

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – UFPB
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
PROGRAMA MULTIINSTITUCIONAL E INTER-REGIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM CIÊNCIAS CONTÁBEIS
MESTRADO EM CIÊNCIAS CONTÁBEIS**

Daniele da Rocha Carvalho

**CUSTOS NO TRATAMENTO AMBULATORIAL DA HIV/AIDS: UM
ESTUDO DE CASO NO HOSPITAL-DIA – NATAL/RN**

Natal/RN

2010

Daniele da Rocha Carvalho

**CUSTOS NO TRATAMENTO AMBULATORIAL DA HIV/AIDS: UM
ESTUDO DE CASO NO HOSPITAL-DIA – NATAL/RN**

**Dissertação apresentada ao Programa
Multiinstitucional e Inter-Regional de Pós-
Graduação em Ciências Contábeis
UnB/UFPB/UFRN, como requisito para
obtenção do grau de Mestre em Ciências
Contábeis.**

**Orientador: Prof. Dr. César Augusto
Tibúrcio Silva**

Natal/RN

2010

Daniele da Rocha Carvalho

**CUSTOS NO TRATAMENTO AMBULATORIAL DA HIV/AIDS: UM
ESTUDO DE CASO NO HOSPITAL-DIA – NATAL/RN**

Dissertação aprovada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Ciências Contábeis do Programa Multiinstitucional e Inter-Regional de Pós-Graduação em Ciências Contábeis da Universidade de Brasília (UnB), Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), pela seguinte comissão examinadora:

Prof. Dr. César Augusto Tibúrcio Silva

Orientador – Programa Multiinstitucional e Inter-Regional de Pós-Graduação em Ciências Contábeis UnB/UFPB/UFRN

Prof. Dr. Kênio Costa de Lima

Examinador Externo – Professor do Departamento de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Profª Dr. José Dionísio Gomes da Silva

Examinador Interno – Programa Multiinstitucional e Inter-Regional de Pós-Graduação em Ciências Contábeis UnB/UFPB/UFRN

Natal/RN, 25 de Outubro de 2010

Inicialmente dedico a Deus que não permitiu em momento algum que eu fraquejasse, diante de todas as dificuldades e problemas pelos quais passei nesta longa caminhada, que sempre me deu sabedoria e me conduziu nos meus caminhos. A meu marido, Ridalvo Medeiros Alves de Oliveira, pela dedicação e paciência, que acima de tudo foi a pessoa que confiou no meu potencial e que, quando das minhas constantes lágrimas derramadas, estava ao meu lado para não deixá-las cair, sendo o meu porto seguro. Ao meu primeiro filho Lucas Ian Rocha Barros, que sofre pela minha ausência, mas que sempre, apesar da pouca idade me dava conselhos, e foi a maior força que encontrei para chegar até aqui. Ao meu segundo filho, Heitor, que ainda carrego em meu ventre, partilhando comigo os momentos finais dessa jornada. Aos meus pais, Iaponira Monteiro da Rocha Carvalho e Alberto de Carvalho, exemplos de amor e dedicação, que me ensinaram e deram possibilidades de muitas vitórias conquistadas durante toda a minha vida e que cuidaram do meu filho com um amor incondicional, para que eu pudesse alcançar mais uma vitória.

AGRADECIMENTOS

A Deus por permitir grandiosamente que eu chegasse a uma nova etapa da minha vida, em todos os âmbitos, profissional, espiritual e pessoal.

Aos meus irmãos, Rodrigo e Alberto Júnior, que de formas diferentes, mas com muito carinho, sempre me apoiaram e torceram por cada vitória conquistada na minha vida.

Às minhas cunhadas Thais e Sueli, que sempre acreditaram e, nos momentos mais difíceis, na criação do meu filho, foram amigas, mães, e cúmplices na educação do meu pequenino Lucas Ian.

À Sra. Egrícia e família, que foram meus segundos pais, quando de minha transferência para Aracaju, me acolhendo em sua residência como um membro daquela família, e me apoiando durante muitos momentos importantes da minha vida, profissional e pessoal.

Ao Prof. Dr. César Augusto Tibúrcio Silva, pela orientação e oportunidade de conhecer uma área ainda distante na minha carreira profissional, pela confiança depositada e direcionamento para conclusão deste trabalho.

À equipe de funcionários do Hospital Geral Giselda Trigueiro, UNICAT, LACEN e SESAP, representados nas pessoas de Dr^a. Tereza, Dra. Vera e Sra. Jamacy (HGGT); Dra. Samara e Doralice (UNICAT); Dra. Goretti e Sr. Walber (LACEN); Sra. Sônia Cristina, Sra. Silvia, Sr. Flavio Andrade, Sra. Elizandra e Sr. Hildeberto Andrade (SESAP).

Ao Sr. Laércio Fernandes (Secretaria de Estado da Administração e dos Recursos Humanos) pela disponibilização de informações relevantes para a minha pesquisa.

Aos alunos Rilaine Medeiros e Marke Geisy, pela valiosa ajuda na coleta de dados.

À Universidade Federal de Sergipe, nas pessoas dos professores Neilton Barreto Socorro e Edson Souza de Jesus, ex-coordenador e atual coordenador do Departamento de Ciências Contábeis, respectivamente, e da professora Rosa Eunice Alves Azevedo, minha tutora, que sempre me apoiaram durante o mestrado, proporcionando disciplinas em dias que não coincidissem com

as aulas de mestrado, bem como compreendendo minhas ausências e me incentivando na busca e aperfeiçoamento dos meus conhecimentos.

Aos professores da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, em especial ao professor Ridalvo Medeiros Alves de Oliveira, pelo acompanhamento, incentivo, valiosa contribuição e direcionamento à minha pesquisa, e por acreditar no meu potencial, abrindo as primeiras portas para a minha carreira acadêmica; e ao professor Anailson Márcio Gomes, pela força, direcionamento e acompanhamento no início da minha coleta de dados.

À funcionária da UFRN, Ridan Borges, secretária do Programa de Pós-graduação em Ciências Contábeis/UFRN, pelo incentivo e por estar sempre pronta para ajudar, sendo o ponto de apoio para todos os alunos do programa.

Às minhas queridas amigas Artemísia Lucena e Iva Rocha, funcionárias do Departamento de Ciências Contábeis/UFRN, que sempre me deram muita força, e sempre mostraram respeito pela minha pessoa e pelo meu profissionalismo.

A todos os professores do programa pelos valiosos conhecimentos transmitidos e acompanhamento no desenvolvimento dos nossos trabalhos, sempre proporcionando melhoras em nossa vida acadêmica.

À minha turma de mestrado, em especial aos meus queridos amigos, Darlene, Jorge, Célio e Ricardo, pelas nossas viagens, nossos sofrimentos, mas, o mais importante, pelo respeito e amizade durante toda a caminhada.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram por mais uma conquista na minha vida.

“Nossas dúvidas são traidoras e nos
fazem perder o que, com frequência,
poderíamos ganhar, por simples
medo de arriscar”.

Willian Shakespeare

RESUMO

Há algum tempo, contrair o vírus HIV era como uma sentença de morte. Com os avanços tecnológicos obtidos e pesquisas que proporcionaram desenvolvimento de medicamentos mais eficazes para o tratamento da doença, o portador do HIV/AIDS passou a conviver com ela por vários anos, mesmo ainda sendo tratada como uma doença sem cura, mas agora considerada de perfil crônico. O ONUSIDA e o Fundo Mundial de Luta Contra a AIDS, a Tuberculose e a Malária, são responsáveis pelos investimentos de bilhões de dólares no combate à AIDS em nível mundial. Não obstante, todo o trabalho desenvolvido pelo ONUSIDA e pelo Fundo Mundial, a AIDS ainda é uma preocupação mundial, tendo se tornado a quinta maior causa de morte do mundo, atingindo 2,8 milhões de mortes por ano, para uma população estimada de 40 milhões de pessoas portadoras, sendo 25 milhões só no continente africano. A epidemia da doença tem sido uma carga crescente sobre os já pressionados sistemas de atenção à saúde em todo o mundo, principalmente pelos números da mortalidade que pesam muito sobre os países com poucos recursos, para os quais a necessidade de eficácia a baixo custo é fundamental. No Brasil já foram registrados cerca de 506 mil casos da doença, e nos anos de 2007 e 2008 os custos anuais foram de R\$ 1,14 bilhão e R\$ 1,40 bilhão, respectivamente. O presente estudo apresenta o custo médio do tratamento ambulatorial dos portadores do HIV/AIDS no Hospital-Dia localizado em Natal/RN. Para tanto, realizou-se um estudo exploratório nas entidades que participam das estratégias de combate à AIDS no Estado do Rio Grande do Norte (SESAP, UNICAT, LACEN e HGGT), buscando identificar a formação do custo em cada uma dessas entidades, até chegar ao portador, sob a forma de medicamentos e/ou serviços. O horizonte de tempo considerado no estudo foi o ano de 2009, com coleta de dados realizada por meio de análise de fontes primárias (notas fiscais, notas de empenho, processos de pagamento de fornecedores, dentre outras), consultas aos sistemas de informação do governo federal (SICLOM, SISCEL, QUALIAIDS, DATASUS) e realização de entrevistas com diretores e gerentes das entidades anteriormente citadas. Os resultados apontam que em 2009 havia 2.238 portadores sendo atendidos pelo Hospital-Dia, mas que apenas 1.848 destes portadores consumiram medicamentos anti-retrovirais naquele ano. Considerando essa particularidade, os valores levantados indicam que o custo médio anual do tratamento ambulatorial de um portador de HIV/AIDS no ano de 2009 foi de R\$ 9.268,58, sendo que os anti-retrovirais respondem por cerca de 52,41% desse custo, ou seja, R\$ 4.857,91. Em números totais, o valor dos medicamentos anti-retrovirais consumidos aproximou-se da cifra dos R\$ 9 milhões, representando um aumento de cerca de 200% em relação ao ano de 2008. Cabe ressaltar, entretanto, que mesmo havendo significativas reduções nos custos dos ARVs, o número de unidades consumidas desses medicamentos em 2009 foi de 611.700 unidades, contra apenas 288.780 unidades em 2008.

Palavras-chave: AIDS. ARVs. Tratamento ambulatorial. Custos. Custos hospitalares.

ABSTRACT

For some time, getting AIDS was like a death sentence, but with technological advances and research that provided development of more effective drugs for treatment, today it is still AIDS as a disease with no cure, but chronic profile, the carrier can live with it for many years. UNAIDS and the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, are responsible for the investment of billions of dollars to combat AIDS worldwide. Despite all the work done by UNAIDS and the Global Fund, AIDS remains a global concern and has become the fifth leading cause of death in the world, reaching 2.8 million deaths per year to an estimated population of 40 million of those affected, 25 million in Africa alone. The AIDS epidemic has been an increasing burden on already stretched health care systems worldwide, mainly by the numbers of killings that weigh a lot, especially about countries with few resources, for which the need for efficiency at low cost is fundamental. In Brazil there have been approximately 506 000 cases of the disease, and in the years 2007 and 2008 the annual cost exceeded the figure of \$ 1 billion, with \$ 1.14 billion and \$ 1.40 billion, respectively. This study shows the cost of outpatient treatment of HIV / AIDS in Day-Hospital located in Natal / RN. To this end, we carried out an exploratory study on the entities that participate in strategies to combat AIDS in the State of Rio Grande do Norte (SESAP, UNICAT, LACEN and HGGT), seeking to identify the cost of training in each of these entities, until bearer in the form of drugs and / or services. The time horizon considered in the study was the year 2009, with data collection done by analysis of primary sources (invoices, bills of commitment, processes payments to suppliers, among others), consultation to government information systems federal (SICLOM, SISCEL, QUALIAIDS, DATASUS) and interviews with directors and managers of the entities previously mentioned. The results show that in 2009 there were 2,238 patients being served by the Day-Hospital, but that only 1,848 of these patients with antiretroviral drugs consumed that year. Considering this characteristic, the values obtained indicate that the average annual cost of outpatient treatment of a patient in 2009 was R\$ 9,268.58, and the ARVs account for approximately 52.41% of this cost, ie, R\$ 4,857.91. In total numbers, the total cost of ARVs consumed approached the figure of R\$ 9 million, representing an increase of almost 200% over the previous year. It is worth noting, however, that there were significant reductions in the cost of ARVs, but the number of units consumed these drugs in 2009 was 611,700, compared to only 288,780 units in 2008.

Keywords: AIDS. ARVs. Outpatient treatment. Costs. Hospital costs.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Municípios com pelo menos um caso de AIDS por período de diagnóstico	18
Figura 2 – A crise econômica mundial e os programas de tratamento e prevenção da AIDS: Vulnerabilidades e impactos	20
Figura 3 – Coeficiente de mortalidade por AIDS segundo região de residência e ano de óbito no Brasil – 1996 a 2008	23
Figura 4 – Taxa de incidência de AIDS no Brasil segundo região de residência e ano de diagnóstico – 1998 a 2008	24
Figura 5 – Representação gráfica do comportamento de um custo fixo, dentro de um intervalo relevante de atividades.....	28
Figura 6 – Representação gráfica do comportamento de um custo fixo, dentro de vários intervalos relevantes de atividades.....	28
Figura 7 – Representação gráfica do comportamento padrão de um custo variável	29
Figura 8 – Representação gráfica do comportamento de um custo variável sujeito a oscilações de produtividade.....	29
Figura 9 – Agrupamentos de gastos propostos pelo PNGC	42
Figura 10 – Estrutura de serviços de atendimento aos portadores de HIV/AIDS por unidade da federação	49
Figura 11 – Faixa etária de casos de AIDS no Rio Grande do Norte.....	53
Figura 12 – Casos de AIDS no Rio Grande do Norte por ano de detecção.....	53
Figura 13 – Óbitos de portadores de AIDS no Rio Grande do Norte – 2000 a 2009	54
Figura 14 – Órgãos envolvidos no combate à AIDS no Rio Grande do Norte	56
Figura 15 – Fluxo de funcionamento do SAE/Natal	62
Figura 16 – Fluxo de custos no combate à AIDS no Estado do Rio Grande do Norte	75
Figura 17 – Valor liquidado por paciente com HIV/AIDS na aquisição de medicamentos pela União – 2002 a 2007.....	83

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Custo anual do Ministério da Saúde com AIDS (R\$ mil).....	19
Tabela 2 – Custo médio por paciente portador de HIV na África do Sul.....	46
Tabela 3 – Execução do Plano Anual de Metas	57
Tabela 4 – Valores unitários dos exames laboratoriais realizados por portadores do HIV/AIDS no laboratório do HGGT	79
Tabela 5 – ARVs consumidos no SAE/Natal no ano de 2009	84
Tabela 6 – Custo médio dos exames de CD4/CD8 e de carga viral	87
Tabela 7 – Exames de alta e média complexidades realizados por portadores do HIV/AIDS no LACEN – Janeiro a dezembro de 2009	88
Tabela 8 – Custos diretos do Hospital-Dia aos portadores do HIV/AIDS.....	91
Tabela 9 – Resumo dos custos médios do tratamento ambulatorial de um portador do HIV/AIDS no SAE/Natal – 2009	93

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABC – Custeio Baseado em Atividades (*Activity-based costing*)

ACNUR – Agência da ONU para os Refugiados

ARV – Medicamentos anti-retrovirais

BM – Banco Mundial

CAMS – Comissão Nacional de Articulação com Movimentos Sociais

CAPDA – Comissão de Acompanhamento das Políticas de DST e AIDS

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CICT – Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/AIDS

CNAIDS – Comissão Nacional de DST e AIDS

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COGE – Comissão de Gestão das Ações em DST AIDS

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde SUS

DES – Departamento de Economia da Saúde

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

FIOCRUZ – Fundação Instituto Osvaldo Cruz

FIPE – Fundação Instituto de Pesquisa Econômica

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

HD – Hospital-Dia

HGGT – Hospital Geral Giselda Trigueiro

MEGAS – Sistema de Medição de Gastos em Saúde

MONITORAIDS – Sistema de Monitoramento de Indicadores do Departamento de
DST, AIDS e Hepatites Virais

MS – Ministério da Saúde

NUNES – Núcleo Nacional de Economia da Saúde

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organizações não governamentais

ONUDD – Organização das Nações Unidas Contra a Droga e o Delito

ONUSIDA – Programa Conjunto de Las Naciones Unidas Sobre El VIH/SIDA

OSC – Organização da Sociedade Civil

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PAM – Plano Anual de Metas

PMA – Programa Mundial de Alimentos

PNGC – Programa Nacional de Gestão de Custos

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PSE – Programa Saúde nas Escolas

PSF – Programa de Saúde da Família

QUALIAIDS – Avaliação e Monitoramento da Qualidade da Assistência Ambulatorial
em AIDS no SUS

SAE – Serviço de Atendimento Especializado

SCTIE – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

SEARH – Secretaria de Estado da Administração e dos Recursos Humanos

SESAP – Secretaria de Estado de Saúde Pública

SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINAN – Sistema Nacional de Agravos de Notificação

SISCEL – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SPE – Programa Saúde e Prevenção nas Escolas

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde

TARV – Terapias Antirretrovirais

UBS – Unidade Básica de Saúde

UDM – Unidades Dispensadoras de Medicamentos

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Ciência, a Educação e a
Cultura

UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Juventude

US GAAP – Princípios de Contabilidade Norte-americanos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Objetivos do estudo	22
1.1.1 Geral	22
1.1.2 Específicos	22
1.2 Justificativa do estudo	22
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	26
2.1 Custos e sua classificação.....	26
2.1.1 Conceitos iniciais.....	26
2.1.2 Classificação quanto à forma de apropriação	26
2.1.3 Classificação quanto ao comportamento em relação ao volume	27
2.2 Custeio por absorção	30
2.2.1 Considerações iniciais.....	30
2.2.2 Departamentalização dos CIF	30
2.3 Custos hospitalares	31
2.3.1 Os hospitais e os custos hospitalares	31
2.3.2 Gestão de custos hospitalares	35
2.3.3 Métodos de custeio nas entidades hospitalares	38
2.4 O Programa Nacional de Gestão de Custos	40
2.5 Custos no tratamento da HIV/AIDS.....	42
3 SISTEMAS E PROGRAMAS DE APOIO AO PROGRAMA NACIONAL DST/AIDS.....	48
3.1 Os sistemas de informação no apoio ao Programa DST/AIDS	48
3.1.1 SICLOM	49
3.1.2 SISCEL	51
3.1.3 QUALIAIDS	51
3.2 A AIDS no Rio Grande do Norte.....	52
3.2.1 Os números da AIDS no Rio Grande do Norte	52
3.2.2 O tratamento dos portadores de HIV/AIDS no Rio Grande do Norte	55
4 MÉTODOS E PROCEDIMENTOS	66
4.1 Classificação da pesquisa.....	66

4.2	Processo de coleta de dados.....	67
4.3	Procedimentos para mensuração de custos	67
4.4	Análise dos dados.....	68
4.5	Limitações da pesquisa.....	68
4.5.1	Medicamentos para infecções oportunistas e DST	69
4.5.2	Exames laboratoriais realizados no HGGT	69
4.5.3	Exames de alta e média complexidades realizados pelo LACEN.....	70
4.5.4	Gastos gerais das unidades UNICAT, LACEN e Hospital-Dia	70
4.5.5	Controle de gastos por departamento nas três unidades	71
5	DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS	75
5.1	Visão global	75
5.2	Descrição dos dados coletados	77
5.2.1	Exames laboratoriais realizados no HGGT	77
5.2.2	Medicamentos para infecções oportunistas e DST	81
5.2.3	Medicamentos anti-retrovirais	82
5.2.4	Exames de alta e média complexidades realizados pelo LACEN.....	86
5.2.5	Outros gastos – LACEN	89
5.2.6	Outros gastos – UNICAT.....	90
5.2.7	Outros gastos – HGGT.....	90
5.2.8	Resumo dos custos.....	92
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
	REFERÊNCIAS.....	99
	APÊNDICES	105

1 INTRODUÇÃO

Segundo Chequer (2005), foi em 1981 nos Estados Unidos, que se constataram alguns casos de *Pneumocistose* e *Sarcoma de Kaposi*, doenças estas conhecidas posteriormente, em 1982, como vírus da imunodeficiência humana, que acometia jovens previamente saudáveis. Esses jovens possuíam uma característica comum: eram homossexuais masculinos.

Porém, segundo o Ministério da Saúde (2010a), os primeiros casos da doença, ainda não conhecida como AIDS¹, foram identificados nos Estados Unidos, no final da década de 1970.

Há algum tempo, receber notícias que uma pessoa havia contraído a AIDS era como uma sentença de morte; com os investimentos efetuados e as políticas públicas implantadas pelo Brasil, juntamente com o Banco Mundial (BM) e outros parceiros, ainda hoje se trata a AIDS como uma doença sem cura, mas de perfil crônico, podendo o portador conviver com ela por longos anos, devido aos avanços tecnológicos e às pesquisas que proporcionaram desenvolvimento de medicamentos mais eficazes para o tratamento.

Para ilustrar os resultados obtidos com o tratamento, pode-se observar o caso dos Estados Unidos, país onde as mortes provocadas pela AIDS diminuíram 83% entre os anos de 1995 e 2001, de acordo com relatório do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS – ONUSIDA. (ONUSIDA, 2009a)

O ONUSIDA, principal promotor da ação mundial no combate à AIDS, foi estabelecido em 1994, visando unir os esforços no combate à AIDS de dez organizações do sistema da Organização das Nações Unidas (ONU): Agência da ONU para os Refugiados (ACNUR), Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Juventude (UNICEF), Programa Mundial de Alimentos (PMA), Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Organização das Nações Unidas Contra a Droga e o Delito (ONUDD), Organização Internacional do Trabalho (OIT), Organização das Nações Unidas para a Ciência, a Educação e a Cultura (UNESCO), Organização

¹ Sigla em inglês para a doença chamada de *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), transmitida pelo vírus HIV (Human Immunodeficiency Vírus), que age no organismo do portador de forma a inutilizar o seu sistema de defesa.

Mundial da Saúde (OMS) e Banco Mundial. Dentre os seus principais objetivos: prevenir a propagação do HIV; reduzir a vulnerabilidade de indivíduos e comunidades ante o HIV/AIDS; aliviar o impacto socioeconômico e humano da epidemia; fornecer informações e planejar políticas estratégicas para dirigir os esforços de todo o mundo no combate à AIDS; monitorar e avaliar a epidemia em nível mundial; engajar a sociedade civil e parcerias de desenvolvimento; e mobilizar recursos técnicos, humanos e financeiros para o apoio ao combate à AIDS.

Entre os maiores doadores ao programa estão: Estados Unidos, Países Baixos, Reino Unido, Suécia, Noruega, Dinamarca, China, Tailândia e África do Sul.

Outro organismo internacional que atua no apoio ao combate à AIDS é o Fundo Mundial de Luta Contra a AIDS, a Tuberculose e a Malária, conhecido simplesmente como “Fundo Mundial”. Estabelecido em 2002, o Fundo Mundial é uma associação público-privada, criada para mobilizar e intensificar a resposta internacional a essas três epidemias mundiais e, dessa forma, contribuir para o alcance dos objetivos do milênio (ODM)².

Desde sua criação, até o mês de dezembro de 2009, o Fundo Mundial já aprovou propostas cujo valor total chega a 19,2 bilhões de dólares para o combate às três epidemias. Nesse período, o Fundo proporcionou tratamento anti-retroviral a 2,5 milhões de pessoas em mais de 140 países, com investimentos de cerca de 10,8 bilhões de dólares.

Os investimentos do Fundo Mundial apresentam uma repercussão que vai além da melhoria de vida das pessoas e das comunidades, pois são investimentos importantes nos sistemas de saúde que reforçam as infraestruturas, consolidam os laboratórios, aumentam e qualificam os recursos humanos, tornando os serviços mais sustentáveis e aumentando a capacidade dos países de melhorar os serviços para outros problemas de saúde pública.

No ano de 2009, o total dos desembolsos efetivos do Fundo Mundial no combate à AIDS chegou a superar a casa de 1 bilhão e 300 milhões de dólares.

Não obstante todo o trabalho desenvolvido pelo ONUSIDA e pelo Fundo Mundial, e os consequentes avanços tecnológicos conseguidos, resultando em melhorias de condições de vida e de tratamento dos portadores do vírus HIV, a

² 1) Erradicar a pobreza absoluta e a fome; 2) Atingir a educação primária universal; 3) Promover a igualdade de gênero; 4) Reduzir a mortalidade infantil; 5) Melhorar a saúde materna; 6) Combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças; 7) Garantir a sustentabilidade ambiental; 8) Criar uma parceria global para o desenvolvimento.

AIDS hoje ainda é uma preocupação mundial. Segundo Jokura (2009) existem cerca de 40 milhões de pessoas portadoras do vírus HIV, sendo 25 milhões só no continente africano, e essa doença tornou-se a quinta maior causa de morte do mundo, atingindo 2,8 milhões de mortes por ano.

Os já pressionados sistemas de atenção à saúde em todo o mundo sofrem uma sobrecarga crescente com a epidemia de HIV/AIDS, principalmente pelos números da mortalidade que pesam muito, em especial sobre os países com poucos recursos, para os quais a necessidade de eficácia a baixo custo é fundamental.

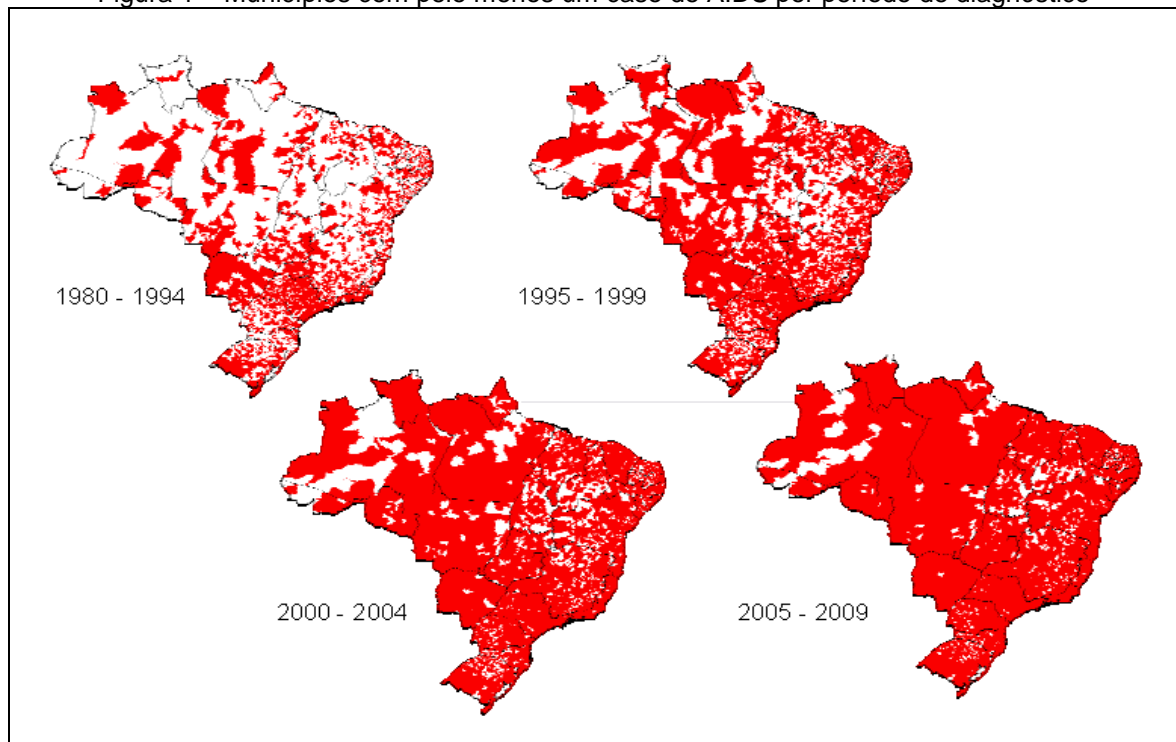
Cada caso de HIV/AIDS acarreta custos em termos de tratamento, assistência e perda de produtividade. Portanto, cada caso de HIV prevenido ou a melhoria na eficiência do tratamento podem representar uma poupança direta ou indireta de custos. As poupanças diretas são aquelas que cabem aos prestadores de serviços de saúde e às famílias devido ao adiamento dos custos de tratamento e cuidados. Por sua vez, as poupanças indiretas são aquelas obtidas a partir da prevenção ou da redução da perda de produtividade provocada pela doença, ou seja, o valor dos anos de vida saudável perdidos por causa da infecção pelo HIV (ONUSIDA, 1998).

No Brasil, em levantamento realizado pelo Ministério da Saúde no ano de 1994, a AIDS estava classificada como a décima primeira doença que mais matava (CHERUBIN; SANTOS, 1997). Quando foram realizados os primeiros diagnósticos da nova doença no Brasil, no início dos anos de 1980, surgiu em São Paulo o primeiro programa oficial de controle da doença, por meio de uma parceria entre a comunidade gay e os técnicos da Secretaria de Saúde daquele Estado.

Segundo o Ministério da Saúde (2008), por ter caráter pandêmico e devido à sua gravidade, a AIDS tornou-se um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade, tendo registrado cerca de 506 mil casos da doença no Brasil, desde o primeiro caso detectado no país na década de 1980, até junho de 2008. Ocorreu um aumento no número de casos entre os anos de 1987 e 2007, período em que o número de infectados saltou de 2.775 para 474.273, números estes apresentados até julho/2007, gerando uma epidemia, tendo evoluído aproximadamente 17.000% no período. A infecção ao longo dos anos foi aumentando em mulheres, população de baixa escolaridade e renda, e dirigindo-se para os interiores dos estados.

Granjeiro, Escuder e Castilho (2010), em estudo desenvolvido com base nos números de portadores HIV/AIDS no Brasil no período compreendido entre os anos de 2002 e 2006, concluíram que a epidemia da AIDS permanece ainda bastante concentrada nos centros urbanos, apesar do grande número de municípios com pelo menos um caso de AIDS registrado. A Figura 1 apresenta como o crescimento do número de casos de AIDS no Brasil aconteceu por período de diagnóstico.

Figura 1 – Municípios com pelo menos um caso de AIDS por período de diagnóstico



Fonte: Departamento de DST AIDS (2010, p. 14)

Cabe ressaltar que, de acordo com pesquisa realizada pelo Departamento de DST/AIDS, cerca de 10 milhões de brasileiros já tiveram algum sintoma de doenças sexualmente transmissíveis, sendo 6,6 milhões a população masculina, e 3,7 milhões de mulheres. Um fato grave é que 18% deles e 11,4% delas não buscam nenhum tipo de tratamento, e ainda “os problemas causados pelas DST podem aumentar em 18 vezes o risco de infecção pelo HIV, que é uma doença ainda sem cura”. (DEPARTAMENTO DE DST/AIDS, 2009)

A maior preocupação do programa DST foi ter identificado nesta entrevista que cerca de 40% dos entrevistados alegam a não orientação da necessidade de utilização de preservativo e de comunicação com os parceiros.

Quanto ao teste de HIV, apenas 30% dos homens e 31,7% das mulheres tiveram recomendações para realizá-lo. Esses números são preocupantes, uma vez que o tratamento para as DST é gratuito no Brasil, através do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que a maior parte delas tem cura, exceto Herpes e HPV (crista de galo, condiloma acuminado, figueira, verrugas, *ficus e thymus*).

Os custos do tratamento da HIV/AIDS ainda são muito elevados, conforme demonstrado na Tabela 1, apesar das conquistas alcançadas pelo Brasil, desde a redução nos preços dos remédios importados, até o surgimento de fabricantes brasileiros, bem como redes de laboratórios para aplicação dos testes para detecção do HIV (carga viral, contagem das células CD4 e genotipagem). Mesmo assim, há a necessidade de quantificar os custos desde as campanhas até o próprio tratamento, por portador de HIV (campanha-testagem-tratamento).

