valorizado, individualizado e qualificado. (CARVALHO *et al*, 2008). A SAE é um método sistemático de prestação de cuidados humanizados que enfoca a obtenção de resultados desejados. Ela constitui-se em uma atividade privativa do profissional enfermeiro, sendo considerada um instrumento de grande importância, pois é um meio do qual o profissional dispõe para aplicar seus conhecimentos técnico-científicos e humanos na assistência ao cliente e caracterizar suas ações, colaborando na definição do seu papel. (BACKES *et al*, 2005)

A sistematização dos cuidados passou a ser obrigatória nas instituições de saúde, em agosto de 2002, através da Resolução 272/2002 do COFEN: Artigo 2º – “A implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem – (SAE) deve ocorrer em toda a instituição de saúde, pública e privada.”

A consulta de enfermagem é uma atividade de grande importância e resolutiva, quando realizada de maneira adequada pelos enfermeiros. A realização desse serviço exige uma série de conhecimentos e constante treinamento que o instrumentalizem a desenvolver esta prática.

Conforme Vanzin *apud* MARTINELLI (2004, p.210),

...Consulta de Enfermagem é uma atividade essencial do enfermeiro no processo da assistência ao cliente. Essa atividade é de grande importância e resolutividade quando realizada de maneira adequada, pois, além de gerar autonomia e realização profissional, fortalece o acolhimento entre o enfermeiro e o usuário e vice-versa.

O atendimento de pessoas portadoras de DST/AIDS, através da CE, promoverá uma interação profissional enfermeiro/cliente, podendo resultar em

condições favoráveis nas quais o enfermeiro, com alguma experiência, poderá estar levantando e avaliando as necessidades do cliente e, com a participação de outros profissionais da equipe como médicos, psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas, intervir para o atendimento das necessidades de saúde do cliente. (MACHADO e SILVA, 2005; ROCHA e ZEITOUNE, 2005)

A CE deve incluir o aconselhamento pré e pós-testes sorológicos. Segundo o CN-DST/AIDS, a prática do aconselhamento é de fundamental importância, especialmente para as pessoas portadoras de DST/AIDS, e tem como objetivo promover a redução do nível de estresse, reflexão que possibilite a percepção dos próprios riscos e adoção de práticas mais seguras, adesão ao tratamento e comunicação e tratamento de parceria(s) sexual(is) e de drogas injetáveis. (BRASIL, 2012)

Entendemos que a consulta de enfermagem tem como objetivo ter uma visão holística, captando toda a informação levada pelo cliente, possibilitando um diagnóstico preciso e ter condição de elaborar um plano de assistência, de acordo com a necessidade de cada indivíduo para obtenção de um bom resultado.

1.3 - HIV e os Antirretrovirais

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) foi assim denominado pelo Comitê Internacional de Taxonomia do Vírus, em 1986 (PRATT, 1986; MARIN *et al.*, 1991). Ele pertence à família dos retrovírus, sendo assim designados pelo fato de serem vírus RNA, ou seja, transportam seu material genético em RNA e o transformam em DNA, através da enzima da transcriptase reversa. (PRATT, 1986; MARIN *et al.*, 1991; SMELTZER & BARE, 2009 PARKER *et al.*, 1994)

O HIV é da família lentivírus, indicando que entre a infecção e a manifestação podem decorrer vários anos. Sabe-se que uma pessoa infectada pelo HIV demora em média 8 anos para apresentar os primeiros sintomas da infecção. Ele tem como alvo principal os leucócitos com receptores TCD4⁺, ou seja, células TCD4⁺. O vírus usa esse receptor particular para ligar-se à célula hospedeira. O HIV infecta diversos tipos de células TCD4⁺, incluindo os monócitos e os macrófagos teciduais, embora a célula TCD4⁺ auxiliar seja o principal alvo do vírus. As células TCD4⁺ auxiliares saudáveis liberam substâncias químicas denominadas citocinas, que estimulam as células-B, as células natural killer e outros aliados do sistema imunológico que tentam combater o vírus. Quando o vírus danifica e destrói as células TCD4⁺ auxiliares, todo o sistema imunológico é desestruturado. (MARIN *et al.*, 1991)

O tratamento da aids é feito com medicamentos antirretrovirais. Eles possuem como mecanismo de ação a inibição da reprodução do HIV no sangue. A associação dos medicamentos relacionados a essa terapêutica é conhecida como terapia antirretroviral ou popularmente chamada de “coquetel”. Atualmente, existem 18 medicamentos divididos em quatro classes (BRASIL, 2012.; DEF, 2009; SASSONE, 2009), sendo eles:

1.3.1 - Inibidores de transcriptase reversa análogos de nucleosídeos:

Atuam na enzima transcriptase reversa, incorporando-se à cadeia defeituosa, impedindo que o vírus se reproduza.

1. Abacavir

Mecanismo de ação: O abacavir é um análogo de nucleosídeo inibidor da transcriptase reversa. É um agente antiviral seletivo para os vírus HIV4-1 e HIV4-2, incluindo isolados de HIV4-1 resistentes à lamivudina, zidovudina, zalcitabina, didanosina ou nevirapina. Estudos *in vitro* demonstraram que o mecanismo de ação consiste na inibição da enzima transcriptase reversa do HIV4, o que resulta na finalização da cadeia de ácido nucleico e interrupção do ciclo de replicação viral. O abacavir demonstrou sinergismo *in vitro* quando em associação com a neviravina e zidovudina, e demonstrou ser aditivo em combinação com didanosina, zalcitabina, lamivudina e estavudina.

2. Didanosina

Mecanismo de ação: A didanosina corresponde à didesoxiinosina. Trata-se, portanto, de um nucleosídeo sintético, estruturalmente aparentado à inosina. Sofre biotransformação intracelular, dando trifosfato de didesoxiadenosina, metabólito ativo que inibe a transcriptase reversa, com o que a replicação do HIV é suprimida.

3. Estavudina

Mecanismo de ação: A estavudina inibe a replicação do HIV em cultura de células humanas. É fosforilada pelas quinases celulares para trifosfato de estavudina, forma

ativa da droga, que inibe a transcriptase reversa do HIV, através da competição com o substrato natural, o trifosfato timidina. Inibe também a síntese do DNA viral, por meio da interrupção da cadeia de DNA, devido à ausência do grupo 3'-hidroxil, necessário para a elongação do DNA.

4. Lamivudina

Mecanismo de ação: A lamivudina é um potente inibidor seletivo da replicação do HIV-1 e HIV-2 *in vitro*. É também ativa contra isolados clínicos de HIV resistentes à zidovudina. A lamivudina é metabolizada intracelularmente ao 5'-trifosfato, a molécula ativa, a qual apresenta uma meia-vida intracelular de 16-19 horas. Essa substância 5'-trifosfato é um fraco inibidor das atividades dependentes do RNA e do DNA da transcriptase reversa do HIV, com principal mecanismo de ação, sendo o término da cadeia de transcriptase reversa do HIV. Foi demonstrado que a lamivudina atua de modo aditivo ou sinérgico com outros agentes anti-HIV, sobretudo a zidovudina, inibindo a replicação do HIV em cultura celular. A lamivudina não interfere no metabolismo dos desoxinucleotídeos celulares e exerce pouco efeito sobre o conteúdo de ADN das mitocôndrias e células de mamíferos.

5. Zidovudina

Mecanismo de ação: A zidovudina é um agente antivirótico que é altamente ativo *in vitro* contra retrovírus, inclusive o vírus da imunodeficiência humana (HIV). O trifosfato de zidovudina age como um inibidor da transcriptase reversa virótica e como substrato para a mesma. A formação de DNA provirótica adicional é bloqueada pela incorporação do trifosfato de zidovudina na cadeia e no término subsequente da cadeia. A competição do trifosfato de zidovudina para a

transcriptase reversa do HIV é aproximadamente 100 vezes maior do que para a DNA alfa-polimerase celular.

6. Tenofovir

Mecanismo de ação: Está indicado, em associação com outros agentes antirretrovirais, para o tratamento da infecção por HIV-1. Essa indicação está fundamentada em análises dos níveis plasmáticos de RNA do HIV-1 e na contagem de células TCD4⁺ em um estudo controlado de tenofovir, com duração de 24 semanas, e em um estudo com variação de dose desse mesmo medicamento, com duração de 48 semanas.

7. Zidovudina + Lamivudina

Mecanismo de ação: O mesmo dos medicamentos indicados anteriormente.

1.3.2. Inibidores de transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos:

Eles bloqueiam diretamente a ação da enzima, sua multiplicação e o desenvolvimento da infestação no organismo.

8. Efavirenz

Mecanismo de ação: É um inibidor não-competitivo seletivo da transcriptase reversa do vírus da imunodeficiência humana tipo 1 (HIV-1).

9. Nevirapina

Mecanismo de ação: É um inibidor não-nucleosídeo da transcriptase reversa do HIV-1. A nevirapina liga-se diretamente à transcriptase reversa e bloqueia as

atividades do DNA-polimerase RNA e DNA-dependente, causando a ruptura do sítio catalítico da enzima.

1.3.3- Inibidores de protease:

Impedem a produção de novas cópias de células infectadas com HIV.

10. Amprenavir

Mecanismo de ação: O amprenavir é um inibidor competitivo não-peptídico da protease do HIV e, desta maneira, impede que a protease viral atue sobre as poliproteínas precursoras virais necessárias, para a formação de novos vírions. Esse composto químico é um inibidor seletivo e potente das proteases do HIV tipos 1 e 2 e sua ação antiviral sofre interferência sinérgica, quando administrado juntamente com antivirais que atuam sobre a transcriptase reversa viral, como a zidovudina, o abacavir, a didanosina e com outros inibidores da protease, como o saquinavir.

11. Indinavir

Mecanismo de ação: O indinavir inibe a protease purificada do HIV-1 e do HIV-2 com seletividade aproximadamente dez vezes maior para o HIV-1 em relação ao HIV-2. O composto liga-se diretamente ao local ativo da protease. Portanto, é um inibidor competitivo dessa enzima. Tal inibição impede a clivagem da poliproteína precursora viral, que ocorre durante a maturação da partícula viral recém-formada; as partículas imaturas resultantes não são infectantes e são incapazes de estabelecer novos ciclos infecciosos. O indinavir não inibe significativamente outras proteases eucarióticas, incluindo a renina, a catepsina D e a elastase humanas, e o fator Xa humano.

12. Ritonavir

Mecanismo de ação: Ritonavir é frequentemente prescrito em conjunto com outros medicamentos numa terapia HAART (Highly Active Anti-Retroviral Therapy). Seu uso é prescrito não por sua ação antirretroviral, mas porque inibe as enzimas que metabolizam outros fármacos inibidores da protease. Essa propriedade permite atingir uma concentração plasmática superior a dos outros medicamentos utilizados em conjunto, aumentando a eficiência clínica do tratamento.

13. Ritonavir + Lopinavir

Mecanismo de ação: O lopinavir-r é um inibidor da protease composto por uma associação de lopinavir com uma pequena dose de ritonavir. Nessa formulação, este potencializa a ação daquele, tornando esse medicamento muito eficaz para aqueles clientes que têm o HIV resistente a outros inibidores da protease.

14. Saquinavir

Mecanismo de ação: Inibidor da protease de HIV, que age como análogo do sítio de clivagem da protease do HIV. É um inibidor altamente específico das proteases de HIV-1 e HIV-2.

15. Darunavir

Mecanismo de ação: O darunavir é um inibidor da dimerização e da atividade catalítica da protease do HIV-1, inibindo seletivamente a clivagem das poliproteínas Gag-Pol codificadas do HIV em células infectadas pelo vírus, prevenindo a formação de partículas virais infecciosas maduras. Liga-se firmemente à protease do HIV-1

com KD de $4,5 \times 10^{-12}$ M. Esse inibidor mostra resistência aos efeitos das Mutações Associadas com Resistência (RAMs) a inibidores de protease.

16. Fosamprenavir

Mecanismo de ação: O fosamprenavir é uma pró-droga de amprenavir. É o sal monocalcico do éster de fosfato de amprenavir e é hidrolisado para fosfato inorgânico e para o metabólito ativo amprenavir, à medida que é absorvido pelo epitélio intestinal. O amprenavir é um inibidor competitivo não-peptídeo da protease de HIV. O fármaco bloqueia a capacidade da protease viral de clivar as poliproteínas precursoras necessárias para a replicação viral. O fosamprenavir demonstrou ter pouca ou nenhuma atividade antiviral ou propriedades de inibição de enzimas *in vitro*. Considera-se que qualquer inibição observada com ele nesses estudos é causada por quantidades mínimas de amprenavir. Essa substância requer metabolismo *in vivo* para gerar o componente ativo, amprenavir. Na ausência de metabolismo *in vivo*, ele tem atividade insignificante em ensaios enzimáticos e antivirais *in vitro* e, portanto, esses ensaios são conduzidos usando-se amprenavir. O amprenavir é um inibidor competitivo da protease de HIV. Bloqueia a capacidade da protease viral de clivar as poliproteínas precursoras necessárias para a replicação viral. Esse medicamento é um inibidor potente e seletivo da replicação de HIV-1 e HIV-2 *in vitro*.

1.3.4- Inibidores de fusão:

Impedem a entrada do vírus na célula.

17. Enfuvirtida (T-20)

Mecanismo de ação: Enfuvirtida é o primeiro membro da classe terapêutica denominada inibidores da fusão. Trata-se de um peptídeo de 36 aminoácidos que se liga, fora da célula, especificamente à cadeia de repetição heptavalente (HR1) da glicoproteína gp41 do HIV, inibindo o seu rearranjo estrutural e, desta forma, bloqueando a entrada do vírus na célula.

1.3.5- Inibidor de integrase

Impede a inserção do DNA viral do HIV no DNA humano.

18 - Raltegravir

Mecanismo de ação: O raltegravir inibe a atividade catalítica da integrase do HIV, uma enzima decodificada pelo HIV que é necessária para replicação viral. A inibição da integrase evita a inserção ou integração covalente do genoma do HIV no genoma da célula hospedeira, durante a fase inicial da infecção. Os genomas do HIV, que não conseguem se integrar, não conseguem dirigir a produção de novas partículas infecciosas virais e, dessa forma, a inibição da integração impede a propagação da infecção viral.

No tratamento comumente utilizado para o combate ao HIV, temos associado 2 (dois) ou mais medicamentos de ações diferentes. Porém, devemos atentar para as combinações, pois existe a possibilidade de alguns medicamentos não possuírem

interações aceitáveis, podendo acarretar uma potencialização tóxica ou uma inibição do efeito programado.

A terapia antirretroviral possibilitou um aumento na expectativa de vida, com a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos infectados, porém trouxe consigo alguns efeitos indesejáveis, os efeitos adversos. Os mais conhecidos são: sintomas gastrointestinais, neurológicos, hematológicos e as dislipidemias (elevação do colesterol e triglicerídeos), e a lipodistrofia ou síndrome lipodistrófica. (BRASIL, 2008)

Precisamos atentar também para o fato de que a qualidade de vida e a saúde aqui abordadas são complexas, pois envolvem um conjunto de competências e habilidades de diversos profissionais da área da saúde.

Segundo o olhar de Maslow (POTTER & PERRY, 2005), em sua teoria, a hierarquia das necessidades humanas básicas é extremamente útil aos profissionais de saúde que precisam priorizar continuamente as necessidades de cuidados ao cliente, com o intuito de melhorar sua qualidade de vida, dentro do ambiente hospitalar.

Ainda segundo Potter & Perry (2005, p. 34):

O primeiro nível, considerado mais básico, inclui necessidades fisiológicas como o ar, a água e os alimentos. O segundo nível inclui necessidades de segurança e proteção. O terceiro nível contém necessidades de amor e de pertencimento, incluindo amizade, relações sociais e amor sexual. O quarto nível engloba necessidades de estima e autoestima, que envolvem autoconfiança, utilidade, realização e valor próprio. O nível final é a necessidade de autorrealização, o estado de atingir plenamente seu potencial e ter a habilidade de resolver problemas e enfrentar realisticamente as situações da vida.

Diante dessas informações, percebemos a necessidade de colocarmos em prática atividades que realmente interfiram na qualidade de vida desses indivíduos infectados e que fazem uso de antirretrovirais. Mais uma vez, a prática

multidisciplinar, mediante a associação de atividades físicas, planejamento nutricional, planejamento assistencial na avaliação da lipodistrofia e demais sintomas, certamente, é uma solução que deve ser considerada. Mais do que isso: deve ser implantada imediatamente em todas as instituições de saúde que amparam e cuidam de clientes com essa enfermidade.

1.4 – Avaliação de custos na saúde

O custo representa o valor dos insumos (capital, trabalho, materiais, dispositivos, medicamentos, entre outros) utilizados na produção ou distribuição de bens ou serviços. (COSTA, A.M.N. *et. al*, 2010)

Os estudos sobre o custo da doença (ECD) encontram-se entre os primeiros estudos econômicos identificados na literatura, os quais surgiram no final da década de 1950 e no início dos anos de 1960. São estudos de natureza descritiva, cujo objetivo é especificar, 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 ganhada, caso tivesse sido erradicada. (COSTA, A.M.N. *et. al*, 2010)

Ainda segundo esses autores, os ECDs são considerados, na atualidade, ferramentas importantes no âmbito da saúde pública, porque conseguem quantificar os recursos gastos pelo sistema e a carga da doença para a sociedade.

A essência do método empregado no ECD é o reconhecimento dos casos, a identificação, a mensuração e a avaliação dos custos relativos à doença investigada. A primeira fase do estudo requer a identificação dos casos da doença em questão, coletados, se possível, de estatísticas nacionais ou, por extrapolação, da população, para uma amostra. Nessa fase, existem limitações dos dados epidemiológicos, tais como, dificuldade de definir um caso, conhecimento incompleto da história natural da doença, subnotificação de casos, entre outras. A fase seguinte consiste na identificação dos custos relacionados aos casos da doença, o que pode ser feito a partir do levantamento de todos os pontos de vista das partes interessadas no estudo. (COSTA, A.M.N. *et. al*, 2010)

NITA, M. E. (2010) ressalta que “custo é o elemento comum das análises econômicas, sendo categorizados em custos diretos, indiretos e intangíveis.”

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 (realizados por profissionais médicos) ou não médicos (realizados pelos demais profissionais). Nos indiretos, figuram o valor de recursos econômicos perdidos devido à perda da produtividade, incapacidade ou morte prematura relacionada à doença do cliente 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. Os custos intangíveis (custo da dor, sofrimento, tristeza), em geral, na forma de qualidade de vida, sua mensuração é muito difícil. (COSTA, A.M.N. *et al*, 2010; DRUMMOND, M.F *et al*, 2005)

Na coleta de dados sobre custos, são geralmente usadas duas estratégias: a incidência e a prevalência.

Os estudos baseados na incidência medem o valor presente dos custos de uma doença, do início até a conclusão, para os casos, começando durante o período do estudo, via de regra um ano. Os valores incluem os custos médicos por todo o curso da vida, a morbidade e os custos de mortalidade para o corte incidente. Para isso, é necessário um conhecimento profundo do curso da doença e de sua duração, das taxas de sobrevida, do início e dos padrões de cuidado médico e do impacto da doença no trabalho. (SARTI, F.M. e CYRILLO, D.C, 2010)

Já os estudos baseados na prevalência medem os custos de uma doença em determinado período, geralmente um ano, não importando a data de início. Eles incluem todos os custos de cuidados médicos e custos de morbidade para a doença

durante o ano estudado. Todavia, os relacionados à mortalidade e à incapacidade permanente são calculados de maneira diferente de outros. A quantia descontada referente à mortalidade descontados é calculada em relação a todos os clientes que morrem no ano do estudo e, a cada ano, até a idade de morte esperada. (SARTI, F.M. e CYRILLO, D.C, 2010)

Para (GAUTHIER e cols, 1979), custos:

“constituem o instrumento fundamental para apreciar e controlar a gestão. A contabilidade analítica é o método que permite a implantação de um processo racional de elaboração de custos a fim de poder analisar os resultados da gestão, melhorar a previsão e buscar uma melhor combinação dos meios de produção.”

Leone (1977) afirma que a contabilidade de custos fornece informações para a determinação deles nos setores produtivos, permitindo seu controle e sua redução nas operações e atividades realizadas em qualquer organização. Já Takatori (2002) acrescenta que “a finalidade básica desse tipo de contabilidade é determinar tão exatamente quanto possível o orçamento de fabricação de um produto ou prestação de um serviço”.

Nessa avaliação, a contabilidade necessita de um sistema de orçamentário que é definido como o levantamento sistemático de rotinas administrativas, insumos necessários, produtos e serviços resultantes do processo produtivo de uma organização.

De acordo com (NAKAGAWA, M, 1993 e MEDICI, A. e MARQUES, R, 1995), os principais tipos de sistemas de custeio aplicáveis ao setor saúde são:

- 1) Custeio por absorção: levantamento da totalidade dos custos;
- 2) Custeio por atividade: registro dos custos da organização;
- 3) Custeio variável, direto ou marginal: apropriação somente de custos diretos associados à geração de produtos e serviços;

- 4) Custeio por taxas: precificação de produtos e serviços via aplicação de taxa sobre custos de produção;
- 5) Custos por procedimento: levantamento dos custos referentes aos componentes necessários aos procedimentos médicos realizados;
- 6) Custo por patologia: levantamento dos custos referentes aos procedimentos necessários no tratamento da patologia;
- 7) Custo-padrão: levantamento dos custos de um conjunto de ações efetivas ao tratamento do cliente.

O custo-padrão hospitalar pode ser definido como:

“o custo predeterminado para a produção de um procedimento médico ou, preferencialmente, para um grupo significativo do mesmo procedimento médico durante um período específico, do futuro imediato...Um custo hospitalar padrão de um procedimento médico compõe-se de duas partes: um padrão e um custo. O padrão é a forma de medir cuidadosamente a execução do procedimento médico. As medições quantitativas e os métodos da técnica médica devem ser traduzidos em custos, com o propósito de atingir um custo-padrão por procedimento médico. Deve-se pensar em um padrão em termos de quantidades de materiais médicos, medicamentos, energia elétrica, água, telefone, manutenção, impostos, pessoal, treinamento, gêneros alimentícios, materiais de limpeza e lavanderia, programa de combate a infecção hospitalar, etc. Esse padrão físico que forma a base de cálculo de um custo hospitalar padrão deve ser fixado com precisão, e o padrão deve ser modificado somente quando ocorrerem mudanças nas técnicas médicas. Apenas a parte monetária poderá sofrer alteração.”
(Martins, D, 2000)

Os custos hospitalares são associados às áreas relativas aos serviços de atendimento a clientes existentes no hospital, sendo essencial a determinação dos custos dos materiais médicos e medicamentos consumidos pela produção médico-cliente. O cálculo dos gastos realizados pelo sistema de saúde na prestação de serviços aos clientes deve incluir:

“1) materiais cirúrgicos, laboratoriais, administrativos e medicamentos; 2) mão de obra necessária às atividades hospitalares: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, pessoal administrativo; 3) serviços de apoio, tais como atividades de diagnósticos e exames laboratoriais; 4) depreciações de imóveis e equipamentos, instalações, máquinas e equipamentos; 5) consumo de energia elétrica, água, telefone e locação de bens utilizados no setor produtivo.” (SARTI, F.M. e CYRILLO, D.C, 2010)

Ainda dentro desse contexto, a definição prévia de conceitos básicos constitui instrumento essencial à escolha de uma metodologia de apuração de custos e posterior construção de um sistema de informações. Temos a definição do termo despesa, ou gasto e de custo: o gasto é o valor monetário global efetivamente desembolsado para consecução de determinada atividade durante um período de referencia. Já o custo refere-se ao valor total dos produtos e serviços consumidos na consecução de determinada atividade, durante um período de referência, considerando tanto os valores efetivamente despendidos (custo explícito), quanto aqueles relativos a custos de oportunidade dos recursos empregados (custo implícito). (COSTA, A.M.N. *et. al*, 2010)

2 - METODOLOGIA

2.1 – Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal sobre análise de custos diretos e indiretos da adesão de clientes portadores do vírus HIV ao tratamento a nível ambulatorial. Os custos intangíveis não foram analisados nesse trabalho, por não fazerem parte dos objetivos e pela dificuldade de sua coleta.

2.2 - O espaço da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida em uma unidade pública de saúde, sendo a mesma de referência para tratamento ambulatorial de clientes com AIDS, localizada no município de Rio de Janeiro, e que conta com aproximadamente 1000 clientes HIV/AIDS ativos.

A unidade localiza-se no 4^o (quarto) andar do ambulatório para atendimento às pessoas que vivem com AIDS, do Hospital São Francisco de Assis, e possui 4 consultórios, onde são realizadas as consultas do Enfermeiro, Médico, Psicóloga, Nutricionista e Serviço Social. O acesso pode ser realizado através de escada ou pelo elevador. Além desses consultórios, existe um setor de arquivamento de prontuário, uma minicopa, 2 banheiros e uma sala de espera com ventiladores, sofá, cadeira e televisão, para acomodar os clientes em dias de consulta. O funcionamento ocorre de 2^a a 6^a feira, das 8h às 17h, com 150 atendimentos, em média, por semana.

A recepção dos clientes é realizada pela equipe de auxiliares e técnicos de Enfermagem, que realizam as primeiras avaliações, como aferição dos sinais vitais. Em seguida, esses clientes são direcionados, por ordem de marcação, para a consulta de Enfermagem, Consulta Médica, Psicóloga, Nutricionista e Serviço Social

(se necessário), respectivamente. Após as consultas, o cliente recebe seus medicamentos, as devidas orientações sobre a forma de utilizá-los e a importância da adesão ao tratamento. Ressaltamos também que o cliente deve ser participante nesse processo, pois é ele quem fornece as informações importantes para a atuação do profissional.

Os profissionais que trabalham nesse setor são cedidos do Hospital São Francisco de Assis ou de outras unidades de saúde do estado ou município, sendo seus salários pagos pela origem de sua matrícula.

2.3 - Sujeitos da pesquisa

A população do estudo foi composta por 100 clientes (10%) que eram cadastrados e atendidos no ambulatório que possui um total de 1000 indivíduos.

Para seleção da amostra, foram estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão abaixo relacionados:

2.3.1 - Critérios de Inclusão e Exclusão:

Critérios de Inclusão:

- Idade igual ou superior a 18 anos;
- Clientes com diagnóstico definido de AIDS, de acordo com os critérios de avaliação do Ministério da Saúde;
- Possuir período mínimo de 24 meses de seguimento no ambulatório, ou seja, desde Julho de 2009;
- Estar apto a responder às perguntas contidas nos questionários;

- Clientes que fazem uso de ARV e compareceram à unidade entre julho e agosto de 2011;

CrITÉRIOS de Exclusão:

- Clientes participantes de ensaios clínicos nos últimos 12 meses;
- Gestantes ou clientes no período puerperal.

Obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, foram incluídos no estudo 100 clientes com idade entre 18 e 67 anos, de classes sociais diferenciadas, com frequência mínima de 1 (uma) consulta por semestre, com o objetivo de avaliar a adequação da dose e da medicação prescrita ou, até mesmo, para a busca de mais medicamentos para continuidade do tratamento. Além disso, esses sujeitos apresentaram adesão, desde o início do ano de 2008 até os dias da coleta.

2.4 – Abordagem técnica

As técnicas de coleta empregadas neste estudo foram a entrevista e a análise documental. Para facilitar a coleta, foram utilizados 2 (dois) formulários. Inicialmente, coletamos os dados referentes às Informações educacionais, socioeconômicas e relacionadas aos custos indiretos da adesão ao tratamento. Posteriormente, utilizamos os dados relacionados aos custos diretos da adesão ao tratamento dos indivíduos, entre julho e dezembro de 2009, através do prontuário dos mesmos.

Além desses documentos, utilizamos as informações compartilhadas pelos profissionais especialistas do Programa de Assistência integral ao portador do HIV/AIDS do Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA), quadro 1, visto que os mesmos vivenciam com o cliente os benefícios e malefícios da terapêutica medicamentosa.

QUADRO 1 – Distribuição dos profissionais especialistas do Programa de Assistência Integral ao portador de HIV/AIDS. Julho a Agosto, 2011

PROFISSIONAIS	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Coordenadora e Pediatra	1	11,1
Médico Infectologista	3	33,4
Enfermeiro	2	22,2
Psicólogo	1	11,1
Nutricionista	1	11,1
Assistente Social	1	11,1
TOTAL	9	100

Os custos diretos são recursos efetivamente utilizados nas intervenções e nos programas de saúde (NITA, 2010). Neste estudo foram considerados, especificamente, os custos de exames complementares, de medicamentos e de honorários profissionais.

O cálculo do custo direto¹ está baseado no pressuposto de que as ações em saúde são compostas por um conjunto de procedimentos que empregam combinações fixas de insumos, isto é, são funções de produção a coeficientes fixos em termos de insumos específicos. A identificação das quantidades de insumos utilizadas em determinada intervenção ou programa de saúde, em particular, implica coleta de tais quantidades a cada ação desenvolvida pelos profissionais da saúde no momento da realização de cada atendimento a cada cliente. (NITA, *et. al*, 2010)

Já os custos indiretos são aqueles que incidem indiretamente sobre os indivíduos, as organizações e a sociedade pela participação na intervenção ou no programa de saúde. (NITA, 2010). Nesse caso, foram coletados os dados correspondentes ao transporte do cliente ao ambulatório, aos custos com a alimentação e aos custos dos dias de trabalho perdidos.

Os custos indiretos² estão relacionados às avaliações quantitativas sobre perdas produtivas dos indivíduos envolvidos em intervenções e programas de saúde, a partir do salário de mercado (caso haja disponibilidade de informação sobre a profissão do indivíduo) ou renda *per capita* (se forem analisados dados populacionais). (NITA, *et. al*, 2010)

Os instrumentos utilizados foram dois (2) formulários para levantamento de dados:

¹ Custos diretos: são custos dos recursos efetivamente utilizados nas intervenções e nos programas de saúde. (SARTI, F.M; CYRILLO, D. C. In: NITA, M.E, 2010)

² Custos indiretos: são aqueles que incidem indiretamente sobre os indivíduos, as organizações e a sociedade pela participação na intervenção ou no programa de saúde (p. ex. perdas produtivas, tempo, transporte, etc.) (SARTI, F.M; CYRILLO, D. C. In: NITA, M.E, 2010)

Formulário 1 – Roteiro de entrevista contendo informações educacionais, socioeconômicas e relacionadas aos custos indiretos da adesão dos clientes ao tratamento. (Anexo IV)

Foi utilizado um formulário com perguntas direcionadas ao cliente e/ou familiar. Neste formulário, havia 18 perguntas, sendo: identificação do cliente, aspectos socioeconômicos da família (renda familiar, número de dependentes, nível de escolaridade), número de consultas ambulatoriais, custos indiretos (número de dias de trabalho perdidos pelo cliente ou acompanhante, custo do transporte utilizado para locomoção o ambulatório).

Formulário 2 – Revisão de prontuário e custos diretos. (Anexo V)

Neste instrumento, foram anotados dados referentes ao quantitativo de exames realizados pelo cliente, medicamentos utilizados e horas trabalhadas dos profissionais envolvidos no ambulatório e os custos com os mesmos.

Considerando que se trata de uma pesquisa que envolve seres humanos, foram respeitados os preceitos da resolução nº 196/96, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa com seres humanos. A partir dessa resolução, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da EEAN/HESFA, para avaliação, e obteve aprovação em 31 de maio de 2011, sob o número de protocolo 018/2011.

A partir dessa aprovação, os dados foram coletados junto ao sujeito da pesquisa, porém com o adiantamento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II) pelo sujeito.

2.5) Análise dos dados

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

2.5.1) Categorias de custo

As categorias de custos valorados nesse trabalho foram: medicação, recursos humanos (Enfermeiros, Médicos, Psicólogos, Nutricionistas e Serviço Social), exames realizados, transporte, alimentação e produtividade (valor da hora trabalhada do indivíduo associado ao número de dias trabalhados).