Tabela 1 – Custo anual do Ministério da Saúde com AIDS (R\$ mil)

Ano	A	B	C	D	E	F	G
2000	35.614	2.760	17.914	472.559	0	55.038	583.885
2001	41.997	1.394	19.108	582.633	0	62.108	707.239
2002	46.774	1.951	21.676	489.866	0	173.483	733.750
2003	42.526	3.486	23.730	602.052	49.085	116.393	837.272
2004	41.984	4.596	24.428	522.516	98.409	101.871	793.803
2005	45.170	4.571	24.405	608.038	121.400	144.973	948.557
2006	46.549	5.103	23.845	769.216	123.994	124.870	1.093.577
2007	49.346		25.746	637.992	146.925	102.260	969.185

A – Procedimentos laboratoriais; B – Procedimentos ambulatoriais; C – Internações hospitalares; D – Aquisição de ARV³; E – Política de incentivo (iniciou em 2003 – Portaria nº 2.313/GM); F – Outros custos do PN DST AIDS/MS; G – Total

Fonte: DATASUS (2010)

No Brasil a Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, garantiu aos portadores do vírus HIV a distribuição gratuita dos medicamentos, conforme expresso em seu Artigo 1º: “Os portadoras do HIV (vírus da imunodeficiência humana) e doentes de AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) receberão, gratuitamente, do Sistema Único de Saúde, toda a medicação necessária a seu tratamento”. Segundo Portela e Lotrowska (2006, p. 71) “o sistema de saúde brasileiro começou a distribuir medicamentos para o tratamento de doenças oportunistas⁴ em 1988”.

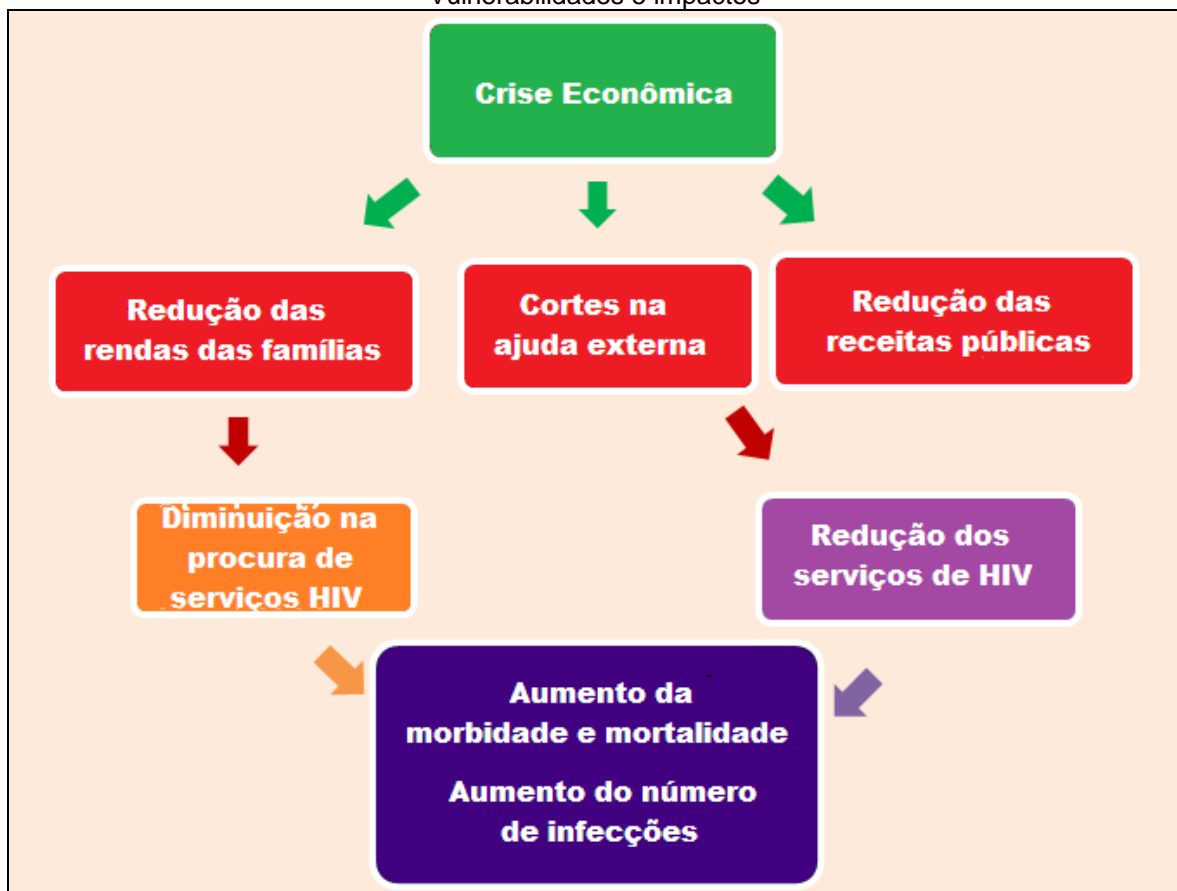
³ Medicamentos anti-retrovirais

⁴ Doenças que se desenvolvem em decorrência de uma alteração imunitária do hospedeiro (Ver Apêndice D). As doenças oportunistas associadas à AIDS são várias e podem ser causadas por vírus, bactérias, protozoários, fungos e algumas neoplasias. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

Essa gratuidade, aliada a várias campanhas desenvolvidas mundialmente, proporcionou à população portadora do HIV/AIDS uma qualidade de vida melhor e percebe-se que, devido a tantos investimentos, houve também uma redução de 50% da mortalidade dos pacientes com AIDS. O relatório sobre a epidemia mundial de AIDS do ano de 2008 cita que essa epidemia estava se estabilizando em nível mundial, visto que o número de novas infecções havia decrescido nos países da Ásia, da América Latina e da África (ONUSIDA, 2009a). Mesmo assim, o número estimado de novos infectados no ano de 2008 ainda ficou entre 2,4 e 3 milhões.

Nesse mesmo relatório, o ONUSIDA destaca os impactos da recente crise econômica mundial sobre os programas de prevenção e tratamento da HIV/AIDS no mundo, apontando possíveis impactos e vulnerabilidades desses programas em 71 países⁵, conforme apresentado na Figura 2.

Figura 2 – A crise econômica mundial e os programas de tratamento e prevenção da AIDS: Vulnerabilidades e impactos



Fonte: Adaptado de ONUSIDA (2009a, p. 15)

⁵ O Relatório não especifica quais países foram pesquisados, limitando-se a citar que nesses países a população que vive com HIV/AIDS totaliza 3,4 milhões de pessoas.

Dentre os pontos abordados no relatório do ONUSIDA (2009a, p. vii), destacam-se:

- As respostas de 11% dos países pesquisados mostram que a crise global já está afetando em programas de tratamento anti-retroviral. Existem 427.000 pessoas que recebem tratamento nestes oito países. Esses países incluem 13% das pessoas em tratamento.
- As respostas de 31% dos países, onde 1,8 milhões de pessoas estão em tratamento anti-retroviral, indicam que se espera um impacto no tratamento durante este ano. Existe o risco de que a expansão do acesso ao tratamento, para os dois terços do total de pessoas vivendo com HIV e que precisam de tratamento, mas não tem atualmente, ocasiona que o tratamento em geral se encerre.
- Percebe-se uma grande incerteza. Em 30% dos países (21 países), as respostas indicam que há incerteza sobre o impacto no tratamento. Isto se aplica em particular à América Latina e à Ásia. Estes países foram afetados pela crise, mas os entrevistados não tinham certeza de quanto seriam afetados os orçamentos dos governos, que são a principal fonte de financiamento dos programas de combate ao HIV.
- Os programas de tratamento parecem ser mais vulneráveis em algumas regiões. As respostas indicaram que se esperava um impacto na região africana ao sul do Saara, na Europa Central e Oriental, e no Caribe, mas não no Norte da África, no Oriente Médio, Ásia e América Latina, exceto em dois países. (tradução nossa)⁶

Face ao exposto, o presente estudo buscou a identificação, classificação e mensuração dos custos relacionados ao tratamento ambulatorial da HIV/AIDS, tendo como problema central: como é composto o custo do tratamento ambulatorial dos portadores do vírus HIV no Hospital-Dia do município de Natal/RN no ano de 2009?

⁶ *Las respuestas del 11% de los países encuestados indican que la crisis mundial ya está afectando los programas de tratamiento anti-retroviral. Existen 427 000 personas que reciben tratamiento en estos ocho países. Estos países incluyen el 13% de las personas en tratamiento.*

• *Las respuestas del 31% de los países, donde 1.8 millones de personas están en tratamiento anti-retroviral, indican que se espera un impacto en el tratamiento durante este año. Existe el riesgo de que el expandir el acceso al tratamiento, para los dos tercios del total de personas que viven con VIH y que necesitan el tratamiento pero no lo tienen actualmente, hará que el tratamiento en general se estanque.*

• *Se percibe gran incertidumbre. En el 30% de los países (21 países), las respuestas indican que hay inseguridad respecto al impacto sobre el tratamiento. Esto aplica en particular a Latinoamérica y Asia. Estos países han sido afectados por la crisis pero los que respondieron no estaban seguros cuánto afectaría al presupuesto de los gobiernos, que es la fuente principal de financiamiento de sus programas de VIH.*

Los programas de tratamiento parecen más vulnerable en algunas regiones. Las respuestas indicaban que se esperaba un impacto en la región al sur del Sahara en África, en Europa Central y del Este, y en el Caribe, mas no en el norte de África, el Medio Oriente, América Latina y Asia (excepto por dos países).

1.1 Objetivos do estudo

1.1.1 Geral

O objetivo geral da pesquisa é identificar, classificar e mensurar os custos ambulatoriais no tratamento aos portadores de HIV participantes do Programa Nacional de DST/AIDS, no Hospital-Dia localizado em Natal/RN no ano de 2009.

Observando os números apresentados na Tabela 1, verifica-se na coluna B os custos dos procedimentos ambulatoriais, que representa um dos componentes do foco deste estudo, que é apurar o custo total no tratamento ambulatorial da AIDS, tanto o valor relativo aos custos diretos (medicamentos – coluna D; exames – coluna A), quanto aos custos indiretos (custos de estrutura das unidades).

1.1.2 Específicos

Os objetivos específicos expostos abaixo são os itens detalhados para cumprimento do objetivo geral da pesquisa:

- Identificar e classificar os custos diretos e indiretos que ocorrem no tratamento ambulatorial dos portadores do HIV/AIDS;
- Mapear os fluxos de custos de cada órgão que compõe a estrutura de combate à AIDS no Rio Grande do Norte; e
- Verificar o comportamento dos números da mortalidade, de infectados e dos gastos públicos no combate à AIDS.

1.2 Justificativa do estudo

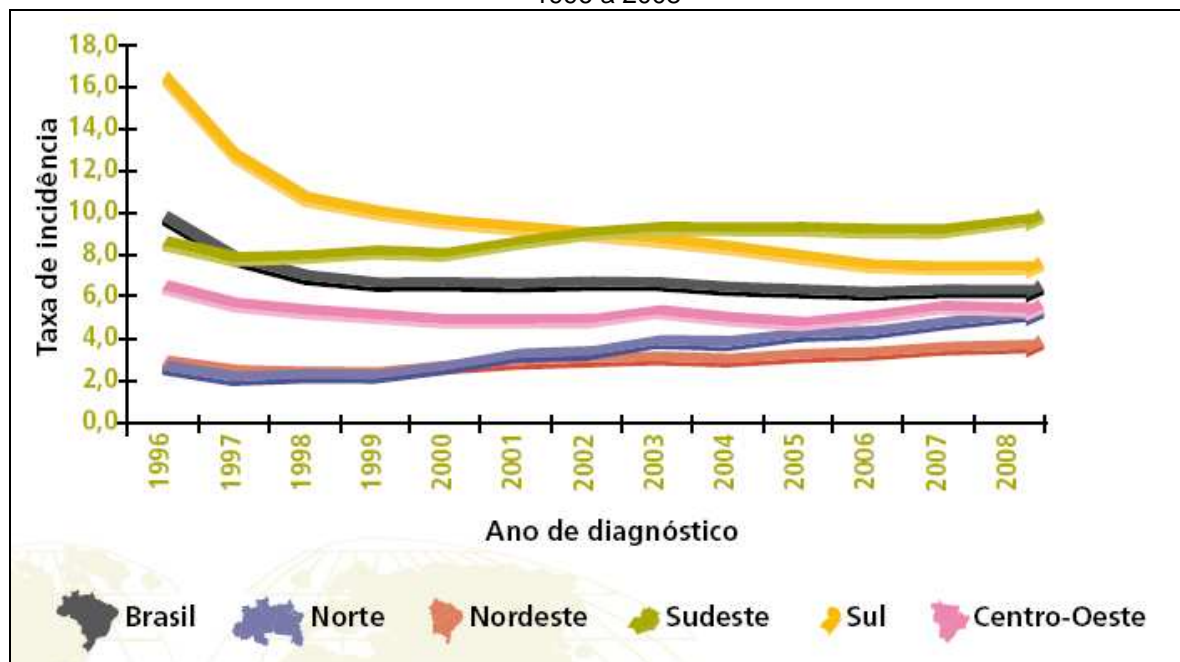
A taxa de mortalidade específica por AIDS⁷ é calculada e divulgada pela Secretaria de Vigilância à Saúde, do Ministério da Saúde. O número de óbitos de residentes por AIDS é dividido pela população total residente ajustada ao meio do ano. O resultado dessa divisão é multiplicado por 100.000, chegando à taxa de

⁷ Número de óbitos pela AIDS por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Estima o risco de morte pela AIDS e dimensiona a magnitude da doença como problema de saúde pública.

mortalidade. Essa taxa tem aumentado nos últimos anos nas regiões sul, norte e nordeste, e tem reduzido na região sudeste; na região centro-oeste tem se mantido constante. No Brasil, a taxa de mortalidade passou de 9,7 em 1995, caindo para 6,3 no ano 2000 e para 5,8 em 2007. Mais recentemente, no início do ano de 2010, o DST/AIDS divulgou o Relatório de Progresso do País, onde foi apresentado graficamente o comportamento da taxa (coeficiente) de mortalidade no período de 1996 a 2008, conforme Figura 3.

Observa-se nessa figura uma tendência à estabilização da taxa de mortalidade em todas as regiões do país. Analisando a taxa do país como um todo, verifica-se uma grande e constante redução no período. Dentre os motivos que levaram à redução da taxa de mortalidade no Brasil, se destacam a intensificação dos gastos no tratamento e na prevenção, a gratuidade do tratamento e a própria adesão por parte dos portadores de HIV/AIDS a este tratamento.

Figura 3 – Coeficiente de mortalidade por AIDS segundo região de residência e ano de óbito no Brasil – 1996 a 2008



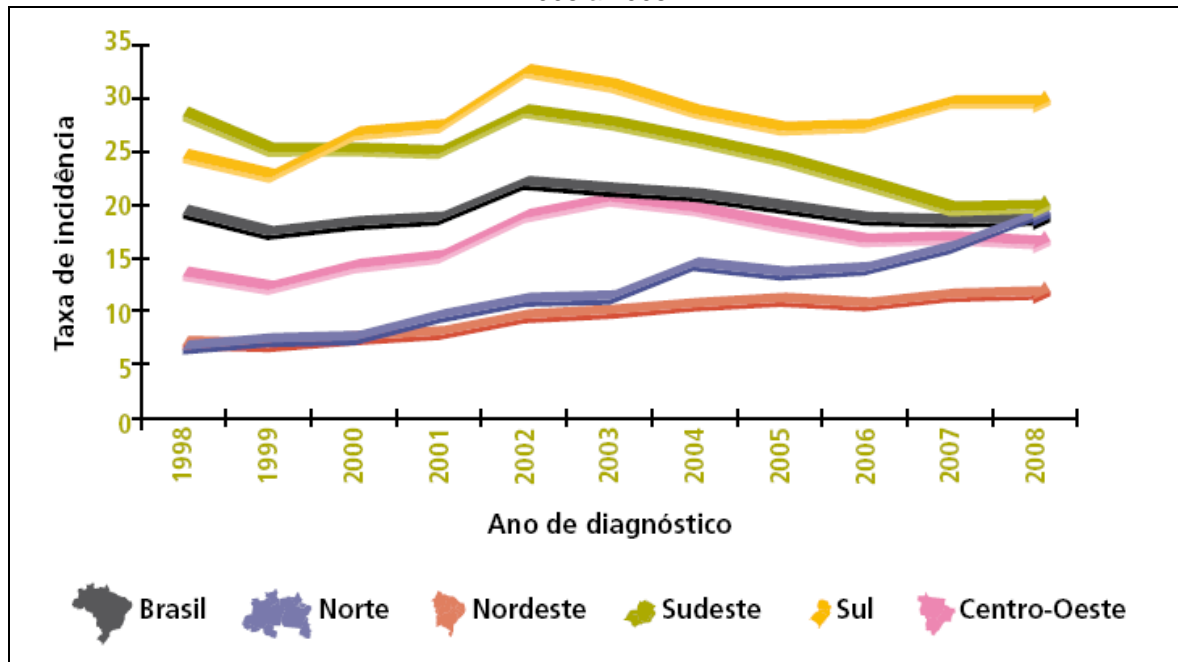
Fonte: Departamento de DST AIDS (2010, p. 24)

Porém, conforme afirmam Reis, Santos e Cruz (2007, p. 1) “A mortalidade por AIDS no Brasil é um relevante problema de Saúde Pública que atinge, de forma heterogênea, diferentes segmentos da população”. São evidentes os esforços do governo desde o surgimento da doença na década de 1980 para o combate à AIDS, cuja participação é crescente entre as principais causas de morte, conforme já

citado anteriormente, particularmente de jovens, adultos e pessoas em situação de pobreza. Os mesmos autores chamam a atenção para o fato de que houve uma desaceleração no decréscimo da taxa de mortalidade nos últimos anos, o que aponta a necessidade de uma nova aproximação para melhor compreender esse fenômeno.

Observa-se que a taxa de incidência de AIDS no Brasil, assim como a taxa de mortalidade, tem apresentado tendência à estabilização, conforme demonstrado na Figura 4; porém, essa estabilização está acontecendo em patamares elevados nos últimos anos, quando foram identificados cerca de 35.000 novos casos por ano.

Figura 4 – Taxa de incidência de AIDS no Brasil segundo região de residência e ano de diagnóstico – 1998 a 2008



Fonte: Departamento de DST AIDS (2010, p. 18)

Essa taxa de incidência ainda apresenta fortes diferenças regionais, como pode ser observado na Figura 4. Ocorreu um declínio da taxa de incidência nas regiões Sudeste e Centro-Oeste e um aumento nas regiões Norte, Nordeste e Sul entre o período de 2000 a 2007. Destaca-se, ainda, que o Sudeste é a região que ainda concentra o maior percentual de casos identificados no país com 59,3%, seguida das regiões Sul, com 19,2%, Nordeste, com 11,9%, Centro-Oeste, com 5,7%, e Norte, com 3,9%. (DEPARTAMENTO DE DST AIDS, 2010)

Face ao exposto, o presente estudo justifica-se pela necessidade de apurar os custos envolvidos no tratamento ambulatorial dos portadores do vírus HIV, objetivando servir como referência para verificar a efetividade das ações governamentais no combate à AIDS no Hospital-Dia em Natal/RN.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Custos e sua classificação

2.1.1 Conceitos iniciais

Nas palavras de Nascimento (2001, p. 25), “Custo é o somatório dos bens e serviços consumidos ou utilizados na produção de novos bens ou serviços, traduzidos em unidades monetárias”. Esse conceito corrobora com o de Martins (2003, p. 9), que define custos como “Gasto relativo a bem ou serviço utilizado na produção de outros bens ou serviços”.

Para Atkinson et al (2000, p. 125), “Custo é definido como o valor monetário de bens e serviços gastos para se obter benefícios reais ou futuros”. Nessa mesma linha de entendimento, Hansen e Mowen (2001, p. 61) definem custo como “o valor em dinheiro, ou o equivalente em dinheiro, sacrificado para produtos e serviços que se espera que tragam um benefício atual ou futuro para a organização [...]. Custos são incorridos para produzir benefícios futuros”. Também Warren, Reeve e Fess (2008, p. 4) compartilham desse entendimento, ao conceituarem custo como “um desembolso de caixa, ou seu equivalente, ou o compromisso de pagar em espécie no futuro, com o propósito de gerar receitas”.

Garrison, Noreen e Brewer (2007) ressaltam que na contabilidade gerencial o termo “custo” pode ser utilizado de várias maneiras distintas, pois existem muitos tipos de custos e estes são classificados de várias maneiras diferentes, dependendo das necessidades da administração. A seguir serão apresentadas as classificações necessárias ao embasamento teórico desse trabalho.

2.1.2 Classificação quanto à forma de apropriação

Dependendo de como os custos são apropriados ao objeto de custo, eles podem ser classificados como diretos ou indiretos.

Para Martins (2003, p. 48), os custos diretos são os que “podem ser diretamente apropriados aos produtos, bastando haver uma medida de consumo”. Os indiretos, por outro lado, para Martins (2003, p. 49) são os que “realmente não

oferecem condição de uma medida objetiva e qualquer tentativa de alocação tem de ser feita de maneira estimada e muitas vezes arbitrária”.

Meghiorini (2002) define como regra básica para separação de custos diretos e indiretos o seguinte: se for possível identificar a quantidade do insumo aplicado no produto, o custo será direto; caso contrário, será indireto. O autor ressalta ainda que, para que os custos indiretos sejam alocados aos objetos de custo, torna-se necessária a utilização de um rateio, a partir de uma base previamente definida.

Os custos classificados sob essa ótica agrupam-se em três grandes elementos: materiais diretos, mão-de-obra direta e custos indiretos de fabricação⁸.

2.1.3 Classificação quanto ao comportamento em relação ao volume

Os custos apresentam diferentes comportamentos frente às variações de volume das atividades das organizações. Em função desses comportamentos, esses custos classificam-se, geralmente, como fixos ou variáveis.

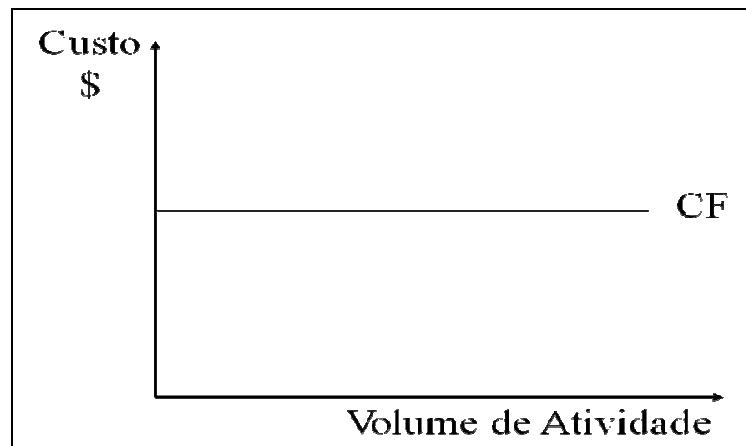
Segundo Leone (2000), a análise da variabilidade dos custos mediante parâmetros selecionados resulta no surgimento de comportamentos que podem ser definidos em termos matemáticos, servindo de ferramentas úteis em modelos de planejamento, controle e tomada de decisões. Alguns custos já possuem parâmetros tradicionais que podem definir seu comportamento, como é o caso dos materiais diretos, cujo comportamento está fortemente relacionado com a quantidade produzida.

Os custos fixos, na definição de Maher (2001, p. 75) são os que “não se alteram quando o volume se altera, dentro de um intervalo relevante de atividade”. Para VanDerbeck e Nagy (2001) seguem a mesma definição, afirmando que os custos fixos são “os custos que permanecem iguais, no total, quando os níveis de produção aumentam ou diminuem”.

As Figuras 5 e 6 representam graficamente o comportamento de um custo fixo, considerando um único intervalo e vários intervalos relevantes de atividades.

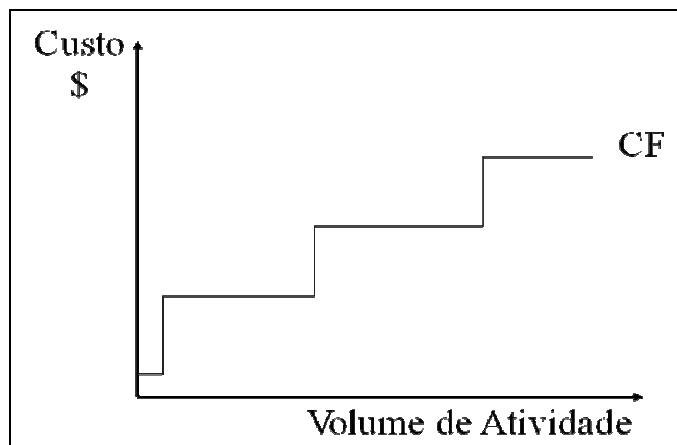
⁸ Também chamados de Gastos Gerais de Fabricação (LEONE, 1997) ou de Custos indiretos de Produção (MARTINS, 2003).

Figura 5 – Representação gráfica do comportamento de um custo fixo, dentro de um intervalo relevante de atividades



Fonte: Adaptado de Martins (2003).

Figura 6 – Representação gráfica do comportamento de um custo fixo, dentro de vários intervalos relevantes de atividades

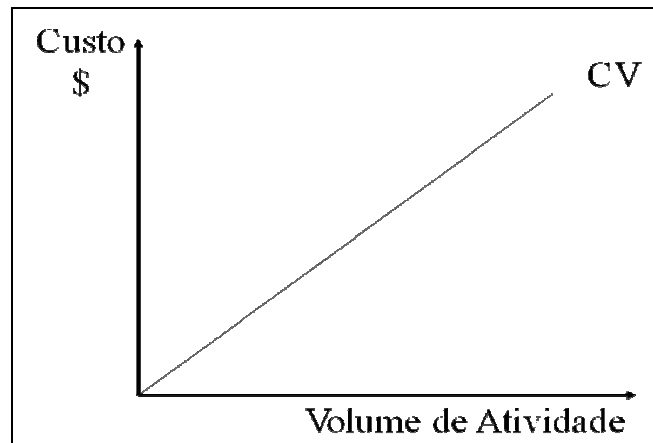


Fonte: Adaptado de Martins (2003).

Por outro lado, existem os custos cujo valor oscila em proporção direta com as mudanças no volume, conforme afirmam VanDerbeck e Nagy (2001), bem como Leone (1997). Esses são os custos variáveis que, nas palavras de Maher (2001, p. 75) são os que “se alteram na proporção direta da alteração no volume, dentro de um intervalo relevante de atividade”.

A Figura 7 representa graficamente o comportamento padrão de um custo variável, frente às variações de volume de uma entidade.

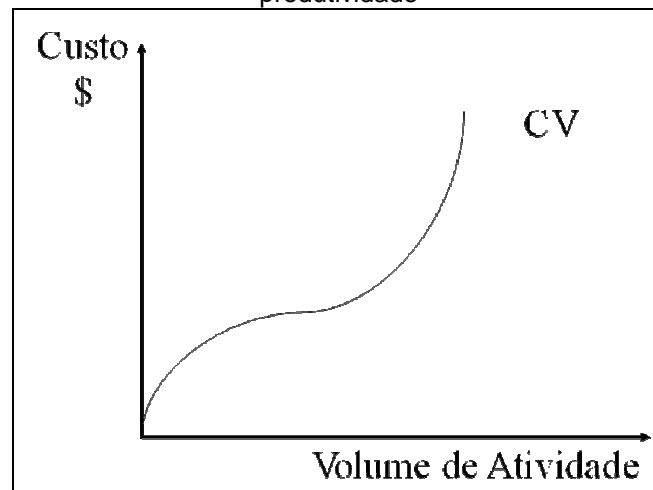
Figura 7 – Representação gráfica do comportamento padrão de um custo variável



Fonte: Adaptado de Martins (2003).

Martins (2003), no entanto, chama a atenção para o fato de que em função de variáveis específicas de cada empresa, relacionadas, geralmente, à produtividade, o comportamento do custo variável pode não ser exatamente proporcional ao volume, ocorrendo o comportamento representado na Figura 8.

Figura 8 – Representação gráfica do comportamento de um custo variável sujeito a oscilações de produtividade



Fonte: Adaptado de Martins (2003).

Alguns autores como, por exemplo, Warren, Reeve e Fess (2008), Bruni e Famá (2002), Leone (2000) e Martins (2003), ainda acrescentam à classificação dos custos em relação ao volume de atividades os custos mistos, também chamados por alguns de semifixos ou semivariáveis. Warren, Reeve e Fess (2008, p. 94) definem o custo misto como o custo que “tem características tanto do custo fixo como do

custo variável”. Martins (2003, p. 50) cita como exemplo desse tipo de custo a energia elétrica, “já que possui uma parcela que é fixa e outra variável; aquela independe de volume de produção, e é definida em função do potencial de consumo instalado, e esta depende diretamente do consumo efetivo”.

2.2 Custeio por absorção

2.2.1 Considerações iniciais

Martins (2003) afirma que custeio é a ação de apropriar custos ao objeto de custo. Custear, segundo Leone (2000), é apurar os custos, o que inclui desde o planejamento da coleta de dados, a coleta propriamente dita até a prestação da informação gerencial de custos aos usuários e tomadores de decisão. Os itens a serem custeados são os objetos ou objetivos do custeio, que podem ser produtos, serviços, estoques, componentes organizacionais, planos operacionais, atividades especiais ou segmento de distribuição.

Para Hansen e Mowen (2001), os objetos de custeio podem ser produtos, clientes, departamentos, processos ou atividades. Atividade, nesse contexto, é uma unidade básica de trabalho que se realiza dentro de uma organização. Perez Jr., Oliveira e Costa (2000) definem atividades como quaisquer eventos que consomem os recursos da entidade e são necessárias para o desenvolvimento de qualquer processo industrial, operacional ou administrativo.

O custeio por absorção é definido por Martins (2003, p..214) como sendo o “critério onde se apropriam todos os custos de produção quer custos fixos, quer custos variáveis, diretos ou indiretos, e tão somente os custos de produção, aos produtos elaborados”, ou serviços prestados.

2.2.2 Departamentalização dos CIF

O custeio por absorção, como qualquer outro, possui vantagens como a apropriação de todos os custos (fixos, variáveis, diretos e indiretos) e a implementação menos onerosa. Já no que diz respeito às desvantagens, a principal delas reside nos diferentes e arbitrários critérios de rateio dos custos indiretos. Para reduzir tal arbitrariedade e tornar este sistema mais confiável, algumas instituições

adotam o processo de departamentalização, no qual a contabilidade de custos irá considerar o departamento como uma unidade mínima administrativa representada por homens e máquinas que desenvolvam atividades homogêneas, que irá acumular os custos indiretos para realizar posteriormente a alocação aos objetos de custo, através dos seus centros de custos (MARTINS, 2003).

Maher (2001) cita a existência de três métodos de alocação dos custos dos departamentos de serviços aos departamentos de produção ou ao próprio objeto de custo (serviço). São eles: método direto, método progressivo e método recíproco.

No método direto, afirma Maher (2001, p. 238), “os custos são rateados diretamente aos usuários finais de um serviço, ignorando usuários intermediários”. Operacionalmente, o autor explica que: “Os custos diretos dos departamentos de serviços são inicialmente contabilizados nos próprios departamentos de serviços [...] e são posteriormente rateados aos departamentos usuários”.

O método progressivo (ou seqüencial), prossegue Maher (2001, p. 242) “reconhece uma parte dos serviços que departamentos de serviços prestam a outros departamentos de serviços”. Nesse método, o rateio geralmente é iniciado pelos CIF do departamento que forneceu a proporção mais alta de seus serviços a outros departamentos, o qual não mais recebe parcelas de custos rateados de outros departamentos após ratear os seus próprios custos.

Por fim, o método recíproco supera as limitações dos métodos anteriores, efetuando rateios recíprocos entre os departamentos que prestam serviços uns para os outros. Eldenburg e Wolcott (2007, p. 312) afirmam sobre o rateio com reciprocidade que como “permite a ocorrência de todas as reciprocidades entre os departamentos, ele é bastante utilizado”.

2.3 Custos hospitalares

2.3.1 Os hospitais e os custos hospitalares

A importância de determinada atividade na economia de um país é medida, em parte, pela sua participação no crescimento dessa economia. Sob esse prisma, nos Estados Unidos, a atividade de cuidado da saúde, no ano de 2002, era

a segunda mais importante, ficando atrás apenas da indústria da construção civil. (NOWICKI, 2002)

Os hospitais, mesmo diferindo em orientação das empresas comerciais, constituem atividades de negócios (BERMAN; WEEKS, 1979). Eles são espécies de empresas que possuem maquinários de valores elevados e tecnologias sofisticadas; isto demanda um complexo controle de custos visando, principalmente, o aumento da produtividade e qualidade. Diante dessa complexidade, a administração hospitalar se apresenta, segundo Fontinele Júnior (2002, p. 27), como

o conjunto normativo dos princípios e funções que visam ao controle, à ordenação e à avaliação dos fatores de expressão de qualidade e excelência no processo e dos resultados do desempenho do pessoal do hospital, alicerçado pela ordenação dos fatores de produção e/ou de prestação do serviço.