A medicação teve seu custo estimado pela tabela do Ministério da Saúde do Programa Farmácia Popular (Brasil, 2012). O cálculo feito para o valor do custo total da medicação foi baseado na seguinte fórmula:(anexo VI)

$$\text{Custo total da medicação} = (\text{Custo da medicação por dose}) \times (\text{quantidade de doses/dia}) \times (\text{número de dias de uso})$$

Os valores referentes aos recursos humanos foram baseados nos dados presentes na tabela de honorários dos Conselhos Federais de cada profissão. **(Anexo VII)** No nosso caso, foi utilizada a seguinte fórmula para calcular os custos:

$$\text{Custo total de recursos humanos} = (\text{valor por hora da ação desenvolvida}) \times (\text{quantidade de horas/dia}) \times (\text{número de dias})$$

Os exames foram valorados, segundo a tabela da Farmácia Popular do Ministério da Saúde. (Anexo V). A fórmula utilizada para calcular os custos foi:

$$\text{Custo total de exames} = (\text{Valor unitário de cada exame}) \times (\text{Quantidade/dia}) \times (\text{número de dias})$$

O transporte foi avaliado conforme preços dos utilitários do Estado do Rio de Janeiro, já que muitos clientes são provenientes de vários municípios. Esse fato pode alterar o valor das passagens correspondentes ao veículo utilizado. O cálculo utilizado para o valor dos custos totais do transporte foi:

$$\text{Custo total de transporte} = (\text{Valor do transporte/viagem}) \times (\text{número de viagens/dia}) \times (\text{número de dias})$$

A alimentação refere-se ao valor que o cliente disponibilizou para o gasto com sua alimentação e de seu familiar durante os dias de consulta. A fórmula utilizada para calcular o custo total da alimentação foi:

$$\text{Custo total da alimentação} = (\text{Valor da alimentação/pessoa/dia}) \times (\text{n. de dias})$$

A produtividade refere-se ao valor da hora trabalhada de cada indivíduo por dia de trabalho, durante o período de 6 meses (Julho à Dezembro de 2009). Dessa forma, definimos a seguinte fórmula para calcular o valor total da produtividade:

$$\text{Valor total da produtividade} = \text{Valor da hora trabalhada do indivíduo} \times \text{Número de horas trabalhadas por dia} \times \text{Número de dias trabalhados nos 6 meses}$$

Nesse caso, tivemos os dados da produtividade mensal de cada participante da pesquisa e, conseqüentemente, o custo diário da ausência do mesmo ao trabalho.

Após a coleta, os custos diretos foram organizados em tabelas, disponibilizando os custos unitários, custos totais, frequência absoluta, frequência relativa e os custos indiretos, em gráficos de barras, para melhor visualização.

Após a organização dos dados, utilizamos a análise estatística simples, para apresentação dos resultados.

3 – RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para melhor compreensão do estudo, apresentaremos os resultados e discussões em duas etapas: caracterização dos sujeitos, quanto aos aspectos socioeconômicos e educacionais, e a análise dos custos diretos e indiretos, relacionados à adesão ao tratamento da AIDS.

TABELA 1 – Distribuição dos sujeitos quanto aos dados socioeconômicos e educacionais. Rio de Janeiro. Jul a Dez 2009.

Dados Socioeconômicos e Educacionais	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Sexo		
Masculino	64	64
Feminino	36	36
Faixa Etária	-	-
18-27	10	10
28-37	25	25
38-47	37	37
48-57	20	20
58-67	9	9
Nível de Escolaridade:	-	-
De 4 a 7 anos (Fundamental)	41	41
De 8 a 11 anos (Médio)	42	42
De 12 a mais anos (Superior)	17	17
Renda Familiar:	-	-
0-1 Salários	11	11
1-2 Salários	49	49
2-4 Salários	30	30
4-6 Salários	8	8
Acima de 6 Salários	3	3

3.1 – Caracterização Socioeconômica e educacional dos sujeitos

Em relação ao perfil socioeconômico dos sujeitos, observamos, na tabela 1, que os dados coletados reafirmam dados do Ministério da Saúde, em relação ao sexo. Percebemos que 64% dos sujeitos são do sexo masculino, enquanto que 36% são do sexo feminino.

O número de mulheres com AIDS, no Brasil, vem aumentando, significativamente, ao longo dos anos. Acreditamos que a pesquisa reforça os dados do Boletim Epidemiológico correspondente ao período de Julho de 2009 a junho de 2010, mostrando que a relação entre homens e mulheres passou de 40:1, em 1983, para 1,6:1 em 2009, ou seja, 16 homens infectados para cada 10 mulheres. (BRASIL, 2011)

Para adesão ao tratamento, alguns autores apontam que o sexo masculino tem sido mais associado com a não-adesão e que as mulheres têm faltado ao acompanhamento clínico e esquecido maior número de doses da medicação. Esta diferença seria explicada pelo fato de que as mulheres precisam administrar as rotinas familiares e os cuidados com as crianças, esquecendo-se de si mesmas. Quando são adotadas medidas, visando minimizar os encargos das mulheres, há melhora imediata da adesão. (COLOMBRINI, M.R.C, LOPES, M.H.B.M, FIGUEIREDO, R.M, 2006; TEIXEIRA, P.R, PAIVA, V, SUIMA, E, 2000)

Notamos, a partir da tabela 1, que a frequência maior está nos sujeitos entre 38 e 47 anos (37%). Esses dados estão bem próximos dos divulgados pelo Ministério da Saúde em 2010, onde a faixa etária de 40 à 59 anos possui 37,9% do casos registrados, seguida pela faixa entre 30 e 39 anos, com 33,8%, e 20 e 29 anos, com 21%. (BRASIL, 2011)

O que também nos chama a atenção é a faixa etária de 18 a 27 anos, pois corresponde a uma faixa etária sexualmente ativa, cuja apresentação nessa amostra está equivalente ao de indivíduos entre 58 e 67 anos. A frequência de casos nesta última está em crescimento constante nos últimos anos, fato que pode ser causado pela disponibilidade e facilidade de acesso a recursos que contribuem para uma vida sexual mais ativa. É uma faixa etária que iniciou suas relações sexuais sem a

existência dessa doença e que hoje se encontra num momento diferenciado, com diversas informações e dificuldades de prevenção à doença. (BRASIL, 2012)

Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2009, os indivíduos entre 4 (quatro) e 7 (sete) anos de estudo (Ensino Fundamental) correspondem a 25,1% do total, seguido dos indivíduos entre 8 (oito) e 11(onze) anos com 30% e os com 12 (doze) anos ou mais correspondendo a 7,6% do total. (BRASIL, 2011). Esses dados nos mostra que os sujeitos possuem uma escolaridade de baixa a regular, o que pode influenciar no processo de entendimento e adequação às propostas terapêuticas.

Esses dados auxiliam no processo de planejamento das ações, para estimular e facilitar a adesão. As habilidades de interpretação e entendimento estão diretamente ligadas à escolaridade. Segundo o Ministério da Saúde, a baixa escolaridade, habilidades cognitivas insuficientes para lidar com as dificuldades e as exigências do tratamento são fatores que podem dificultar a adesão ao tratamento da aids. “É muito importante que o cliente entenda seus horários, a quantidade de comprimidos/cápsulas que deve ser ingerida, em cada dose, de modo a não confundir seus medicamentos e fazer uso inadequado.” (BRASIL, 2008b, p.21)

Em um estudo realizado com 61 clientes com aids, no Hospital de Clínicas da UNICAMP, constatou-se, dentre outras afirmações, que a escolaridade possui influência direta na aderência ao tratamento, visto que no grupo de clientes pesquisado, em que houve acerto do emprego da prescrição médica, a média de anos de estudo foi de 8,4 anos, significativamente maior que a do grupo em que houve erro, que foi de 6,6 anos. (FIGUEIREDO, R.M, SINKOC, V. M, TOMAZIM, C.C, 2001)

Em outro estudo sobre avaliação da aderência aos antirretrovirais, em clientes com infecção pelo HIV/AIDS, acompanhados pelo Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infecciosas e Parasitárias da Universidade Federal de Minas Gerais, constatou-se que a baixa adesão tem relação com a dificuldade de entendimento dos clientes com nível cultural mais baixo, principalmente, em se tratando de tratamento tão complexo. Segundo o estudo, o cliente com menos de 4 (quatro) anos de ensino fundamental apresentou, aproximadamente, 3 (três) vezes mais chance de não aderir ao tratamento. (LIGNANI JUNIOR, L; GRECO, D.B; CARNEIRO, M, 2001)

3.2 – Análise de custos relacionados à adesão ao tratamento

Atendendo aos objetivos propostos, subdividimos a análise de custos em indireto e direto.

O crescimento dos gastos em saúde, impulsionado pela incorporação de novas tecnologias diagnósticas e terapêuticas e pelo aumento da expectativa de vida da população, tem causado grande preocupação, especialmente, em países em desenvolvimento. A avaliação de custos em saúde visa a otimizar benefícios utilizando os recursos de maneira eficiente. (VANNI, T *et. al*, 2009)

Os custos e as consequências variam em função da perspectiva adotada. Assim, para conduzirmos uma avaliação de custo, é necessário definirmos qual será a perspectiva adotada mediante uma alternativa. Quando a perspectiva é da sociedade, os custos devem ser computados de maneira mais abrangente, incluindo, por exemplo, os custos relacionados aos dias não trabalhados de um cliente por ocasião de uma internação, e os custos associados ao transporte do cliente, pagos pelo mesmo para realizar consultas e exames (custos indiretos).

Entretanto, quando os custos possuem uma perspectiva de um Sistema Único de Saúde, como o SUS, esses custos são incorporados ao orçamento federal, estadual e municipal. (BRASIL, 2007)

O Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de DST/AIDS (PN-DST/AIDS), produz normas gerais para os serviços e é responsável pela provisão de suprimentos estratégicos, como antirretrovirais, testes de carga viral e de contagem de linfócitos TCD4⁺. Exceto por esses recursos, a estrutura dos serviços depende das características regionais/locais do programa e do sistema de saúde. (MELCHIOR *et al*, 2006). Assim, em algumas localidades, o PN-DST/AIDS pode ofertar transporte, por exemplo.

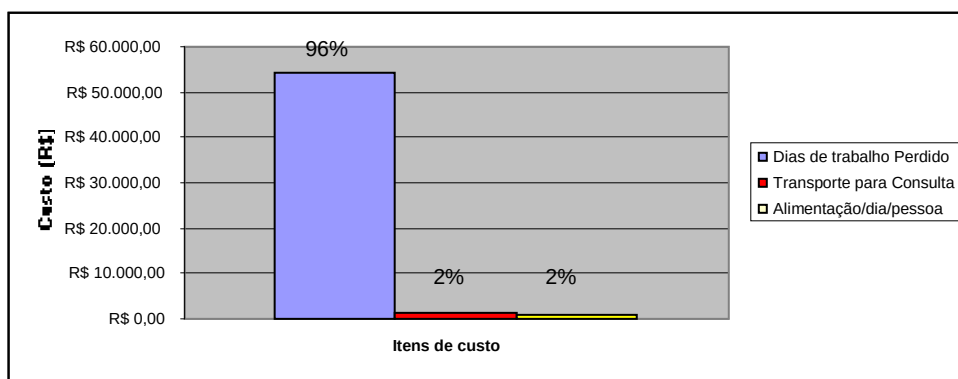
Os custos indiretos figuram o valor de recursos econômicos perdidos devido à perda da produtividade, incapacidade ou morte prematura relacionada à doença do cliente ou mesmo de familiares/cuidadores. Nessa pesquisa, ele corresponde aos gastos dos clientes com o transporte, com a alimentação e com os dias de trabalhos perdidos, devido ao tratamento ou a doença. (COSTA, A.M.N. *et al*, 2010)

Os custos diretos representam o valor dos recursos utilizados no tratamento, no cuidado e na reabilitação dos indivíduos, podendo ser médicos ou não médicos. No caso dos dados utilizados nessa pesquisa, foram coletados os gastos com medicação, com os honorários dos profissionais de saúde e com os exames. (COSTA, A.M.N. *et al*, 2010)

3.2.1 - Custos Indiretos

Diante dos dados expostos no gráfico 1 (um), podemos afirmar que 96% dos custos indiretos dos sujeitos estão relacionados aos dias de trabalhos perdidos, pois muitos têm que abdicar da rotina de trabalho, para sua consulta. Cada dia não trabalhado gera um déficit na renda mensal, já que muitos são descontados pelo seu empregador.

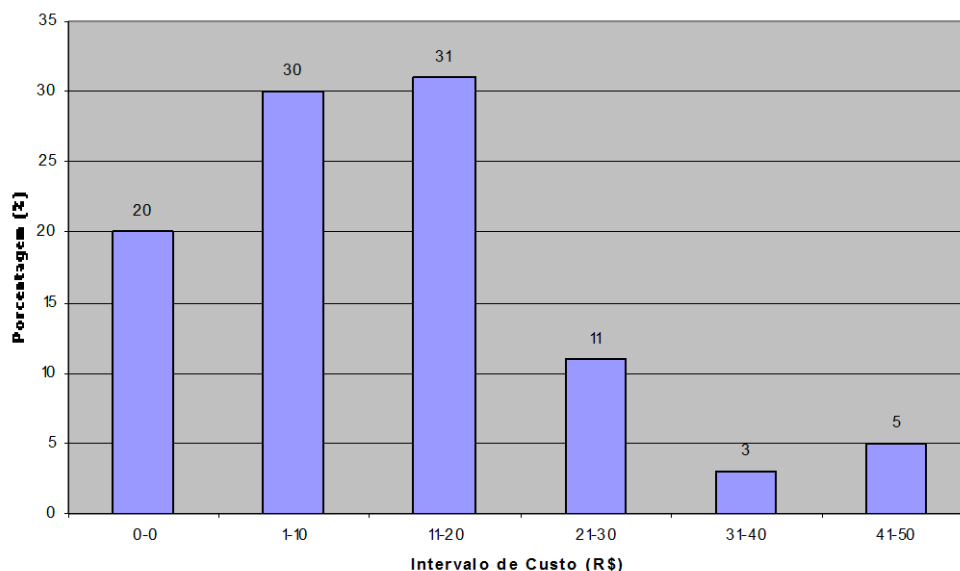
Gráfico 1 – Distribuição dos custos indiretos. Rio de Janeiro. Julho a Dezembro de 2009.



Os demais custos com transporte para consulta e alimentação foram bem similares, atingindo 2% cada um. Muitos dos sujeitos possuem o passe livre oferecido pelo governo. Esse benefício oferece aos indivíduos, em tratamento, um cartão com créditos de passagem que pode ser utilizado para o trajeto de sua casa ou trabalho até a unidade de saúde, a qual está matriculado.

Notamos que no gráfico 2 (dois), a maioria dos sujeitos possui um custo com transporte entre R\$1,00 e R\$20,00 e que 20% dos clientes não apresentaram custo algum com o mesmo segmento, por serem beneficiados pelo auxílio passagem do Governo Federal.

Gráfico 2 – Distribuição dos custos indiretos relacionados ao transporte. Rio de Janeiro. Julho a Dezembro 2009.



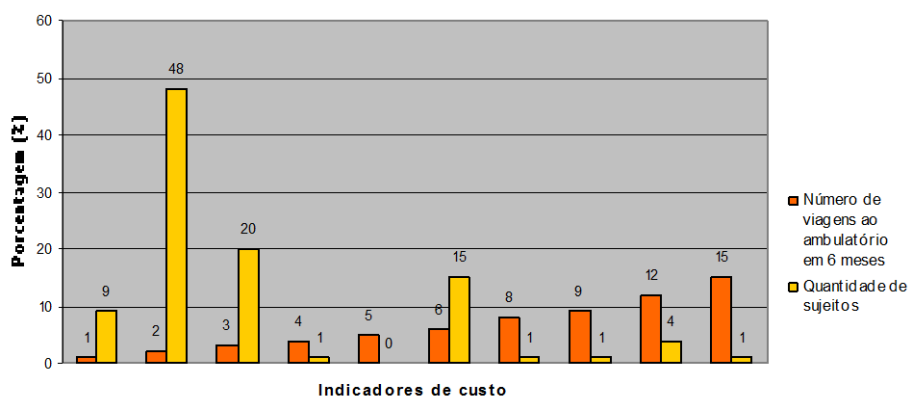
“As pessoas que vivem com HIV/AIDS possuem os mesmos direitos da população geral. De forma a garantir a atenção à sua saúde e o direito a uma vida digna, destacamos o direito ao transporte vigente no país. Alguns estados concedem gratuidade no transporte coletivo para pessoas que vivem com HIV/AIDS (transporte intermunicipal). Por sua vez, alguns municípios possuem legislação que isenta a pessoa vivendo com HIV/AIDS do pagamento da tarifa de transporte coletivo urbano.” (BRASIL, 2008b, p.30)

De acordo com o Programa Nacional de DST/AIDS, as pessoas que vivem com o vírus HIV possuem alguns benefícios como: auxílio-doença, aposentadoria, pensão por morte, liberação do FGTS e PIS, passe livre, isenção de Imposto de Renda e renda mensal vitalícia ou benefício pensão continuada (LOAS). Alguns benefícios possuem exigências diferenciadas para serem ofertados. No caso do passe livre (garante o transporte gratuito para o tratamento), os indivíduos, além de serem portadores do vírus, devem comprovar a adesão ao tratamento. (BRASIL, 2012)

Em relação ao baixo número de beneficiados na nossa amostra, identificamos, através da junta de especialistas, que muitos dos sujeitos não contemplados, desconhecem a existência desses benefícios e que, mesmo após serem informados pela equipe, encontram dificuldades de adquirir o benefício, devido aos obstáculos burocráticos exigidos pelo PNDST/AIDS.