Porém, gerenciar um hospital segundo Hames (1991, *apud* Bittar, 1996, p.2) não é uma tarefa fácil, devido a vários fatores, tais como:

as habilidades e a formação da força de trabalho, a estrutura organizacional complexa e a natureza delicada dos serviços prestados. [...] outros fatores externos, como a contenção de custos daqueles que financiam o sistema, a insaciável demanda dos consumidores por atendimento de alta qualidade, a proliferação de sistemas alternativos de prestação de serviços não simplificam o problema.

Para Berman e Weeks (1979, p. 92), “Os hospitais não podem sobreviver sem a melhor possível informação de custos, e a melhor possível análise ou apuração dos custos”. Os custos, segundo Gauthier et al (1979) constituem um aspecto fundamental para apreciar e controlar a gestão. É através do controle destes custos que se pode analisar resultados da gestão, melhorar provisão e buscar melhor combinação dos meios de produção.

Corroborando Gauthier et al, e associando à área da saúde, Matos (2002, p. 25) diz que as informações de custos “assumem especial relevância como subsídio à complexa gestão dos recursos das empresas do segmento de saúde”.

Para o Ministério da Saúde (2006, p. 8),

A apuração e o controle de custos em saúde, primeiramente, servem de instrumentos eficazes de gestão e acompanhamento dos

serviços; em segunda instância, permitem a implantação de medidas corretivas que visem ao melhor desempenho das unidades, com base na redefinição das prioridades, no aumento da produtividade e na racionalização do uso de recursos, entre outras medidas administrativas.

De maneira geral, segundo Falk (2008, p.27), os custos hospitalares são considerados: “Custos totais para um objeto específico de custo, porém, incluem tanto os custos diretos⁹ como uma parcela justa dos custos indiretos¹⁰, que será alocada ao objeto de custo pelo sistema de contabilidade de custos implementado” (grifo nosso). O autor ressalta que sempre será motivo de discussão a determinação dessa parcela justa, uma vez que os custos indiretos são alocados aos objetos de custos por meio de rateios arbitrários.

Conforme afirma Nowicki (2002), os custos hospitalares incluem os custos dos serviços, suprimentos e outros itens adquiridos e consumidos pelo hospital nos serviços de atendimento aos pacientes, durante certo período de tempo. Ainda segundo o autor, esses gastos, de acordo com os US GAAP, devem ser mensurados e apropriados no período em que são geradas as receitas provenientes dos serviços prestados pelo hospital aos pacientes.

Reforçando a obediência ao regime de competência no que diz respeito ao reconhecimento dos gastos, Nowicki (2002, p. 23) destaca que:

Quando itens de suprimento são adquiridos, os seus custos são considerados ativos (estoques). Apenas quando esses itens são consumidos nas atividades hospitalares, passam a ser considerados como despesas do período. (tradução nossa)¹¹

Martins (2000, p. 18) defende que a compreensão dos custos hospitalares é uma das partes integrantes do processo administrativo que proporciona à administração hospitalar:

⁹ Beulke e Bertó (1997) citam como exemplos clássicos de custos diretos no ramo da saúde: consumo de medicamentos por conta, consumo de materiais médico-hospitalares por conta/paciente/procedimento, consumo de gêneros alimentícios aplicados na elaboração das refeições separadamente, filme usado na realização de exame radiológico, comissões médicas vinculadas a cada exame, entre outros.

¹⁰ Os custos indiretos no ramo da saúde, segundo Beulke e Bertó (1997) se caracterizam por: serem custos comuns a diversos procedimentos e serviços, não poderem ser mensurados individualmente por item de serviço prestado, e tenderem a apresentar maior complexidade de cálculo, impondo uma série de processamentos paralelos.

¹¹ *When supply items are purchased for cash, for example, their costs are considered to be assets (inventory). Only when supply items are used or consumed in hospital activities are their costs recognized and reported as expenses by the hospital.*

o registro dos custos da produção médica; custos por paciente; custos da diária por paciente, custos especiais que auxiliam nas decisões de vendas, nos métodos de produção médica, nos procedimentos de compras, nos planos financeiros de investimentos e também na concretização das funções administrativas – fixar a meta de resultados; e determinar, controlar e analisar variações que desviam dos padrões estabelecidos.

Na visão de Berman e Weeks (1979), a necessidade de se obter dados relativos a custos nos hospitais, inicialmente para atender às demandas do governo e de seguros, passou a contribuir para uma melhor administração e direção financeira dessas instituições. Para o Ministério da Saúde (2006, p. 8-9), a gestão de custos nas unidades de saúde tem como finalidades principais:

1. Calcular os custos dos serviços prestados, relacionados à atividade produtiva.
2. Fornecer, a todos os setores da instituição, informação referente a seus recursos, independente da natureza produtiva, despertando assim a co-responsabilidade, para que todos exerçam uma efetiva gestão dos custos.
3. Subsidiar a tomada de decisão, a definição orçamentária, a política de investimentos e o planejamento das atividades operacionais.
4. Possibilitar a troca de informações e a comparação de resultados entre instituições.
5. Facilitar a identificação de atividades ineficientes na aplicação de recursos e/ou na prática organizacional.
6. Realizar prestação de contas, visando maior transparência ao controle social.

Nessa mesma ótica de gestão, Falk (2008, p.15) afirma que:

Informações mais detalhadas sobre custos oferecem maior esclarecimento sobre seu comportamento e variáveis que lhes influenciam nos diversos serviços do hospital, permitindo melhor gerenciamento dos custos em nível departamental, por procedimentos específicos e mesmo por prestador ou provedor do serviço. [...] um sistema de contabilidade de custos promove um melhor controle para fins de diminuir ou substituir itens onerosos que compõe os custos do serviço, promove também um melhor planejamento estratégico, redistribuição de pessoal (médicos), bem como há uma melhor visualização da lucratividade por serviço dentro do hospital.

2.3.2 Gestão de custos hospitalares

Como em outros segmentos, também na atividade hospitalar a gestão de custos tem papel importante na busca pelo alcance das metas planejadas. No entendimento de Worm e Brandt (2010, p. 2),

Os hospitais, como qualquer outra organização, para sobreviverem a longo prazo, necessitam se modernizar para enfrentar as dificuldades e adotar não só um sistema de gestão, como também um sistema de apuração de custos, que facilite atingir as metas traçadas para alcançar os objetivos propostos. Para isso, os princípios da Gestão, o uso de Indicadores de Desempenho, associados aos conceitos contemporâneos de contabilidade, parecem ser alternativas viáveis. É importante e adequada a utilização dos recursos materiais e humanos disponíveis, desenvolvendo assim processos de produção eficientes e eficazes que, além de otimizarem o uso dos recursos, aumentam a satisfação dos usuários.

A gestão de custos em unidades hospitalares necessita de um sistema de análise de custos que, de acordo com Berman e Weeks (1979, p.93) devem apresentar, pelo menos, cinco pré-requisitos para que funcione eficientemente e alcance sua finalidade:

1. Deve haver um organograma e um plano de contas relacionado a ele.
2. Deve haver uma identificação de todos os centros de custos, seja como centros de custos de serviços gerais, seja como centros de custos finais, aos quais todos os custos são, ao final, atribuídos.
3. Deve haver um sistema preciso de contabilidade capaz de acumular os dados financeiros por centro de custos.
4. Deve haver um sistema amplo de informação capaz de coletar os dados não financeiros por centro de custos e pelo hospital todo, fornecendo: a) a base para a distribuição de custos, dos centros de serviço geral até os centros de custos finais; b) a base para calcular o custo unitário pelo centro de custo final.
5. Deve ser escolhida uma metodologia para análise de custos que seja a mais prática para a situação do hospital

Para Gomes (1999), a preocupação da gestão hospitalar, no que se refere ao sistema contábil de custos, está relacionada ao preço dos serviços, controle das operações, bem como informações que proporcionem ao gestor, o planejamento de suas atividades, gerenciamento e tomada de decisão.

No que tange aos métodos contábeis de apuração de custos, Raupp, Crispim e Almeida (2007, p.122) afirmam que

A maioria das instituições de saúde no Brasil utiliza métodos contábeis tradicionais, que não levam ao conhecimento de seus custos reais, ou seja, não fazem uso de sistema de custos que oriente e ofereça parâmetros para suas decisões administrativas e para o controle de suas atividades.

Para um bom controle de custos é necessário classificá-los em: fixos¹², variáveis¹³ e marginais¹⁴. A maior parte dos custos dentro de um hospital tem características de serem fixos e indiretos. Segundo Ching (2001, p. 41) por dois motivos:

a setorização decorrente da forma com a qual se organizam as especialidades [...] A segunda razão está relacionada à estrutura organizacional de um hospital, com necessidades de operar em níveis quase constantes de pessoal, com uma pesada estrutura física e de equipamentos, levando assim ao comportamento fixo destes custos.

Ching (2001, p.25) ressalta que para entender a diferença de custos fixos e variáveis, é necessário ainda levar em conta o espaço de tempo, onde “os custos dos recursos, que são flexíveis de curto a médio prazos, são classificados como variáveis, enquanto os custos que podem ser ajustados somente no longo prazo são classificados como fixos”. O autor cita como exemplo a mão-de-obra direta, que recebe por hora fixa (semanal ou mensal) e não poderá ser alterada rapidamente (curto prazo) em resposta da flutuação da demanda do hospital.

Ching (2001, p.41) diz que “essas características levam ao emprego do princípio de custeio por absorção total, no qual são considerados todos os recursos disponíveis no processo produtivo como pertencentes ao serviço prestado”.

Bittar (1996, p. 3) afirma que

¹² Para Beulke e Bertó (1997) são considerados custos fixos na atividade hospitalar aqueles que permanecem inalterados, independentemente do número de atendimentos, como, por exemplo, os custos administrativos e os das áreas de apoio.

¹³ São exemplos de custos variáveis no ramo de saúde, segundo Beulke e Bertó (1997): medicamentos e materiais médico-hospitalares, consumo de gêneros alimentícios e de filmes radiológicos.

¹⁴ De acordo com Eldenburg e Wolcott (2007) são custos marginais os custos incrementais de uma atividade, como a prestação de um atendimento adicional. Para Falk (2008, p. 30), o custo marginal

a longo prazo, a efetiva contenção de custos depende do aumento da produtividade. Segundo ele, salários e benefícios representam aproximadamente 60% do total dos custos hospitalares; portanto a gerência da produtividade dos empregados terá o maior impacto na contenção dos custos, com o que também concorda Yong²⁸ quando afirma que estes custos são maiores que 50%.

Porém, quando se trata dos custos no tratamento da HIV/AIDS, cabe ressaltar que os custos mais representativos são aqueles relacionados à aquisição dos medicamentos anti-retrovirais, conforme já demonstrado anteriormente na Tabela 1.

Para Oliveira et al (2008, p.80)

o registro e a gestão estratégica dos custos hospitalares constituem uma absoluta necessidade dentro das instituições hospitalares, pois enquanto a primeira serve de instrumento eficaz de gerência e acompanhamento dos serviços, a segunda permite a implantação de medidas corretivas que visem a um melhor desempenho das unidades, com base na possível redefinição das prioridades essenciais, aumento da produtividade e racionalização do uso de recursos dentre outras medidas administrativas.

Beulke e Bertó (1997) defendem que o interesse no cálculo dos custos é de quantificar o volume de serviços aplicados em termos de números de diárias, horas de cirurgia, exames laboratoriais, entre outros indicadores, além do montante de materiais aplicados por tipo de medicamento. Cabe a seguir transformar esses dados físicos não adicionáveis entre si numa expressão monetária homogênea, ou seja, transformar em custos.

Falk (2008, p. 40) corrobora Beulke e Bertó, afirmando que os custos hospitalares devem ser observados levando-se em conta os seguintes agrupamentos:

- Diárias ou serviços de enfermagem – estariam baseados não somente na unidade que o paciente ocupa (terapia intensiva, semi-intensiva, unidade de queimados, apartamento, quarto ou enfermaria), mas na atual utilização de pessoal e equipamentos para tratamento;
- Atendimento emergencial – deverá ser baseado no tempo, de fato, prestado em trabalho com o doente, conforme o grau de dificuldade do caso;

na atividade hospitalar “é definido como a mudança nos custos totais relacionados com uma mudança em volume de pacientes atendidos ou em serviços/atividades prestados”.

- Exames laboratoriais – levando em consideração se forem prestados normalmente em batch ou individualizado para maior rapidez no resultado;
- Medicamentos – não cobrar pelo medicamento apenas, mas todo o tempo necessário para prepará-lo para administração (tempo da farmácia e de enfermagem incluído);
- Outras atividades – deverão ser revistas e decidido se poderão ser subdivididas conforme grau de dificuldade de realização. Talvez algumas atividades na categoria mereçam ser individualizadas devido à mudança no volume realizado etc.

Falk (2008) ainda ressalta que gastos indiretos deverão ser estudados à medida que uma relação entre gastos e serviço realizado possa ser racionalmente identificada, e que outras classificações de custos poderiam ser recomendadas para análise, tais como: contratos de serviços, taxas profissionais, serviços de terceiros, gastos com aluguel ou *leasing*.

2.3.3 Métodos de custeio nas entidades hospitalares

Os custos são alocados à prestação de serviço através de métodos de custeio, dentre eles o custeio baseado em atividades (ABC) e o custeio por absorção. No processo de departamentalização, o hospital é dividido em departamentos de produção e serviços. Os departamentos de produção serão os responsáveis pela atuação direta sobre os produtos, e os de serviços condizentes apenas para prestar serviços auxiliares, tanto aos departamentos de produção, quanto aos próprios produtos, desde que sejam facilmente identificados os serviços. (MARTINS, 2003)

As pesquisas desenvolvidas no Brasil por Silva, Miranda e Falk (2002), Silva et al (2003), Raimundini et al (2006), Miranda et al (2007), Raupp, Crispim e Almeida (2007) e Oliveira et al (2008), dentre outros, mostram a aplicabilidade dos métodos de custeio em hospitais, com predominância do custeio por absorção e algumas experiências com o ABC. Os resultados encontrados nessas pesquisas estão apresentados a seguir.

2.3.3.1 Custeio por absorção

Silva, Miranda e Falk (2002) desenvolveram uma pesquisa em 21 entidades hospitalares localizadas na cidade do Recife, apontada na época pela Revista Balanço Anual¹⁵ como o segundo maior polo médico-hospitalar brasileiro. O foco do estudo era identificar se os hospitais controlavam os seus custos e quais os métodos de custeio utilizados pelos mesmos. O estudo verificou a existência de uma preocupação dos hospitais em conhecer os seus custos, visando controlar e reduzir da melhor forma estes custos, bem como identificou que a maioria dos hospitais estava baseada no custeio por absorção.

Raupp, Crispim e Almeida (2007) realizaram um estudo na Maternidade Carmela Dutra durante o segundo semestre de 2006, sobre a gestão de custos na ótica do custeio por absorção. Observou-se que a maternidade utiliza este custeio por ser o método solicitado pela Secretaria do Estado de Santa Catarina com intuito de padronização nas unidades hospitalares e por ser um método que atende ao Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), que surgiu com o intuito de identificar os custos dos serviços no âmbito do SUS. Através da análise desse sistema, pode-se perceber que a maternidade visualiza um conjunto de informações sobre os custos unitários dos serviços prestados, bem como o controle dos mesmos. Esse sistema permite à maternidade, ainda, melhorar os serviços, identificar possíveis gargalos, corrigir falhas no processo de prestação de serviço e obter informações relevantes para a tomada de decisão (priorização por demanda – de acordo com os repasses do SUS).

O estudo desenvolvido por Oliveira et al (2008), que buscou diagnosticar os sistemas de custeios utilizados pelas organizações hospitalares de Salvador/BA, das doze instituições hospitalares privadas, identificou que a utilização do sistema de custeio por absorção para rateio dos custos através da identificação dos seus centros de custos, ainda é predominante nas organizações estudadas, embora tenha sido identificado que algumas dessas instituições estão migrando para o custeio baseado em atividades (ABC), devido à preocupação com o controle dos custos e com a gestão de informação.

¹⁵ REVISTA BALANÇO ANUAL. Um bom lugar para tratamento. **Revista Balanço Anual – Pernambuco**, n. 5, p.60-61, nov. 2000.

2.3.3.2 Custeio baseado em atividades

Não obstante ainda existir uma predominância do custeio por absorção nas entidades hospitalares, cada vez mais se evidencia a importância do controle dos custos para sustentação dos programas, bem como a busca de resultados satisfatórios no desempenho de suas atividades. Essa importância já se evidenciava há cerca de 30 anos, quando Gauthier et al (1979) afirmaram que ao se tratar de custos hospitalares, geralmente se estava fazendo referência ao controle dos custos por atividade.

Silva et al (2003) realizaram uma pesquisa sobre as experiências com o sistema ABC nos hospitais da cidade do Recife e concluíram que os mesmos não utilizavam esse método de custeio, sob a justificativa de ainda ser um método muito complexo e pouco conhecido pelas instituições.

O estudo de Miranda et al (2007) sobre a utilização do ABC nos hospitais universitários e de ensino corroborou as conclusões do estudo desenvolvido por Silva et al (2003), concluindo que o ABC não é utilizado por essas instituições por ser muito complexo. O estudo também concluiu que os sistemas tradicionais utilizados atualmente pelos hospitais atendem às suas necessidades.

A pesquisa de Raimundini et al (2006) foi desenvolvida em dois hospitais públicos de ensino, com enfoque nos setores de ginecologia e obstetrícia. As principais conclusões desse estudo foram que os hospitais não utilizam ferramentas de gestão financeira, e que a implantação do ABC exigiria dos hospitais públicos infra-estrutura adequada e mão-de-obra especializada, atualmente não disponíveis.

2.4 O Programa Nacional de Gestão de Custos

Em 2005 o Núcleo Nacional de Economia da Saúde (NUNES), do Departamento de Economia da Saúde (DES), vinculado à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde (MS), criou o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) no âmbito do SUS. O objetivo geral do PNGC é desenvolver, acompanhar e avaliar a implantação/implementação de uma metodologia padrão de custos.

Segundo o Ministério da Saúde (2006, p. 7),

O PNGC surgiu da necessidade de conhecer os custos dos produtos e serviços, para apurar e avaliar seus respectivos resultados, além de aprimorar a própria gestão de custos. Com a crescente complexidade das instituições de saúde integradas ao SUS, este instrumento passou a ser utilizado como eficiente técnica gerencial (utilização das informações de custos, para auxiliar na tomada de decisão), tornando-se uma vantagem competitiva e fazendo parte das ações estratégicas dessas instituições.

Para Raupp, Crispim e Almeida (2007, p.123) “A criação do PNGC, por parte do poder público, torna evidente a importância dada aos sistemas de custos em todas as unidades hospitalares geridas pelo poder público, nas suas três esferas”.

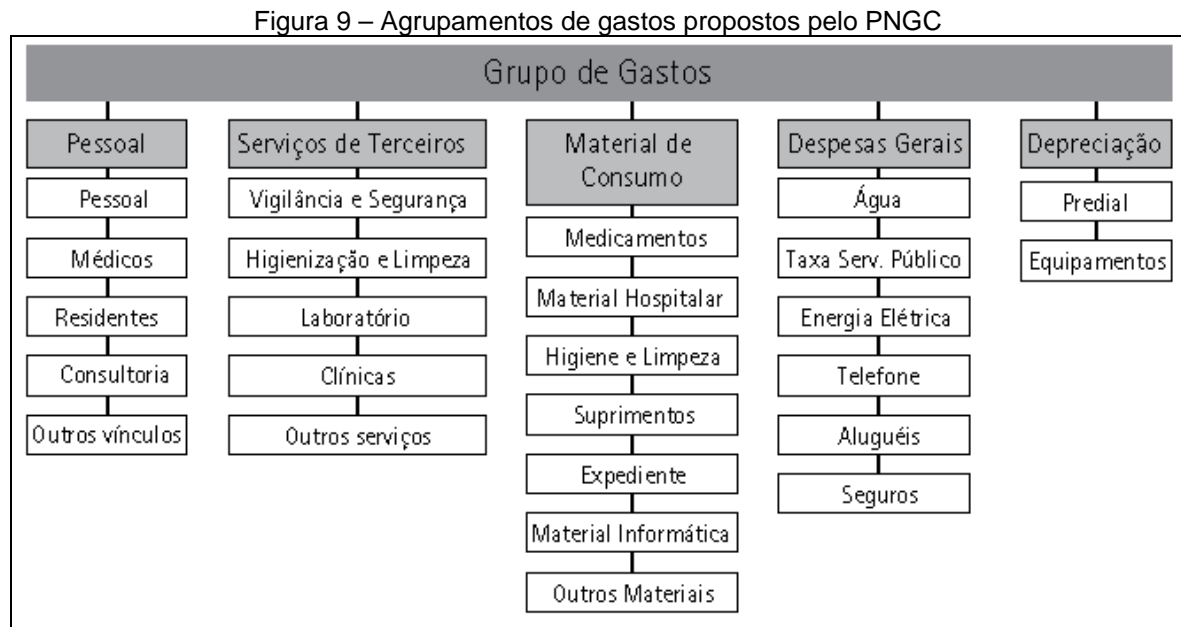
O PNGC criou um manual que define uma terminologia de custos, bem como regras para utilização da mais adequada alocação para os *overheads* e a metodologia de apuração dos custos a ser utilizada pelos hospitais. O método de custeio adotado pelo PNGC foi o custeio por absorção, justificando que:

Essa metodologia foi escolhida por ser de fácil aplicação e por ser a mais utilizada entre as instituições vinculadas ao SUS. Outro fator importante é que a sua apuração é possível a partir da segmentação da instituição em centros de custos. Dessa forma, em se tratando de hospitais, a segmentação em áreas especializadas é facilmente identificada, como internação, centro cirúrgico, lavanderia, nutrição, administração, laboratório, etc. [...] O sistema de custeio por absorção controla o custo e o desempenho da entidade e dos centros de custos (áreas de atividades específicas), podendo comparar os custos estimados, com os valores orçados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 18)

Para o rateio dos custos indiretos, o PNGC recomenda a utilização da alocação recíproca, ressaltando que mesmo apresentando algumas complexidades, esse é o critério que melhor atende aos objetivos do programa, pois “é a metodologia que mais identifica os custos reais dos produtos/serviços finais” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 27).

O programa afirma que o conhecimento dos custos oferece parâmetros para decisões administrativas, bem como para o controle de suas atividades, principalmente, como afirma Falk (2008), o primeiro passo para um melhor controle de custos dentro de uma instituição de saúde, é a definição de custos diretos e indiretos para cada chefia. Para a apuração dos custos hospitalares, o PNGC

sugere o agrupamento dos gastos (custos e despesas) conforme demonstrado na Figura 9.



Fonte: Ministério da Saúde (2006, p.33)

O conceito de custo tanto está priorizado em hospitais privados quanto em hospitais públicos, sendo que estes últimos dependem de verbas que são repassadas pelo SUS.

2.5 Custos no tratamento da HIV/AIDS

A preocupação em apurar os custos e verificar sua efetividade no tratamento da HIV/AIDS já é uma preocupação mundial. O ONUSIDA (1998) ressaltou que em resposta à epidemia de AIDS, os gestores deveriam conhecer os custos e as consequências das iniciativas propostas num programa de combate à AIDS, para que pudessem aproveitar melhor os recursos limitados.

Essa preocupação ficou evidente em alguns estudos desenvolvidos em outros países: Dodds et al (2000) no Canadá; nos Estados Unidos, Hellinger e Fleishman (2000), e Sax et al (2005); Bautista et al (2003) no México; Kahn, Marseille e Auvert (2006), Harling e Wood (2007), e Martinson et al (2009) na África do Sul; e Koenig et al (2008) no Haiti, dentre outros.

No Brasil, um estudo realizado pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas – FIPE (1999) detectou que em 1996 os estudos sobre custos no

tratamento de portadores de HIV/AIDS ainda eram escassos e um dos primeiros estudos no Brasil que apresentou informações sobre estimativas em níveis internacionais e nacionais foi o estudo de Médici e Beltrão em 1992. Nesse estudo realizado pela FIPE, o custo direto médio estimado no tratamento de HIV/AIDS era em torno de R\$ 2.659,72 (US\$ 2.432,07), e adicionando os custos indiretos, o custo total médio estimado era de R\$ R\$ 5.342,31 (US\$ 4.885,07) por paciente. Pode-se perceber que com a adição dos custos indiretos, o custo total passou a representar um pouco mais que o dobro dos custos diretos. Este estudo foi realizado no conjunto de unidades de saúde credenciadas na CN DST/AIDS, para atendimento a esses pacientes, no Estado de São Paulo.

Informações recentes divulgadas pelo Departamento de DST e AIDS (2010, p. 81), mostram que os custos anuais com prevenção e tratamento da AIDS no Brasil superaram a cifra de R\$ 1 bilhão nos anos de 2007 e 2008:

os gastos totais em aids mantiveram-se estáveis em relação ao levantamento anterior, totalizando R\$ 1,14 bilhão e R\$ 1,40 bilhão em 2007 e 2008, respectivamente. Os gastos com recursos públicos representaram em 99,5% e 96,4% do total de cada ano [...] Os gastos de fontes internacionais em 2007 atingiram R\$ 5,55 milhões (0,49% do total). Em 2008 esses gastos atingiram R\$ 11,44 milhões, ampliando para 1,01% sua participação nos recursos gastos no país.

Vários estudos denotam a preocupação não só no tratamento da doença, mas também se observa que há muito enfoque nos custos deste tratamento. A seguir serão apresentadas algumas pesquisas relacionadas com custos do combate à AIDS.

Dodds et al (2000) desenvolveram uma pesquisa no Canadá, na qual demonstraram que a prevenção e a educação podem reduzir a incidência da infecção pelo vírus HIV, e que o custo de prevenir um caso de AIDS representa apenas uma fração do custo que seria necessário para tratar uma pessoa que se tornasse infectada pelo vírus. Os autores ressaltam que, mesmo ainda não existindo cura para a AIDS, os tratamentos realizados conseguiram prolongar significativamente as vidas dos portadores do vírus HIV.

Destaca-se no estudo de Dodds et al (2000), o acompanhamento da relação existente entre os custos diretos e os custos indiretos. Conforme os valores

levantados no estudo, os custos indiretos representam 2,4 vezes os custos diretos no tratamento da HIV/AIDS no Canadá.

Hellinger e Fleishman (2000) publicaram os resultados de uma pesquisa realizada nos Estados Unidos sobre os custos com o tratamento dos portadores do vírus HIV. Essa pesquisa foi desenvolvida com informações referentes ao ano de 1996, partindo da existência de estimativas nacionais de custos de tratamento elaboradas a partir de uma amostra da população de portadores do vírus HIV (enfoque *patient-based*), que apontavam para um custo médio anual de 20.000 dólares por portador, o que representava um custo total de 6,7 bilhões de dólares.

A pesquisa teve como inovação o fato de que os pesquisadores abordaram o problema dos custos do tratamento sob dois novos enfoques (*payer-based* e *provider-based*) e compararam os resultados encontrados com as estimativas nacionais existentes.

No enfoque *payer-based* foram examinados os fluxos de gastos dos patrocinadores do tratamento, sendo identificados como principais o governo federal (por meio de contribuições ao *Medicaid*, *Medicare* e *Ryan White Care Act programs*) e o *Department of Veterans Affairs* (VA). O total dos gastos apurados nesse enfoque foi de cerca de 7,2 bilhões de dólares.

Pela abordagem *provider-based* foram consideradas as informações coletadas das duas principais categorias desse grupo: os hospitais e as indústrias farmacêuticas. Nessa abordagem, o custo total apurado foi de 7,8 bilhões de dólares. Os autores concluíram que o custo anual do tratamento de HIV/AIDS em 1996 foi estimado entre 6,7 e 7,8 bilhões de dólares, representando um custo médio entre 20.000 e 24.000 dólares por portador/ano.

Cabe ressaltar que o estudo foi realizado com algumas limitações, a seguir listadas:

- Enfoque *patient-based*: foram excluídos os portadores tratados durante o segundo semestre de 1996 que não utilizaram os serviços durante a primeira metade do ano.
- Enfoque *payer-based*: Nem todos os pedidos de pessoas com HIV são identificados nas bases de dados HIAA / ACLI. A pesquisa utilizou amostra por conveniência. Fundos para atendimento ao público através de

financiamentos privados ou doados por instituições de caridade foram excluídos.

- Enfoque *provider-based*: Alguns pacientes hospitalizados com HIV não são identificados no SID. A pesquisa utilizou amostra por conveniência.

Sax et al (2005) realizaram uma pesquisa, também nos Estados Unidos, sobre a determinação do impacto clínico e a relação custo-benefício do teste de resistência genótipo para pacientes em tratamento inicial, já que foi constatada resistência aos medicamentos anti-retrovirais em pacientes (cerca de 8% a 10%). O estudo justificou-se devido aos elevados custos, tanto no que se refere ao tratamento, que pode ou não ser rejeitado pelo paciente, quanto no teste de genotipagem.

No estudo foram utilizadas duas variáveis, sendo uma as características (sexo, idade, contagem de CD4, nível de RNA no HIV, pacientes que começaram o tratamento dividido por tipo de terapia) e custos (determinando o custo unitário do teste de resistência genótipo, custo unitário da contagem do CD4, custo unitário do teste HIV *RNA level* e o custo anual por tipo de terapia anti-retroviral). Quanto ao resultado, a estratégia de testagem aumentou por pessoa a expectativa de vida em um mês com custo incremental de US \$ 23.900 por qualidade de vida, sendo que a relação custo-efetividade para testes de resistência permaneceu menos de US \$ 50.000 por qualidade de vida corrigida por ano adquirida. Concluiu-se que deve haver o teste de genotipagem no início do tratamento devido à melhora dos resultados clínicos e o custo-efetividade.

O estudo de Harling e Wood (2007), realizado com 212 pacientes inscritos em um programa de tratamento de uma organização não-governamental utilizando ARVs, na Cidade do Cabo, na África do Sul, foi desenvolvido considerando três períodos: pré-ART (duração média de 30 dias); primeiras 48 semanas de ART (primeiro ano); e semanas 49 a 112 (segundo ano). Os valores dos custos médios por paciente em cada período estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 – Custo médio por paciente portador de HIV na África do Sul

Período	Custo médio por paciente (Dólares americanos)
Pré-ART	404
Primeiro Ano	2.502
Segundo Ano	1.372

Fonte: Elaborado a partir de Harling e Wood (2007)

Harling e Wood (2007) também identificaram no estudo que a proporção de custos imputáveis ao tratamento hospitalar caiu de 70% no período pré-ART para 24% no segundo ano de tratamento; porém, a proporção atribuível ao custo do ART subiu de 31% no primeiro ano para 55% no segundo ano. O estudo concluiu que o custo total do tratamento cai quase pela metade depois de um ano, em grande parte atribuível a uma redução dos custos hospitalares.

Krentz, Auld e Gill (2004) realizaram um estudo de comparação dos custos diretos (medicamentos, exames laboratoriais, tratamento ambulatorial em meio hospitalar e *home care*) de cuidados médicos para pacientes que apresentaram diagnósticos HIV com uma contagem de CD4 < 200 células/uL e aqueles que apresentam CD4 > 200 células/uL. O estudo foi realizado para os 12 meses após o diagnóstico HIV, no sul da região de Alberta, no Canadá, no período de abril de 1996 a abril de 2001. O resultado apresentou que dos 241 pacientes estudados, 39% apresentam contagem CD4 < 200 células/uL. A média dos custos para *late presenters* (\$ 18.448) era duas vezes maior que a dos *early presenters* (\$ 8.445). Os custos diretos eram 15 vezes maiores para os cuidados do ano seguinte ao diagnóstico HIV, sendo mais de 200% para pacientes *lates presenters*.