No gráfico 3 (três), percebemos que a maioria dos sujeitos (48%) realizou apenas 2 (duas) viagens e 20% 3 (três) viagens, no período de julho a dezembro de 2009. Os demais sujeitos correspondem juntos a 32% do total.

Gráfico 3 – Distribuição dos sujeitos relacionados ao número de viagens realizadas ao ambulatório no período de 6 (seis) meses. Rio de Janeiro. Julho a Dezembro 2009.

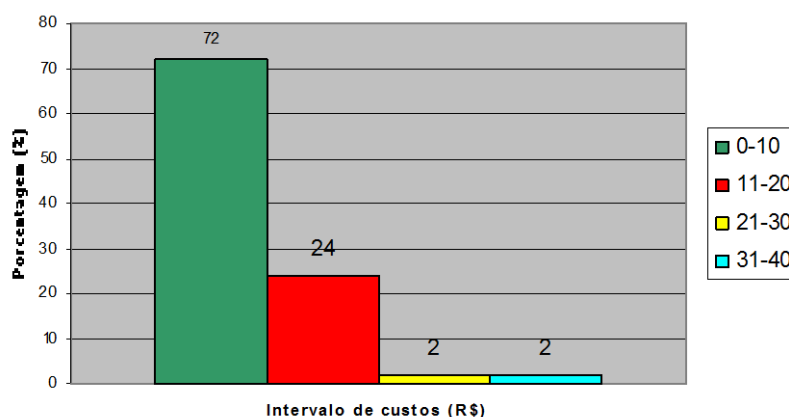


Esses dados favorecem a adesão ao tratamento, pois levam a um impacto reduzido no orçamento familiar e demonstra a independência dos sujeitos para buscar o tratamento, assim como, se co-responsabilizar pela aderência ao mesmo. Conforme a junta de profissionais especialistas do setor, um dos indicadores utilizados para avaliar a adesão ao tratamento de clientes assíduos é o número de viagens que eles realizam, pois a redução da necessidade de acompanhamento, nestes casos, é uma demonstração de independência, de participação no processo, de co-responsabilidade e de auto-vigilância contínua. Esses profissionais ressaltam

ainda que essa independência possibilita que os clientes retomem sua vida na sociedade com uma autoestima mais elevada. Certamente, existe um controle e acompanhamento dos resultados dessa relação de confiança, para que os objetivos do programa não sejam perdidos.

O gráfico 4 (quatro) demonstra que 72% dos sujeitos possuem um custo com alimentação entre R\$0,00 a R\$10,00. Esses dados estão diretamente relacionados com o número de familiares que os acompanham nas consultas, pois 75% dos clientes afirmam que não necessitam de acompanhantes, assim como, com o número de viagens que realizaram no período de 6 (seis) meses, ou seja, 2 (duas) viagens no semestre. Este fato demonstra que esses clientes estão aderidos ao tratamento e se sentem responsáveis pela condução do mesmo.

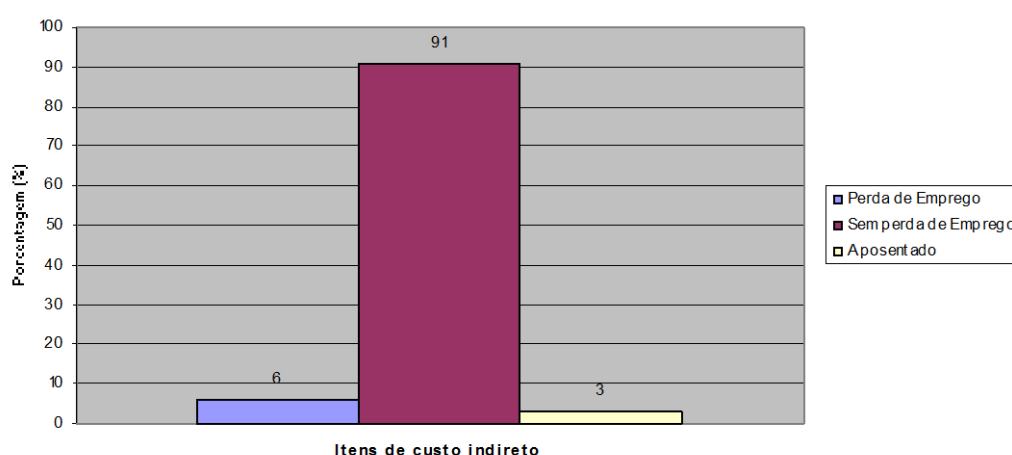
Gráfico 4 – Distribuição dos custos indiretos relacionados á alimentação. Rio de Janeiro. Julho a Dezembro 2009.



Essa redução de acompanhantes reflete diretamente nos custos totais com o transporte, visto que a gratuidade é específica, para as pessoas que vivem com HIV/AIDS. Dessa forma, há o aumento do ganho real do indivíduo em termos de produtividade para a sociedade.

De acordo com o gráfico 5 (cinco), percebemos que 91% dos sujeitos não perderam seu emprego devido ao diagnóstico da aids. Esse fato favorece a adesão ao tratamento, pois permite a manutenção da renda familiar, assim como a redução do preconceito da sociedade em relação aos indivíduos portadores do vírus. Além disso, a empregabilidade estimula sua autoestima e sua importância participativa na sociedade que trazem muitos benefícios no desenvolvimento e aceitação da terapêutica.

Gráfico 5 – Distribuição dos custos indiretos relacionados à perda de emprego devido à AIDS. Rio de Janeiro. Julho a Dezembro 2009.



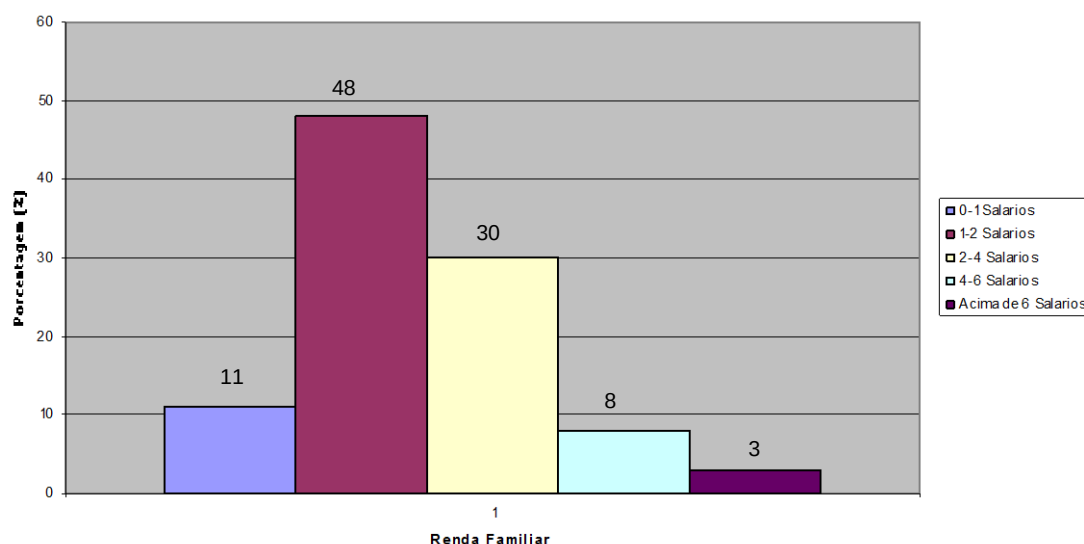
Diante desses dados, algumas hipóteses surgem para discussão, como: a maioria dos estabelecimentos que empregam ou não desempregam seus funcionários que vivem com HIV/AIDS podem estar atendendo às exigências do Ministério da Saúde, quanto à empregabilidade e à não discriminação (BRASIL, 2008b) ou essa atitude é um reflexo da flexibilidade do cidadão brasileiro em tentar se desviar ou evitar os problemas, como: a discriminação social e, até mesmo, de desemprego, através da ocultação da informação que possui o vírus HIV.

No caso da segunda hipótese, o indivíduo por ser dependente de uma remuneração mensal para manter seu sustento, faz uso de uma “navegação social”

ou um “jeitinho” que seria um modo de enfrentar as contradições e paradoxos sociais, de modo tipicamente brasileiro, ou seja, usando uma mediação também pessoal entre a lei, a situação onde ela deveria se aplicar e as pessoas nela implicadas, de tal sorte que nada modifique. Eles podem ser também um modo e um estilo de realizar. São, sobretudo, um modo simpático, desesperado ou humano de relacionar o impessoal com o pessoal. (DaMatta, 1984)

O gráfico 6 (seis) demonstra que a maioria dos sujeitos, 78%, possui uma renda entre 1 (um) e 4 (quatro) salários. Esses dados estão relacionados aos dados da tabela 2 (dois) (nível de escolaridade), visto que o mercado de trabalho seleciona e remunera seus funcionários, de acordo com o nível de escolaridade associado ao seu conhecimento agregado.

Gráfico 6 – Distribuição dos sujeitos em relação à sua renda familiar. Rio de Janeiro. Julho a Dezembro 2009.



Carvalho *et al.* (2007), pesquisando a adesão à TARV em residentes no Distrito Federal, Brasil, constataram que 76% dos clientes pesquisados relataram níveis de adesão iguais ou superiores a 95%, renda familiar inferior a três salários

mínimos e uso de drogas ilícitas, como as variáveis significativas que constituíram maiores chances de adesão insatisfatória.

Diante disso, percebemos que a empregabilidade e a existência de uma renda, para as pessoas que vivem com o vírus HIV, trazem mais do que um recurso financeiro para própria sustentabilidade. Elas possibilitam a restauração da dignidade, do respeito e do espaço na sociedade, como cidadão igual aos demais e isso reflete diretamente no processo de adesão.

3.2.2 – Custos diretos

Os custos diretos foram divididos em 3 (três) categorias de custo: medicação, honorários dos profissionais e exames realizados, ao longo dos 6 meses.

Dentre as medicações, as que apresentaram maior destaque foram o Tenofovir, a Zidovudina+Lamivudina, o Efavirenz e o Ritonavir+Lopinavir. Não existe na literatura um estudo comparativo entre essas medicações e as demais, porém, segundo os profissionais especialistas que trabalham no setor sede de nossa pesquisa, os clientes relatam que esses medicamentos apresentam efeitos colaterais reduzidos e a necessidade de ingestão de um número menor de medicamentos. Além disso, esses medicamentos podem ser ingeridos no mesmo horário, fato que facilita a aceitação da terapêutica e a participação do sujeito na continuidade do processo (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos custos diretos em relação às medicações Antirretrovirais utilizadas no tratamento dos sujeitos. Rio de Janeiro. Julho a Dezembro 2009.

<i>Medicação</i>	<i>Custo Unitário/ Dose (R\$)</i>	<i>Custo Total (R\$)</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
Estavudina (d4T 300mg)	0,25	135,00	0,12
Lamivudina (3 TC 150mg)	0,55	4719,00	4,40
Zidovudina (AZT 100mg)	0,26	676,00	0,63
Tenofovir (TDF 300mg)	4,01	21.654,00	20,10
Zidovudina + Lamivudina (AZT + 3TC 150mg)	1,10	21.516,00	19,96
Efavirenz (EFZ 600mg)	1,28	15.897,60	14,75
Nevirapina (NVP 200mg)	0,66	2534,40	2,35
Ritonavir (RTV 100mg)	0,50	2115,00	1,96
Ritonavir + Lopinavir (LPV/r 200mg + 50mg)	0,94	15.115,20	14,02
Darunavir (DRV 200mg)	7,44	8035,20	7,45
Fosamprenavir (FPV 700mg)	2,83	2547,00	2,36
Raltegravir (RAL 400mg)	13,80	828,00	0,77
Atazanavir (ATZ 300mg)	4,55	12.012,00	11,12
TOTAL	-	107.784,40	100

FONTE: (BRASIL, 2012. Disponível em: www.aids.gov.br)

As medicações que apresentaram um uso mais destacado, segundo os mesmos especialistas, 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.

Os fatores de risco relacionados ao tratamento têm sido apontados pela literatura como fatores que podem contribuir para a redução da adesão ao tratamento. (COLOMBRINI, M.R.C, LOPES, M.H.B.M, FIGUEIREDO, R.M, 2006). Dentre eles, temos dois considerados mais importantes: o tempo de tratamento e a complexidade do tratamento. No tempo de tratamento, a preocupação está

direcionada a adesão prolongada e não só a inicial. Segundo os autores, a não-adesão aumenta com o tempo da terapêutica. Já a complexidade do tratamento faz referência ao número de doses, o número de drogas, os efeitos colaterais e as mudanças no estilo de vida como os causadores da não-adesão. (COLOMBRINI, M.R.C, LOPES, M.H.B.M, FIGUEIREDO, R.M, 2006; RODRIGUES, C.S. *et al*, 2003)

Em um estudo brasileiro, os autores encontraram um resultado significativo em relação ao número total de comprimidos prescritos/dia. Segundo o estudo, os resultados mostraram que, para cada comprimido ingerido, o risco de não-adesão aumentava 12%. (COLOMBRINI, M.R.C, 2003)

Diante desses dados, percebemos 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, pois estamos utilizando composições farmacológicas para o tratamento de vírus. A TARV 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 novos estudos.

Um fator positivo para a adesão ao tratamento da aids foi o investimento no atendimento profissional de forma multidisciplinar, conforme mostra a Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição dos custos diretos em relação aos honorários dos profissionais. Rio de Janeiro. Julho a Dezembro 2009.

<i>Categoria Profissional</i>	<i>Custo Unitário da Consulta (R\$)</i>	<i>Número de Consultas</i>	<i>Custo Total (R\$)</i>	<i>Porcentagem/ Custo Total (%)</i>
<i>Enfermagem</i>	66,07	153	10.108,71	18,9
<i>Psicologia</i>	81,62	97	9.957,64	18,5
<i>Medicina</i>	187,50	136	25.500,00	47,6
<i>Serviço Social</i>	97,99	49	4.801,51	9,0
<i>Nutrição</i>	83,54	38	3.174,52	6,0
<i>Total</i>	-	-	53.542,38	100

Os valores levantados, através dessa pesquisa, estão relacionados às atividades remuneradas desenvolvidas pelos profissionais, conforme determinação do seu Conselho Federal. Percebemos que é um custo moderado, se avaliarmos a complexidade da realidade em que os mesmos estão inseridos.

De acordo com os dados apresentados, verificamos que o custo total dos procedimentos executados na aplicação dos cuidados aos sujeitos que participaram da pesquisa foi de R\$ 53.542,38, sendo distribuído de forma multidisciplinar (Enfermagem, Psicologia, Medicina, Serviço Social e Nutrição). Ressaltamos que o custo total de cada consulta foi adquirido através da multiplicação do valor do custo unitário de cada uma delas pelo número de consultas realizadas ao longo de 6 (seis) meses. Desses valores, calculamos a porcentagem do gasto total do atendimento de cada profissional. (tabela 3)

Percebemos que as consultas possuem valores diferentes, tendo algumas que correspondem a mais que o triplo do valor de outras, como é o caso da Consulta de Enfermagem que possui o menor valor do grupo de profissionais que compõem a equipe multidisciplinar. Acreditamos que tal ocorrência configura uma dificuldade de percepção, por parte dos representantes dos conselhos e/ou dos gestores

responsáveis pela manutenção dos programas de atenção à saúde no nosso país, sobre a valorização profissional.