Nunes (1997) destaca a preocupação do controle dos custos para sustentação do programa DST AIDS no Brasil. Nesse estudo, sobre o tema do impacto econômico da HIV/AIDS no Brasil, foram analisados os principais aspectos da epidemia da AIDS nos últimos dez anos no Brasil, calculando uma estimativa do custo da doença para o SUS. Foram estimados U\$\$ 963 milhões para o ano de 1997. Com a gratuidade do tratamento e remédios distribuídos para todos os portadores de HIV no Brasil, o custo foi estimado entre U\$\$2,29 e U\$\$ 2,90 bilhões/ano. Foi constatado também que o crescimento da soropositividade se dá na

população brasileira heterossexual, principalmente em mulheres e usuários de drogas injetáveis. A pesquisa foi realizada em três hospitais na rede pública do SUS.

A preocupação das políticas públicas brasileiras está voltada à redução dos custos totais, o que se pode perceber através das pesquisas relacionadas anteriormente, e não especificamente no custo unitário que o portador de HIV/AIDS absorve, principalmente no que se refere à escassez de recursos. Em outras palavras, para fins de avaliação de uma política pública busca-se apurar o custo total desta política, e não o custo unitário, já que este é uma mera aproximação, pois os recursos consumidos individualmente por cada paciente são diferenciados em função das diversas fases de determinada doença. Saber quanto custa, em média, um paciente, no tratamento ambulatorial está direcionado a uma melhor gestão hospitalar, bem como uma melhor alocação dos recursos destinados ao programa.

Conforme explicitado pelo Ministério da Saúde (2006, p.7):

O Programa apóia a busca por uma ação governamental mais sustentável, para melhorar a efetividade das intervenções, fornecer instrumentos necessários para transformar decisões gerenciais em resultados, facilitar o processo de descentralização de atividades e financiamento do programa, e explorar tecnologias alternativas para reduzir custos e melhorar a efetividade.

Tais reduções nos gastos com o tratamento aos portadores de HIV/AIDS devem-se às conquistas alcançadas pelo Brasil, desde a redução nos preços dos remédios importados, até o surgimento de fabricantes brasileiros, bem como redes de laboratórios para aplicação dos testes para detecção do HIV (carga viral, contagem das células CD4/CD8 e genotipagem). Mesmo assim, há a necessidade de quantificar os custos desde as campanhas preventivas até o próprio tratamento, por portador de HIV (campanha-testagem-tratamento).

3 SISTEMAS E PROGRAMAS DE APOIO AO PROGRAMA NACIONAL DST/AIDS

3.1 Os sistemas de informação no apoio ao Programa DST/AIDS

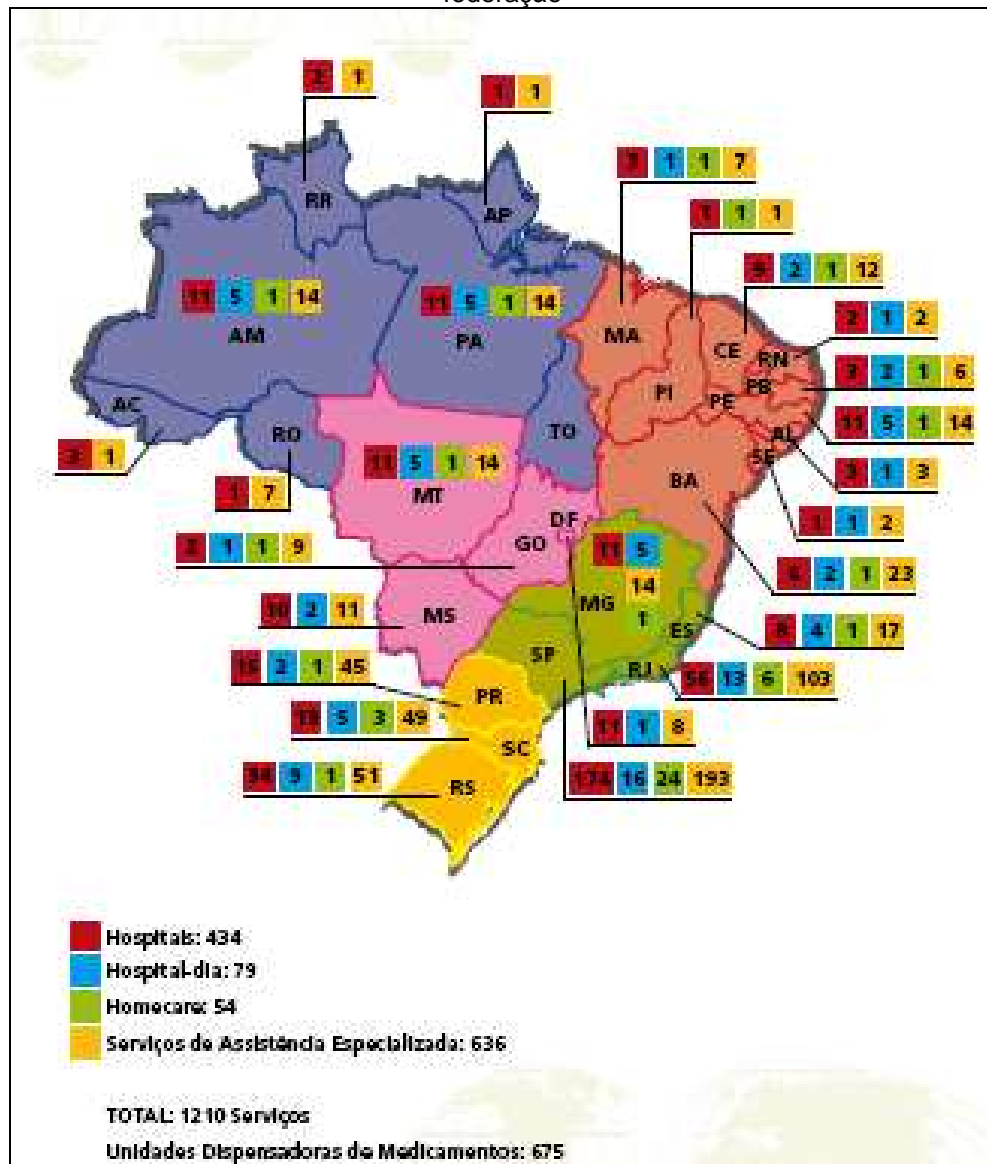
Em 1982, a partir de ações integradas em saúde, surgiu o Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, segundo Cherubin e Santos (1997) o sistema de saúde no Brasil só veio atingir toda a população brasileira, independente da sua condição social, econômica ou outra, após a Constituição Federal de 1988, que consagrou a universalização da assistência gratuita à saúde, ao definir em seu título VII que:

- I – A saúde é um direito de todos e um dever do Estado;
- II – O acesso à saúde é universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação;
- III – As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único;
- IV – A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

O Ministério da Saúde (MS), após a constituição de 1988, passou a ser responsável pela coordenação das atividades de saúde do país e compartilhar estas responsabilidades com os Estados e Municípios.

As políticas públicas da área de saúde, emanadas do Ministério da Saúde e de suas diversas subdivisões, compõem normas e procedimentos para que sejam atingidos os objetivos de cada política. No âmbito do combate à AIDS, o Ministério da Saúde, devido ao elevado número de óbitos entre os portadores do vírus HIV, criou, em 1986, o Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Passados pouco mais de vinte anos, o país já contava com 636 unidades de serviço de atendimento ambulatorial em HIV/AIDS, conforme demonstrado na Figura 10.

Figura 10 – Estrutura de serviços de atendimento aos portadores de HIV/AIDS por unidade da federação



Fonte: Departamento de DST e AIDS (2010, p. 57)

A seguir serão apresentados os principais sistemas utilizados pelo Programa Nacional.

3.1.1 SICLOM

O Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) do Programa Nacional DST AIDS foi concebido com o objetivo principal de gerenciar a logística dos medicamentos anti-retrovirais (ARV) em todo o país. Por meio desse sistema, o Programa Nacional DST AIDS se mantém atualizado com relação ao fornecimento de medicamentos aos pacientes em tratamento com medicamentos

ARV em todas as regiões do país. As informações geradas a partir da movimentação de ARV no SICLOM são utilizadas “para controle dos estoques e da distribuição dos ARV, assim como para obtenção de informações clínico-laboratoriais dos pacientes de AIDS e uso de diferentes esquemas terapêuticos” (ALVES, 2007, p. 4). Ainda segundo Alves (2007), o SICLOM é composto por três funcionalidades e objetivos principais, que englobam o cadastramento dos pacientes em tratamento, o controle da dispensação e dos estoques dos ARV nas farmácias.

O controle dos estoques é dividido em entradas e saídas. As entradas podem ser de dois tipos: recebimento e remanejamento. O recebimento é uma entrada proveniente do almoxarifado do estado ou município ou de uma instância superior de onde foi enviado o medicamento. O remanejamento ocorre quando a entrada é proveniente de outra Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM) do mesmo estado.

Além da dispensação, as saídas registradas no SICLOM podem ser de 4 tipos: remanejamento, devolução, perdas ou saída para paciente internado. O remanejamento ocorre quando há uma transferência para outra UDM. Uma devolução é o tipo de saída que ocorre quando a UDM devolve medicamentos para uma instância superior. As perdas são lançadas pelos motivos de furto/roubo, quebra, validade ou estocagem inadequada. Caso o motivo da perda não se enquadre em nenhum destes, é lançada no motivo “outros”. A saída para paciente internado se caracteriza pela saída para paciente que não é cadastrado naquela UDM.

Na dispensação de medicamentos, conforme Alves (2007, p. 10),

Além dos pacientes cadastrados no SICLOM, outras pessoas poderão receber medicamentos, tais como: aqueles que sofreram exposição ocupacional e sexual, cuja situação da exposição possa representar um risco qualquer de contágio com o vírus da aids; parturientes HIV+, que deverão receber medicamentos prescritos para o momento do parto para evitar a transmissão vertical e recém-nascidos de mães HIV+, que deverão receber medicamentos por um período determinado, para impedir que venham a apresentar sintomas da doença. Para dispensar medicamento a qualquer categoria de usuário é obrigatória a apresentação do formulário de solicitação de medicamentos devidamente preenchido e assinado pelo médico. No momento da dispensa, o usuário assina atestando o recebimento e o farmacêutico responsável confirmando a entrega.

3.1.2 SISCEL

O SISCEL é o Sistema de Controle de Exames Laboratoriais, que tem por objetivo principal controlar os exames de CD4/CD8 e carga viral, e que foi concebido para desburocratizar os procedimentos de solicitação de exames, emissão de laudos e controle de cotas de exames por paciente. Esse sistema foi implantado devido ao alto volume de investimentos anuais para a compra dos kits de realização dos exames, conseqüência do grande número de pacientes que realizam tais exames. A implantação do SISCEL trouxe como principais benefícios a melhoria do controle dos processos de cadastramento de pacientes e a possibilidade de armazenar o histórico dos exames realizados, que é informação útil ao médico na prescrição da terapia para o portador.

Segundo o Departamento de DST AIDS, atualmente o SISCEL é utilizado por todos os estados do Brasil, em 92 laboratórios que realizam os exames de CD4/CD8 e 82 laboratórios que realizam exames de carga viral. Todas as informações estão armazenadas em um banco de dados centralizado, e podem ser acessadas via internet pelos laboratórios e pelas coordenações estaduais e municipais do Programa DST AIDS.

3.1.3 QUALIAIDS

O Programa de Autoavaliação da Qualidade da Organização da Assistência Ambulatorial a pessoas vivendo com HIV ou AIDS (QUALIAIDS) tem como objetivo auxiliar as Coordenações de DST e AIDS, gerentes e equipes responsáveis, bem como os próprios portadores na avaliação da qualidade do atendimento.

O QUALIAIDS teve início no ano de 2001, a partir da formação de uma equipe composta por docentes e pesquisadores de diversas formações profissionais vinculados a várias instituições de ensino superior do país. Essa equipe desenvolveu o questionário que foi submetido pela primeira vez a 322 serviços de saúde, espalhados por 7 unidades da federação. (SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2008)

O objetivo desse trabalho inicial foi avaliar os aspectos organizacionais e gerenciais da assistência ambulatorial aos portadores do HIV. Composto por 122

questões de múltipla escolha, o questionário estava direcionado à verificação de três indicadores da qualidade da assistência: disponibilidade de recursos, organização da assistência e gerenciamento técnico do trabalho.

Ao longo dos anos o programa evoluiu e desde 2005 o questionário original da pesquisa foi adaptado para uso eletrônico. No ano de 2007, o Programa Nacional de DST/AIDS implantou oficialmente o questionário eletrônico por meio de um sistema *online*, e nesse ano cerca de 80% dos serviços (504 serviços) do país responderam ao questionário (SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2008). Fazendo uma análise comparativa entre os serviços que participaram do primeiro questionário em 2001 e desse questionário em 2007, a Secretaria de Vigilância em Saúde (2008, p. 25) concluiu que:

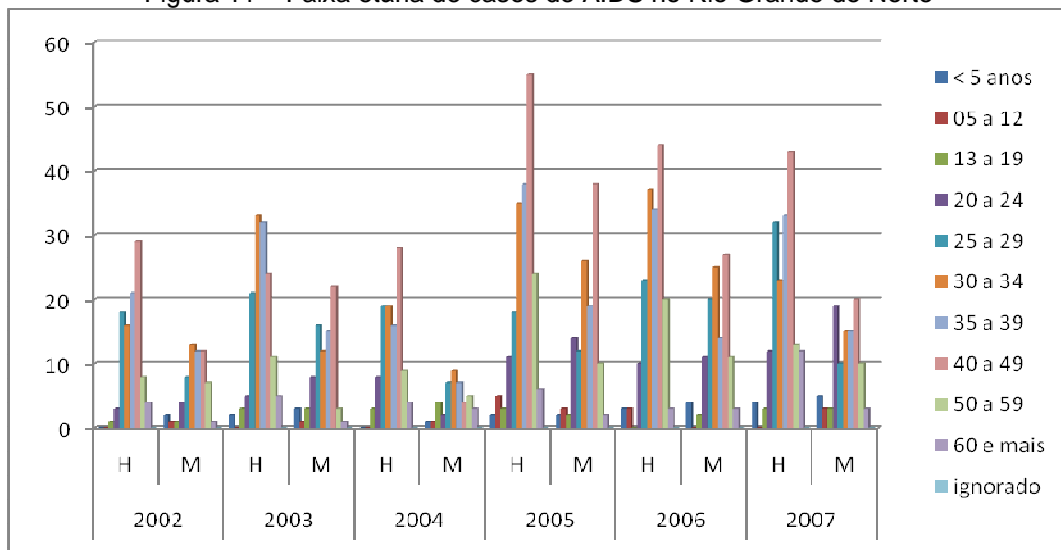
Dos 322 serviços incluídos na primeira avaliação Qualiaids, 204 (63%) foram incluídos nesta avaliação. A maioria dos serviços obteve aumentos significativos nas médias de todas as três dimensões de qualidade avaliadas. Entre os serviços que apresentaram pioras, a dimensão de gerência foi a mais freqüente. Contudo, a maior queda de médias ocorreu na dimensão de assistência.

3.2 A AIDS no Rio Grande do Norte

3.2.1 Os números da AIDS no Rio Grande do Norte

Os números da AIDS no Rio Grande do Norte têm acompanhado as tendências e estatísticas apontadas em nível nacional. Nesses últimos 10 anos, entre os anos de 2000 e 2009 foram diagnosticados 2.222 casos, sendo 1.432 pessoas do sexo masculino e 790 pessoas do sexo feminino, o que representa uma razão de infectados de 1,8 homens para cada mulher. Dentre esses infectados, a faixa etária predominante está entre 20 e 49 anos, conforme demonstrado na Figura 11. (DANTAS, 2010)

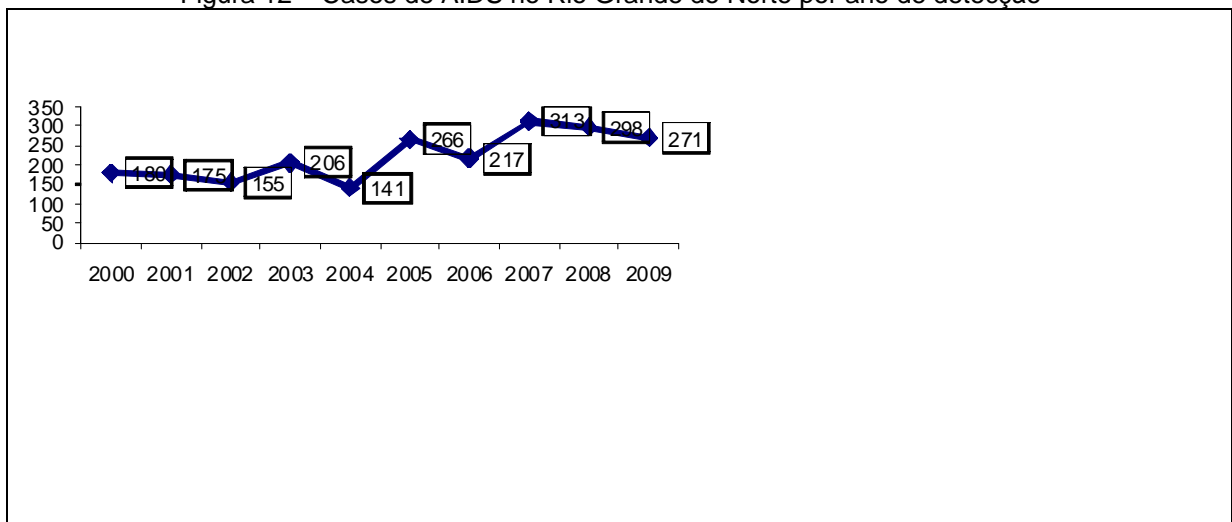
Figura 11 – Faixa etária de casos de AIDS no Rio Grande do Norte



Fonte: Dantas (2010)

Se considerado o ano de incidência, 2007, com 313 casos detectados foi o ano que apresentou o maior número de casos detectados nos últimos 10 anos, conforme se observa na Figura 12.

Figura 12 – Casos de AIDS no Rio Grande do Norte por ano de detecção



Fonte: Dantas (2010)

Os municípios com maior incidência de casos de AIDS, em números absolutos, são Natal e Mossoró, com 946 e 243 casos, respectivamente, se considerado o período de 2000 a 2009. O Quadro 1 apresenta os 14 municípios onde mais foram notificados casos de AIDS no Estado nesse período.

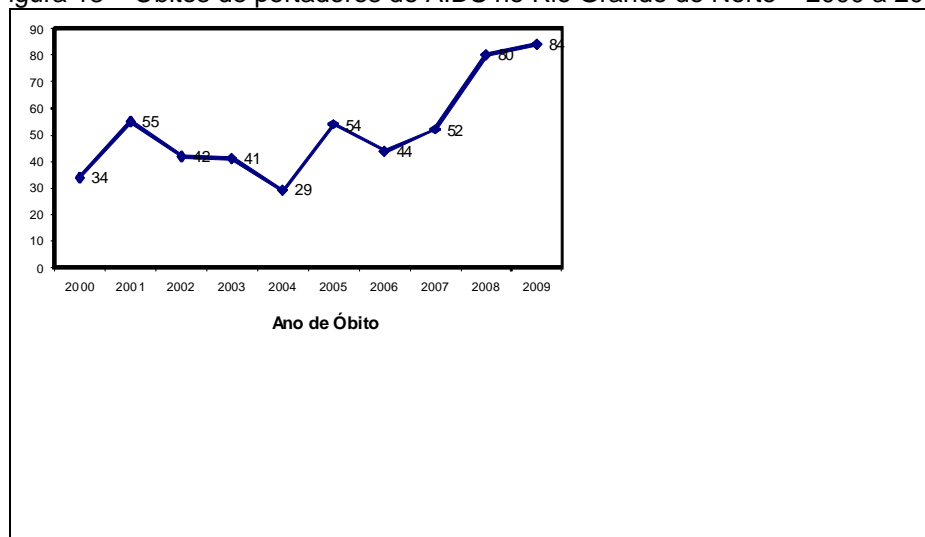
Quadro 1 – Número de casos por município de residência – 2000 a 2009

Ordem	Município	Masculino	Feminino	Total
1	Natal	659	287	946
2	Mossoró	132	102	243
3	Parnamirim	71	44	115
4	São Gonçalo do Amarante	35	21	56
5	Ceará Mirim	33	21	54
6	Areia Branca	17	17	34
7	Macaíba	16	17	33
8	Macau	17	14	31
9	Santa Cruz	19	9	28
10	Caicó	16	7	23
11	Açu	8	13	21
12	Currais Novos	11	8	19
13	São José de Mipibu	9	16	25
14	Canguaretama	7	6	13

Fonte: Adaptado de Dantas (2010)

No que diz respeito ao número de óbitos de portadores, o ano de 2009 foi o que apresentou o maior dos últimos 10 anos, conforme demonstrado na Figura 13. Nesse ano, o coeficiente de mortalidade no Estado atingiu o índice de 2,7 (2,7 / 100.000 habitantes).

Figura 13 – Óbitos de portadores de AIDS no Rio Grande do Norte – 2000 a 2009



Fonte: Dantas (2010)

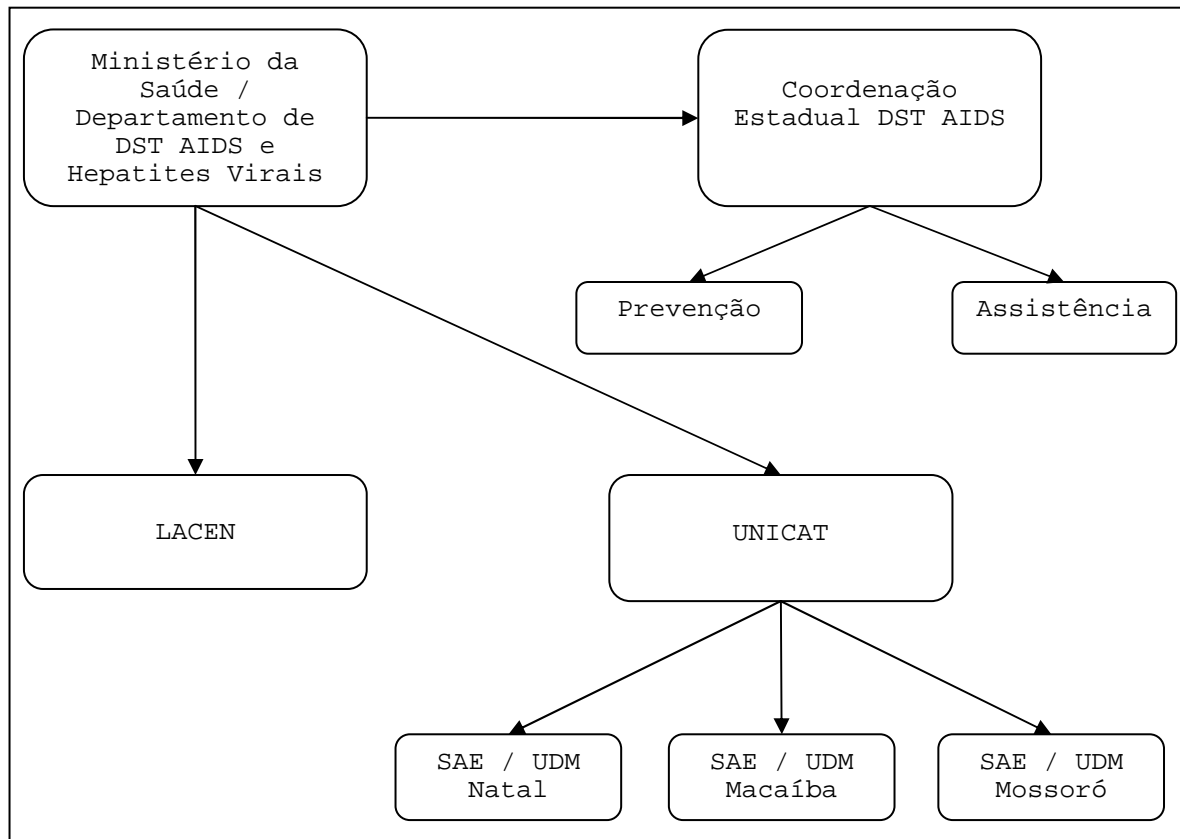
3.2.2 O tratamento dos portadores de HIV/AIDS no Rio Grande do Norte

No Rio Grande do Norte, o tratamento dos portadores de HIV/AIDS envolve diversos órgãos da Secretaria de Estado da Saúde Pública (SESAP), dentre os quais se destacam:

- Coordenação Estadual DST AIDS – responsável pelo controle dos recursos financeiros para assistência, prevenção e estratégias do programa no Estado;
- Unidade Central de Agentes Terapêuticos (UNICAT) – responsável pelo recebimento dos medicamentos enviados pelo Ministério da Saúde ou pelos fornecedores, e pela distribuição desses medicamentos para as unidades de tratamento de portadores da AIDS;
- Laboratório Central Dr. Almino Fernandes (LACEN) – laboratório responsável por doenças que possuem agravo e que podem provocar surto; é o laboratório que realiza, dentre outros exames, o teste para verificar a infecção por HIV;
- Hospital Geral Giselda Trigueiro (HGGT) – principal unidade de Serviço de Atendimento Especializado (SAE) e Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM) do Estado, onde foi instalado o Hospital-Dia;
- SAE/UDM Macaíba;
- SAE/UDM Mossoró; e
- SAE/UDM São José de Mipibu.

A Figura 14 representa esquematicamente a atuação e a integração desses órgãos.

Figura 14 – Órgãos envolvidos no combate à AIDS no Rio Grande do Norte



Fonte: Elaborado a partir de documentos disponibilizados pela Coordenação Estadual do Programa DST/AIDS

A seguir serão apresentados, resumidamente, os procedimentos desenvolvidos por cada órgão no combate à AIDS.

3.2.2.1 Coordenação Estadual DST AIDS

A Coordenação Estadual do Programa DST/AIDS e Hepatites Virais está subordinada à Subcoordenadoria de Vigilância Epidemiológica da SESAP-RN. É constituída por 12 funcionários e 2 apoios administrativos, distribuídos de acordo com os programas estratégicos, tais como: Coordenação, Saúde e Prevenção nas Escolas, Articulação com OSC, Prevenção, Saúde e Prevenção nas Escolas e Administração, Coordenação do Programa de Hepatites, Vigilância Epidemiológica AIDS e Hepatites, Vigilância Epidemiológica Hepatites, Vigilância Epidemiológica AIDS e Sífilis e Indicadores de Pactos, e a Assistência Farmacêutica.

Uma das principais atividades dessa coordenação é o controle e execução do Plano Anual de Metas (PAM), projeto do Ministério da Saúde que

repassa recursos financeiros para apoio às estratégias de combate e atendimento ao programa DST/AIDS, tanto no âmbito estadual quanto no municipal.

Em 2009, o PAM teve seus planos estratégicos, bem como a sua efetivação e os valores executados, conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3 – Execução do Plano Anual de Metas – 2009

Receitas (MS)	Executadas	Parceria OSC (MS)		Executadas	Contrapartida (Governo)	Executadas
		Ações OSC	Casa de Apoio			
655.650,72 + 2.114,15 (Fórmula Infantil)	453.106,19	100.014,19	130.000,00	0,00	102.401,54	99.699,97

Fonte: Elaborado a partir de documentos disponibilizados pela Coordenação Estadual do Programa DST/AIDS

A contrapartida do Estado é exclusivamente utilizada para compra de medicamentos para doenças oportunistas, fórmula infantil (leite para suportar alimentação de 8 meses das crianças filhas de portadoras) e preservativos (masculinos e femininos). Os valores provenientes do Ministério da Saúde são para aplicação nas metas programadas pela coordenadoria estadual do programa DST/AIDS e Hepatites Virais, conforme apresentado no Apêndice H.

3.2.2.2 UNICAT

A Unidade Central de Agentes Terapêuticos (UNICAT), desde o ano de 2005, teve seu horário de funcionamento ampliado, estando à disposição do público e das UDMs para distribuição de medicamentos das 7 às 19 horas.

O almoxarifado central funciona no horário das 7 às 17 horas e conta com uma equipe composta por 3 funcionários e 2 farmacêuticos. Os funcionários e um dos farmacêuticos trabalham em regime de 6 horas diárias, enquanto o segundo farmacêutico trabalha em regime de plantões, com 5 plantões com duração de 12 horas cada.

A UNICAT atua na administração de diversos programas governamentais de saúde, tais como: diabetes, tuberculose, saúde da mulher, cólera, endemias focais (leishmaniose, malária, meningite, tracoma, esquistossomose, doença de

Chagas), doenças oportunistas, preservativos e nutrição (leite para crianças de mães soropositivas).

O programa DST AIDS funciona numa sala exclusiva desse programa. A compra de todos os medicamentos é realizada diretamente pelo Ministério da Saúde, que encaminha esses medicamentos mensalmente para a UNICAT, segundo planilhas de requisição elaboradas pelas UDMs e centralizadas pela coordenadoria geral do DST AIDS. A planilha enviada ao Ministério da Saúde é preparada por meio do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM). As UDMs elaboram as solicitações através do sistema e encaminham à Coordenadoria Geral DST/AIDS, sendo esta última responsável pelo envio do pedido geral ao Ministério da Saúde.

As atividades relacionadas ao programa DST AIDS que são realizadas pela UNICAT incluem:

- Recebimento (ala de recepção) dos medicamentos (ARVs) com as devidas notas fiscais para conferência e armazenagem;
- Na sala de armazenagem o controle é realizado por meio de fichas Kardex;
- Quando da chegada dos medicamentos, estes são enviados às UDMs, por meio de veículos das unidades ou da própria UNICAT.

É importante destacar que o Ministério da Saúde geralmente envia uma quantidade de medicamentos 10% maior que a quantidade solicitada pela Coordenadoria Geral DST/AIDS, como forma de constituir uma reserva para casos emergenciais. Esse excedente fica armazenado no próprio almoxarifado até ocorrer sua dispensação nos casos solicitados.

3.2.2.3 LACEN

O Laboratório Central Dr. Almino Fernandes (LACEN) é o laboratório responsável pela realização dos testes para detecção do HIV (carga viral e contagem das células CD4/CD8) no Estado do Rio Grande do Norte.

A partir de uma solicitação de sorologia para o HIV, são realizados os seguintes exames (estes exames estão alocados ao Departamento de Virologia):

- ELISA (1ª triagem) – caso surja alguma dúvida, é realizada uma nova testagem;
- Imunoflorescência ou Western Blot – estes testes são os chamados testes confirmatórios. Geralmente o LACEN realiza primeiramente a Imunoflorescência e, caso ainda haja alguma dúvida, é realizado o Western Blot.

Os exames são realizados para atender duas demandas diferenciadas:

- 1) Pacientes que vão até o LACEN para fazer a coleta; ou
- 2) Quando a coleta é feita nos hospitais, chega ao LACEN o sangue já coletado, geralmente vindo dos pólos de São José de Mipibu, Macaíba, Mossoró ou internos (Hospital Geral Giselda Trigueiro), bem como dos hospitais particulares.

Quando há positividade do exame de sorologia, o LACEN encaminha o resultado para o Hospital-Dia ou para quem solicitou (hospitais particulares). Em seguida, o hospital encaminha o paciente novamente para o LACEN, com a devida requisição, para o segundo exame, “Contagem de CD4 e Carga Viral” (estes exames estão alocados ao Departamento de Biologia Molecular). É este teste que irá identificar se o paciente necessitará ou não começar o tratamento, e é nesta fase que o paciente já se encontra cadastrado no programa DST AIDS. O portador tem direito a três testes por ano, a depender do seu estado geral.

No LACEN, o Departamento de Biologia Molecular conta com 2 bioquímicos que são responsáveis pelos exames de carga viral, e outros 2 que são responsáveis pelos exames de CD4/CD8. Estes exames são de alta complexidade e os seus custos são de responsabilidade do Ministério da Saúde, que fornece as máquinas e os kits necessários à realização dos testes.

Outro exame de responsabilidade do LACEN, realizado nos portadores de HIV é o exame de “Genotipagem”. Este exame, de alta complexidade, é responsável pela identificação do medicamento adequado para cada paciente. O

LACEN coleta o sangue e encaminha para um laboratório localizado em Recife/PE, um dos sete Estados que possuem laboratório específico para tal exame.

3.2.2.4 Hospital Geral Giselda Trigueiro / Hospital-Dia (SAE/Natal)

O Hospital Geral Giselda Trigueiro (HGGT) é a unidade de tratamento de doenças infecto-contagiosas do Estado do Rio Grande do Norte. É nas dependências do HGGT que se encontra instalado o Hospital-Dia (HD), para tratamento dos portadores do vírus HIV.