Ressaltamos ainda, que a Enfermagem possui um histórico de luta pela valorização de seus salários, atingindo, em 2011, a definição do novo piso salarial para os profissionais da Enfermagem no Estado do Rio de Janeiro, através da Lei 5950/2011. Independente desse processo de luta, os profissionais devem ser igualmente valorizados em suas condutas diante do mesmo indivíduo que busca cuidados, pois se a proposta é de interação dos conhecimentos singulares, a mesma integração deveria ser refletida na valorização de suas remunerações.

É a partir dessa discussão sobre valorização profissional, remuneração e salários, que conseguimos expressar a importância do enfermeiro na motivação das pessoas e na intensificação do seu desempenho, favorecendo à qualificada prestação de serviços de cuidados aos clientes enfermos. (SCHUTZ, 2007)

Reforçamos também 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. A Consulta de Enfermagem constitui atividade exclusiva do enfermeiro que, usando sua autonomia profissional, desenvolve um modelo assistencial para atender às necessidades de saúde de sua clientela, conforme estabelecido na Lei nº 7.498/86, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87. (CAETANO, J.A; PAGLIUCA, L.M.F, 2006)

Pesquisadores consideram a atenção individualizada como a grande aliada da melhora da adesão, e a relação enfermeiro-cliente, sua ferramenta mais importante para efetivação. As autoras comentam também que a confiança é o elemento chave desta relação e para que ela ocorra é necessário o estabelecimento

de empatia, de credibilidade no profissional junto ao grupo, do respeito à privacidade e, principalmente, de confiança nas informações e nos comportamentos do cliente. (FIGUEREDO, R.M, SINKOC, V. M, TOMAZIM, C.C, 2001)

Soluções formuladas em conjunto (equipe multiprofissional/cliente) tendem a ser muito mais respeitadas e há um empenho maior para que elas deem certo, em vez do uso de respostas prontas, pré-fixadas. (FIGUEREDO, R.M, SINKOC, V. M, TOMAZIM, C.C, 2001; LIMA, A.C.B; GUERRA, D.M, 2011)

Além disso, Seidl *et al* (2007) afirmam que a satisfação com o suporte social e a utilização de estratégias de enfrentamento comportamentais ativas estão associadas à adesão em clientes infectados pelo vírus 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.

Outra variável de interesse em pesquisas no campo da psicologia da saúde é a autoestima, componente da personalidade que se caracteriza pela avaliação que a pessoa faz a si mesma. Sentimentos de menos-valia poderiam favorecer a negligência nos cuidados de saúde, enquanto a autoestima elevada poderia levar a crenças de invulnerabilidade, pelo fato de a pessoa possuir sentimentos excessivamente positivos sobre si mesmo. (GONÇALVES, SCM *apud* SEIDL *et al*, 2007)

Estudo realizado por Seidl *et al* (2007), com 241 clientes infectados pelo vírus HIV do Distrito Federal, constatou que 38,8% referiram interrupção do tratamento com antirretrovirais, por conta própria, em algum momento da história da enfermidade, e os principais motivos mencionados foram presença de efeitos colaterais e razões de natureza subjetiva e/ou psicológica. Em outro estudo

brasileiro, Nemes *et al* (2009) verificou que os mais fortes preditores da não adesão foram presença de depressão e suporte social insatisfatório em 31% da amostra pesquisada, fato que justifica a presença dos profissionais de Psicologia e Serviço Social.

Porém, decorridos mais de vinte anos desde sua descoberta, existem ainda lacunas na assistência aos portadores do HIV/AIDS, principalmente no que concerne à convivência do indivíduo com a doença, na busca de atender às suas necessidades psicossociais e incentivar a capacidade de autonomia para se autocuidar.

A assistência dos profissionais é um importante determinante do sucesso de programas dirigidos a doenças crônicas, como a AIDS. Além do impacto na mortalidade e na qualidade de vida dos clientes, a assistência bem conduzida pode contribuir para o controle da epidemia e da adesão ao tratamento. (MELCHIOR, R. *et al*, 2006)

Além disso, a assistência dos profissionais às pessoas vivendo com aids pode ser, a princípio, representada pelo acesso às técnicas de diagnóstico e terapêutica relativas ao complexo conjunto de condições associadas à doença. O acesso, por si só, desde que universal, tem provocado impacto: grande parte do sucesso do programa de AIDS pode ser atribuído à garantia de acesso universal aos medicamentos. (TEIXEIRA, L, 2006; FERNANDES, JRM *et al*, 2009). A universalidade, conquistada na oferta de assistência e de medicamentos aos que vivem com HIV/AIDS, representa a efetivação de um dos mais caros princípios do SUS e um dos pilares de sua política assistencial para todas as áreas. (NEMES, MIB, *et al*, 2004)

Os resultados relacionados à universalidade da atenção à saúde não se mantêm a médio e longo prazo se não se articularmos as conquistas nas ações de cuidado dos profissionais em toda sua complexidade tecnológica. Essa complexidade, que se realiza no momento assistencial, refere-se à interação entre os sujeitos, à organização do trabalho, ao exercício da interdisciplinaridade presente no trabalho em equipe, à contínua incorporação de novos saberes e práticas às ações de saúde. (NEMES, MIB, *et al*, 2004; GIR, E. *et al*, 2005)

A adesão exige articulação de várias tecnologias. (JORDAN, M.S. *et al*, 2000; LEITE, S.N; VASCONCELOS, M.P.C, 2003). O oferecimento de grupos de discussão, muito incentivado pelo Programa, é uma tecnologia interessante, embora utilizada de maneira complementar e sem cobertura factível para todos os clientes. Sua incorporação efetiva no processo de trabalho implica mudanças mais abrangentes que devem ser orientadas pelas evidências já estabelecidas na literatura e na experiência brasileira. (MELCHIOR, R. *et al*, 2006)

Estudos realizados em São Paulo mostraram a importância crítica do início do tratamento para a adesão. Abreviar o intervalo das consultas, no início do tratamento, para além da óbvia necessidade clínica, é um importante mecanismo para detectar e lidar com problemas de adesão. (NEMES, M.I.B, 2004; NEMES, M.I.B, *et al*, 2009; KOMATSU, C.L., 2000; BRASIL, 2008; NARCISO, AMS, PAULILO, MAS, 2001)

A atividade de acolhimento e recepção dos casos novos é comum entre vários profissionais de nível universitário, sendo realizada por enfermeiros em 52% dos serviços, assistentes sociais 48% e psicólogos em 42%.(MELCHIOR, R. *et al*, 2006)

A natureza, os sentidos e os determinantes do comportamento de não adesão são complexos e difíceis de serem entendidos. Por isso, há que considerarmos essa questão sob ótica, levando em conta a subjetividade do cliente, bem como suas necessidades e dificuldades, mais do que a precisão com que ele segue as recomendações. (REINEIRS, A.A.O; AZEVEDO, R.C.S; VIEIRA, M.A; ARRUDA, A.L.G, 2008)

Diante do exposto, percebemos que os serviços de saúde são vistos como espaços estratégicos de informação e execução de intervenções no campo da adesão, 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.

O Enfermeiro nesse processo pode realizar, através da consulta de Enfermagem, uma aproximação entre o cliente e o processo terapêutico, fornecendo informações sobre o fármaco utilizado, seus efeitos adversos e seu mecanismo de ação. Esse exercício de conscientização possibilita a co-responsabilização por parte do cliente e torna a realidade da adesão mais acessível e palpável.

De uma maneira geral, os profissionais de saúde, articulados em equipes multidisciplinares, devem ter em mente que, para alcançarem um tratamento com efetividade, deve-se buscar uma aliança com o cliente. Nesse processo de co-responsabilização, 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. (TEIXEIRA, L, 2006; BONOLO, P.F; GOMES, R.R.F.M; GUIMARÃES, M.D.C, 2007)

Em relação aos custos com os exames (Tabela 4), percebemos ser o menor item dessa tríade avaliada nessa pesquisa (5,20%). Acreditamos que os gastos com exames podem ser ainda menores, visto que podem ser produzidos em maior escala.

Tabela 4 – Distribuição dos custos diretos em relação aos exames utilizados no tratamento dos sujeitos. Rio de Janeiro. Julho a Dezembro 2009.

<i>Exames</i>	<i>Custo Unitário R\$</i>	<i>Custo Total R\$</i>	<i>Frequência Absoluta</i>	<i>Frequência Relativa (%)</i>
Broncoscopia	2,8	8,40	3	0,9%
RX de Tórax	6,88	41,28	6	0,43%
Teste Rápido	1	3,00	3	0,03%
Teste Simples	1	2,00	2	0,02%
Ureia	1,85	159,10	86	1,61%
Creatinina	1,85	183,15	99	1,87%
TGO	2,01	198,99	99	2,04%
TGP	2,01	196,98	98	2,01%
Fosfatase Alcalina	2,01	86,43	43	0,88%
Gama GT	3,51	189,54	54	1,92%
LDH	3,68	36,8	10	0,38%
Lipidograma	6,56	78,72	12	0,81%
VDRL	2,83	113,20	40	1,15%
CMV	11,61	11,61	1	0,12%
Marcadores para Hepatite B	18,55	259,70	14	2,62%
Anti-Hav	18,55	18,55	1	0,19%
Anti-HCV	18,55	55,65	3	0,56%
TCd4⁺	15	1.875,00	125	19,35%
TCD8⁺	15	1.875,00	125	19,35%
Carga viral	18	2.196,00	122	22,73%
EAS	3,7	136,90	37	1,40%
EPF	1,65	49,50	30	0,50%
Hemograma Completo	4,11	443,88	108	4,50%
VHS	2,73	79,17	29	0,80%
Plaquetas	2,73	259,35	95	2,61%
Colesterol	3,51	315,90	90	3,19%
Bioquímica	2,73	35,49	13	0,36%
Triglicerídeos	3,51	308,88	88	3,14%
Acido Úrico	1,85	98,05	53	1,01%
Glicose	1,85	177,60	96	1,79%
PPD	2,26	40,68	18	0,42%
Bilirrubina	2,01	116,58	58	1,19%
Citopatológico	0,93	11,2	12	0,12%
TOTAL	-	9.662,28	-	100%

Percebemos que, quando avaliamos os sujeitos, quanto aos exames realizados, do total de custos (R\$ 9.662,28), a maioria 22,73% é direcionada à carga viral, 19,35% à CD4+ e 19,35% à CD8.

De acordo com os dados expostos, percebemos 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 parte (61,43%), 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 imunidade.

Esses dados, se comparados com os obtidos na avaliação da renda familiar, nos permitem concluir que os sujeitos participantes dessa pesquisa não conseguiriam arcar com os custos do tratamento. Esses dados reforçam a necessidade da continuidade do PN-DST/AIDS.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, 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. (BRASIL, 2012)

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, foi destinado R\$ 2.526.614,34 (0,25%) para o Programa Estadual de DST/AIDS. (BRASIL, 2012)

No Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA), cenário desse estudo e 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 1 (um) ano de tratamento, utilizando as mesmas medicações e doses utilizadas no semestre utilizado na coleta da pesquisa, poderíamos duplicar o valor semestral mencionado, anteriormente, assumindo um total de R\$ 341.978,12. Esse valor corresponderia a 13,53% do orçamento destinado ao tratamento do HIV/AIDS, no Estado do Rio de Janeiro.

Na tabela 5, distribuímos os custos diretos em três partes: a medicação, os honorários dos profissionais (Enfermeiros, Médicos, Psicólogo, Nutricionista e Serviço Social) e os custos com a realização de exames.

Tabela 5 – Distribuição dos custos diretos. Rio de Janeiro. Julho a Dezembro de 2009.

Unidades de Custos	Custo R\$	Porcentagem (%)
Medicação	107.784,40	63,04%
Honorários de Profissionais	53.542,38	31,31%
Exames	9.662,28	5,65%
Total	170.989,06	100%

Segundo uma pesquisa sobre avaliação de custo em saúde na esfera de atenção local à saúde (SANCHO, L.G; VARGENS, J.M.C, 2009), no que concerne à necessidade de identificação do custo do Programa de atenção à Saúde à luz da realidade, os dados e/ou informações requeridas, foram o cadastro do cliente, o diagnóstico (morbimortalidade), as intervenções terapêuticas realizadas (tendo como base protocolos de atenção) e o valor de cada ação prestada, o tempo decorrido

entre o atendimento e a chegada ao hospital referenciado, os procedimentos realizados durante a hospitalização e seu valor (preço) ou custo, o tempo de permanência no hospital, os procedimentos realizados na atenção pós-hospitalar (recuperação), a estimativa orçamentária desta atenção, ao longo de um período de tempo (*time preference*), e informação referente à qualidade de vida.

Dessa forma, os dados coletados nos permitem identificar as áreas de maior custo para o governo, ou seja, para onde está sendo direcionado a maior parte dos recursos disponibilizados pelo Programa. No caso dessa pesquisa, percebemos que a maior parcela envolve a despesa com medicações, mesmo após várias conquistas legais (quebra de patentes) em nível nacional e internacional. Esse fato se torna compreensível, visto que a maior parte dos indivíduos portadores da doença faz uso da TARV, que por sua vez é composta de vários medicamentos, conforme mostra a Tabela 5 (cinco). Essas medicações possuem um custo/dose que recai naturalmente sobre os valores totais do Programa, que já são elevados.

Diante disso, o governo direciona seus esforços, na tentativa de reduzir os gastos e custos com a produção, através da produção de medicamentos mais baratos e eficazes com dosagens menores e com menos efeitos colaterais. (BRASIL, 2007)

Tabela 6 – Distribuição dos custos entre diretos e indiretos. Rio de Janeiro. Julho a Dezembro 2009.

Unidades de Custo	Custo R\$	Porcentagem (%)
Custos Diretos	170.989,06	75,20%
Custos Indiretos	56.373,00	24,80%
Total	227.362,06	100%

Na tabela 6 (seis), notamos a superioridade dos custos diretos sobre o orçamento total do Programa Nacional de DST/AIDS. De acordo com esses dados,

se somarmos os custos totais da medicação com os custos dos honorários do profissional médico, chegamos a um valor total de R\$ 133.284,40, o que corresponde a 77,9% dos custos diretos relacionados à pesquisa.

Esses dados nos remetem ao questionamento sobre a utilização muito evidente ainda do modelo biomédico para tratamento de patologias crônicas. Esse modelo prioriza a medicalização do processo, podendo gerar um desfavorecimento ou redução da verba destinada à prevenção dessas doenças.

Dessa forma, os resultados da pesquisa favorecem o estímulo, a reflexão crítica e construtiva sobre o processo terapêutico como um todo, pois certamente a prevenção das DST/AIDS favorece a redução dos custos com as medicações e, consequentemente, o custo com as consultas periódicas com especialistas.

4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da análise e discussão dos resultados da pesquisa, acreditamos que atingimos os objetivos propostos pela pesquisa intitulada Avaliação de custos em saúde: o custo da adesão ao tratamento ambulatorial da AIDS. Afirmamos também que os dados produzidos foram além dos nossos objetivos e permitiram levantar outras discussões constantemente ressaltadas em reuniões dos conselhos de classe dos profissionais.

Com este estudo observamos que a equipe multidisciplinar formada por Enfermeiros, Médicos, Psicólogos, Assistentes Sociais e Nutricionistas se complementam em suas competências, mas possuem diferenças na valorização das mesmas, sendo a Enfermagem, a profissão com menor custo unitário da consulta entre as demais. O fato que nos chama a atenção é que, ao mesmo tempo que encontramos uma equipe multidisciplinar composta por profissionais de formação superior, integrada, que objetiva o alcance de um propósito em comum, encontramos também uma diferença de valorização. Essa divergência não atua a favor da complementariedade dos serviços, o que pode afetar o resultado final do processo, que é a adesão do cliente.

Da mesma forma que discutimos essa diferença, identificamos que a mesma Enfermagem apresenta a segunda maior solicitação de consulta dentre as demais, tornando-a o segundo maior custo entre as consultas. Isso nos mostra que os valores correspondentes às consultas não transparecem a realidade da necessidade dos serviços, precisando assim, serem revistos tais valores pelos conselhos e pelo Governo Federal.

Embora exista um atraso no processo de discussão nacional sobre a valorização profissional e sua remuneração adequada, não encontramos qualquer

divergência entre os profissionais integrantes da equipe, o que ratifica a importância da unidade do grupo e do profissionalismo, para o sucesso do tratamento como um todo.