O Hospital-Dia atende apenas soropositivos, com horário de funcionamento das 7 às 19 horas, ficando fechado entre as 12h e 13h30min, para almoço. Atualmente os serviços de limpeza e de segurança são terceirizados e o quadro de funcionários do HD é assim composto:

- a) Auxiliares de enfermagem
 - Quantidade – 5;
 - Carga horária – 12 plantões de 12h (cada), 144h mensais.
- b) Enfermeiras
 - Quantidade – 2;
 - Carga horária – 12 plantões de 12h (cada), 144h mensais.
- c) Assistentes Sociais
 - Quantidade – 2;
 - Carga horária – 3 plantões de 12h semanais, 144h mensais.
- d) Especialistas
 - 8 Infectologistas, sendo 2 pediatras;
 - 1 Nutricionista;
 - 2 Dentistas;
 - 1 Cardiologista;
 - 1 Ginecologista;
 - 2 Psicólogos, sendo 1 infantil;
 - 1 Urologista;
 - 1 Reumatologista;
 - 1 Proctologista;

- 1 Endocrinologista; e
- 1 Dermatologista.

No que diz respeito ao atendimento médico, este funciona nos horários de 8 às 11h, de 13h30min às 16h, com uma demanda média de 1.200 atendimentos por mês.

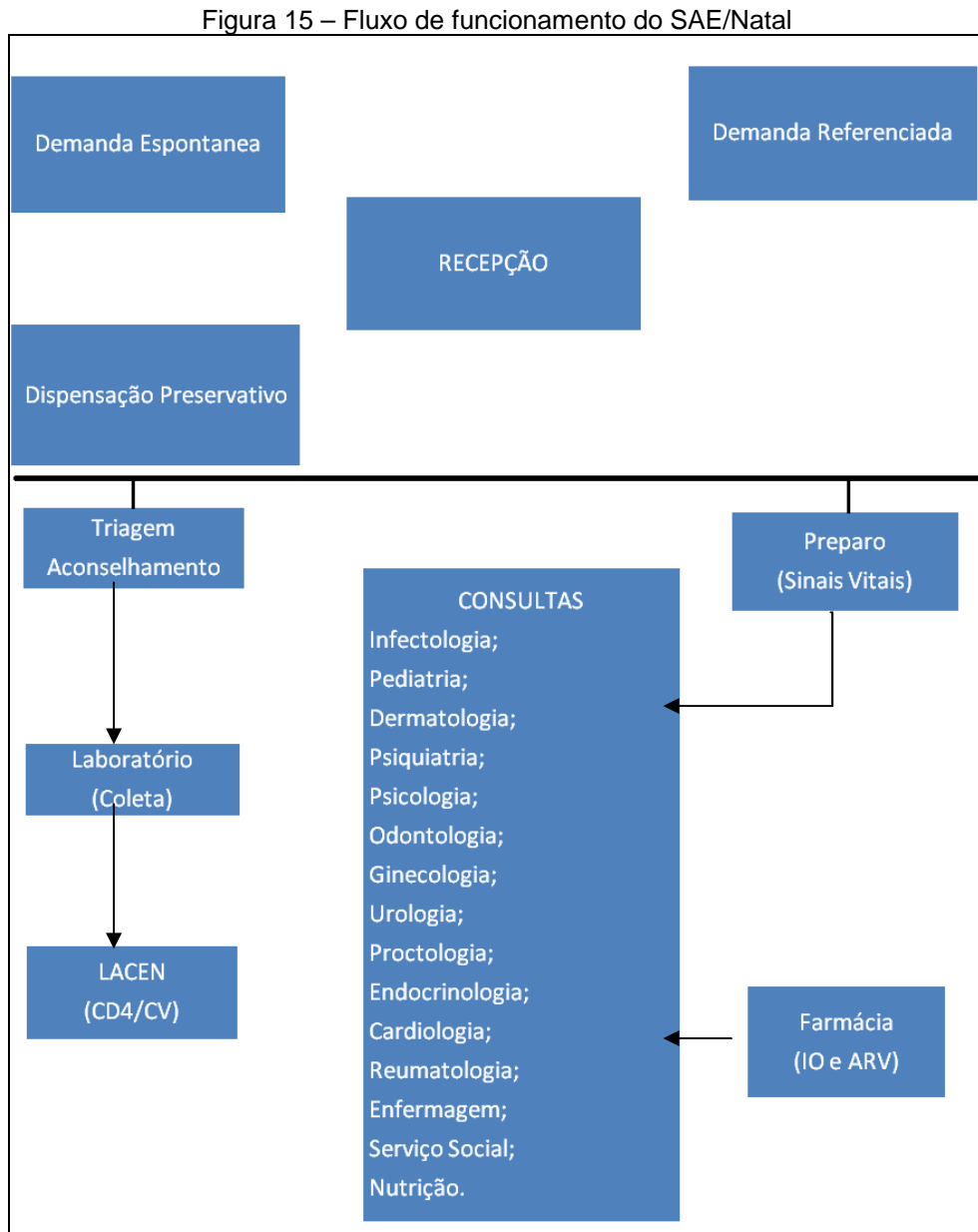
A estrutura física do HD conta com: 1 Sala para atendimento do Serviço Social; 1 Sala para atendimento odontológico; 4 Consultórios para as demais especialidades; 1 Sala para atendimento da Enfermagem (triagem); e 5 leitos (SAI) – utilizados diariamente para observação e acompanhamento aos pacientes que estão sendo medicados, no horário de 7h às 19h. Existe, ainda, uma farmácia específica para atendimento aos portadores de HIV/AIDS, com horário de funcionamento das 7h30min às 17h30min. Nessa farmácia estão lotados 5 funcionários fixos, que trabalham diariamente em escalas de 2 funcionários, e 4 farmacêuticos responsáveis (plantonistas – 12 plantões de 12 horas cada, por mês).

O setor de prontuário atende a todos os pacientes do HGGT (recepção do ambulatório geral), não apenas os do HD. Nesse universo são tratadas, além da AIDS, no setor do Hospital-Dia, as doenças oportunistas (alas mistas 1 e 2) e outras doenças consideradas complexas (Câncer, DST, Tuberculose, Rubéola, Meningite, entre outras). No que se refere à AIDS, este setor é responsável apenas pelo preenchimento de uma ficha, na qual constará o número do prontuário do paciente, que é preenchido posteriormente na sala de triagem, no próprio Hospital-Dia. No setor de prontuário existem 4 funcionários trabalhando 40h semanais e 1 trabalhando 30h semanais.

O setor que é o encarregado do arquivamento de todos os prontuários (cadastrados no SUS) dos pacientes que são atendidos no Hospital Geral Giselda Trigueiro, inclusive os relacionados ao Hospital-Dia (portadores de HIV/AIDS) é o Serviço de Atendimento Médico e Estatístico (SAME), onde estão lotados atualmente 27 funcionários. Cabe ressaltar que os prontuários ainda são manuais, não há controle informatizado destes, o que dificulta o atendimento no Hospital-Dia. O paciente portador de HIV tem um número de prontuário, bem como um prontuário para este tipo de atendimento (Hospital-Dia); caso o mesmo paciente necessite ser

atendido no HGGT, terá outro prontuário, porém com a mesma numeração inicialmente cadastrada.

O SAE/Natal (Hospital-Dia) tem seu fluxo de funcionamento apresentado na Figura 15.



Fonte: SAE/HGGT (2010)¹⁶

Inicialmente, o acesso ao Hospital-Dia ocorre de duas formas: demanda espontânea ou demanda referenciada.

A demanda espontânea pode ocorrer de duas formas:

- a) Paciente que não tem conhecimento da doença e procura o hospital para fazer o teste ELISA (sendo este o primeiro teste realizado para detecção do vírus HIV):
- Recepção – atendido por auxiliares de enfermagem, que encaminha, caso não tenha prontuário, o paciente para a Recepção do ambulatório geral (Chamado Prontuário) para que seja aberto um.
 - Triagem (aconselhamento) – Com o número de prontuário em mãos, o paciente vai à área de triagem, onde é atendido por uma enfermeira, que irá ouvir toda a sua história e preencherá o prontuário com as devidas informações. Solicitará um exame (teste ELISA) e se o mesmo estiver no período “Janela” (o paciente encontra-se no período janela até 45 dias a contar do dia da contaminação) já solicita que em 45 dias seja feito outro teste para confirmação do resultado do primeiro teste.
 - Laboratório (coleta de sangue) – O paciente, com a devida solicitação do exame, encaminha para o LACEN, para que seja efetuado o primeiro teste. Quanto ao resultado (positivo ou negativo), o laboratório encaminha para a enfermeira (Triagem).
 - Triagem (aconselhamento) – Com o resultado em mãos, sendo positivo, será de imediato marcada uma consulta para o médico infectologista dar o resultado para o paciente (primeira conversa). Sendo negativo, a própria enfermeira irá chamar o paciente para informar-lhe sobre o resultado.
- b) Paciente que já tem o conhecimento da doença (exame aberto), pois realizou a coleta de sangue (exame) em outro laboratório (particular, por exemplo) e já tem o conhecimento que se encontra com o vírus HIV:
- Recepção – atendido por auxiliares de enfermagem, que encaminham, caso não tenha prontuário, o paciente para a Recepção do ambulatório geral (Chamado Prontuário) para que seja aberto um. Retorna para a recepção a fim de verificar os sinais vitais (temperatura, pressão, peso, entre outros).
 - Triagem (aconselhamento) – O paciente será atendido pela enfermeira para averiguação dos sintomas e marcará a consulta, dependendo da urgência,

¹⁶ Essa figura espelha o fluxo de funcionamento disponível na recepção do SAE/HGGT em Natal.

para o médico infectologista, para o começo do tratamento. Também é neste momento que será preenchido o prontuário do paciente.

A demanda referenciada corresponde aos pacientes transferidos, ou seja, o paciente que já se encontra em tratamento em outra cidade e que por algum motivo agora residirá no Rio Grande do Norte, mais especificamente, em Natal/RN ou regiões que sejam de responsabilidade da unidade de Natal atender, pois a outra unidade de referência do tratamento é em Mossoró/RN, no hospital Rafael Fernandes, sendo este fora do escopo desse trabalho.

O fluxo para a demanda referenciada é o seguinte:

- Recepção – atendido por auxiliares de enfermagem, geralmente o paciente já vem com um prontuário em mãos; caso não tenha tal prontuário, este é encaminhado para a Recepção do ambulatório geral (Chamado Prontuário) para que seja aberto um. Retorna para a recepção a fim de verificar os sinais vitais (temperatura, pressão, peso, etc.).
- Triagem (aconselhamento) – O paciente será atendido pela enfermeira para averiguação dos sintomas e marcará a consulta, dependendo da urgência, para o médico infectologista, para a continuação do tratamento. Também é neste momento que será preenchido o prontuário do paciente, caso este não tenha.

Na tocante às consultas, o Hospital-Dia oferece 15 especialidades, com os devidos treinamentos aos profissionais, para os portadores vivendo com HIV/AIDS. A maior procura é pela especialidade de Serviço Social, principalmente para esclarecer algumas dúvidas sobre a própria doença e saber um pouco mais sobre seus direitos.

Para dar início ao tratamento, o portador é cadastrado no programa DST/AIDS, e após a consulta com o médico, recebe o receituário válido para retirada dos ARV na farmácia do próprio Hospital-Dia. Esse receituário permite que o portador realize, no intervalo de dois meses, duas retiradas dos medicamentos.

Por sua vez, a farmácia é o local onde são retirados os medicamentos, destinados ao tratamento dos portadores vivendo com HIV/AIDS. Neste setor o

paciente tem uma ficha individual de controle dos medicamentos que devem ser tomados mensalmente. Atualmente, a média de atendimentos diários é entre 60 e 80, obedecendo ao seguinte fluxo:

- O paciente vem com a receita, que geralmente é válida por dois meses.
- Sendo paciente de 1ª vez tem aconselhamento do farmacêutico, a fim de permanecer no tratamento corretamente.
- Estes pacientes são cadastrados no SICLOM a partir do momento em que se inicia o tratamento com a utilização dos medicamentos. O início da utilização destes medicamentos se dá em pacientes com CD4 abaixo de 350/mm³ ou se a carga viral for alta.
- É anexada uma ficha de dispensação dos anti-retrovirais.
- Caso o paciente seja acometido por alguma doença oportunista (tuberculose, toxoplasmose, parasitose, entre outras) vem até a farmácia com uma receita simples, indicando o medicamento necessário. Tal medicamento é retirado da farmácia central, dando baixa no sistema do Hospital Geral Giselda Trigueiro.

A Farmácia dispõe de vários medicamentos, a saber: Abacavir – ABC; Amprenavir – APV; Atazanavir – ATV; Darunavir – DRV; Didanosina – ddl; Efavirenz – EFZ; Enfuvirtida – T-20; Estavudina – d4T; Fosamprenavir – FPV; Indinavir – IDV; Lamivudina – 3TC; Lopinavir + ritonavir – LPV/r; Nevirapina – NVP; Raltegravir – RAL; Ritonavir – RTV; Saquinavir – SQV; Tenofovir – TDF; Zidovudina + lamivudina – AZT + 3TC; e Zidovudina – AZT. As apresentações e dosagens desses medicamentos estão disponíveis no Apêndice C.

Para o controle de medicamentos, a farmácia utiliza um formulário individual com discriminação de todos estes medicamentos anteriormente citados e cada receituário emitido pelo médico corresponde a duas dispensações.

4 MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

4.1 Classificação da pesquisa

A pesquisa encontra-se delineada em três categorias segundo tipologia apresentada por Beuren (2003): quanto aos objetivos, quanto aos procedimentos e quanto à abordagem do problema.

Quanto aos objetivos, esse estudo enquadra-se como uma pesquisa exploratória e descritiva. Exploratória por buscar mais profundamente o conhecimento sobre os custos do tratamento ambulatorial da HIV/AIDS, um tema ainda pouco esclarecido, com a intenção de buscar novas dimensões sobre o estudo; descritiva uma vez que buscou identificar as atividades relevantes e os respectivos custos incorridos no processo de combate à AIDS.

Quanto aos procedimentos, esta pesquisa caracteriza-se como estudo de caso, bibliográfica e documental.

O estudo de caso, segundo ressaltam Ryan, Scapens e Theobald (1998, p.191):

tornou-se uma prática comum na pesquisa em contabilidade, em especial na contabilidade de gestão, embora relativamente escasso em finanças. [...] Na pesquisa contábil, o estudo de caso está ganhando aceitação como método adequado de investigação e cada vez mais aparecem exemplos nas publicações relacionadas. (tradução nossa)¹⁷

No que se refere à classificação da pesquisa como bibliográfica, o estudo se reporta a referências teóricas publicadas em livros, artigos científicos, revistas, entre outras fontes. como informações e conhecimentos prévios do assunto estudado. Também se classifica como documental por ter estudado documentos gerados pelos órgãos envolvidos no estudo que ainda não haviam recebido nenhum tratamento analítico ou que poderiam sofrer reelaboração de acordo com o objetivo da pesquisa.

¹⁷ *se ha constituido como prácticamente habitual en la investigación contable, sobre todo en la contabilidad de gestión, aunque es relativamente escaso en finanzas.[...] En la investigación contable, el estudio de casos está ganando aceptación como método adecuado de investigación y cada vez aparecen más ejemplos en las publicaciones relacionadas.*

Finalizando a tipologia, a pesquisa se caracteriza quanto à abordagem do problema como uma pesquisa qualitativa, pois tem um tratamento classificatório quanto aos processos e os respectivos custos; porém, também se enquadra como quantitativa, por envolver a própria apuração dos custos.

4.2 Processo de coleta de dados

O presente estudo pode ser classificado como observacional, por ter sido desenvolvido a partir de uma coleta de dados sem influenciar os eventos. Também se caracteriza como um estudo transversal, visto que a coleta de dados foi realizada considerando um período definido de tempo, obtendo um recorte momentâneo do fenômeno investigado. (NARDI, 2010)

Os dados foram coletados *in loco*, por meio da análise de fontes primárias e da realização de entrevistas no Hospital-Dia, na UNICAT, no LACEN e na Coordenação Estadual do Programa DST AIDS do Estado do Rio Grande do Norte, em Natal/RN.

Também foram coletadas informações relevantes para o desenvolvimento desse trabalho, a partir do instrumento desenvolvido pela Universidade de São Paulo para o Ministério da Saúde, o QUALIAIDS, que foi um questionário de avaliação da qualidade da assistência ambulatorial nos serviços públicos de atenção à AIDS no Brasil.

4.3 Procedimentos para mensuração de custos

Inicialmente, através da coleta de dados, foram identificados os gastos relacionados ao tratamento ambulatorial da HIV/AIDS nos portadores do HIV, assistidos pelo Programa DST AIDS.

O primeiro componente dos custos do tratamento ambulatorial é o gasto com medicamentos anti-retrovirais e com medicamentos de combate às infecções oportunistas.

Em seguida foi efetuada a identificação dos outros gastos, tais como:

- Materiais;

- Pessoal;
- Edifício;
- Equipamentos;
- Móveis; e
- Custos Gerais: energia elétrica, seguro, água, aluguéis e arrendamentos, serviços profissionais, despesas de viagem, comunicações, publicidade, imposto predial e territorial urbano, entre outros.

As fontes de dados utilizadas para valorar cada elemento de custo (Exames laboratoriais realizados no HGGT, Medicamentos para infecções oportunistas e DST, Medicamentos anti-retrovirais, Exames de alta e média complexidades realizados pelo LACEN e Gastos de estrutura: LACEN, UNICAT E Hospital-Dia/HGGT) estão descritas com maiores detalhes no capítulo 5, que expõe a análise e discussão dos dados coletados.

4.4 Análise dos dados

Após coletados, os dados foram classificados e agrupados por tipo de custo e por procedimento, buscando apurar o custo médio no tratamento ambulatorial dos portadores do vírus HIV.

O foco do trabalho foram os custos de curto prazo; investimentos de longo e médio prazos não foram considerados, devido à falta de registros e de controles dos valores e das datas de aquisição dos imobilizados, bem como do cálculo e registro das respectivas depreciações. Os custos totais apurados em 2009 foram divididos pelo número de pacientes assistidos pelo programa neste ano, para se obter o custo médio anual de um portador, caracterizando estimativa, já que os custos do tratamento dos pacientes do ambulatório variam com a gravidade da doença e tempo de diagnóstico.

4.5 Limitações da pesquisa

A pesquisa restringiu-se ao levantamento dos custos da unidade do Hospital-Dia em Natal, que é um dos dois hospitais que prestam serviços

ambulatoriais no Estado do Rio Grande do Norte, de acordo com o relatório de avaliação da assistência ambulatorial dos adultos vivendo com HIV/AIDS – QUALIAIDS 2007/2008, divulgado pelo Ministério da Saúde.

O presente estudo serviu como uma etapa para o desenvolvimento de um estudo mais abrangente, em nível de doutorado, que buscará modelar um sistema para mensuração de custos no tratamento ambulatorial da HIV/AIDS no Brasil.

Durante o desenvolvimento desse estudo foram identificadas algumas limitações. A seguir estão apresentadas as cinco principais.

4.5.1 Medicamentos para infecções oportunistas e DST

Estes medicamentos são adquiridos com recursos provenientes do Ministério da Saúde e do Governo do Estado. São medicamentos exclusivos para portadores HIV/AIDS, e sua aquisição é solicitada pela Farmácia Central do Hospital Geral Giselda Trigueiro, juntamente com outros medicamentos utilizados nos pacientes do hospital (internação e pronto-socorro).

Apenas no mês de maio de 2010 foram realizados pedidos separando os medicamentos para infecções oportunistas dos demais medicamentos utilizados no hospital. Desta forma, não foram obtidos os gastos efetivos no período de 2009; os valores considerados foram uma estimativa anual realizada a partir dos medicamentos solicitados e consumidos no mês de maio de 2010.

Esses medicamentos não têm um controle específico para dispensação por portador; a planilha disponibilizada pela Farmácia Central do HGGT é uma estimativa feita de acordo com levantamentos de estoque.

4.5.2 Exames laboratoriais realizados no HGGT

Não há controle por parte do laboratório do Hospital Geral Giselda Trigueiro dos exames efetivamente realizados para os portadores, já que este laboratório realiza exames de toda a população que é atendida pelo HGGT, seja pelo atendimento através do Pronto-Socorro, internação, ambulatório ou Hospital-DIA. Também não foi possível identificar quantos exames foram realizados pelos portadores pelo Hospital-DIA, já que o controle é feito no prontuário e este ainda é

manual, e nem sempre os exames são anotados neste prontuário, pois ocorrem situações em que os prontuários não são localizados no SAME (local de arquivo dos prontuários gerais do HGGT).

4.5.3 Exames de alta e média complexidades realizados pelo LACEN

O LACEN é o laboratório estadual responsável pela realização de exames que garantem o diagnóstico de agravos e avaliação de produtos e recursos ambientais que impactam na saúde pública do Estado do Rio Grande do Norte.

Este laboratório presta atendimento a toda a população do estado do Rio Grande do Norte. Desta forma, para os exames de alta e média complexidade que também são realizados para os portadores de HIV/AIDS, não há separação da quantidade destes exames efetuados nos portadores. Segundo o setor de coleta de sangue, não há estrutura disponível para identificar qual paciente é ou não portador de HIV/AIDS.

Da mesma forma que acontece com o controle de exames laboratoriais efetuados no HGGT, também não há controle dos exames realizados no LACEN, no SAE/HGGT, pelo mesmo motivo citado anteriormente, os prontuários são manuais.

4.5.4 Gastos gerais nas unidades UNICAT, LACEN e Hospital-Dia

Para as unidades UNICAT e LACEN que não possuem orçamento próprio, todos os gastos gerais (água, energia, locação de equipamentos, material de consumo – descartáveis, expediente, limpeza, conservação e material médico-hospitalar, gêneros alimentícios, telefonia, segurança, higienização, manutenção preventiva, gás e combustível) são controlados e pagos pela SESAP-RN.

Para os materiais de consumo, a Subcoordenadoria de Material e Patrimônio realiza aquisição destes materiais para abastecimento de todas as unidades de saúde do Estado do Rio Grande do Norte através de pregões, não tendo controle de compras por unidade. O único controle realizado é especificamente quantitativo, por meio dos pedidos feitos pelas próprias unidades. Dessa forma, os valores considerados no cálculo do custo foram os valores identificados nos pregões recentes, não correspondendo aos valores reais dos

materiais consumidos, uma vez que não foi possível identificar as notas fiscais das compras destes materiais.

4.5.5 Controle de gastos por departamento nas três unidades

Não há controle de nenhum tipo de gasto por departamento, dentre os gastos anteriormente mencionados. Dessa forma, foram utilizadas bases de rateio, diferenciadas por unidade, para alocação de custos nos setores compreendidos nesse estudo, tais como: Setor de Programas Estratégicos do MS – UNICAT; Setor Biologia Molecular – LACEN; e Hospital-Dia – Hospital Geral Giselda Trigueiro. A seguir são apresentados comentários a respeito de possíveis impactos nos valores dos custos apurados.

4.5.5.1 Setor de Armazenamento e Dispensação dos Programas Estratégicos do MS – UNICAT

Este setor administra oito programas mantidos com recursos do Ministério da Saúde, sendo eles: Cólera, Malária, Saúde da Mulher, DST/AIDS, Hanseníase, Tuberculose, Diabetes e Leishmaniose. Neste setor trabalham oito pessoas que são responsáveis pelas atividades desenvolvidas pelos programas.

A base de rateio utilizada para distribuir os custos com pessoal desse setor foi o fluxo de medicamentos dos programas no ano de 2009. Verificou-se que a maior parte do fluxo referia-se ao programa DST/AIDS (cerca de 67,09%). Para distribuição dos gastos gerais da UNICAT, devido à falta de controle por departamento, também foi utilizada essa base de rateio.

Na unidade existem três grandes departamentos de controle e dispensação de medicamentos; são eles: Programas Estratégicos do MS, CME (medicamentos de alto custo) e Médico-Hospitalar. Foi utilizado como base de rateio o fluxo de entradas de medicamentos, já que a atividade operacional da unidade é o recebimento, estocagem e dispensação de medicamentos. Verificou-se que a maior representatividade foi o Médico-Hospitalar (54,15%), enquanto o departamento de Programas Estratégicos, foco do estudo nesta unidade, representou 16,27% do fluxo total. A escolha desta base de rateio se deu por ser a base mais objetiva,

devido à existência de certo tipo de controle, utilizando planilhas eletrônicas e as próprias notas fiscais.

É importante ressaltar que a utilização dessas bases de rateio pode superestimar o custo apurado, pois a UNICAT não é composta apenas dos três departamentos apresentados, existindo também toda a área administrativa e de estocagem, além de restaurante e salas dos médicos, onde são realizadas as perícias com os pacientes que precisam retirar medicamentos de alto custo na própria unidade.

4.5.5.2 Setor de Biologia Molecular – LACEN

O Setor de Biologia Molecular é o responsável pela realização dos exames de CD4/CD8, Carga Viral e Hepatite C. A partir dessa constatação, para o cálculo do valor dos gastos com pessoal desse setor atribuíveis aos portadores do HIV/AIDS, foram desconsiderados os gastos referentes às bioquímicas que realizam exclusivamente os exames de Hepatite C.

Na apropriação dos custos relativos às pessoas que desempenham as funções de auxiliar de saúde e de assistente técnica, foi considerado o percentual de 65% desse custo. Este percentual foi baseado na quantidade de exames realizados no Setor de Biologia Molecular no período de 2009, sendo 3.856 exames de Hepatite C (dado disponibilizado pelo setor de estatística do LACEN) e 7.274 exames de CD4/CD8/Carga Viral (dado verificado no SISCEL).

Para distribuição dos gastos gerais do LACEN, também foi utilizado o fluxo de exames realizados no ano de 2009, por ser esta a atividade operacional da unidade (realização de exames de alta e média complexidades). Os setores que realizam os exames são: Biomolecular, Imunobiologia, Microbiologia e Pezinho. Verificou-se que o setor de Imunobiologia, que é o que possui a maior diversidade de exames, foi o responsável pelo maior percentual (68,37%), enquanto o setor de Biomolecular, foco desse estudo nesta unidade, representou apenas 1,5%.

Ressalta-se que a utilização dessas bases de rateio pode distorcer o custo alocado aos portadores do HIV/AIDS, visto que o LACEN não é composto apenas pelos quatro departamentos anteriormente citados, existindo, também, toda a área administrativa e de estocagem, restaurante, sala de higienização dos materiais permanentes e a área de coleta de sangue.

Há também que se observar a existência de máquinas (cedidas por comodato) nos setores de realização dos exames, sendo algumas fornecidas pelo Ministério da Saúde e outras pelo próprio governo do Estado do Rio Grande do Norte. Como não foi possível obter informações acerca dessas máquinas, não foram computados os custos decorrentes delas.

Outro fato também é o consumo de material médico-hospitalar, sobre o qual que não há controle por departamento quanto à sua utilização, sendo o gasto com este item, dentro dos gastos totais, representado por quase 40%.

4.5.5.3 Hospital-Dia – Hospital Geral Giselda Trigueiro

No Hospital Geral Giselda Trigueiro há um controle estatístico de procedimentos ambulatoriais (internação e pronto-socorro). Em 2009 foram realizados 304.530 procedimentos, segundo informações disponibilizadas no Boletim de Procedimentos Ambulatoriais.

Para distribuição dos gastos gerais do HGGT utilizou-se a quantidade de procedimentos realizados no período de 2009, por ser esta a atividade operacional da unidade (realização procedimentos ambulatoriais: pronto-socorro e internação). O HGGT está dividido para controle destes procedimentos em dois grandes grupos: Hospital-Dia e o HGGT propriamente dito. Verificou-se que o HGGT realiza a maior parte destes procedimentos (88,7%), sendo este o hospital que atende a toda a população com doenças infectocontagiosas do Estado do Rio Grande do Norte. Por sua vez, o Hospital-Dia, foco do estudo nessa unidade realiza 11,3% de tais procedimentos.

Dentre os gastos gerais, 72% são referentes a medicamentos, processos gerados (compra de equipamentos e outras compras que foram empenhadas e ainda não se encontram no hospital), material médico-hospitalar e higienização. Como não há controle efetivo do consumo destes itens nos departamentos do HGGT e como o Hospital-Dia atende apenas a pacientes portadores do HIV/AIDS, o percentual de gastos direcionado para o Hospital-Dia pode superestimar o custo alocado ao Hospital-Dia, mesmo sendo a base de rateio mais objetiva para alocação dos custos indiretos (estrutura).

É importante destacar que a utilização dessa base de rateio pode superestimar o custo alocado aos portadores do HIV/AIDS, pois o HGGT é

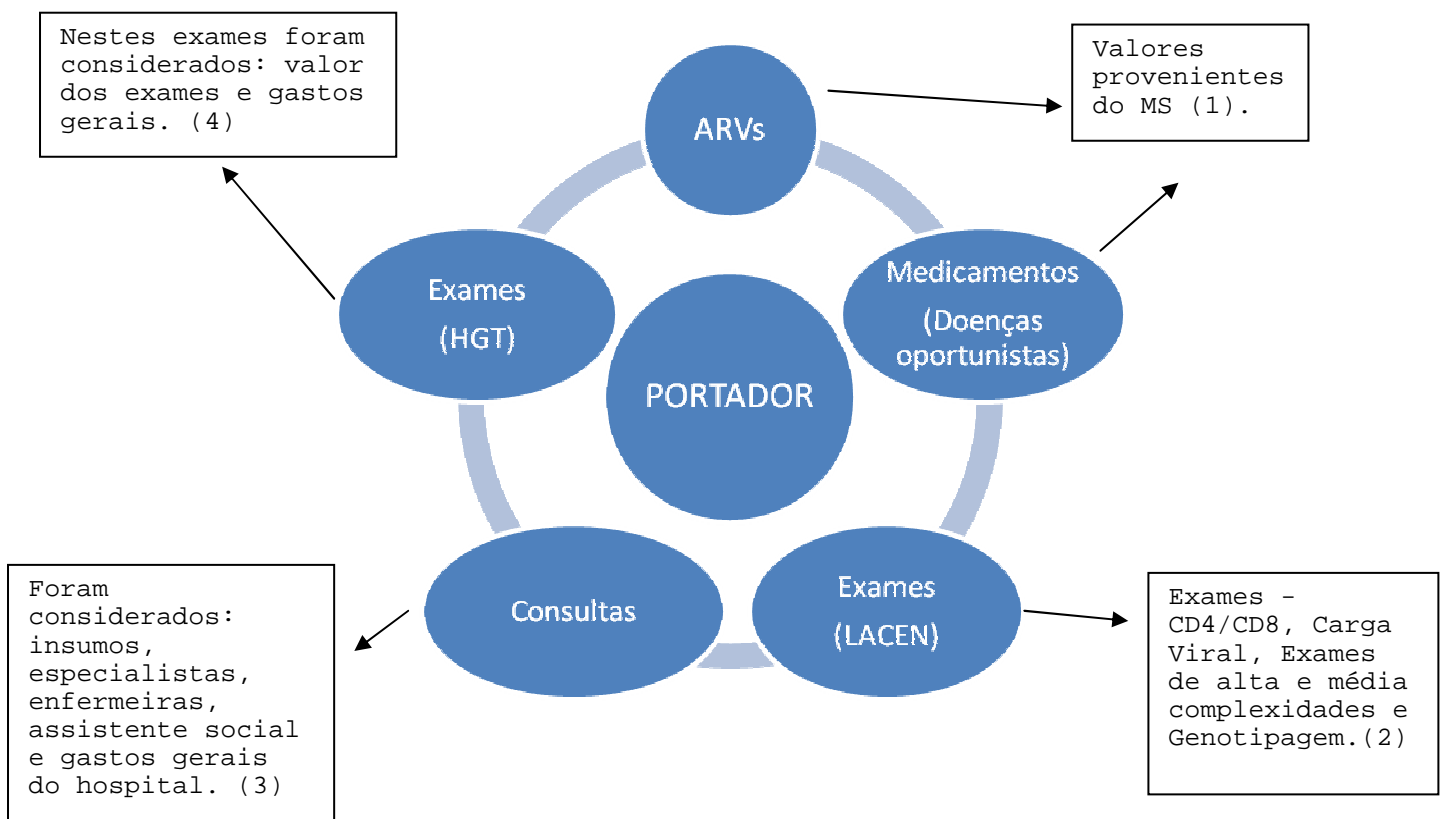
composto por várias alas de atendimento, bem como a parte administrativa (financeira, almoxarifado, compras, RH, entre outros departamentos).

5 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

5.1 Visão global

O presente estudo foi desenvolvido por meio de coleta de informações nos vários órgãos envolvidos no combate à AIDS no Estado do Rio Grande do Norte. A Figura 16 apresenta a visão global do fluxo de custos envolvidos.

Figura 16 – Fluxo de custos no combate à AIDS no Estado do Rio Grande do Norte



- (1) De acordo com o item 5.3 do projeto “Custos Ambulatoriais do Tratamento de Portadores do HIV/AIDS no Brasil”, que trata do cálculo dos custos, para o material direto “medicamentos” deve ser utilizado o valor de aquisição dos fármacos pelo Governo Federal. Estes medicamentos vêm do Ministério da Saúde diretamente para a UNICAT; porém, para os medicamentos chegarem até o Hospital-Dia são agregados a estes alguns custos indiretos, o que faz

com que o valor final dos medicamentos consumidos pelos portadores seja superior ao valor que consta nas notas fiscais recebidas pela UNICAT.

- (2) Os exames específicos (CD4/CD8 e Carga Viral) são realizados no LACEN. Os kits, bem como os equipamentos necessários para a realização desses exames vêm do Ministério da Saúde. Os kits para realização dos exames, por natureza, são custos diretos do portador; não obstante, a depreciação dos equipamentos e os demais custos consumidos na realização dos exames são custos indiretos que necessitam ser agregados ao custo de cada exame. Sendo assim, da mesma forma que os gastos com medicamentos, os custos dos exames também chegam até o portador com uma carga de custos indiretos agregados.

Outros exames, considerados de média ou de alta complexidade, são solicitados pelos especialistas de acordo com o quadro clínico do paciente, devido às doenças oportunistas (Citomegalovirose, Chagas, Calazar, Toxoplasmose, Hepatites B e C); porém, o LACEN, órgão responsável pela realização desses exames, não tem controle referente às quantidades que são demandadas pelos portadores, pois tais exames são solicitados para qualquer paciente, quer seja portador do HIV ou não (demanda do Estado). O número de testes de genotipagem realizados no período foi muito pequeno e, por essa razão, seus custos não foram considerados.

- (3) As consultas médicas são consideradas, também, custos indiretos, tendo, além dos honorários médicos, outros gastos gerais agregados ao custo final da consulta, tais como os materiais descartáveis consumidos. Parte desses gastos gerais também foi agregada aos custos dos exames realizados no laboratório do HGGT.

- (4) Alguns exames laboratoriais são solicitados pelos especialistas, de acordo com o quadro clínico apresentado pelo paciente, e são realizados no laboratório do próprio Hospital Geral Giselda Trigueiro; porém, os recursos que mantêm tais exames são provenientes do município de Natal. No laboratório do hospital não há controle de quantos exames são direcionados para os portadores, já que esse laboratório atende a todos os pacientes do

Hospital Geral Giselda Trigueiro (demanda municipal e estadual), pois é o único no Estado que atende a doenças de média e alta complexidades, conforme já apresentado no item 4.5.2.

5.2 Descrição dos dados coletados

Nos subtópicos a seguir serão descritos os dados coletados, cujos valores estão detalhadamente apresentados nas planilhas contidas nos apêndices. No entanto, cabe ressaltar inicialmente que na descrição dos cálculos que será apresentada a seguir foram utilizados dois divisores diferentes para a determinação do custo unitário por portador. Esse procedimento tornou-se necessário porque no ano de 2009 o SAE/HGGT atendeu 2.238 portadores, enquanto apenas 1.848 portadores efetivamente consumiram medicamentos ARVs nesse mesmo período. Segue abaixo as explicações para utilização destes divisores.

Encontravam-se cadastrados no SICLOM, no ano de 2009, 1.848 pacientes (parturientes, recém-nascidos, exposições - ocupacionais ou não ocupacionais) que estavam em tratamento ou receberam nesse ano os medicamentos ARVs. Esse foi o número utilizado para calcular o custo unitário de medicamentos ARVs por portador, pois foram estes portadores que efetivamente consumiram tais recursos. Caso fosse utilizado o número de 2.238 portadores, o custo unitário estaria sendo subestimado.

Todos os demais custos foram distribuídos pela quantidade de casos de HIV/AIDS acompanhados no SAE/HGGT que, no ano de 2009, totalizaram 2.238 portadores. Esses pacientes, mesmo não estando em tratamento com ARVs, participam de acompanhamentos mensais, utilizando-se das consultas, exames laboratoriais, exames de alta e média complexidade (principalmente os exames CD4/CD8 e carga viral), como forma de monitoramento da doença. Nesse caso, se fossem considerados apenas os 1.848 portadores que estão consumindo os ARVs, o custo unitário referente aos demais itens de custos estaria sendo superestimado.

5.2.1 Exames laboratoriais realizados no HGGT

O portador de HIV/AIDS, dependendo do seu quadro clínico, necessita ser avaliado por meio de exames laboratoriais. Esses exames são realizados no

próprio Hospital Geral Giselda Trigueiro, sendo suportados financeiramente com recursos do SUS.

No laboratório do HGGT são realizados setenta e quatro tipos de exames; destes, treze são solicitados pelos infectologistas para o acompanhamento e avaliação do estado de saúde do portador HIV/AIDS. São eles: Creatinina, Glicose, TGO, TGP, Uréia, Triglicerídeos, Colesterol (LDL), Colesterol (HDL), Colesterol (VLDL), Desidrogenase Lacta, Fr. do Hemograma-plaquetas-contagem, VDRL (inclusive quantitativo), Bk direta para pesquisa de BAAR.

De acordo com a entrevista realizada em maio de 2010 com a infectologista coordenadora do SAE/HD Hospital Geral Giselda Trigueiro, Dra. Maria Tereza da Costa Dantas, os exames anteriormente mencionados são solicitados, geralmente, numa média de duas vezes ao ano para cada paciente, exceto o exame de tuberculose (Bk direta para pesquisa de BAAR), que é realizado três vezes por ano por cada portador.

A Tabela 4 apresenta os valores unitários de cada um desses treze exames, extraídos no período de junho a julho de 2010, do **Sistema de Gerenciamento da Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS**, disponível no site <http://sihd.datasus.gov.br>. A quantidade total de todos os exames realizados no laboratório do HGGT no período de janeiro a dezembro de 2009, para portadores e não portadores do HIV/AIDS, se encontra disponível no Apêndice E. Esses dados quantitativos totais foram disponibilizados pelo departamento de controle de custos, que acompanha apenas os dados quantitativos dos exames realizados, sem o devido registro dos valores financeiros.

Tabela 4 – Valores unitários dos exames laboratoriais realizados por portadores do HIV/AIDS no laboratório do HGGT

EXAMES	VALOR UNITÁRIO
BIOQUÍMICA I	
Creatinina	1,85
Glicose	1,85
TGO	2,01
TGP	2,01
Uréia	1,85
BIOQUÍMICA II	
Triglicerídeos	3,51
BIOQUÍMICA III	
Colesterol (LDL)	3,51
Colesterol (HDL)	3,51
Colesterol (VLDL)	3,51
Desidrogenase Lactica	3,68
HEMATOLOGIA I	
Fr. do hemograma-plaquetas-contagem	2,73
IMUNOLOGIA I	
VDRL (inclusive quantitativo)	2,83
MICROBIOLOGIA I	
Bk direta p/ pesquisa de BAAR	4,20

Na apuração do custo dos exames realizados pelos portadores, foi considerada a média de dois exames anuais por portador, para os doze primeiros exames, e de três exames anuais do último exame (tuberculose), conforme já mencionado anteriormente. Foi necessário utilizar essa estimativa devido aos seguintes fatores:

a) falta de controle estatístico destes exames por parte dos infectologistas, que requisitam os exames que nem sempre são atualizados no prontuário, já que estes ainda são manuais. Os prontuários são arquivados no SAME e, apesar do portador estar cadastrado no SUS pelo número do prontuário, este prontuário não é de fácil localização por não existir sistema informatizado. Essa realidade dificulta o trabalho dos médicos, bem como o histórico dos pacientes, pois ocorrem circunstâncias em que o SAME não localiza o prontuário, tendo a necessidade de se criar um novo prontuário, perdendo, dessa forma, os dados históricos do paciente; e

b) há controle global dos exames por parte do laboratório do Hospital Geral Giselda Trigueiro, mas não há controle do número de exames realizados por portadores do HIV/AIDS.

Para calcular o valor anual médio dos exames realizados no HGGT por cada portador do HIV/AIDS, foram realizados os seguintes procedimentos:

- 1) somando os valores unitários dos doze primeiros exames, se apura o valor de R\$ 32,85 que, multiplicado por 2, chega-se ao valor de R\$ 65,70; e
- 2) multiplicando o valor do décimo terceiro exame (tuberculose), R\$ 4,20, por 3, chega-se ao valor de R\$ 12,60.

Somando os valores anteriormente apurados, se chega ao valor de R\$ 78,30 como sendo o gasto anual médio dos exames realizados pelo laboratório do HGGT para cada portador do HIV/AIDS no ano de 2009.

Cabe ressaltar que os exames não necessariamente foram realizados todos no Hospital Geral Giselda Trigueiro, pois, como alguns são exames rotineiros, alguns pacientes realizaram estes nos postos de bairro. A tabela do Hospital Geral Giselda Trigueiro foi levada em consideração apenas para ter um panorama dos tipos de exames existentes.

Também é importante observar que no valor anteriormente apurado não estão incluídos os gastos gerais do laboratório, nem os gastos com pessoal; representa apenas o valor repassado pelo SUS, de acordo com a tabela unificada.

De acordo com o setor de recursos humanos do HGGT, a Secretaria de Estado da Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Norte (SESAP-RN) repassa o equivalente a 30% do valor recebido do SUS referente aos exames, como forma de gratificação de estímulo à produtividade. Esse valor é rateado para todos os servidores do HGGT, conforme Lei Estadual nº 9.158/2008.

Os gastos gerais (manutenção, segurança, telefone, água, energia, depreciação, limpeza, nutrição, entre outros) e os gastos com pessoal, não foram levados em consideração, por falta de acessibilidade dos dados, já que estes são pagos e controlados pela SESAP-RN, e não há controle separado desses gastos por setor no HGGT.

5.2.2 Medicamentos para infecções oportunistas e DST

Devido à baixa imunidade, os portadores de HIV/AIDS são expostos a vários tipos de vírus e bactérias, as chamadas infecções oportunistas como, por exemplo, tuberculose, hepatite, toxoplasmose, citomegalovirose, entre outras.

O governo estadual é responsável pela compra dos medicamentos para combater essas infecções, bem como os municípios, através da UNICAT. Os pedidos são provenientes da Farmácia Central do Hospital Geral Giselda Trigueiro, apesar destes serem exclusivamente para uso dos portadores de HIV/AIDS.

A Farmácia Central recebe tais medicamentos através de remessas, sem as devidas indicações de valores; além disso, não havia no ano de 2009 um controle dos gastos efetivos, já que não era realizado um pedido específico para estas infecções. Havia um pedido geral de todos os medicamentos necessários para suportar as demandas do Hospital Geral Giselda Trigueiro (urgência, internação, entre outros), sem que fossem discriminados os medicamentos específicos para as infecções oportunistas dos portadores do HIV/AIDS. Somente a partir do mês de maio de 2010 começaram a ser realizados pedidos separados para um melhor controle dos medicamentos direcionados aos portadores de HIV/AIDS. Esse pedido serviu como estimativa de consumo para o ano de 2009.

A relação dos 76 medicamentos solicitados foi disponibilizada pela Farmácia Central do Hospital Geral Giselda Trigueiro. A coleta dos valores de aquisição desses medicamentos aconteceu em três estágios:

- 1) inicialmente foram coletados os valores de aquisição de 65 medicamentos por meio das notas fiscais disponibilizadas pela UNICAT (cerca de 85,5% dos medicamentos);
- 2) em seguida, buscou-se complementar as informações de preço a partir dos pregões de aquisição de medicamentos disponíveis no sítio www.saude.rn.gov.br, onde foram obtidos os preços de 7 medicamentos (cerca de 9,2% dos medicamentos); e
- 3) por fim, foram identificados os preços dos outros 4 medicamentos (cerca de 5,3% dos medicamentos) em um processo de aquisição realizado por meio de dispensa de licitação em agosto de 2010.

Dessa forma, só não foi possível identificar o preço de aquisição de um dos 77 medicamentos utilizados no combate às infecções oportunistas, que foi o Dapsona 100 mg. A lista completa de medicamentos solicitados e a respectiva identificação de quais preços foram obtidos em cada um dos três estágios anteriormente citados está disponível no Apêndice F. Os quantitativos apresentados na planilha do Apêndice F referem-se à requisição de medicamentos realizada para o mês de maio de 2010. Como estimativa dos gastos para o ano de 2009, considerou-se o valor total dos medicamentos apurado nessa planilha (R\$ 34.307,05), multiplicado por 12 meses, chegando a um custo anual estimado de R\$ 411.684,60.

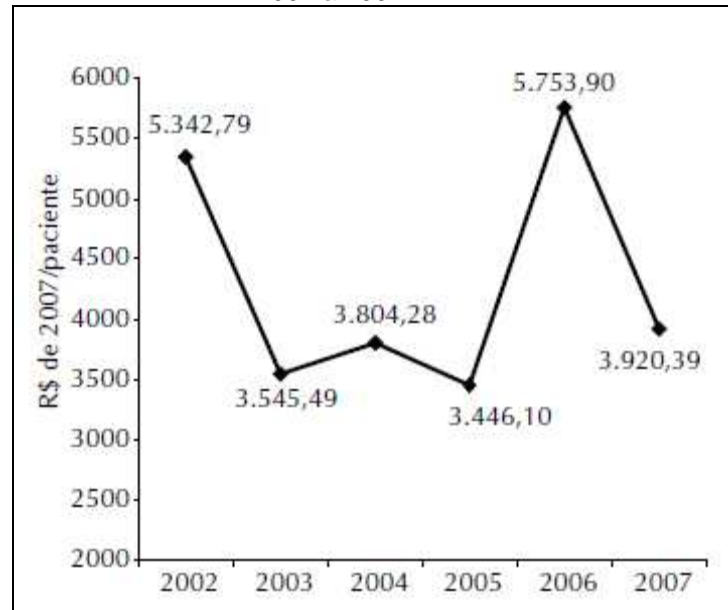
Para chegar ao custo médio anual de medicamentos para doenças oportunistas por portador, dividiu-se o valor de R\$ 411.684,60 pelo número de portadores atendidos pelo SAE Natal, que é de 2.238. Dessa forma, se apurou um custo médio de R\$ 183,95 por portador.

5.2.3 Medicamentos anti-retrovirais

Como já mencionado anteriormente no início dessa pesquisa, o Brasil é um dos poucos países que garante o tratamento gratuito ao portador de HIV/AIDS.

Vieira (2009) realizou uma pesquisa relacionada com os gastos do Ministério da Saúde no período de 2002 a 2007. Nessa pesquisa, identificou-se que o custo médio apurado com ARVs por portador variou bastante no período estudado, oscilando de R\$ 5.342,79 no ano de 2002, para R\$ 3.920,39 no ano de 2007, após atingir um pico de R\$ 5.753,90 no ano de 2006. Segundo a autora, no período estudado houve uma expressiva redução de preço em 11 dos 14 ARVs adquiridos pelo Ministério da Saúde. Além disso, entre os anos de 2006 e 2007, houve redução de 50% na aquisição destes medicamentos, por se encontrarem em estoque no ano de 2006 e não pela redução de uso por parte dos portadores. O comportamento desse gasto em todo o período está apresentado na Figura 17.

Figura 17 – Valor liquidado por paciente com HIV/AIDS na aquisição de medicamentos pela União – 2002 a 2007



Fonte: Vieira (2009, p. 677)

Para o presente estudo, o gasto total com ARVs apurado no ano de 2009, para os portadores do HIV/AIDS atendidos no SAE Natal, atingiu o valor de R\$ 8.977.425,49. Para o cálculo desse valor, foi considerado o consumo efetivo de cada medicamento, extraído do SICLOM, multiplicado pelo respectivo valor unitário extraído das notas fiscais do período de janeiro a dezembro de 2009, no setor de programas estratégicos do Ministério da Saúde, na UNICAT. A Tabela 5 apresenta a lista completa dos ARVs consumidos no ano de 2009.

Tabela 5 – ARVs consumidos no SAE/Natal no ano de 2009

MEDICAMENTOS (ARVs)	QTD	VALOR UNITÁRIO	GASTOS TOTAIS
Abacavir – ABC (Comp. de 300mg-Fr. c/ 60 comps.)	4.380	2,107766	9.232,02
Atazanavir – ATV (Caps. de 150mg-Fr. c/60 cápsulas)	2.400	4,456857	10.696,46
Atazanavir – ATV (Caps. de 200mg-Fr. c/ 60 cápsulas)	45.900	4,884324	224.190,47
Atazanavir – ATV (Caps. de 300mg-Fr. c/ 30 cápsulas)	29.280	9,010310	263.821,88
Darunavir – DRV (Comp. de 300mg-Fr. c/ 120 comps.)	7.680	8,912790	68.450,23
Didanosina Entérica (Caps. 250mg-Fr. c/ 30 cápsulas)	10.980	1,641334	18.021,85
Didanosina Entérica (Caps. 400mg-Fr. c/ 30 cápsulas)	10.380	2,968821	30.816,36
Efavirenz – EFZ (Caps. de 600mg-Fr. c/ 30 cápsulas)	223.710	0,709635	158.752,45
Efavirenz – EFZ (sol. oral 30mg/mL-Fr. c/ 180ml)	214	35,375270	7.570,31
Enfuvirtida (Pó-líofilo injetável 90mg/mL-Fr. ampola 90mg)	2.280	2.583,29	5.889.901,20
Estavudina (Caps. de 30mg-Fr. c/60 cápsula)	96.780	0,255239	24.702,03
Estavudina (Pó p/ sol. oral 1mg/mL-Fr. c/ 200ml)	487	42,534920	20.714,51
Fosamprenavir – FPV - (Comp. de 700mg Fr. c/ 60 comps.)	2.640	5,617794	14.830,98
Indinavir – IDV - (Caps. de 400mg Fr. c/ 90 caps)	37.890	0,940000	35.616,60
Lamivudina (Comp. de 150mg-Fr. c/ 60 comps)	219.540	0,551954	121.175,98
Lamivudina (sol. oral 10mg/mL-Fr. c/ 240ml)	647	20,728630	13.411,42
Lopinavir + ritonavir (Comp. 200 mg + 50mg Fr. c/ 120)	525.120	1,438049	755.148,29
Lopinavir + ritonavir (Sol. Oral 80 + 20mg/ml Fr. c/ 160ml)	127	76,004520	9.652,57
Nevirapina (Comp. 200mg-Fr. c/ 60 comps)	49.260	0,660000	32.511,60
Nevirapina (suspensão oral 10mg/mL-Fr. c/ 240ml)	43	13,573670	583,67
Raltegravir (Comp. 400mg-Fr. c/ 60 comps)	2.160	18,150850	39.205,84
Ritonavir (Caps. 100mg-Fr. c/ 30 cápsulas)	27.510	0,653806	17.986,20
Ritonavir (Caps. 100mg-Fr. c/ 84 cápsulas)	21.420	0,680738	14.581,41
Saquinavir cápsula gelatinosa mole (Caps. 200mg-Fr. c/180)	45.000	1,583826	71.272,17
Tenofovir (Comp. 300mg-Fr. c/ 30 comps)	76.140	5,730409	436.313,34
Zidovudina (Cápsula 100mg-Fr. c/ 100 cápsulas)	41.000	0,268455	11.006,66
Zidovudina (Sol. injetável 10mg/ml-Fr. Ampola c/ 20ml)	36	4,433133	159,59
Zidovudina (Sol. oral 10mg/ml-Fr. c/ 200ml)	583	7,254765	4.229,53
Zidovudina + lamivudina (Comp. 300mg + 150mg-Fr. c/ 60)	611.700	1,100000	672.870,00
TOTAL	2.095.287		8.977.425,59

A dispensação destes medicamentos é realizada através dos serviços do SUS (distribuição provenientes do Ministério da Saúde), que é o responsável pelos gastos totais. O SUS envia os medicamentos de acordo com os pedidos realizados em cada UDM, e centralizados na Coordenadoria Geral do DST/AIDS do Estado do Rio Grande do Norte, para a UNICAT, sendo esta responsável pela dispensação dos medicamentos para os hospitais e demais UDMs do estado do Rio Grande do Norte.

Os medicamentos anti-retrovirais são exclusivamente dispensados para os portadores de HIV/AIDS e para pessoas que usam em casos de acidentes ocupacionais. De acordo com o cadastro do SICLOM, existiam 1.848 pacientes que estavam em tratamento ou receberam, durante o ano de 2009, os medicamentos anteriormente relacionados (parturientes, recém-nascidos, exposições ocupacionais ou não ocupacionais). Segundo Portela e Lotrowska (2006, p.74), “O SICLOM permite o monitoramento longitudinal da distribuição e dinâmica do uso de terapia anti-retroviral, além de dispor um cadastro de todos os pacientes em terapia anti-retroviral”.

Segundo a SESAP-RN (2009, p. 24), “no ano de 2007, o Estado do Rio Grande do Norte teve um custo de aproximadamente R\$ 4.513.351,00, com atendimento médio de 1.112 usuários/mês”. Isso representa um custo médio de R\$ 4.058,77 por portador. Com base nos valores coletados nesse estudo, o custo médio anual por paciente no ano de 2009, tomando por base os 1.848 pacientes cadastrados no SICLOM do SAE/Natal é de R\$ 4.857,91.

Entre os medicamentos ARVs consumidos no período estudado, os de maior representação no valor total dos gastos foram o “Enfuvirtida”, em torno de 65,6%, seguido do ARV “Lopinavir + ritonavir (Comp. 200 mg + 50mg Fr. c/ 120)”, representando 8,4% do custo total.

Calculando o custo médio mensal dos ARVs consumidos no ano de 2009, se obtém o valor de R\$ 404,83 por portador. Martinson et al (2009) realizaram um estudo com portadores de HIV em tratamento numa clínica urbana em Soweto, África do Sul, no período de outubro de 2004 a março de 2005. Nesse estudo verificou-se que os ARVs utilizados no tratamento foram: Stavudine, Didanosine, Lamivudine, Zidovudine, Combivir, Efavirenz, Nevirapine e Lopinavir/ritonavir. Utilizando uma amostra aleatória composta de 10% dos prontuários, foi apurado o custo mensal com ARVs consumidos no valor de US \$277,40, que, convertido pela cotação média do dólar comercial em julho de 2010, representaria R\$ 493,77. Verifica-se uma aproximação entre o valor apurado por Martinson et al (2009) e o valor apurado no presente estudo, que é de R\$ 404,83. Cabe ressaltar, porém, que nesse estudo verificou-se o consumo de vinte e nove ARVs diferentes no ano de 2009.

5.2.4 Exames de alta e média complexidades realizados pelo LACEN

5.2.4.1 CD4/CD8 e carga viral

Estes exames são realizados no Setor de Biologia Molecular do LACEN, exclusivamente para os portadores de HIV/AIDS. É por meio desses exames que se detecta a quantidade de anticorpos e a quantidade de células infectadas (quantidade de vírus existente no organismo do portador), que são inversamente proporcionais; quanto maior for a quantidade de carga viral, menor a quantidade de CD4/CD8 existente no organismo do portador. São exames considerados de alta complexidade e os gastos com os kits e os equipamentos que realizam tais exames são de responsabilidade do Ministério da Saúde. Os funcionários (bioquímicos) e a estrutura do laboratório, são de responsabilidade do Governo do Estado do RN.

É através deste tipo de teste que será identificado se o paciente necessitará ou não começar o tratamento; é nesta fase que o paciente é cadastrado no programa DST/AIDS. Os pacientes com CD4/CD8 abaixo de $350/\text{mm}^3$ são encaminhados, por recomendação do Ministério da Saúde, a começar o tratamento com os anti-retrovirais, mesmo que não apresentem queda no seu quadro clínico. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b)

As quantidades de exames realizados foram extraídas do SISCEL, no período de janeiro a dezembro de 2009, constatando 3.477 exames realizados de CD4/CD8 e 3.780 exames realizados de Carga Viral.

Para realização desses tipos de exames, são encaminhados para o LACEN vários Kits, através do Ministério da Saúde, cujo valor total foi obtido a partir de planilhas disponibilizadas pelo almoxarifado do LACEN, bem como pelo setor financeiro, com os valores dos devidos procedimentos (tabela SUS).

Para calcular o custo médio estimado por exame, utilizou-se o total de kits recebidos pelo MS (considerados consumidos pelo almoxarifado – entrada e saída para o setor biomolecular), acrescido do valor repassado pelo SUS para cada procedimento. Essa soma foi dividida pelo total de exames realizados no período, chegando aos valores de R\$ 40,60 e R\$ 35,70 para os valores médios unitários dos exames de CD4/CD8 e carga viral, respectivamente, conforme demonstrado na Tabela 6.

Tabela 6 – Custo médio dos exames de CD4/CD8 e de carga viral

EXAMES	QTD	VALOR DOS KITS (MS)	VALOR REPASSADO (SUS)	VALOR TOTAL	CUSTO MÉDIO POR EXAME
CD4/CD8	3.477	88.997,23	52.155,000	141.152,226	40,60
Carga Viral	3.780	78.260,56	56.700,000	134.960,560	35,70
TOTAL	7.257	167.257,79	108.855,000	276.112,79	76,30

O LACEN realiza este tipo de exame para todo o Estado do RN, sendo que para atender às demandas do SAE/Natal, foram realizados 3.061 exames de CD4/CD8 e 3.077 exames de carga viral.

Segundo informações coletadas por meio de entrevista realizada em maio de 2010 com a infectologista coordenadora do SAE/HD Hospital Geral Giselda Trigueiro, Dra. Maria Tereza da Costa Dantas, são requisitados, em média, dois exames de CD4/CD8 e de carga viral para cada portador por ano, apesar de esses portadores terem direito a três testes por ano, a depender do seu estado geral.

Face ao exposto, o custo médio anual com exames de CD4/CD8 e de carga viral é de R\$ 81,19 e R\$ 71,41, totalizando R\$ 152,60.

5.2.4.2 Demais exames de alta e média complexidades

Os portadores de HIV/AIDS, devido à presença do vírus, passam a ter o sistema imunológico comprometido, ou seja, o organismo fica vulnerável às chamadas doenças oportunistas. Desta forma, segundo informações coletadas por meio de entrevista realizada em maio de 2010 com os infectologistas do SAE/HGGT, além dos exames laboratoriais, CD4/CD8 e carga viral, são também solicitados, de acordo com o quadro clínico do paciente, exames de média e alta complexidades, tais como: Toxoplasmose, Citomegalovirose, Chagas, Leshmaniose (Calazar), Hepatite C e Hepatite B, entre outros.

A lista de exames foi extraída do setor de imunologia do LACEN, que é responsável por 39 tipos de exames de alta e média complexidades. Porém, de acordo com informações coletadas na entrevista anteriormente citada, apenas 19 exames podem ser solicitados durante as consultas com o portador, conforme apresentado no Apêndice G.

Dentre os exames constantes no Apêndice G, apenas os relacionados na Tabela 7 foram realizados com os portadores do HIV/AIDS no ano de 2009.

Tabela 7 – Exames de alta e média complexidades realizados por portadores do HIV/AIDS no LACEN
– Janeiro a dezembro/2009

EXAMES	QTD TESTE (por kit)	VALOR TOTAL (kits)	QTD DE KITS (CONSTA NTE NAS NOTAS)	CUSTO MÉDIO POR UND/KIT	VALOR REPASSADO (SUS)	CUSTO MÉDIO POR EXAME
HBsAG	100	6.780,00	100	0,68	18,55	19,23
Anti-HBc Total	100	21.700,00	31	7,00	18,55	25,55
Anti-HBc IgM	100	7.695,00	9	8,55	18,55	27,10
Hepatite "B" e "C" HVC quantitativo	100	18.850,00	29	6,50	168,48	174,98
Hepatite "C" LIPA HCV AMPL. (genotipagem)	96	53.968,32	63	8,92	298,48	307,40
Chagas Elisa (tripanossamo)	96	2.188,80	6	3,80	9,25	13,05
Chagas HAI	480	6.310,04	32	0,41	10,00	10,41
Chagas IFI	100	5.500,00	25	2,20	10,00	12,20
Citomegalovirus Elisa IgG	100	70.200,00	108	6,50	11,00	17,50
Citomegalovirus Elisa IgM	100	101.400,00	130	7,80	11,61	19,41
Toxoplasmose Elisa IgG	100	56.592,00	108	5,24	16,97	22,21
Toxoplasmose Elisa IgM	100	81.900,00	130	6,30	18,55	24,85
TOTAL	1.572	433.084,16	771	63,90		673,89

Para realização desses tipos de exames, a compra dos kits é de responsabilidade da SESAP-RN. A responsabilidade do LACEN inclui o recebimento e o armazenamento dos kits, bem como a efetivação dos testes (exames).

Para o cálculo estimado do custo médio por exame, utilizou-se o total de kits enviados para o LACEN, verificado nas respectivas notas de compras disponibilizadas pelo almoxarifado, multiplicado pela quantidade de testes provenientes de cada kit, sendo adicionado a esse resultado o valor do repasse do SUS para cada tipo de exame.

Estes testes são solicitados pelo infectologista pelo menos uma vez ao ano para cada portador do HIV/AIDS, tanto para os que se encontram em tratamento, como para aqueles que estão apenas em consultas regulares, dependendo do quadro clínico do paciente. Dessa forma, o custo médio anual por portador foi considerado como sendo o de cada um dos exames apresentados na Tabela 7, o que totalizou R\$ 673,89 no ano de 2009.

5.2.5 Outros gastos – LACEN

No Departamento de Biomolecular do LACEN são realizados os exames de CD4/CD8 e de Carga Viral, bem como os relacionados à Hepatite C.

Dessa forma, na apuração dos gastos com pessoal desse departamento, foram adotados os seguintes procedimentos:

- 1) foram excluídos os gastos referentes às bioquímicas que realizam os exames de Hepatite, mantendo-se como custos do portador apenas os gastos com as bioquímicas responsáveis pelos exames de CD4/CD8 e carga viral;
- 2) dos gastos com os auxiliares de saúde e assistente técnico (pessoal indireto), foram alocados 65% ao custo do portador. Este percentual foi baseado na quantidade de exames realizados no Setor de Biologia Molecular no período de 2009, quando foram realizados 3.856 exames de Hepatite (dado disponibilizado pelo setor de estatística do LACEN) e 7.274 exames de CD4/CD8/Carga Viral (dados obtidos no SISCEL); e
- 3) quanto aos gastos gerais¹⁸, o percentual alocado ao Departamento de Biologia Molecular foi de 1,5%, obtido por meio da comparação do número de exames de CD4/CD8/Carga Viral com o número total de exames realizados pelo LACEN no ano de 2009. Desta forma, o custo alocado ao portador foi de 65% desses 1,5%, utilizando o mesmo parâmetro aplicado aos gastos com pessoal indireto.

Nessa etapa, o custo anual de pessoal apurado e alocado ao portador como sendo referente ao Departamento de Biologia Molecular do LACEN, totalizou R\$ 330.079,17. Dividindo esse custo pelos 2.238 portadores, chegou-se ao custo médio anual de R\$ 147,49 por portador.

¹⁸ Estes gastos envolvem pessoal do LACEN, água, energia, serviços terceirizados (higienização e segurança), manutenção de equipamentos, telefonia, gêneros alimentícios, material de limpeza e conservação, material hospitalar e combustível. As informações relacionadas a valores foram fornecidas pelo setor financeiro do LACEN (licitações) e algumas informações foram extraídas na SESAP-RN, pois o LACEN não tem orçamento próprio; dessa forma, todo pagamento é efetuado pela SESAP.

Da mesma forma, o valor referente aos gastos gerais totalizou R\$ 75.729,14, o que representa um custo médio anual de R\$ 33,84 por portador.