Seguindo a premissa de avaliação de custos diretos, constatamos também que, mesmo após as conquistas adquiridas – quebra de patentes - pelo Governo Federal, o custo com as medicações apresenta-se como o maior dentre os demais, visto que o número de pessoas em tratamento aumenta a cada ano, devido ao aumento da expectativa de vida dessa clientela.

Devemos atentar para adesão ao tratamento, ou seja, o uso correto dos medicamentos ARVs, pois estamos tratando retrovírus – microorganismo com alto poder de mutação. Sendo assim, seu uso incorreto pode gerar cepas resistentes. Essas novas cepas, a médio e longo prazo, podem tornar o Programa Nacional de DST/AIDS insustentável, visto que teríamos que dispor de mais recursos financeiros para investir na produção de mais medicações e para o estudo e produção de novos medicamentos, com o fim de atender a nova demanda de indivíduos portadores dessas cepas resistentes.

Outro fator importante é o custo relativamente baixo com a realização de exames laboratoriais. Os exames realizados 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 desse estudo foi coletar informações de clientes com 24 meses ou mais de tratamento, obtivemos uma taxa de adesão de 100%, não havendo assim um custo elevado em relação aos exames para detecção de doenças oportunistas. Desta forma, percebemos que a adesão reduz os custos do tratamento da AIDS.

Em relação aos custos indiretos, o maior destaque ocorreu no custo relacionado aos dias de trabalho perdidos. Esse custo está relacionado ao emprego que o sujeito possui, sua principal fonte de renda. Embora muitos tenham declarado que não perderam seu emprego devido ao diagnóstico da aids, muitos deles reduziram sua produtividade, aqui entendida como custo da hora trabalhada, juntamente com a quantidade de dias de trabalho, no período de 6 meses, devido à necessidade de frequentar o ambulatório e, também, dos efeitos colaterais das medicações que os impossibilitavam de trabalhar.

Além desses fatores mencionados, existe um fator determinante para alteração do seu estado geral. É a autoestima relacionada à empregabilidade. O sujeito que sofre preconceito necessita de uma atividade que fortaleça esse sentimento, sua vontade de autogovernabilidade, e isso pode ser adquirido através do emprego, da valorização pessoal e profissional.

Outro fator relacionado foi a necessidade de transporte para as consultas e o custo com alimentação nesses dias. Esses dois custos são considerados importantes, porém a maioria dos sujeitos frequentavam as consultas, sozinhos, o que certamente reduziu o custo com alimentação e transporte. Essa redução pode ter sido influenciada por uma associação de fatores como: adesão ao tratamento associada à sua necessidade de independência e autoestima, e a existência de um benefício de passagens destinado aos clientes cadastrados no Programa Nacional de DST/AIDS. Esses fatores, conseqüentemente, geram uma redução no custo indireto total.

Diante desses fatores, podemos afirmar que a política de atenção aos portadores do vírus HIV possui estratégias importantes, como direcionamentos de verbas para possibilitar a inclusão desses sujeitos no fluxo do atendimento

ambulatorial, tentando minimizar seus contratempos, suas limitações, ampliando sua expertise e os valores que estimulam a vida e o seu bem-estar, como ser humano. Porém, necessitamos estabelecer uma constante avaliação dos seus processos de introdução de novas tecnologias, da atualização dos seus recursos disponibilizados e da remuneração de seus profissionais, visto que o trabalho executado por eles é responsável pela redução do custo de todo o processo, pois consegue manter o indivíduo aderido ao tratamento.

5 – REFERÊNCIAS

BACKES, D.S; ESPERANÇA, MP; AMARO, A.M; CAMPOS, I.E.F; CUNHA, A.O; SCHWARTZ, E. Sistematização da Assistência de Enfermagem: percepção dos enfermeiros de uma hospital filantrópico. Acta Scientiarum. Maringá, Paraná, v. 27, n.01, p. 25-29, 2005.

BERMUDEZ, J.A.Z, EPSZTE J.N.R. OLIVEIRA, M.A. HANSECLEVER, L. O acordo TRIPS da OMC e a proteção Patentiária no Brasil: mudanças recentes e implicações para a produção local e o acesso da população aos medicamentos. Centro Colaborador da OPAS/OMS. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2000.

BONOLO, P.F; GOMES, R.R.F.M; GUIMARÃES, M.D.C. Adesão à terapia antirretroviral (HIV/aids): fatores associados e medidas da adesão. Revista Epidemiologia em Serviços de Saúde, Brasília, 16(4): 261-278, outubro a dezembro, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Programa Nacional de DST AIDS. Aconselhamento em DST, HIV e AIDS: diretrizes e procedimentos básicos. Brasília, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para as pessoas que vivem com HIV/AIDS. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Área de Economia da saúde e desenvolvimento. Avaliação econômica em saúde: desafios para gestão do Sis Único de Saúde. Editora do Ministério da Saúde. 104 p. Brasília: 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico – AIDS e DST. Ano V. N.1. 26^o a 52^o Semanas Epidemiológicas. Julho a dezembro de 2007 a 1^o a 26^o semanas epidemiológicas. Janeiro a Junho de 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico – AIDS e DST. Ano VII. N.1. 26^o a 52^o Semanas Epidemiológicas. Julho a dezembro de 2010 a 1^o a 26^o semanas epidemiológicas. Janeiro a Junho de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Disponível no site: <http://www.aids.gov.br>. Acessado em 5 de maio de 2012.

CAETANO, J.A; PAGLIUCA, L.M.F. Autocuidado e o portador do HIV/AIDS: sistematização da assistência de enfermagem. Revista Latino-americana de Enfermagem, vol. 14, n^o 3. Ribeirão Preto. Maio a junho de 2006.

CARVALHO, C.V; MERCHÁN-HAMANN, E; MATSUSHITA, R. Determinantes da adesão ao tratamento antirretroviral em Brasília, DF: um estudo de caso-controle. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 40(5):555-565, setembro-outubro, 2007.

CARVALHO, S.C; SILVA, C.P; FERREIRA, L.S; CORRÊA, S.A. Reflexo da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na Consulta de Enfermagem. Revista Rede de Cuidados em Saúde. 2008.

COFEN. Código de Ética do Profissional Enfermeiro. Resolução COFEN-159/1993 - Dispõe sobre a Consulta de Enfermagem. 1993

COLOMBRINI, M.R.C. Fatores preditivos para não-adesão ao tratamento com terapia antirretroviral altamente eficaz nos casos de HIV/AIDS [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP; 2003.

COLOMBRINI, M.R.C; LOPES, M.H.M; FIGUEIREDO, R.M. Adesão à terapia antirretroviral para HIV/AIDS. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). 2006; 40(4): 576-81.

COSTA, A.M.N, SECOLI, S.R, NITA, M.E. Avaliação econômica: análise de custo-minimização, análise de custo-conseqüência, estudo de custo da doença e outras análises parciais. In: NITA, M. E. et. al. Avaliação de tecnologias em saúde: evidência clínica, análise econômica e análise de decisão. Porto Alegre: Artmed, 2010. 600p.

DAMATTA, R. O que faz o Brasil, Brasil? Ed. Rocco, 1984.

DEF – Dicionário de Especialidades Farmacêuticas. Editora JBM. Edição 38. 2009.

DRUMMOND, M.F; SCULPHER, M. J; TORRANCE, GW; O'BRIEN, B.J.; STORDDART, G. L. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. 3º. Ed. Orford University Press. 2005. 379p. EUA.

FERNANDES, J.R.M; ACURCIO, F.A; CAMPOS, L.N; GUIMARÃES, M.D.C. Início da terapia antirretroviral em estágio avançado de imunodeficiência entre indivíduos portadores de HIV/AIDS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(6):1369-1380, junho, 2009

FIGUEIREDO, R.M; SINKOC, V.M; TOMAZIM, C.C; GALLANI, M.C.B.J; COLOMBRINI, M.R.C. Adesão de clientes com AIDS ao tratamento com antirretrovirais: dificuldades relatadas e proposição de medidas atenuantes em um Hospital Escola. Revista Latino Americana de Enfermagem, v.9, n.4. Ribeirão Preto. 2001.

FRANCISCO, M.T.R. A Gestão em Parceria de Projetos de Saúde em DST/AIDS – a emergência de um estilo gerencial: uma experiência testada. 2000. 116p. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

GALVÃO, J. A Política brasileira de distribuição e produção de medicamentos antirretrovirais: privilégio ou um direito? Cad. Saúde Pública, vol. 18, nº 1. Rio de Janeiro. Jan/Fev. 2002.

GARCIA, T.R; NOBREGA, M.M.L. Processo de Enfermagem: da Teoria à prática assistencial e de pesquisa. Relato de experiência. Escola de Enfermagem Anna Nery. Revista de Enfermagem, 2009. Janeiro-Março; 13(1): 188-193.

GAUTHIER, P.H. GRENON, A, PINSON, G, RAMEAU, E. O controle de gestão no hospital São Paulo: Centro São Camilo de desenvolvimento em Administração da Saúde (CEDAS): 1979.

GIR, E; VAICHULONIS, C.G; OLIVEIRA, M.D. Adesão à terapia antirretroviral por indivíduos com HIV/AIDS assistidos em uma instituição do interior paulista. Revista Latino-Americana de Enfermagem, vol.13, n. 5. Ribeirão Preto. Sep./Oct. 2005

GRANGEIRO, A; TEIXEIRA, L; BASTOS, F.I; TEIXEIRA, P. Sustentabilidade da política de acesso a medicamentos antirretrovirais no Brasil. Revista de Saúde pública vol.40 São Paulo. Abril 2006.

HORTA, Wanda de Aguiar. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU Ed. Universidade de São Paulo, 1979.

LEITE, J.L; LEITE, J.L. AIDS- entre o biomédico e o social: pontos de partida e horizontes de chegada. Águia Dourada, 2011.

LEITE, S.N; VASCONCELLOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. Ciência e Saúde Coletiva. Vol.8, nº 3. São Paulo, 2003.

LEONE, J.S.G. Custos: um enfoque administrativo. 4 edição. Rio de Janeiro. FGV, 1977.

LIGNANI JUNIOR, L; GRECO, D.B; CARNEIRO, M. Avaliação da aderência aos antirretrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/AIDS. Revista Saúde Pública, vol. 35, nº 6. São Paulo. Dezembro 2001.

LIMA, A.C.B; GUERRA, D.M. Avaliação do custo do tratamento de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados usando curativos industrializados. Ciência Saúde Coletiva, vol.16, nº 1. Rio de Janeiro. Janeiro, 2011

LIMA, N. T; GERSHMAN, S; EDLER, F. C; SUAREZ, J. M. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 504p.

LOBIONDO-WOOD, G. HABER, J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: 2001. p.110-121. In: GALVÃO, C. M; SAWADA, N. O; MENDES, I. A. C. A busca das melhores evidências. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2003, 37 (4): 43-50.

MACHADO, M.M.T; LEITÃO, G.C.M; HOLANDA, F.U.X. O Conceito de ação comunicativa: uma contribuição para Consulta de Enfermagem. Revista Latino Americana de Enfermagem. Vol. 13, nº 5. Ribeirão Preto. Setembro-Outubro, 2005.

MACHADO, A.H.M; SILVA, E.R. Relato de experiência: Consulta de Enfermagem em ambulatório de DST/AIDS: um espaço privilegiado para educação em saúde. 57º Congresso Brasileiro de Enfermagem - 3 a 7 de novembro de 2005. Goiânia. Goiás.

MALERBO, M.B; PELLA, N.R. Apresentação escrita de trabalhos científicos. Ribeirão Preto: Holos, 2003. 98p.

MARTINELLI, M; CAMARGO, S.B; PULGA, J. FRAPORTI, L. MORETTO, E.F.S; TAGLIARI, M. Consulta de Enfermagem no Programa Saúde da Família na visão do Enfermeiro. Revista Técnico-Científica de Enfermagem, Curitiba, v.02, n. 11, p. 209-216, 2004.

MARIN, H.F. et al. AIDS e Enfermagem Obstétrica. São Paulo: EPU, 1991

MARTA, C.B. Representação da AIDS: o velho e o novo que permanecem no discurso sobre a doença – um estudo em enfermagem. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2005. 89 p.

MARTINS, D. Custos e orçamentos hospitalares. São Paulo: Atlas, 2000.

MARTINS, G.B; CARVALHO, B.G; CORDONI JUNIOR, L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S.M; SOARES, D.A; CORDONI JUNIOR, L. Bases da Saúde Coletiva. Londrina: EDUEL, 2001.

MEDICI, A; MARQUES, R. Sistemas de custos como instrumento de eficiência e qualidade dos serviços de saúde. São Paulo: FUNDAP/IESP, 1995.

MELCHIOR, R; NEMES, MIB; BASSO, C.R; CASTANHEIRA, E.R.L; ALVES, M.T.S.B; BUCHALLA, C.M; DONINI, A.A; et al. Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/AIDS no Brasil. Rev Saúde Pública., 2006;40:143-51. São Paulo. Abril 2006.

MINAYO, M. C. De S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Editora Hucitec, 2004.

NAKAGAWA, M. Gestão estratégica de custos: conceitos, sistemas e implementação. São Paulo: Atlas, 1993.

NARCISO, A.M.S; PAULILO, M.A.S. Adesão e AIDS: alguns fatores intervenientes. Serviço Social Revista, Londrina, v.4, n.1, p. 27-43, julho a dezembro, 2001.

NASCIMENTO, M.S; NASCIMENTO, MMA. Prática da Enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância em saúde versus as ações programáticas em saúde. Cienc. Saúde Coletiva. 2005. Abril-Junho; 10 (2): 333-45.

NEMES, M.I.B; CASTANHEIRA, E.R.L; SANTA HELENA, E.T; MELCHIOR, R; CARACIOLO, J.M; BASSO, C.R; BRITO e ALVES, M.T.S.S; ALENCAR, T.M.D; FERRAZ, D.A.S. Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em AIDS no Brasil. Revista da Associação Médica Brasileira. Vol. 55, n.2, São Paulo, 2009

NEMES, M.I.B; CASTANHEIRA, E.R.L; MELCHIOR, R; BRITO e ALVES, M.T.S.S; BASSO, C.R. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20. Sup 2: S310-S321, 2004.

NITA, M. E. et. al. Avaliação de tecnologias em saúde: evidência clínica, análise econômica e análise de decisão. Porto Alegre: Artmed, 2010. 600p.

OLIVEIRA, M.A; ESHER, A.F.S.C; SANTOS, E.M; COSENDEY, M.A.E; LUIZA, V.L; BERMUDEZ, J.A.Z. Avaliação da assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(5):1429-1439, setembro-outubro, 2002.

PARKER, R.G. et al. A AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 1994. (Coleção História Social da AIDS, nº 2)

PARKER, R. G. Et. Al. Políticas, Instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.: ABIA, 1997, 183 p.

PORTELA, M.C; LOTROWSKA, M. Assistência aos pacientes com HIV/AIDS no Brasil. Revista de saúde Pública. Vol.40. São Paulo. Abril 2006.

POTTER, P.A. & PERRY, A.G. Grande Tratado de Enfermagem Prática: Clínica e Prática Hospitalar. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2005.

PRATT, R. J. AIDS: Uma estratégia para a assistência de enfermagem. São Paulo: Editora Ática, 1986.

REINERS, A.A.O; AZEVEDO, R.C.S; VIEIRA, M.A; ARRUDA, A.L.G. Ciência e Saúde Coletiva. Vol.13, suppl.2, Rio de Janeiro. Dezembro 2008.

ROCHA, J.B.B; ZEITOUNE, R.C.G. Perfil dos enfermeiros do Programa Saúde da Família: uma necessidade para discutir a prática profissional. Revista de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, 2007. Jan/mar; 15(1):46-52.

RODRIGUES, C.S; GUIMARÃES, M.D.C; ACURCIO, F.A; COMINI, C.C. Interrupção do acompanhamento clínico ambulatorial de pacientes infectados pelo HIV. Revista de Saúde Pública. Vol. 37, São Paulo. Abril, 2003.

SANCHO, L.G; VARGENS, J.M.C. Avaliação econômica em saúde na esfera de atenção local à saúde. Ciência Saúde Coletiva, vol. 14, supl.1. Rio de Janeiro, setembro/outubro/2009.