5.2.6 Outros gastos – UNICAT

Os Programas Estratégicos do Ministério da Saúde distribuem medicamentos estratégicos que são utilizados em doenças que configuram problemas de saúde pública e põem em risco a coletividade. A estratégia é o controle no tratamento de seus portadores. (SESAP-RN, 2009)

Atualmente, estes programas distribuem medicamentos para controle da tuberculose, eliminação da Hanseníase, Endemias Focais (tracoma, malária, meningite, esquistossomose, chagas, leishmaniose, cólera), DST/AIDS, Talidomia, Programa da Saúde Mental e Programa de Diabetes.

No cálculo do custo de pessoal que trabalha no setor dos Programas Estratégicos da UNICAT, foi utilizado o percentual de 67,09% para ser alocado aos gastos com os portadores de HIV/AIDS, pois esse foi o percentual de volume de medicamentos movimentados para esse programa específico no setor. Aplicando esse percentual ao gasto total de pessoal do setor no ano de 2009, que somou R\$ 115.039,71, chegou-se ao valor de R\$ 77.185,34 que, dividido pelo número de 2.238 portadores, resulta num custo anual médio de R\$ 34,49 por portador.

Para a alocação dos custos com pessoal geral (pessoal que trabalha nos outros setores da UNICAT), bem como dos custos gerais, foi utilizado o percentual de alocação de 16,27%, que representa a participação do volume de medicamentos movimentados pelo programa estratégico do HIV/AIDS em relação ao volume total de medicamentos movimentados pela UNICAT no ano de 2009. Como esses gastos totalizaram R\$ 559.681,80 e R\$ 1.041.765,67, respectivamente, o valor total a ser alocado aos portadores é de R\$ 260.634,15, o que equivale a um custo médio anual de R\$ 116,46.

5.2.7 Outros gastos – HGGT

No Hospital Geral Giselda Trigueiro são incorridos diversos custos que necessitam ser alocados aos portadores do HIV/AIDS. Dentre esses custos, aqueles que são específicos do Hospital-Dia podem ser considerados diretos. São eles:

peçoal do Hospital-Dia, vacinas, preservativos, PMMA e seus insumos, materiais diversos e telefone. A Tabela 8 resume esses custos considerados diretos aos portadores.

Tabela 8 – Custos diretos do Hospital-Dia aos portadores do HIV/AIDS

DESCRIÇÃO	VALOR TOTAL (ANUAL)	QTD PORTADORES	VALOR POR PORTADOR (ANUAL)
Pessoal do Hospital-Dia (especialistas e técnicos de enfermagem)	1.962.256,93	2.238	876,79
Preservativos (153.600 und x R\$ 0,056673)	8.704,90	2.238	3,89
VACINAS	VALOR UNITÁRIO	DOSES POR ANO	VALOR POR PORTADOR (ANUAL)
Hepatite A	15,41	8	123,28
Hepatite B	4,82	8	38,56
Pneumonia	15,17	1	15,17
Gripe	5,85	1	5,85
DEMAIS GASTOS	VALOR TOTAL (ANUAL)	QTD PORTADORES	VALOR POR PORTADOR (ANUAL)
Polimetilmetacrilato (PMMA) ¹⁹ e seus insumos	5.227,93	2.238	2,34
Materiais diversos (expediente/descartáveis)	8.794,86	2.238	3,93
Telefone	613,18	2.238	0,27

Os gastos com o pessoal (especialistas e técnicos de enfermagem) foram obtidos junto à Secretaria de Estado da Administração e dos Recursos Humanos do Rio Grande do Norte (SEARH-RN). O valor dos preservativos foi calculado considerando uma média de 12.800 unidades dispensadas aos portadores mensalmente, e o valor unitário foi obtido pela média dos valores de compras ocorridas no ano de 2009 (UNICAT). O valor das vacinas foi informado pelo setor de vacinação do HGGT (CRIE) e a quantidade de doses foi informada pelo setor de infectologia. Para o item “Materiais diversos (expediente / descartáveis)” a informação foi levantada junto ao almoxarifado, que controla os materiais dispensados para cada setor.

Além dos custos anteriormente citados, foi necessário considerar que o Hospital-Dia está fisicamente localizado nas instalações do HGGT, compartilhando, assim, de sua estrutura, o que significa que alguns custos dessa estrutura precisam ser rateados para os portadores do HIV/AIDS, sendo, portanto, custos indiretos.

¹⁹ Este medicamento é utilizado para enxertos faciais. No final de 2008 foram compradas 400 doses (seringas e insumos), e o consumo em 2009 foi de apenas 100 doses. Esta compra foi efetuada com recursos do PAM/2008 e consumidos no período de 2009 R\$ 15.600,00 + R\$ 5.311,70 (insumos). 20cx com 10 seringas de 1ml (10%) e 20cx com 10 seringas de 1ml (30%).

Dentre esses custos estão: pessoal geral do HGGT, água, energia, serviços terceirizados (higienização e segurança), manutenção de equipamentos, telefonia, material hospitalar, medicamentos, gêneros alimentícios, oxigênios, gás de cozinha, locação de equipamentos, material de limpeza e conservação, entre outros. Para o Hospital-Dia foi considerado um percentual de 11,30% calculado através do montante de procedimentos (ambulatoriais e pronto-socorro) realizados no ano de 2009, no HGGT. As informações relacionadas a valores foram fornecidas pelo setor financeiro do HGGT, e totalizaram R\$ 37.585.051,60. Aplicando o percentual de rateio de 11,30% e dividindo pelo número de 2.238 portadores, chega-se ao custo médio anual de R\$ 1.897,73 por portador.

Outro gasto que também é consumido pelos portadores do HIV/AIDS são os referentes às refeições servidas no Hospital-Dia. No departamento de nutrição há um controle do consumo efetivo de refeições (6 refeições diárias – desjejum, lanche, almoço, lanche, jantar, ceia/lanche), produzidas no próprio hospital. O valor total dos gêneros alimentícios adquiridos pelo HGGT em 2009 foi de R\$ 648.847,25.

O custo médio de cada refeição foi calculado dividindo o valor das compras pela quantidade de refeições servidas (disponibilizado pelo setor de nutrição). O custo médio de refeição calculado foi no valor de R\$ 1,6722 e as refeições disponibilizadas para o Hospital-Dia (funcionários, pacientes e acompanhantes) foi de 29.232, tomando como base uma estimativa do período de janeiro a maio de 2010 (único dado disponibilizado). Dessa forma, o valor total das refeições direcionadas ao HD em 2009 seria de R\$ 48.882,90, que, dividido pela quantidade de portadores em tratamento no ano de 2009, chega-se ao custo médio anual de R\$ 21,84 por portador.

5.2.8 Resumo dos custos

Após o levantamento de todos os elementos que compõem o custo do portador de HIV/AIDS no tratamento ambulatorial desenvolvido no Hospital-Dia (SAE-Natal) durante o ano de 2009, observadas as limitações explicitadas no capítulo 4, chegou-se ao valor final de R\$ 9.268,58.

A Tabela 9 resume todos os elementos considerados na apuração desse custo.

Tabela 9 – Resumo dos custos médios anuais do tratamento ambulatorial de um portador do HIV/AIDS no SAE Natal – 2009

ELEMENTOS	VALOR (R\$)	%
Medicamentos ARVs	4.857,91	52,41
Medicamentos para doenças oportunistas	183,95	1,98
Exames CD4/CD8	81,19	0,88
Exames Carga Viral	71,41	0,77
Exames Alta e Média Complexidades	673,89	7,27
Exames Laboratoriais	78,30	0,84
Consultas (especialistas e enfermagem)	876,79	9,46
Preventivos	3,89	0,04
Vacinas	182,86	1,97
PMMA e insumos	2,34	0,03
Materiais diversos (expediente/descartáveis)	3,93	0,04
Telefone	0,27	0,00
Gêneros alimentícios	21,84	0,24
Gastos gerais (UNICAT, LACEN e Hospital-DIA)	2.230,01	24,06
TOTAL	9.268,58	100,00

O custo mais representativo, como se pode observar na Tabela 9, foi o de medicamentos anti-retrovirais, correspondente a 52,41% do custo total.

Se fossem aplicados os mesmos valores unitários dos ARVs de 2009 nos ARVs consumidos em 2008, o custo total seria de R\$ 3.132.672,64, para um número de portadores de 1.515. Dessa forma, o custo médio anual por portador naquele ano seria de R\$ 2.067,77. Já em 2009, o custo total dos ARVs consumidos foi de R\$ 8.977.425,59, para 1.848 portadores, o que representa um custo anual de R\$ 4.857,91 por portador, conforme apresentado anteriormente. Esse aumento nos custos se deve, em parte, ao aumento do número de medicamentos consumidos entre os períodos de 2009 (611.700 unidades) e 2008 (288.780 unidades), segundo informações disponíveis no SICLOM.

Esse comportamento dos custos com ARVs corrobora a pesquisa de Vieira (2009), que investigou os custos com medicamentos do Ministério da Saúde no período de 2002 a 2007. Nessa pesquisa, se verificou que ocorreu uma expressiva redução de preço em 11 dos 14 medicamentos analisados, mesmo ainda não tendo ocorrido a quebra de patentes, visto que muitos dos medicamentos analisados ainda continuavam protegidos por patentes. Nesse mesmo estudo, Vieira (2009, p. 681) alerta que, apesar da redução de preço nos medicamentos ARVs em 2007, os gastos ainda continuavam altos justificando que, “o aumento dos gastos com medicamentos podem estar associados mais ao número de medicamentos

prescritos para determinadas faixas etárias/sexo e tipo de medicamentos em diferentes classes terapêuticas”.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo principal do estudo foi identificar a composição dos custos ambulatoriais no tratamento dos portadores de HIV/AIDS, participantes do programa DST/AIDS, no Hospital-DIA localizado em Natal/RN.

A escolha do estudo de caso deu-se, principalmente, pela acessibilidade aos dados. Foi identificado um custo médio anual estimado, por portador, no valor de R\$ 9.268,58. Os custos mais representativos foram os referentes aos medicamentos ARVs, com valor de R\$ 4.857,91 (52,41%), seguidos dos gastos gerais custos com o valor de R\$ 2.230,01 (24,06%), considerando os custos do LACEN, da UNICAT e do Hospital-DIA.

Em outros estudos se pode verificar que os custos com medicamentos ARVs são representativos, tais como: Bautista et al (2003) em seu estudo indicam que no México o custo anual do tratamento com ARVs chega a aproximadamente US\$ 3.100 por paciente, o que representa em agosto de 2010, um valor aproximado de R\$ 5.456,00; outro estudo, desenvolvido pela equipe da FIPE (1999), com dados de 1996, apontou que dos custos estimados nos tratamentos da HIV/AIDS no Brasil, os custos diretos relacionados aos ARVs representavam cerca de 77,61% do total dos custos; Marques et al (2007), em estudo realizado no tratamento de crianças infectadas pelo HIV/AIDS num hospital universitário em São Paulo, identificaram que em 2003 o custo estava compreendido entre R\$ 956,41 (para crianças expostas) e R\$ 8.092,71 (para crianças infectadas); quando relacionados aos custos ambulatoriais, para os casos mais graves, os valores somaram R\$ 6.047,28, sendo estes fortemente influenciados pelo consumo de medicamentos.

O presente estudo buscou percorrer os caminhos que de forma direta ou indireta contribuíram com a formação dos custos ao portador, no período de janeiro a dezembro de 2009, sendo eles: UNICAT, unidade responsável pelo recebimento e dispensação dos medicamentos anti-retrovirais aos SAEs hoje existentes no Rio Grande do Norte – SAE/Natal, SAE/Macaíba, SAE/Mossoró e SAE/São José de Mipibu; LACEN, unidade responsável pela realização dos exames de alta e média complexidades, tais como CD4/CD8 e Carga Viral, dedicados ao monitoramento do vírus HIV, e de identificação das doenças oportunistas, tais como: Toxoplasmose, Citomegalovírus, Leshmaniose, Chagas, Hepatites A, B e C, entre outras; e o

Hospital-Dia, ala específica para as consultas e tratamentos dos portadores do vírus HIV, dentro do Hospital Geral Giselda Trigueiro. Deixou de ser considerada a Coordenadoria Estadual do Programa DST/AIDS por falta de dados, principalmente no controle dos gastos quanto à estrutura.

O SAE/Natal deveria ser uma unidade orçamentária independente e deveria ser assistida pelos recursos recebidos do Ministério da Saúde; porém, ainda não está instituído tal SAE, sendo disponibilizada a ala do Hospital Geral Giselda Trigueiro para funcionar como um SAE. Os gastos necessários ao funcionamento do Hospital-Dia (SAE/Natal) são suportados por repasses efetuados pelo Ministério da Saúde para o PAM estadual. No ano de 2009 o valor total dos repasses recebidos pelo PAM estadual foi de R\$ 889.250,85; porém, devido a problemas administrativos (burocracias), só foram gastos com estratégias e atendimentos R\$ 453.106,19, segundo ficha financeira, que abriga responsabilidade tanto para o Hospital-Dia/Natal, quanto para os outros SAEs (Mossoró, Macaíba e São José de Mipibu). Dos valores efetivamente gastos no PAM/2009, apenas foram alocados ao custo do portador, neste estudo, os relacionados à compra de medicamentos para doenças oportunistas, PMMA e seus insumos, e preservativos.

Na apuração dos custos foi utilizado o custeio por absorção, por ser esse indicado para utilização de identificação e controle dos custos nos vários hospitais públicos, segundo estudos indicados pelo PNGC. Os custos indiretos foram alocados tomando por base os controles mais fiéis de cada unidade, tais como: UNICAT – volumes de medicamentos dispensados pela unidade; LACEN – volume de exames realizados pela unidade; e HGGT – quantidades de procedimentos ambulatoriais e de pronto-socorro realizados. Todos os dados considerados tomaram como base o período de janeiro a dezembro de 2009.

Na identificação das variáveis que compõem os custos foram relacionados os seguintes: medicamentos anti-retrovirais, medicamentos para combate às doenças oportunistas, recursos humanos que trabalham no setor de dispensação dos ARVs da UNICAT, exames CD4/CD8, carga viral, exames de alta e média complexidades, recursos humanos que trabalham no setor da biologia molecular, exames laboratoriais, recursos humanos do Hospital-Dia, preservativos, vacinas, polimetacrilato (PMMA) e seus insumos e gastos gerais das unidades envolvidas no estudo – UNICAT, LACEN e Hospital-Dia, tais como: energia, água, serviços terceirizados (segurança e higienização), telefonia, contrato de manutenção

preventiva, locação de equipamentos, gêneros alimentícios, material de limpeza, material de conservação, material de expediente, descartáveis, combustíveis, medicamentos e material médico-hospitalar, sendo estes dois últimos considerados apenas no LACEN e Hospital-Dia.

Na relação dos gastos gerais só não foram considerados os gastos relativos à depreciação, pois os permanentes são, em sua maioria, muito antigos, quase todos já depreciados. Outro fator que impediu o cálculo da depreciação foi a falta de controle dos valores de aquisição, já que as notas fiscais são direcionadas para a SESAP para o devido pagamento e, com o passar do tempo, cerca de 5 anos, o arquivo destas notas é destruído.

Foi calculada uma estimativa de custo médio por portador, devido ao fato de o tratamento variar de acordo com os estágios da doença. A quantidade de portadores que receberam tratamento com medicamentos anti-retrovirais, no período de 2009, foi de 1.848 portadores, sendo 1.640 adultos, 37 crianças, 15 parturientes, 19 recém-nascidos e 137 em exposição, segundo informações coletadas no SICLOM.

Porém, alguns dados de custos foram distribuídos para 2.238 portadores, que estavam sendo acompanhados no SAE/HGGT no ano de 2009. Cabe ressaltar, todavia, que o número de casos identificados no município de Natal no período de 2000 a 2009, foi de apenas 946 casos; mas, em termos de acompanhamento, o SAE/Natal atendeu durante o ano de 2009, 2.238 portadores, ou seja, 1.292 portadores de outros municípios que preferiram se tratar no HGGT, principalmente pelo sigilo quanto à doença.

Na identificação do número de óbitos, no período de 2009, o Estado do Rio Grande do Norte registrou 84; porém, no HGGT, foco desse estudo, o número de óbitos foi de 73, segundo dados estatísticos do próprio hospital. Já em 2007, o número de óbitos foi 43 portadores, e em 2008 foram 65 portadores que vieram a falecer. Este número crescente de óbitos no HGGT se deu por alguns motivos, sendo o principal o abandono voluntário do tratamento, apesar de aconselhamentos antes e durante o tratamento com ARVs.

Para pesquisas futuras, sugere-se o aprofundamento na identificação dos custos, utilizando o custeio por atividade ou até mesmo identificando os custos por procedimentos. Nesse trabalho não foi possível tal identificação devido ao fato do controle dos gastos (valores) estar concentrado não nas unidades, mas sim na

SESAP, com exceção do Hospital Geral Giselda Trigueiro, por ser esta uma unidade orçamentária autônoma, no que se refere a ambulatório ou internação.

Cabe ressaltar que o presente estudo despertou o interesse da SESAP-RN para estender o estudo na estimativa de custos quanto à internação dos portadores, mas que abrangesse todo o estado do RN; dessa forma, o governo conseguiria controlar e redistribuir melhor os recursos das estratégias (contrapartida do estado para DST/AIDS), principalmente no que tange aos custos por procedimentos, pois seria um balizador de custos para atendimento aos SAEs do Rio Grande do Norte, e mais um incentivo para a criação do SAE/Natal.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Carla de Moura. **Sistema de Controle Logístico de Medicamentos: Referência Rápida de Dispensação de Medicamentos ARV pelo SICLOM**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- ATKINSON, Anthony A. et al. **Contabilidade gerencial**. São Paulo: Atlas, 2000.
- BAUTISTA, S. A. et al. **Costing of HIV/AIDS treatment in Mexico**. Technical Report No. 020. Bethesda, MD: The Partners for Health Reformplus Project, 2003.
- BERMAN, Howard J.; WEEKS, Lewis E. **Administração financeira de hospitais**. São Paulo: Pioneira, 1979.
- BEULKE, Rolando; BERTÓ, Dalvio José. **Gestão de custos e resultado na saúde: hospitais, clínicas, laboratórios e congêneres**. São Paulo: Saraiva, 1997.
- BEUREN, Ilse M. (Org.). **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: Teoria e prática**. São Paulo: Atlas, 2003.
- BITTAR, Olímpio J. N. V. Produtividade em hospitais de acordo com alguns indicadores hospitalares. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v. 30, n. 1, fev. 1996.
- BRASIL. Lei n. 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispões sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 14 nov. 1996. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=144779>>. Acesso em: 02 abr. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Gestão de Custos – Manual Técnico de Custos – Conceitos e Metodologia**. Brasília, 2006.
- _____. **Epidemiologia: AIDS**. 2008. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/pages/lumisd3352823ptbrie.htm>>. Acesso em: 20 set. 2009.
- _____. **Tratamento de HIV e AIDS: Evolução clínica do HIV**. 2010a. Disponível em: <www.aids.gov.br/data/pages/lumisd94061baitemidb1a0d920faad43c7b407eef50c1675d6ptbrie.htm>. Acesso em: 05 jul. 2010.
- _____. **Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos infectados pelo HIV – Critérios para o início do tratamento Anti-retroviral (atualização das páginas 34-36)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.
- BRUNI, Adriano L.; FAMÁ, Rubens. **Gestão de custos e formação de preços: com aplicações na calculadora HP12C e Excel**. São Paulo: Atlas, 2002.

CHEQUER, Pedro. **AIDS vinte anos**: esboço histórico para entender o Programa Brasileiro. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISBD1B398DPTBRIE.htm>>. Acesso em: 20 set. 2009.

CHERUBIN, Niversindo Antonio; SANTOS, Naírio Augusto dos. **Administração hospitalar**: Fundamentos. São Paulo: CEDAS, 1997.

CHING, Hing Yuh. **Manual de custos de instituições de saúde**: sistemas tradicionais de custos e sistema de custeio baseado em atividades (ABC). São Paulo: Atlas, 2001.

DANTAS, Maria Tereza da Costa. **AIDS**: uma epidemia fora de controle! Situação do Brasil e do RN.

DATASUS. **Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS**. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 21 dez. 2009.

DEPARTAMENTO DE DST AIDS. **Portal informativo sobre AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis**. Disponível em: <www.aids.gov.br>. Acesso em: 24 ago. 2009.

_____. **Avaliação da assistência ambulatorial dos adultos vivendo com HIV/AIDS – QUALIAIDS – Relatório 2007/2008**. 2008. Disponível em: <http://sistemas.aids.gov.br/qualiaids/Relat%F3rio_Qualiaids_2008_PDF.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2010.

_____. **Metas e compromissos assumidos pelos Estados-Membros na Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas sobre HIV/AIDS – UNGASS – HIV/AIDS – Resposta Brasileira 2008-2009 – Relatório de Progresso do País**. 2010. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B52ACCDA2-900A-4C09-984B-728D54F159EF%7D/ungass2010-01-portugue5.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2010.

DODDS, Colin; COLMAN, Ronald; AMARATUNGA, Carol; WILSON, Jeff. The cost of HIV/AIDS in Canada. **Genuine Progress Index**. 2000. Disponível em: <<http://www.gpiatlantic.org/pdf/health/costofaids.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2010.

ELDENBURG, Leslie G.; WOLCOTT, Susan K. **Gestão de custos**: como medir, monitorar e motivar o desempenho. Rio de Janeiro: LTC, 2007.

FALK, James A. **Gestão de custos para hospitais**: conceitos, metodologias e aplicações. São Paulo: Atlas, 2008.

FONTINELE JÚNIOR, Klinger. **Administração hospitalar**. Goiânia: AB, 2002.

FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS (FIPE). **Estimativas dos Custos dos Tratamentos da Aids no Brasil**. São Paulo: FIPE, 1996.

FUNDO MUNDIAL DE LUTA CONTRA A AIDS, A TUBERCULOSE E A MALÁRIA (FUNDO MUNDIAL). **El Fondo Mundial en 2010: Innovación y repercusión**. 2010.

Disponível em:

<http://www.theglobalfund.org/documents/replenishment/2010/Progress_Report_Summary_2010_es.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2010.

GARRISON, Ray H.; NOREEN, Eric W.; BREWER, Peter C. **Contabilidade gerencial**. 11. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2007.

GAUTHIER, Paul-Henri et al. **O controle de gestão no hospital**. São Paulo: União Social Camiliana, 1979.

GOMES, Anailson Marcio. **Análise de custos hospitalares**: um estudo no Hospital de Pediatria da UFRN. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal da Paraíba. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Curso de Mestrado em Administração. João Pessoa, 1999.

GRANJEIRO, Alexandre; ESCUDER, Maria Mercedes Loureiro; CASTILHO, Euclides Ayres. Magnitude e tendência da epidemia de AIDS em municípios brasileiros de 2002–2006. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 3, 2010.

HANSEN, Don R.; MOWEN, Maryanne M. **Gestão de custos**: Contabilidade e controle. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.

HARLING, Guy; WOOD, Robin. The evolving cost of HIV in South Africa: Changes in health care cost with duration on antiretroviral therapy for public sector patients. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 45, n. 3, jul. 2007.

HELLINGER, F. J.; FLEISHMAN, J. A. Estimating the national cost of treating people with HIV disease: patient, payer, and provider data. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 24, n. 2, p. 182-188, jun. 2000.

JOKURA, Tiago. **Que doença mata mais**: AIDS ou câncer? Disponível em: <http://mundoestranho.abril.com.br/saude/pergunta_287645.shtml>. Acesso em: 20 set. 2009.

KAHN, J. G.; MARSEILLE, E.; AUVERT, B. **Cost-effectiveness of male circumcision for HIV prevention in a South African setting**. 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17194197>>. Acesso em: 15 abr. 2010.

KOENIG, S.P. et al. The cost of antiretroviral therapy in Haiti. **Cost effectiveness and resource allocation**. 2008. Disponível em: <<http://www.resource-allocation.com/content/6/1/3>>. Acesso em: 04 jan. 2010.

KRENTZ, H.B.; AULD, M.C.; GILL, M.J. The high cost of medical care for patients who present late (CD4 < 200 cells/ μ L) with HIV infection. **HIV Medicine – British HIV Association**, v. 5, p. 93-98, 2004.

LEONE, George S. G. **Custos**: Planejamento, implantação e controle. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

MAHER, Michael. **Contabilidade de custos**: Criando valor para a administração. São Paulo: Atlas, 2001.

MARQUES, Heloisa Helena de Sousa et al. Costs of care provided in a university hospital for children exposed to or infected with the HIV/AIDS. **Caderno de Saúde Pública** [online]. 2007, v.23, supl.3, p. S402-S413.

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

MARTINS, Eliseu. **Contabilidade de custos**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARTINSON, Neil; MOHAPI, Lerato; BAKOS, Darryl; GRAY, Glenda E.; MCINTYRE, James A.; HOLMES, Charles B. Costs of providing care for HIV-infected adults in an urban HIV clinic in Soweto, South Africa. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 50, n. 3, mar. 2009.

MATOS, Afonso José de. **Gestão de custos hospitalares**: técnicas, análise e tomada de decisão. São Paulo: STS, 2002.

MEGLIORINI, Evandir. **Custos**. São Paulo: Makron Books, 2002.

MIRANDA, Gilberto José; CARVALHO, Cleverton Euclen de; MARTINS, Vidigal Fernandes; FARIA, Adolar Ferreira de. Custeio ABC no ambiente hospitalar: um estudo nos hospitais universitários e de ensino brasileiros. **Revista Contabilidade & Finanças**, v. 18, n. 44, maio-ago, 2007.

NARDI, Nance B. **Metodologia da pesquisa científica**. Disponível em <150.165.111.213:8080/chamadas/downloads%5C506811.ppt>. Acesso em: 02 nov. 2010.

NASCIMENTO, Jonilton Mendes do. **Custos**: planejamento, controle e gestão na economia globalizada. São Paulo: Atlas, 2001.

NOWICKI, Michael. **HFMA's introduction to hospital accounting**. 5. ed. Chicago: HFMA, 2002.

NUNES, André. O impacto econômico da AIDS/HIV no Brasil. **Texto para discussão n. 505**. IPEA – Instituto de Pesquisa Aplicada. Ministério do Planejamento e Orçamento. Brasília, 1997.

OLIVEIRA, Alexandre David da Silva; BRUNI, Adriano Leal; PAIXÃO, Roberto Brasileiro; CARVALHO JUNIOR, César Valentim de Oliveira. Estratégia, custos e hospitais: um diagnóstico na cidade de Salvador, Bahia (2006). **RIC – Revista de Informação Contábil**, v. 2, n. 2, p. 79-96, abr-jun, 2008.

ONUSIDA. Atualização Técnica. **Coleção Boas Práticas do ONUSIDA**. ONUSIDA, 1998.

_____. **La crisis económica mundial y los programas de prevención y tratamiento de VIH: Vulnerabilidad e impacto**. Banco Mundial / ONUSIDA: jun. 2009a.

_____. **Situación de la epidemia de sida**. ONUSIDA, 2009b. Disponível em: <http://data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1700_epi_update_2009_es.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2010.

PEREZ, JR. José H.; OLIVEIRA, Luis M.; COSTA, Rogério G. **Gestão estratégica de custos**. São Paulo: Atlas, 2000.

PORTELA, Margareth C.; LOTROWSKA, Michel. Assistência aos pacientes com HIV/AIDS no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, 2006.

RAIMUNDINI, Simone Letícia; SOUZA, Antônio Artur de; STRUETT, Mirian Aparecida Micarelli; BOTELHO, Ernani Mendes. Aplicabilidade do custeio baseado em atividades e análise de custos em hospitais públicos. **RAUSP – Revista de Administração**, v. 41, n. 4, out-dez, 2006.

RAUPP, Fabiano Maury; CRISPIM, Cláudia Hernandez; ALMEIDA, Éder da Silveira de. Gestão de custos hospitalares por meio do custeio por absorção: o caso da Maternidade Carmela Dutra. **RIC – Revista de Informação Contábil**, v. 2, n. 1, p. 120-133, out-dez, 2007.

REIS, Ana Cristina; SANTOS, Elizabeth Moreira dos; CRUZ, Marly Marques da. A mortalidade por AIDS no Brasil: um estudo exploratório de sua evolução temporal. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v. 16, n. 3, set. 2007.

RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Estado da Saúde Pública. **Projeto para Implantação da Coordenadoria de Assistência Farmacêutica na Secretaria de Saúde Pública – SESAP/RN**. Natal: SESAP-RN, 2009.

RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Avaliação da assistência ambulatorial aos adultos vivendo com HIV/AIDS**: Qualiaids – Relatório 2007/2008. Brasília, 2008.

RYAN, Bob; SCAPENS, Robert W.; THEOBALD, Michael. **Metodología de la investigación en finanzas y contabilidad**. Barcelona: Deusto 1998.

SAX, Paul E. et al. Should Resistance Testing Be Performed for Treatment-Naive HIV-Infected Patients? A Cost-Effectiveness Analysis. **Chicago Journal – Clinical Infectious Diseases**, v. 41, n. 9, nov. 2005.

SILVA, A. P. F.; FALK, J. A.; SOUZA, E. X.; MIRANDA, L. C. Um estudo sobre o perfil dos gestores administrativos hospitalares que gerenciam as informações de custos e as informações geradas pelos sistemas de informação de custos hospitalares em funcionamento na cidade do Recife. In: CONGRESSO USP DE CONTROLADORIA E CONTABILIDADE, 3, São Paulo, 2003. **Anais...** São Paulo: EAC/FEA/USP, 2003.

SILVA, A. P. F.; MIRANDA, L. C.; FALK, J. A. Sistemas de apuração de custos em entidades hospitalares da cidade do Recife: segundo maior polo médico-hospitalar brasileiro. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS, 9, São Paulo, 2002. **Anais...** São Paulo: ABC, 2002.

VANDERBECK, Edward J.; NAGY, Charles F. **Contabilidade de custos**. 11. ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.

VIEIRA, Fabíola S. Gasto do Ministério da Saúde com medicamentos: tendência dos programas de 2002 a 2007. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 4, 2009.

WARREN, Carl S.; REEVE, James M.; FESS, Philip E. **Contabilidade Gerencial**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2008.

WORM, Tatiani; BRANDT, Eloi Almiro. **A aplicabilidade do método ABC no setor de processamento de roupas de uma instituição hospitalar**. Disponível em: <www.anpcont.com.br/site/docs/congressol/01/CCG389.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Cronologia do combate à AIDS no Brasil (formatado a partir de informações disponíveis em www.aids.gov.br).

ANO	ACONTECIMENTOS
1985	Liberação dos primeiros testes diagnósticos, baseado na detecção de anticorpos para o vírus. Surge a soropositividade e a discriminação.
	Criação das primeiras organizações não-governamentais dedicadas a este estudo. GAPA (grupo de apoio a prevenção da AIDS) criada em São Paulo e a ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS) criada por Herbert de Souza.
1986	Devido ao crescente número de óbitos, é criado o Programa Nacional de DST AIDS. Ocorre também a VII Conferência Nacional de Saúde que consagra as idéias do movimento de reforma sanitária.
1987	Início das campanhas oficiais de prevenção contra a AIDS
1988	Tornando-se parte da carta magna, a reforma sanitária, nasce através da constituição federal o sistema único de saúde (SUS). Ainda este ano a Organização Mundial de Saúde institui 01/12 como o dia internacional de luta contra a AIDS.
	Criação dos primeiros centros de testagem anônima para a soropositividade com o respeito à privacidade dos indivíduos, chamados então de COAS – Centro de Orientação e Apoio Sorológico (Porto Alegre e logo mais no Rio de Janeiro).
1994	Brasil fecha o primeiro acordo com o Banco Mundial, havendo alavancagem no desenvolvimento do Programa Nacional. Seguem os acordos de empréstimos AIDS II e AIDS III, sendo este vigente até 2006. A primeira medicação com eficácia contra a progressão da imunodeficiência foi a AZT (hoje chamado de zidovudina), utilizada desde a década de 1980 para prevenção de transmissão vertical (gestante para o nascituro).
1996	Uma nova classe de inibidores da protease surge para ser utilizada no tratamento da AIDS. A combinação dos medicamentos reduz a progressão da doença e a progressão de deterioração do sistema imunológico. Neste período verifica-se uma grande queda na mortalidade dos portadores. O Brasil adota, através de políticas públicas, a distribuição gratuita dos medicamentos, via SUS, para todos os portadores do vírus HIV. Com essa medida pode-se observar redução de gastos com internação dos portadores, pois o tratamento estava sendo feito no estágio inicial da doença.
1997	Criação de uma Rede Nacional de Laboratórios para a realização de dois exames que monitora a resposta dos pacientes quanto à medicação utilizada, sendo estes: contagem de linfócitos CD4+/CD8+ e o teste de carga viral.
1999	Surgimento de uma nova ferramenta de monitoramento de resistência viral, a genotipagem, para aquelas pessoas que não respondem à terapia dos medicamentos.
2001	Implementação de 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. Neste mesmo ano o programa brasileiro de controle do HIV e AIDS é reconhecido como exemplo internacional.