SANTOS, D.F. Vivendo com HIV/AIDS: cuidado, tratamento e adesão na experiência do grupo COM VIDA, 2001. Dissertação (Mestrado) – Universidade do estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

SANTOS, S.M.R; JESUS, M.C.P; AMARAL, A.M.M; COSTA, D.M.N; ARCANJO, R.A. A Consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde, Juíz de Fora, Minas Gerais. Revista Texto e Contexto em Enfermagem, Florianópolis, 2008. Jan-Mar; 17(1): 124-30.

SARTI, F.M, CYRILLO, D.C. Avaliação de custos em projetos de economia da saúde. In: NITA, M. E. et. al. Avaliação de tecnologias em saúde: evidência clínica, análise econômica e análise de decisão. Porto Alegre: Artmed, 2010. 600p.

SASSONE, J. Citostáticos, Hormônios e Antivirais/Antirretrovirais. EPUB – Editora de Publicações Biomédicas, 2009.

SCHUTZ, V. O cuidado da Enfermeira no mercado saúde: um estudo sobre o custo e o preço do processo de cuidar. 2007. Tese de Doutorado (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007.

SEIDL, E.M.F; MELCHÍADES, A; FARIAS, V; BRITO, A. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento antirretroviral. Caderno de Saúde Pública, vol. 23, n.10, Rio de Janeiro, Outubro 2007.

SMELTZER, S.C. & BARE, B.G. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 2 volumes. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

TAKATORI, R.S. Desenvolvimento de modelo conceitual de custo-padrão e ABC para o plano de referência básica de uma operadora de plano de assistência à saúde: um estudo de caso [dissertação]. São Paulo: Fundação Escola de Comercio Álvares Penteado, 2002.

TEIXEIRA, P.R, PAIVA, V, SHIMA,E. Tá difícil engolir? Experiências de adesão ao tratamento antirretroviral em São Paulo. São Paulo: Copidart; 2000.

TEIXEIRA, L. Avaliação das metas de recursos previstos na declaração sobre HIV/AIDS das Nações Unidas. Revista de Saúde Pública, vol. 40, supl. São Paulo, abril de 2006.

VANNI, T; LUZ, P.M; RIBEIRO, R.A; NOVAES, H.M.D; POLANCZYK, C.A. Avaliação econômica em saúde: aplicações em doenças infecciosas. Cad. Saúde Pública, vol. 25, nº 12. Rio de Janeiro. Dezembro, 2009.

VERDI, M; COELHO, E. B.S. Do higienismo ao SUS: a evolução histórica das políticas de saúde no Brasil. In: VERDI, M; BOEHS, A.E; ZAMPIERI, M. F. M. Enfermagem na atenção primaria de saúde. Florianópolis: UFSC, 2005. vol.1, 385p.

6 – BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ACURCIO, F.A; PUIG-JUNOY, J; BONOLO, P.F; CECCATO, M.G.B; GUIMARÃES, M.D.C. Cost-Effectiveness of Initial Adherence to Antiretroviral Therapy among HIV Infected Patients em Belo Horizonte, Brazil. Revista Española de Aslud Pública. V.80. n.1. Madrid ene-feb. 2006

ARAÚJO, D. V; TAVARES, L.R; VERISSIMO, R; FERRAZ, M. B; MESQUITA, E. V. Custos da Insuficiência cardíaca no Sistema Único de Saúde. Arquivos brasileiros de Cardiologia. Vol. 84, número 5, maio de 2005. Escola paulista de Medicina e Universidade Federal Fluminense.

ARAÚJO, P.S.R; XIMENES, R.A.A; DUARTE, J.Y; SILVA, M.M; CARNEIRO, E.M. Tratamento antirretroviral para a infecção pelo HIV/AIDS e o risco de desenvolver hiperglicemia e dislipidemia. Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo. Vol. 49, número 2, são Paulo, março/abril 2007.

ARRTCHE, M. A Política da Política de Saúde no Brasil. In: LIMA, N.T; GERSCHMAN, S; EDLER, F. C; SUAREZ, J.M. Saúde e Democracia: historia e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 504p.

BAMBERGER, J.D; UNICK, J; KLEIN, P; FRASER, M; CHESNEY,M; KATZ, M.H. Helping the urban poor stay with antiretroviral HIV drug therapy. Am J Public Health. 2000. Maio; 90(5):699-701.

BARROS, A. L. B. L. de, HUMEREZ, D. C. de, FAKIH, F. T., MICHEL, J. L. M. Situações geradoras de ansiedade e estratégias para seu controle entre enfermeiras: estudo preliminar. Rev. Latino-am. Enfermagem, 11(5), p. 585-592, set.-out., 2003.

BAUTISTA-ARREDONDO, S; DMYTRACZENKO, T; KOMBE, G; BERTOZZI, S.M. Costing of scaling up HIV/AIDS treatment in México. Salud publica. Mex., vol. 50, suppl. 4, Cuernavaca, 2008.

BRITO, A.M; SZWARCOWALD, C.L; CASTILHO, E.A. Fatores associados à interrupção de tratamento antirretroviral em adultos com AIDS. Rio Grande do Norte, Brasil, 1999-2002. Revista da Associação Médica Brasileira. Vol. 52, n.2, São Paulo. Março/Abril, 2006

CARACIOLO, J.M.M; HELENA, E.T.S; BASSO, C.R; SOUZA, R.A; SILVA, M.H; ADÃO, V.M; RAPOSO, M.T; NEMES, M.I.B. Saúde Sociedade. Vol.18, supl.2. São Paulo. Abril a Junho de 2009.

COHN, A. O SUS e o Direito à saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. In: LIMA, N.T; GERSCHMAN, S; EDLER, F. C; SUAREZ, J.M. Saúde e Democracia: historia e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 504p.

COLOMBRINI, M.R.C; COLETA, M.F.D; LOPES, M.H.B.M. Fatores de risco para não adesão ao tratamento com terapia antirretroviral altamente eficaz. Revista da Escola de Enfermagem da USP. V.42, n.3. São Paulo, setembro, 2008.

COSTA, J. R. A. da, LIMA, J. V. de, ALMEIDA, P. C. de. Stress no trabalho do enfermeiro. Rev. Esc. Enfermagem USP, 37(3), p. 63-71, 2003.

COSTA, L.S; LATORRE, M.R.D.O; SILVA, M.H; BERTOLINI, D.V; MACHADO, D.M; POMENTEL, S.R; MARQUES, H.H.S. Validação e reprodutibilidade de uma escala de autoeficácia para adesão ao tratamento antirretroviral em pais ou cuidadores de crianças e adolescentes vivendo com HIV/AIDS. Jornal de Pediatria. (Rio de Janeiro. vol. 84. n.1. Porto Alegre. Janeiro/Fevereiro, 2008.

CULLUM, N; CILISKA, D; HAYNES, R. B; MARKS, S. Enfermagem Baseada em Evidencias: uma introdução. Porto Alegre: Artmed, 2010. 382p.

DICENSO, A; CULLUM, N; CILISKA, D. Implementação da Enfermagem baseada em evidencias: algumas interpretações errôneas. In: CULLUM, N; CILISKA, D; HAYNES, R. B; MARKS, S. Enfermagem Baseada em Evidencias: uma introdução. Porto Alegre: Artmed, 2010. 382p.

DOMENICO, E. B. L; IDE, C. A. C. Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. Revista Latino-americana Enfermagem, vol.11, número 3. Ribeirão Preto. Jan/fev. 2003.

ERDMANN, A. L; MEIRELLES, B. H.S. Viver saudável em tempos de AIDS: a complexidade e a interdisciplinaridade no contexto da prevenção da infecção pelo HIV. Revista Texto e Contexto – Enfermagem, vol.14, número 1, Florianópolis. Jan. a Mar. 2005.

FAUSTINO, Q. M. Intervenção cognitivo-comportamental e comportamento de adesão ao tratamento antirretroviral em pessoas vivendo com HIV/AIDS. 2006. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília. Brasília, 2006.

FEITOSA, A.C; LIMA, H.J.A; CAETANO, J.A; ANDRADE, L.M; BESERRA, E.P. Terapia Antirretroviral: fatores que interferem na adesão de crianças com HIV/AIDS. Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem 2008. Setembro; 12(3):515-21.

FINKELMAN, J. Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. 328p.

FLECK, M. P. de A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. Rev. Ciências & Saúde Coletiva, 5(1), p. 33-38, 2000.

FLECK, M. P. de A., LEAL, O. F., LOUZADA, S., XAVIER, M., CHACHAMOVICH, E., VIEIRA, G., SANTOS, L. dos, PINZON, V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). Rev. áps. Psiquiatria, 21(1), p. 19-28, 1999.

FRANCISCO, I.M.F; CASTILHO, V. A Enfermagem e o gerenciamento de custos. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2002;36(3):240-4.

FRANCISCO, M.T.R; CLOS, A.C; PIMENTA, M.C; LONGO, P.H; SANTOS, V.L; MARTA, C.B; RODRIGUES, A.F. VESTA AIDS: Vista a Camisa desta luta nesta universidade. Rio de Janeiro: Editora Velocípede, 1999.

GALVÃO, C. M; SAWADA, N. O; MENDES, I. A. C. A busca das melhores evidências. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2003, 37 (4): 43-50.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C. de S; DESLANDES, S.F; GOMES, R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 27 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

HACKER, M.A; KAIDA, A; HOGG, R.S; BASTOS, F.I. Os primeiros dez anos: conquistas e desafios do programa brasileiro de acesso ao manejo e cuidado integral do HIV/AIDS no Brasil, 1996-2006. Caderno de Saúde Pública. Vol.23.suppl.3. Rio de Janeiro. 2007.

LEITE, J.C.C; DRACHLER, M.L; CENTENO, M.O; PINHEIRO, C.A.T; SILVEIRA, V.L. Desenvolvimento de uma escala de auto-eficácia para adesão ao tratamento anti-retroviral. Psicologia: Reflexão e crítica. Vol.15. n.1.Porto Alegre, 2002.

LENTZ, R. A., COSTENARO, R. G. S., GONÇALVES, L. H. T., NASSAR, S. M. O profissional de enfermagem e a qualidade de vida: uma abordagem fundamentada nas dimensões propostas por Flanagan. Rev. Latino-am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v.8, n° 4, p. 7-14, agosto, 2000.

LIMA, S.B.S. de. A gestão da qualidade na assistência de enfermagem: significação das ações no olhar da acreditação hospitalar no pronto socorro. Rio de Janeiro, 2008. 244p. Tese de Doutorado (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008.

LINDNER, L.M; MARASCIULO, A.C; FARIAS, M.R; GROHS, G.E.M. Avaliação econômica do tratamento da esquizofrenia com antipsicóticos no Sistema Único de Saúde. Revista Saúde Pública, vol. 43, supl.1. São Paulo. Agosto 2009.

MARQUES, M.C. da C. Saúde e poder: a emergência política da AIDS/HIV no Brasil. Revista História, ciências, saúde – Manguinhos. Vol. 9. Rio de Janeiro, 2002.

MEDICI, A.C. Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização. São Paulo: faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, 1994. In: PAULUS JUNIOR, A; CORDONI JUNIOR, L. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v.8, n.1, p.13-19, dez.2006.

MERCADANTE, O.A. Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J. Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. 328p.

MICHELONE, A. de P. C., SANTOS, V. L. C. G. Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia. Rev. Latino-am. Enfermagem, 12(6), p.875-883, áp.-dez., 2004.

MILLER, W.C; LEONE, P.A; MCCOY, S; NGUYEN, T.Q; WILLIMAMS, D; PILCHER, C.D. Targeted testing for Acute HIV Infection in North Carolina. Journal List. NIHPA Public Access. AIDS. 2009, 23(7):835-843

MINAYO, M. C. S. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 10^a., Rio de Janeiro, Vozes, 1998.

MINAYO, M.C. de S; DESLANDES, S.F; GOMES, R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 27 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

MINAYO, M. C. de S., HARTZ, Z. M. de A., BUSS, P. M. Qualidade de vida: um debate necessário. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, 5(1), p. 7-18, 2000.

NORONHA, J.C; PEREIRA, T.R; VIACAVA, F. As condições de saúde dos brasileiros: duas décadas de mudanças (1980-2000). In: LIMA, N.T; GERSCHMAN, S; EDLER, F. C; SUAREZ, J.M. Saúde e Democracia: historia e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 504p.

OLIVEIRA, D.C; SÁ, C.P; GOMES, A.M.T; RAMOS, R.S; PEREIRA, N.A; SANTOS, W.C.R. A Política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 24 (1):197-206, jan, 2008.

PAIVA, V. Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/AIDS e o processo de emancipação psicossocial. Revista Inetrface Comunicação, saúde, educação. Vol.6, número 11, botucatu. Agosto, 2002.

PAULUS JUNIOR, A; CORDONI JUNIOR, L. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v.8, n.1, p.13-19, dez.2006.

PEREGRINO, A.A.F. Impacto da mamografia no rastreamento do câncer de mama. 2007. Tese de Doutorado (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social (IMS), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007.

RISI JUNIOR, J. B; NOGUEIRA, R.P. As condições de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J. Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. 328p.

ROBERTS, J, DICENSO, A. Identificação do melhor tipo de estudo para ajustar-se à questão. Parte 1: pesquisa quantitativa. In: CULLUM, N; CILISKA, D; HAYNES, R. B; MARKS, S. Enfermagem Baseada em Evidencias: uma introdução. Porto Alegre: Artmed, 2010. 382p.

SANTINI, A. M., COSTENARO, R. G. S., MEDEIROS, H. M. F., ZABERLAN, C. Estresse: vivência profissional de enfermeiras que atuam em úp neonatal. *Cogitare Enfermagem*, 10(3), 14-22, set-dez, 2005.

SANTOS, T.C. A prevalência de fatores de risco para baixa adesão na terapia com Enfuvistida, nos usuários soropositivos para o HIV em tratamento nos centros de referência em Porto Alegre – RS. *DST – Jornal Brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis* 18(4):247-253, 2006.

SEIDL, E. M. F. Enfrentamento, aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Revista Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n.3, p.421-429, setembro a dezembro 2005.

SEIDL, E.M.F; MACHADO, A.C.A. Bem-estar psicológico, enfrentamento e lipodistrofia em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo*. Vol. 13. n.2. Maringá. Abril/Junho. 2008

SEIDL, E. M. F., ZANNON, C. M. L. da C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Saúde pública*, Rio de Janeiro, 20(2), p. 580-588, mar.-abr, 2004.

SENA, C.A. CARVALHO, E.C; ROSSI, L.A; RUFFINO, M.C. Estratégias de implementação do processo de enfermagem para uma pessoa infectada pelo HIV. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. Vol.9, número 1, Ribeirão Preto, janeiro, 2001.

SPINK, M. J. P.; LIMA, H. Rigor e Visibilidade: a explicitação dos Passos da Interpretação. In: SPINK, M. J. (org.). *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez, 2000.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. 3ª ed., São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, A. F. Qualidade de vida no trabalho: origem, evolução e perspectivas. *Caderno de Pesquisas em Administração*, São Paulo, v.8, nº. 1, jan.-mar., 2001.

VASCONCELOS, C. M; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G.W.S; MINAYO, M.C.S; AKERMAN, M; DRUMOND JÚNIOR, M; CARVALHO, Y. M. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec. 2 edição. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. 871p.

VENTURA, A. Adesão à terapia Antirretrovírica na infecção VIH/SIDA. *Arquivos de Medicina*, 20(1-2):37-49.

VERDI, M; BOEHS, A.E; ZAMPIERI, M. F. M. *Enfermagem na atenção primária de saúde*. Florianópolis: UFSC, 2005. vol.1, 385p.

VÍCTORA, C.G; KNAUTH, D.R; HASSEN, M.N.A. *Pesquisa Qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 136p.

ANEXOS

ANEXO I

UNIVERSIDADE DO BRASIL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente documento, declaro que fui informado de forma clara sobre a justificativa, os objetivos e a metodologia referentes ao projeto de tese intitulado “AVALIAÇÃO DE CUSTOS EM SAÚDE: o custo da adesão ao tratamento ambulatorial da aids”, cujos objetivos são: Identificar os custo diretos e indiretos da adesão ao tratamento da AIDS a nível ambulatorial; Analisar o custo da adesão ao tratamento da AIDS a nível ambulatorial à luz da Política Nacional de DST/AIDS.

O referido estudo faz parte do Curso de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, do Núcleo de Pesquisa em Gerência, Ensino e Exercício da Enfermagem (NUGEPEN).

Estou de acordo em fazer uso do gravador durante as atividades de utilizar os dados obtidos através das observações, discussões, dos relatos, experiências do cotidiano e dos encaminhamentos que eventualmente poderão ser propostos, discutidos e apresentados em eventos e divulgados. Fui igualmente informado de:

- Garantir o recebimento de resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca de procedimentos, riscos, benefícios entre outros assuntos relacionados à pesquisa;
- Liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, deixando de participar do estudo, sem nenhum tipo de prejuízo;
- Garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados, e as informações obtidas apenas utilizadas para fins científicos vinculados ao presente projeto;
- As respostas terão caráter sigiloso, onde em nenhum momento será exposto o nome do entrevistado a fim do mesmo não ter prejuízo em momento algum desta pesquisa;

- As informações colhidas, por meio das entrevistas só serão utilizadas para atender aos fins da pesquisa após serem lidas e validadas pelos sujeitos;
- Não haverá nenhum risco ou prejuízo para aqueles que participarem, ou em um dado momento optarem por desligar-se do estudo, uma vez que é voluntária a participação;
- O material das entrevistas ficará de posse do pesquisador responsável pelo prazo de cinco (05) anos, ficando sob sua responsabilidade por este período, e após serão destruídos na forma de incineração;
- Será respondida e discutida qualquer questão referente ao projeto de pesquisa.

Pelo presente termo de Consentimento livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois, fui informado, de forma clara e detalhado, sem constrangimento e coerção.

O enfermeiro responsável por esse projeto é CRISTIANO BERTOLOSSI MARTA, que está sendo desenvolvido sob a orientação da Profª Drª JOSÉTE LUZIA LEITE, tendo esse documento sido revisado e aprovado pelo Comitê de Ética da EEAN/HESFA em 31/05/2011.

Autorização do Sujeito da Pesquisa

Após ter tomado conhecimento do conteúdo deste termo, aceito participar da pesquisa proposta e autorizo a gravação de meu depoimento em fita magnética e sua utilização como dado de pesquisa, conforme consta neste documento. Este documento consta de duas páginas e será mantida uma cópia com o sujeito da pesquisa e uma cópia com o pesquisador responsável.

Nome do participante: _____

Codinome: _____

Assinatura _____

Assinatura do responsável _____

Qualquer dúvida, posso entrar em contato a qualquer momento com o pesquisador nos seguintes telefones: (021) 7848-1783 e-mail: cristianobertol@gmail.com

ANEXO II

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20 ____.

De: *Cristiano Bertolossi Marta*

Para: Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA

Assunto: Encaminhamento de Projeto de Pesquisa *do Doutorado em Enfermagem da EEAN*

Encaminho o projeto de pesquisa intitulado **AVALIAÇÃO DE CUSTOS EM SAÚDE: o custo da adesão ao tratamento ambulatorial da AIDS**, juntamente com a minha orientadora Prof. ^a Dr.^a Josete Luzia Leite, para apreciação e posterior parecer dos membros deste CEP

Atenciosamente,

Cristiano Bertolossi Marta

Prof.^a Dr.^a Josete Luzia Leite

ANEXO III – TABELAS DE HONORÁRIOS DOS PROFISSIONAIS

Tabela Referencial de Honorários do Enfermeiro

Valores de Referência nacional de honorários dos Enfermeiros em (R\$)

Atividades	Valor R\$
<i>Verificação da respiração/pulsos e pressão sanguínea</i>	18,23
<i>Verificação da pressão sanguínea</i>	10,88
<i>Aspiração do trato respiratório com observação das características das secreções e ausculta</i>	21,76
<i>Drenagem postural sem percussão e ausculta</i>	7,14
<i>Regulação térmica(axilar/oral/retal/vaginal)</i>	3,58
<i>Aplicação de calor seco e calor úmido</i>	3,58
<i>Aplicação de frio seco e frio úmido</i>	3,58
<i>Controle de sinais e sintomas de hipo e hiperglicemia</i>	3,58
<i>Realização de teste de glicemia</i>	7,14
<i>Realização de teste de glicosúria</i>	7,14
<i>Verificação de dados antropométricos (altura / peso / perímetro cefálico e abdominal / torácico</i>	3,58
<i>Realização de curativo infectado</i>	28,9
<i>Realização e troca de bolsas em estomas</i>	21,76
<i>Realização em lesões sem solução de continuidade</i>	7,14
<i>Realização de cuidados com escaras de decúbito</i>	18,17
<i>Aplicação de bandagem nas suas diversas aplicações</i>	10,88
<i>Retirada dos pontos</i>	22,73
<i>Coleta de sangue</i>	12,82
<i>Coleta de urina</i>	7,14
<i>Coleta de fezes</i>	10,88
<i>Coleta de secreções</i>	12,82
<i>Punção venosa com dispositivo simples</i>	9,99
<i>Punção venosa com dispositivo composto com mandril</i>	13,22
<i>Administração de medicação tópica</i>	5,69
<i>Administração de medicação endovenosa</i>	10,59
<i>Administração de medicação intradérmica, Intramuscular ou subcutânea</i>	7,63
<i>Administração de medicação sublingual, ocular, nasal e oral</i>	3,73
<i>Administração de medicação retal</i>	9,43
<i>Administração de medicação vaginal</i>	9,43
<i>Acompanhamento de cliente na realização de exames</i>	16,56
<i>Posicionamento para exames</i>	3,33
<i>Transporte em cadeira de rodas</i>	16,56
<i>Consulta de Enfermagem (histórico, exame físico e diagnóstico)</i>	66,07

<i>Prescrição de Enfermagem</i>	32,64
<i>Evolução de Enfermagem incluindo alterações da prescrição quando necessário</i>	32,64
<i>Primeiros socorros (contato para socorrista em operação veraneio)</i>	32,64
<i>Visita domiciliar</i>	66,07

Fonte: COFEN

Tabela Referencial de Honorários do Psicólogo

Valores de Referência nacional de honorários dos Psicólogos em (R\$)

Diagnóstico Psicológico	Limite Inferior	Limite Média	Superior
Consulta Psicológica	81,62	122,00	139,93
Anamnese	81,62	118,19	139,93
Elaboração de perfil profissiográfico	69,97	120,51	163,28
Avaliação de desempenho escolar e aprendizagem	69,97	120,28	139,93
Avaliação Psicológica	93,29	116,61	152,75
Avaliação das características psicológicas esportivas	81,62	122,84	151,59
Avaliação de prontidão para alfabetização	81,62	121,94	151,59
Avaliação de nível intelectual	69,97	123,98	139,93
Avaliação Psicomotora	69,97	121,66	139,93
Avaliação Psicomotora Relacionada ao Grafismo	69,97	120,44	139,93
Avaliação das características da personalidade	69,97	131,57	144,59
Avaliação da estrutura e dinâmica da personalidade	81,62	136,54	153,92
Entrevista devolutiva	81,62	117,58	139,93
Observação de campo com visita escolar e domiciliar	86,28	116,61	139,93
Atuação junto à comunidade	40,82	97,35	139,93
Realização de exames psicológicos (psicotécnicos)	51,32	95,71	139,93
Realização de avaliação psicológica para concessão de registro e/ou porte de arma de fogo	151,37	252,28	353,19

Orientação e Seleção Profissional	Limite Inferior	Limite Média	Superior
Orientação Vocacional	81,62	116,61	163,28
Recrutamento e seleção de pessoal	62,97	116,61	163,28
Elaboração de instrumentos psicológicos	58,31	137,67	186,58
Desenvolvimento de projetos relativos ao trabalho	48,97	165,14	204,09
Identificação de necessidades humanas	46,64	142,15	165,59
Partic. em prog. Educacionais, culturais, recreativos	46,64	134,48	186,58
Orientação e acompanhamento	64,15	115,58	152,75
Orientação e encaminhamento de empregados	46,64	111,82	142,27

Avaliação de programa de treinamento	69,97	162,08	193,57
Orientação e Treinamento/ Desenvolvimento	58,31	166,97	186,58
Desligamento de empregados	58,31	110,41	151,59
Preparação para aposentadoria	93,29	139,93	209,90
Orientação e Psicopedagógica	Limite Inferior	Limite Média	Superior
Realização de pesquisas	69,97	104,96	139,93
Planejamento psicopedagógico	46,64	127,18	139,93
Orientação psicopedagógico	69,97	106,42	128,25
Preparação para aposentadoria	93,29	139,93	209,90
Solução de Problemas Psicológicos	Limite Inferior	Limite Média	Superior
Psicomotricidade individual	69,97	100,88	116,61
Psicomotricidade em grupo	58,31	87,32	116,61
Problemas de aprendizagem individual	69,97	99,60	116,61
Problemas de aprendizagem em grupo	68,79	92,65	116,61
Psicoterapia individual	81,62	118,18	139,93
Psicoterapia em casal	93,29	127,29	186,58
Psicoterapia familiar	93,29	149,03	186,58
Psicoterapia em grupo	67,64	108,45	139,93
Ludoterapia individual	69,97	105,91	139,93
Ludoterapia em grupo	64,15	100,55	128,25
Terapia psicomotora individual	69,97	99,54	117,76
Terapia psicomotora em grupo	58,31	87,61	116,61
Acompanhamento e Orientação Psicológica	Limite Inferior	Limite Média	Superior
Acompanhamento psicológico da gravidez, parto e puerperio	93,29	126,99	151,59
Acompanhamento psicológico da gravidez em grupo	69,97	121,47	134,10
Acompanhamento psicoterapêutico	104,96	167,65	198,26
Acompanhamento psicológico de deficientes	69,97	100,73	116,61
Acompanhamento psicológico de idosos	81,62	115,44	139,93
Acompanhamento e reabilitação profissional	46,64	116,61	163,28
Assessoria em Psicologia	Limite Inferior	Limite Média	Superior
Consultoria empresarial	110,76	228,52	256,57
Realização de pesquisa	69,97	116,61	186,58
Movimentação de pessoal	99,12	183,23	233,24
Supervisão de atividades psicológicas	97,96	153,05	186,58
Assessorias a instituições escolares	69,97	134,13	171,43

Fonte - CFP/CRPs/FENAPSI

Tabela Referencial de Honorários do Médico

Valores de Referência nacional de honorários dos Médicos em (R\$)

Atividades	Valor R\$
<i>Consulta Médica Ambulatorial (Especialista)</i>	187,50

Fonte: CFM

Tabela Referencial de Honorários do Assistente Social

Valores de Referência nacional de honorários do Assistente Social em (R\$)

Atividades	Valor R\$
<i>Consulta Especializada</i>	97,99

Fonte: CFESS

Tabela Referencial de Honorários do Nutricionista

Valores de Referência nacional de honorários do Nutricionista em (R\$)

Atividades	Valor R\$
USN - UNIDADE DE SERVIÇO DE NUTRIÇÃO:	R\$ 41,77
HORA TÉCNICA:(1,5 USN's)	R\$ 62,65
CONSULTA EM NUTR. CLÍNICA:(2 USN's)	R\$ 83,54
CONSULTA EM NUTRIÇÃO CLINICA DOMICILIAR:(3 USN's)	R\$ 125,31
TRATAMENTO CLÍNICO MENSAL:(4 USN's)	R\$ 167,08
TRATAMENTO CLÍNICO MENSAL DOMICILIAR:(6 USN's)	R\$ 250,62
PALESTRAS:(10 USN's)	R\$ 417,70
TREINAMENTO EM NUTRIÇÃO E DIETÉTICA:(3 USN's/hora)	R\$ 125,31/h
CONSULTA-CONVÊNIO (FNN):	R\$ 39,29
HORA AULA:(2 USN's)	R\$ 83,54

Fonte: CNN.

APÊNDICE

APÊNDICE I - CRONOGRAMA

ANO	2009	2010		2011		2012
	2 SEM.	1 SEM.	2 SEM.	1 SEM.	2 SEM.	1 SEM.
ETAPAS						
LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO						
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA, REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICA						
ELABORAÇÃO DO PROJETO						
DEFESA DO PROJETO						
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA						
COLETA DE DADOS						
CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS						
ANALISE DOS DADOS						
EXAME DE QUALIFICAÇÃO						
ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO FINAL						
DEFESA DA TESE DE DOUTORADO						

APÊNDICE II

Formulário 1 – Roteiro de entrevista

Aspectos educacionais, socioeconômicos relacionados aos custos indiretos

Data da Entrevista: _____

Nome: _____

Idade: _____

Naturalidade: _____

Nacionalidade: _____

Profissão: _____

Sexo: () masculino () feminino

Residência: _____

Telefone: _____

Nível de escolaridade:

() Analfabeto () 1 grau () 2 grau () 3 grau

Moradia:

() Com a família – Quantos habitam o mesmo domicílio? _____

() Sozinho

() Asilo

() Vive na rua

Renda familiar:

- () 0-1 salário mínimo () 1-2 salários () 2-4 salários () 4-6 salários
() acima de 6 salários

Número de dependentes: _____

Perda de Emprego pela AIDS?

- () Sim () Não () Aposentado por invalidez (tempo de aposentadoria: _____

Dias de trabalho perdidos em decorrência da Aids: _____

Transporte para consulta e/ou realização de exames:

- () carro – (km + combustível/dia) R\$ _____
() ônibus – (passagem) R\$ _____
() barca – (Passagem) R\$ _____
() taxi – R\$ _____
() outros: _____ R\$ _____

Número de acompanhantes: _____

Número de viagens ao ambulatório: _____

Alimentação/dia/pessoa: R\$ _____

APÊNDICE III

Formulário 2 - Revisão de prontuário e custos diretos

Medicações utilizadas ambulatorialmente nos últimos 6 meses

Medicações Utilizadas ambulatorialmente no período de Julho a dezembro 2009

<u>Medicação Antirretroviral</u>	<u>Caixas / Frascos</u>	<u>Quantidade de comprimidos</u>	<u>Quantidade Total</u>	<u>Custo Dose Comprimido/ Capsula R\$</u>	<u>Custo Total R\$</u>
Abacavir (ABC 300mg)	1	60	0	0,618	0
Didanosina (ddl 250mg)	1	30	0	2,16	0
Estavudina (d4T 30mg)	1	60	0	0,25	0
Lamivudina (3TC 150 mg)	1	60	0	0,55	0
Zidovudina (AZT 100mg)	1	100	0	0,26	0
Tenofovir (TDF 300mg)	1	30	0	4,01	0
Zidovudina + Lamivudina (AZT 300mg + 3TC 150mg)	1	60	0	1,1	0
Efavirenz (EFZ 600mg)	1	90	0	1,28	0
Nevirapina (NVP 200 mg)	1	60	0	0,66	0
Amprenavir (APV 15 mg)	1		0		0
Indinavir (IDV 400 mg)	1		0		0
Ritonavir (RTV 100mg)	1	30	0	0,5	0

<i>Ritonavir + Lopinavir (LPV/r 200mg + 50mg)</i>	1	120	0	0,94	0
<i>Saquinavir (SQV 200mg)</i>	1	180	0	1,67	0
<i>Darunavir (DRV 200mg)</i>	1	120	0	7,44	0
<i>Fosamprenavir (FPV 700mg)</i>	1	60	0	2,83	0
<i>Enfuvirtida (T-20 90mg)</i>	1		0	11000	0
<i>Raltegravir (RAL 400mg)</i>	1	60	0	13,8	0
<i>Atazanavir (ATZ 300mg)</i>	1	30	0	4,55	0

FONTE: (BRASIL, 2012. Disponível em: www.aids.gov.br)

Exames realizados ambulatorialmente nos últimos 6 meses

<i>Exames</i>	<i>Custo Unitário R\$</i>
Broncoscopia	2,8
RX de Torax	6,88
Teste Rápido	1
Teste simples	1
Uréia	1,85
Creatinina	1,85
TGO	2,01
TGP	2,01
Fosfatase Alcalina	2,01
Gama GT	3,51
LDH	3,68
Lipidograma	6,56
VDRL	2,83
CMV	11,61
Marcadores para Hepatite B	18,55
Anti-Hav	18,55
Anti-HCV	18,55
TCd4⁺	15
TCD8⁺	15
Carga viral	18
EAS	3,7
EPF	1,65
Hemograma Completo	4,11
VHS	2,73
Plaquetas	2,73
Colesterol	3,51
Bioquímica	2,73
Triglicerídeos	3,51
Acido Úrico	1,85
Glicose	1,85
PPD	2,26
Bilirrubina	2,01
Citopatológico	0,93

FONTE: (BRASIL, 2012. Disponível em: www.aids.gov.br)