APÊNDICE B – Evolução histórica da AIDS no mundo (formatado a partir de informações disponíveis em www.aids.gov.br).

ANO	HISTÓRICO
1977/78	Primeiros casos da doença nos EUA, Haiti e África Central, porém só conhecida como AIDS em 1982.
1980	Primeiro caso no Brasil (São Paulo), só também conhecida como AIDS em 1982.
1981	Primeiras preocupações das autoridades nos EUA, sobre a doença.
1982	Primeiro caso de transfusão de sangue no Brasil. Doença foi conhecida como Doença dos 5H (homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroínômanos – usuários de heroínas injetáveis, hookers – profissionais do sexo).
1983	Primeiro caso de AIDS em criança, relato de caso possível transmissão heterossexual. Usuários de drogas homossexuais transmitem para usuários de drogas heterossexuais. As principais vítimas da doença são os gays e os haitianos. No Brasil é detectado o primeiro caso de AIDS no sexo feminino.
1984	Na França o vírus foi caracterizado como retrovírus, que sofre mutação de acordo com o meio em que vive – Instituto Pasteur. No Brasil inicia-se a estruturação do primeiro programa de controle da AIDS, pela Secretaria de Saúde de São Paulo.
1985	Fundação da GAPA – Grupo de Apoio à prevenção à AIDS (primeira ONG do Brasil e América Latina). Primeiros testes anti-HIV são disponibilizados para diagnósticos. A AIDS é a fase final da doença nos portadores de HIV. Detecção do primeiro caso de transmissão vertical (mãe grávida para bebê).
1986	Criação do Programa Nacional de DST AIDS no Brasil.
1987	Criação do CAOS – Centro de orientação sorológica em Porto Alegre/RS. Início da utilização do medicamento utilizado no câncer AZT, que reduz a multiplicação do HIV. O Ministério da Saúde e Trabalho introduz DST/AIDS nas SIPAT (Semanas Internas de Prevenção de Acidentes no Trabalho e Saúde). A assembléia mundial, com apoio da ONU, institui 01/12 como o dia mundial de luta contra a AIDS. Total de casos notificados no Brasil: 2.775.
1988	No Brasil, através de portaria, institui 1/12 como o dia mundial de luta contra a AIDS. Criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que irá fornecer os medicamentos gratuitamente para o tratamento das doenças oportunistas. Total de casos no Brasil é de 4.535. Primeiro caso em população indígena.
1989	Morre Lauro Corona (TV Globo). Redução de 20% do preço do medicamento AZT. Total de casos no Brasil, 6.295.
1990	Morre Cazusa, cantor e compositor brasileiro.
1991	Inicia o processo para aquisição e fornecimento gratuito dos anti-retrovirais. A OMS anuncia 10 milhões de pessoas infectadas no mundo. O jogador de basquete Magic Johnson anuncia que tem HIV. É lançado o Videx (ddl), outro medicamento do grupo de inibidores de transcriptase reversa. Casos notificados no Brasil: 11.805.
1992	Primeiros estudos sobre várias drogas combinadas contra o HIV. Estudo das doenças sexualmente transmissíveis (DST) como co-fator de transmissão e aquisição de HIV, aumentando o risco em 18 vezes. Menina Sheila Cartopassi de Oliveira teve sua matrícula recusada num colégio em São Paulo, por ser portadora de HIV. Inclusão no código internacional de doença. O Ministério da Saúde inclui na tabela do SUS os procedimentos para o tratamento da AIDS. Início do credenciamento em hospitais para o tratamento da AIDS. Campanha: Vamos todos contra a AIDS de mãos dadas com a vida. Total de casos no Brasil: 14.924.
1993	Início da notificação da AIDS no SINAN – Sistema Nacional de Notificação de Doenças. Doença atinge também mulheres. O AZT começa a ser produzido no Brasil, e os casos detectados já são 16.760.
1994	Acordo com o Banco Mundial dá impulso às ações de controle e prevenção às doenças DST e AIDS, prevista pelo MS. O AZT ajuda a prevenir a transmissão do HIV de mãe para bebê. Definição para diagnosticar casos de AIDS em crianças. Total de casos no Brasil: 18.224.
1995	AZT/ddl/ddC são as medicações para o tratamento anti-retrovirais. Uma nova classe de drogas contra o HIV é aprovada nos EUA, os inibidores de protease. Outros inibidores de transcriptase reversa, Zerti (d4T) e Eпивir (3TC), são lançados,

	<p>aumentando as escolhas de tratamento. O tratamento com combinações de drogas custa em torno de US\$ 10mil a US\$ 15mil por ano. Estudos revelam que com tratamento precoce das DST se reduz em 42% a transmissão do HIV. São lançados os primeiros inibidores de protease. Total de casos no Brasil: 19.980.</p>
1996	<p>Lei fixa o direito ao recebimento de medicamentos gratuitos para o tratamento da AIDS. Disponibilização do AZT venoso na rede pública. Identificada queda de taxa de mortalidade por AIDS, diferenciadas por regiões. Os casos da doença mais crescentes agora migram para a feminilidade, interiorização e população de baixa escolaridade e renda. Total de casos no Brasil: 22.343.</p>
1997	<p>Implantação da rede nacional de laboratórios para monitoramento do tratamento dos portadores de HIV, com os testes de carga viral e contagem de células CD4. Morre Herbet de Souza, Betinho, devido à transfusão de sangue. Total de casos no Brasil: 22.593.</p>
1998	<p>Validação do algoritmo nacional para diagnóstico das DST no Brasil (Moherdau F. et al.). Onze medicamentos são disponibilizados para o tratamento na rede de saúde. Lei define como obrigatória a cobertura de despesas hospitalares com AIDS pelos seguros-saúde privados. Muitos soropositivos que utilizam coquetel apresentam cargas virais indetectáveis pelos exames. MS recomenda abordagem sintômica das DST para tratamento oportuno, reduzindo a incidência do HIV. Campanhas: i) Sem camisinha não tem carnaval; e ii) A força da mudança: com os jovens em campanha contra a AIDS.</p>
1999	<p>Agora são 15 medicamentos disponibilizados pela rede pública de saúde. Redução de mortalidade (50%) dos portadores de HIV e melhora na qualidade de vida. Estudos indicam que o HIV é a mutação do vírus SIV (Vírus da Imunodeficiência dos Simios) transmitidos para os seres humanos através de chimpanzés, porém não deixam estes doentes. Total de casos notificados no Brasil 1998/1999 (até agosto): 22.102.</p>
2000	<p>13ª Conferência Mundial Sobre a AIDS, na África do Sul, denuncia a mortandade na África, sendo acusados 17 milhões de mortos no continente, dentre eles 3,7 milhões são crianças. 8,8% dos adultos estão contaminados. Aumenta o número de casos de mulheres infectadas no Brasil, uma mulher para cada dois homens. Ocorre o I Fórum em HIV/AIDS e DST da América Latina, no Rio de Janeiro. Total de casos no Brasil 1999/2000 (até junho): 17.806.</p>
2001	<p>Implantação da rede de laboratórios para o teste de genotipagem, que identifica quais os medicamentos corretos para o tratamento de portadores do HIV. Brasil ameaça quebra de patente e consegue redução dos preços dos medicamentos com a indústria farmacêutica internacional. Total de casos acumulados no Brasil (1980 - 2001): 220.000.</p>
2002	<p>É criado para captar e distribuir recursos, o fundo global para combate a AIDS, Tuberculose e Malária, cujos recursos serão utilizados nos países em desenvolvimento, para combate e controle das três doenças que mais matam no mundo. Ocorre a 14ª Conferência Internacional sobre a AIDS, em Barcelona. No Brasil acumula-se (1980 - 2002) 258.000 casos.</p>
2003	<p>Realiza o II Fórum em HIV/AIDS e DST da América Latina, em Havana, Cuba. O Brasil recebe prêmio de US\$ 1 milhão da Fundação Bill & Melinda Gates, doadas por diversas ONGS que trabalham com portadores de HIV/AIDS, como reconhecimento das ações de prevenção e assistência no país, sendo considerado por diversas agências de cooperação internacional, um país de referência mundial. Total de casos acumulados no Brasil até 2003: 310.310.</p>
2004	<p>Morrem duas lideranças transexuais: Janaina Dutra e Marcela Prado, colaboradoras do Programa Nacional de DST/AIDS. Lançamento de algoritmo brasileiro para o teste de genotipagem. Recife realiza 3 congressos simultâneos para quatro mil participantes: V Congresso Brasileiro de Prevenção em DST/AIDS, o V Congresso da Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS (SBDST) e o I Congresso Brasileiro de AIDS. Total de casos acumulados até 30/06/04: 362.364.</p>
2005	<p>Morre aos 54 anos o filho do ex-presidente Nelson Mandela, Makgatho Mandela, em consequência da AIDS. O Brasil aborda o racismo como fator de vulnerabilidade para a população negra, no Dia Mundial de Luta Contra a AIDS. Total de casos acumulados até junho/2005: 371.827.</p>
2006	<p>Dia Mundial de Combate a Sífilis, é reconhecido no terceiro sábado de outubro. 16ª Conferência Mundial sobre a AIDS foi o maior evento sobre a AIDS no mundo,</p>

	<p>realizado em Toronto, que recebeu 20 mil pessoas. Neste ano a campanha do Dia Mundial de luta contra a AIDS foi protagonizada por pessoas com a doença. Nas torres do Congresso Nacional foi exposta em raio laser a inscrição da RNP “Eu me escondia para morrer, hoje me mostro para viver”, como forma de lembrar os mortos pela doença. Redução de 50% nos preços do medicamento anti-retroviral Tenofovir, representando uma economia de US\$ 31,4 milhões por ano. Total de casos acumulados até 30/06/06: 433.067.</p>
2007	<p>A Tailândia decide copiar o anti-retroviral Kaletra, em Janeiro deste ano. O Brasil decreta o licenciamento compulsório do Efavirenz. É assinado acordo para redução do preço do anti-retroviral Lopinavir/Ritonavir. É instituído o banco de dados de violações dos direitos das pessoas portadoras do HIV, através do Programa Nacional DST/AIDS. Há redução de 50% de anti-retroviral, em um ano, pela UNITAID. Aumenta a sobrevivência de pessoas com AIDS no Brasil. A campanha do Dia Mundial de Luta contra a AIDS ocorre com jovens no Cristo Redentor, Rio de Janeiro. Há premiação de máquinas de preservativo, através do Ministério de Saúde e Educação e das Nações Unidas. Total de casos de AIDS acumulados no Brasil até jul/2007 é de 474.273.</p>

APÊNDICE C – Medicamentos e suas dosagens disponíveis na farmácia do Hospital Geral Giselda Trigueiro (SAE/Natal)

Abacavir – ABC	Comp. de 300mg/dia	mL de sol.oral 20mg/mL/dia	-
Amprenavir – APV	mL de sol.oral 15mg/mL/dia	-	-
Atazanavir – ATV	Caps. de 200mg/dia	Caps. de 150mg/dia	Caps. de 300mg/dia
Darunavir – DRV	Comp. de 300mg/dia	-	-
Didanosina – ddl	Caps. de 250mg/dia	Caps. de 400mg/dia	mL de sol.oral 10mg/mL/dia
Efavirenz – EFZ	Comp. de 600mg/dia	mL de sol.oral 30mg/mL/dia	Caps. de 200mg/dia
Enfuvirtida – T-20	Frascos-amp. de 90mg/mL/dia	-	-
Estavudina – d4T	Caps. de 30mg/dia	mL de sol.oral 1mg/mL/dia	-
Fosamprenavir – FPV	Comp. de 700mg/dia	-	-
Indinavir – IDV	Caps. de 400mg/dia	-	-
Lamivudina – 3TC	Comp. de 150mg/dia	mL de sol.oral 10mg/mL/dia	-
Lopinavir + ritonavir – LPV/r	Comp. de 200mg + 50mg/dia	mL de sol.oral 80mg/mL + 20mg/mL/dia	-
Nevirapina – NVP	Comp. de 200mg/dia	mL de suspensão oral 10mg/mL/dia	-
Raltegravir – RAL	Comp. de 400mg/dia	-	-
Ritonavir – RTV	Caps. de 100mg/dia	-	-
Saquinavir – SQV	Caps. MOLE de 200mg/dia	-	-
Tenofovir – TDF	Comp. de 300mg/dia	-	-
Zidovudina + lamivudina – AZT + 3TC	Comp. de 300mg + 150mg/dia	-	-
Zidovudina – AZT	Caps. de 100mg/dia	mL de sol.oral 10mg/mL/dia	Solução injetável 10/mg/mL/dia

APÊNDICE D – Doenças oportunistas mais comuns associadas à AIDS (formatado a partir de informações disponíveis em www.aids.gov.br)

Fase	Causador	Doenças
Sintomática inicial	Vírus	Leucoplasia pilosa oral
		Herpes simples recorrente
		Herpes Zoster
	Bactérias	Diarréia
		Gengivite
	Fungos	Candidíase oral
Candidíase vaginal		
AIDS	Vírus	Citomegalovirose
		Herpes simples
		Leucoencefalopatia Multifocal Progressiva
	Bactérias	Micobacterioses (tuberculose e complexo <i>Mycobacterium avium-intracellulare</i>)
		Pneumonias (<i>S. pneumoniae</i>)
		Salmonelose
	Fungos	Pneumocistose
		Candidíase
		Criptococose
		Histoplasmose
	Protozoários	Toxoplasmose
		Criptosporidiose
		Isosporíase
	Neoplasias	Sarcoma de Kaposi
		Linfomas não-Hodgkin
Neoplasias intra-epiteliais, anal e cervical		
Câncer de colo do útero		

APÊNDICE E – Exames laboratoriais realizados no Hospital Geral Giselda Trigueiro – Janeiro a Dezembro/2009.

**CONTROLE DE EXAMES LABORATORIAIS
HOSPITAL GERAL GISELDA TRIGUEIRO**

(Dados quantitativos controlados pelo próprio laboratório, como forma de controle dos procedimentos para prestação de informações ao setor de custos)

PERÍODO: JAN/2009 a DEZ/2009

Pacientes atendidos pelo SAE/HD - Hospital Geral Giselda Trigueiro - 2.238 casos (fonte: SAE/HGGT)

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTOS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAIO	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL	VALOR SUS UNIT	GASTOS TOTAIS
BIOQUÍMICA I																
	Coleta de linfa p/ pesquisa de M. Leprae	2	11	15	18	18	0	18	12	22	15	36	20	187	-	-
202010120	Ácido Úrico	29	67	59	104	78	72	18	82	94	118	91	63	875	1,85	1.618,75
202010180	Amilase	20	35	33	52	53	20	16	51	39	50	25	43	437	2,25	983,25
202010201	Bilirrubina Total e Frações	57	156	51	108	120	147	133	135	132	135	117	114	1405	2,01	2.824,05
202010210	Cálcio	10	30	18	40	31	20	21	37	24	36	18	21	306	1,85	566,10
202010295	Colesterol Total	87	169	141	209	178	110	113	189	185	205	167	123	1876	1,85	3.470,60
202010317	Creatinina	74	149	120	186	159	110	116	182	214	200	156	121	1787	1,85	3.305,95
202010422	Fosfatase Alcalina	15	48	29	50	42	33	30	51	51	39	34	35	457	2,01	918,57
202010430	Fósforo	1	6	9	10	9	6	5	6	7	10	6	8	83	1,85	153,55
202010473	Glicose	105	106	131	259	247	234	251	241	251	245	204	146	2420	1,85	4.477,00
202010554	Lipase	0	0	2	1	2	2	3	0	0	0	0	0	10	2,25	22,50
202010562	Magnésio	0	4	3	13	10	2	3	9	9	9	3	5	70	2,01	140,70
202010570	Muco Proteínas	1	5	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	11	2,01	22,11
202010600	Potássio	9	22	18	34	33	12	5	26	35	32	27	39	292	1,85	540,20
202010627	Proteínas Totais e Frações	33	108	27	105	96	123	119	102	153	96	69	93	1124	1,85	2.079,40
202010635	Sódio	9	22	18	34	33	11	5	26	35	32	26	39	290	1,85	536,50
202010643	TGO	52	132	111	159	151	155	161	157	182	154	151	115	1680	2,01	3.376,80
202010651	TGP	52	132	108	159	151	156	161	157	182	154	151	115	1678	2,01	3.372,78
202010694	Uréia	74	149	119	186	158	110	116	177	213	200	151	121	1774	1,85	3.281,90
BIOQUÍMICA II																
202050025	Clearence de Creatina	0	4	0	2	1	3	3	2	1	1	0	0	17	3,51	59,67

202010392	Ferro Sérico	1	4	1	5	3	0	0	0	2	5	0	3	24	3,51	84,24
202010465	Gama-GT	21	43	44	63	41	42	36	55	55	43	38	28	509	3,51	1.786,59
202010678	Triglicerídeos	87	168	141	210	178	110	113	191	186	204	169	123	1880	3,51	6.598,80
202010449	Fosfatase acida-fração prostática	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,01	-
BIOQUÍMICA III																
202010287	Colesterol (LDL)	64	132	114	192	156	19	21	169	107	173	154	109	1410	3,51	4.949,10
202010279	Colesterol (HDL)	66	141	113	194	161	21	21	172	107	174	151	110	1431	3,51	5.022,81
	Colesterol (VLDL)	62	129	110	192	153	19	21	169	129	173	151	109	1417	3,51	4.973,67
202010325	CPK	4	14	8	15	11	6	8	10	16	13	8	2	115	3,68	423,20
202010368	Desidrogenase Lacta	11	36	24	65	46	34	28	75	31	60	52	39	501	3,68	1.843,68
COPROLOGIA I																
202040089	Pesquisa de Larvas (Mét. De Baermann)	1	2	0	0	3	0	3	0	0	0	0	0	9	1,65	14,85
COPROLOGIA II																
202040127	Parasitológico (Mét. De Concentração)	31	18	3	66	63	110	88	22	44	48	78	72	643	1,65	1.060,95
HEMATOLOGIA I																
202020029	Fr. do hemograma-plaquetas-contagem	106	234	174	281	217	241	263	254	257	252	223	247	2749	2,73	7.504,77
202020037	Reticulócito-contagem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,73	-
202020070	Tempo de coagulação (LEE WHITE)	2	11	3	9	2	3	5	6	5	8	6	7	67	2,73	182,91
202020142	Tempo e atividade protombinica - TAP	4	0	0	10	0	2	0	5	10	12	21	2	66	2,73	180,18
202020096	Tempo de sangria (DUKE)	2	11	3	9	0	3	5	6	5	6	6	7	63	2,73	171,99
	Tempo de tromboplastina (PTTA)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	5,77	5,77
202020150	Velocidade de hemossedimento (VHS)	5	15	10	21	26	44	37	30	34	18	34	30	304	2,73	829,92
202020371	Hematócrito	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,53	-
HEMATOLOGIA II																
202020410	Células LE - pesquisa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,11	-
202020541	Coombs direto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,73	-

	(liquor)															-	-
202090230	Caracteres Físicos (liquor)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,89	-
	Reação de VDRL (liquor)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-
MICROBIOLOGIA I																	
202080048	Bk direta p/ pesquisa de BAAR	18	43	33	27	2	15	24	36	26	31	15	15	285	4,20	1.197,00	
202080056	Bk direta p/ pesq de bac. acido alc. res.	2	11	11	18	18	0	18	12	22	15	36	20	183	4,20	768,60	
202080072	Bacteroscopia (por lâmina)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,80	-	
202080145	Exame a fresco	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,80	-	
MICROBIOLOGIA II																	
202080080	Cultura p/ identificação de bacterias	4	12	12	4	17	8	7	3	4	3	1	4	79	5,62	443,98	
202080080	Cultura de urina c/ cont. de colônias	4	8	8	14	7	1	3	8	10	5	6	6	80	5,62	449,60	
MICROBIOLOGIA III																	
202080153	Hemocultura (inclui antibiogr.) por AM	3	2	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	10	11,49	114,90	
URINA I																	
202050181	Proteína de Bence Jones, pesquisa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,40	-	
202050114	Proteinuria de 24 horas	5	0	3	5	2	1	2	2	2	5	3	1	31	2,04	63,24	
URINA II																	
202050017	Pesq. de elem. anorm/sedim. na urina	20	29	41	61	9	92	101	92	94	90	99	58	786	3,70	2.908,20	
MICOLOGIA																	
202080145	Fungos, exame direto	6	25	22	16	12	2	0	0	0	0	0	0	83	2,80	232,40	
202080137	Fungos, Cultura	6	25	22	16	12	2	0	0	0	0	0	0	83	4,19	347,77	
TOTAL DE EXAMES		1302	2759	2120	3587	2997	2416	2452	3286	3347	3381	2948	2500	33095		7.211,69	

Exames realizados pelos portadores do HIV/AIDS

APÊNDICE F – Medicamentos consumidos no tratamento das infecções oportunistas

**MEDICAMENTOS PARA INFECÇÕES OPORTUNISTAS E DST
HOSPITAL GERAL GISELDA TRIGUEIRO**

PERÍODO: MAIO/2010

Medicamentos inclusos na portaria nº 1318 de 23 de julho de 2002

ITEM	DENOMINAÇÃO	APRESENTAÇÃO	QUANT.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
1	Aciclovir	COM - 200 mg	2.000	0,06	120,00
2	Aciclovir	BG - 10 g (50 mg/g)	15	0,80	12,00
3	Aciclovir	BG - 4,5 g (0,03 g/g) - POM OFT	5	40,86	204,30
4	Ácido Ascórbico (Vit. C)	COM - 500 mg	1.200	0,30	360,00
5	Ácido Ascórbico (Vit. C)	FR/CGT - 20 ml (200 mg/ml)	16	1,60	25,60
6	Ácido Fólico	FR/CGT - 30 ml (0,2 mg/ml)	20	4,87	97,40
7	Ácido Fólico	COM - 5 mg	800	0,05	40,00
8	Ácido Folínico	COM - 15 mg	3.000	4,74	4.220,00
9	Ácido Valpróico	DRG - 500 mg	100	0,23	23,30
10	Ácido Valpróico	FR - 100ml (50mg/ml) - XPE	5	6,18	30,90
11	Amoxicilina	FR - 150ml (50mg/ml) - SUS ORAL	50	4,10	205,00
12	Amoxicilina	COM - 500 mg	2.100	0,08	168,00
13	Anfotericina B, form. lipídica	FA - 50 mg – PÓ	20	4,40	88,00
14	Anfotericina B, liposomal	FA - 50 mg – PÓ	-	854,44	-
15	Anfotericina B + Tetraciclina	BG - (45 mg)	60	6,25	375,00
16	Azitromicina	COM - 500 mg	1.200	0,34	408,00
17	Benzafibrato	DRG - 400 mg	60	2,84	170,40
18	Benzilpenicilina Benzatina	FA - 1.200.000 UI - PÓ	-	0,94	-
19	Benzoato de Benzila	FR - 60 ml (250 mg/ml) - SOL TÓPICA	100	1,16	116,00
20	Bromexina	FR - 120 ml (0,8 mg/ml) - XPE	10	1,47	14,69
21	Cefalexina	CAP - 500 mg	100	0,17	17,00
22	Cefalexina	FR - 60 ml (250 mg/ml) - SUS ORAL	-	2,53	-
23	Cetoconazol	COM - 200 mg	500	0,06	30,00
24	Cetoconazol	BG - 30 g (20 mg/g)	100	1,51	151,00
25	Ciprofloxacino	FR/CGT - 5 ml - 0,3% - SOL OFT	-	13,94	-
26	Ciprofloxacino	COM - 500 mg	3.000	0,11	330,00
27	Claritromicina	COM - 500 mg	3.000	0,87	2.610,00
28	Claritromicina	FR - 60ml - (50mg/ml) - SUS ORAL	5	21,90	109,50
29	Clindamicina, fosfato	CAP - 300 mg	-	1,42	-
30	Dexametasona, fosfato	BG - 10 g (0,1%)	80	0,88	70,40
31	Dexclorfeniramina, maleato	COM - 2 mg	100	0,02	2,00
32	Dexclorfeniramina, maleato	FR - 100ml - (2mg/5ml) - SOL ORAL	20	1,06	21,20
33	Diazepam	COM - 5 mg	1.000	0,02	20,00
34	Diazepam	COM - 10 mg (sulcado)	1.000	0,02	20,00
35	Diclofenaco de sódio	COM - 50 mg	2.000	0,02	40,00
36	Diclofenaco, resinato	FR/CGT - 20 ml (15 mg/ml)	-	2,11	-
37	Escopolamina,N-butil	FR/CGT - 20 ml (10 mg/ml)			

	brometo		60	1,50	90,00
38	Fenitoína	COM - 100 mg	3.500	0,07	245,00
39	Filgastrima	FA - 300 mcg	-	39,50	-
40	Fluconazol	CAP - 150 mg	500	0,23	115,00
41	Ganciclovir	CAP - 250 mg	-	11,58	-
42	Gatifloxacino	COM - 400 mg	1.000	3,35	3.350,00
43	Itraconazol	CAP - 100 mg	400	0,70	280,00
44	Ivermectina	COM - 6 mg	1.800	0,47	846,00
45	Loperamida	COM - 2 mg	2.000	0,26	520,00
46	Mebendazol	COM - 100 mg	200	0,05	10,00
47	Mebendazol	FR - 30 ml (100 mg/5ml) - SUS ORAL	-	0,95	-
48	Metronidazol	BG - 50 mg (100mg/g)	60	1,48	88,80
49	Metronidazol	80 ml (200 mg/5ml) - SUS ORAL	20	1,13	22,60
50	Metronidazol	COM - 250 mg	500	0,02	10,00
51	Monossulfiram 25%	FR - 100 ml	100	17,29	1.729,00
52	Neomicina + Bacitracina	BG - 15 g (15mg + 250 UI/g)	50	1,07	53,50
53	Nistatina	BG - 60 g (25.000 UI/g)	60	1,44	86,40
54	Nistatina	FR - 50ml (100.000UI/ml) - SUS ORAL	120	1,56	187,20
55	Óleo Mineral	FR - 100 ml	60	1,29	77,40
56	Omeprazol	CAP - 20 mg	2.800	0,13	364,00
57	Paracetamol	FR - 15 ml (200 mg/ml)	400	0,66	264,00
58	Paracetamol	COM - 500 mg	4.000	0,36	1.420,00
59	Pravastatina	COM - 20 mg	100	0,20	20,00
60	Pravastatina	COM - 40 mg	100	0,40	40,00
61	Pirimetamina	COM - 25 mg	5.400	0,07	358,56
62	Policressuleno+Cinchocaina	BG - 15 g (0,1 g + 0,01g)	60	2,32	139,20
63	Prednisona	COM - 5 mg	1.000	0,08	80,00
64	Prednisona	COM - 20 mg	2.000	0,13	260,00
65	Ranitidina	COM - 150 mg	2.000	0,04	80,00
66	Salbutamol	FR - 120 ml (0,4 mg/ml) - XPE	150	0,76	114,00
67	Salbutamol	FR/SPRAY - 200 doses (100 µg/dose) - p/ inalação oral	-	16,50	-
68	Secnidazol	COM - 1.000 mg	500	0,29	145,00
69	Sulfadiazina	COM - 500 mg	20.000	0,09	1.800,00
70	Sulfametoxazol + Trimetoprima	COM - 400 mg + 80 mg	9.000	0,06	540,00
71	Sulfametoxazol + Trimetoprima	COM - 800 mg + 160 mg	600	0,24	144,00
72	Sulfametoxazol + Trimetoprima	FR - 100 ml (40 mg + 8 mg/ml) - SUS ORAL	50	1,38	69,00
73	Sulfato Ferroso	DRG - 40 mg	1.000	0,05	50,00
74	Sulfato Ferroso	FR/CGT - 30 ml (125 mg/ml)	60	0,77	46,20
75	Vitamina do Complexo B	DRG	9.000	0,04	360,00
76	Vitamina do Complexo B	FR - 20 ml	150	1,35	202,50
	TOTAL		90.466		.307,05

Coletados nos pregões da SESAP-RN

Coletados no processo de dispensa de licitação

APÊNDICE G – Exames de alta e média complexidades realizados por portadores do HIV/AIDS no LACEN

EXAMES
HBsAG
Anti-HBc Total
Anti-HBc IgM
Anti-HBs
Anti-HCV
Hepatite "B" e "C" HVC qualitativo
Hepatite "B" e "C" HVC quantitativo
Hepatite "C" LIPA HCV AMPL. (genotipagem)
Hepatite "C" LIPA HCV STRIPS
Chagas Elisa (tripanossamo)
Chagas HAI
Chagas IFI
Citomegalovirus Elisa IgG
Citomegalovirus Elisa IgM
Toxoplasmose Elisa IgG
Toxoplasmose Elisa IgM
Leshmaniose Canina Elisa (Calazar)
Leshmaniose Canina IFI (Calazar)
Leshmaniose Humana (Calazar)

APÊNDICE H – Metas programadas pela Coordenação Estadual do Programa DST/AIDS para o ano de 2009 – Elaborado a partir de documentos disponibilizados pela Coordenação Estadual

Estratégia: Prevenção, Promoção e Proteção	
METAS	EXECUÇÃO
Apoiar 100% das ações de promoção, prevenção e proteção com o envio de material de IEC para as regionais de saúde, municípios da Grande Natal e ONG AIDS do RN.	Meta não cumprida na sua totalidade, algumas ações cumpridas isoladamente. PONTO IMPORTANTE: Grande demora no trâmite burocrático no processo para contratação de material de IEC
Adquirir 2.016.000 preservativos masculinos de 52 mm, em cumprimento à pactuação do RN com o MS.	Meta cumprida na sua totalidade.
Adquirir 47.193 sachês de gel lubrificante, em complementação ao insumo disponibilizado pelo PN-DST/AIDS, para o RN.	Meta cumprida na sua totalidade.
Executar em parceria com a Secretaria de Educação do Estado, através do GGE/RN, 90% das ações que compreendem o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas no RN.	Meta não cumprida na sua totalidade. PONTO IMPORTANTE: Maior adesão das escolas
Realizar dois Encontros (Natal e Mossoró) sobre política de prevenção em DST/AIDS para a 3ª idade no RN, voltada para a Atenção Básica, Núcleos de Saúde do Idoso, Regionais de Saúde, e Municípios da Grande Natal com participação das Universidades Públicas e Privadas.	Meta não executada, fragilidade na equipe técnica
Adquirir 100% da Fórmula Infantil para crianças expostas ao HIV no RN.	Meta cumprida na sua totalidade, incentivo e pactuação
Implementar o Programa de Prevenção à Transmissão Vertical do HIV em 50 serviços que fazem parto no RN.	Meta não executada, fragilidade na equipe técnica
Realizar um Seminário de Transmissão Vertical para HIV e Sífilis voltado para a Atenção Básica e Maternidades do Programa de Prevenção à Transmissão Vertical no RN.	Meta cumprida na sua totalidade
Implementar 90% das ações previstas na Carta de Compromisso em Combate a Sífilis no RN.	Meta não executada, fragilidade na equipe técnica
Realizar Monitoramento, Avaliação dos 67 Municípios inseridos na Estratégia Selo da Prevenção no RN.	Meta não executada, fragilidade na equipe técnica
Constituir uma Nota Técnica para inserção das DST no SINAN enquanto interesse do Estado do RN.	Meta não executada, fragilidade na equipe técnica
Publicar dois Boletins Epidemiológicos quanto à situação do HIV/AIDS no RN.	Meta não executada, fragilidade na equipe técnica
Realizar três capacitações sobre DST/AIDS, Violência Sexual e Drogas em parceria com a Atenção Básica (SESAP), CONEN/RN e Secretária de Trabalho e Ação Social no RN.	Meta não executada, fragilidade na equipe técnica
Estratégia: Diagnóstico, Tratamento e Assistência	
METAS	EXECUÇÃO
Ampliar assistência Odontológica básica dos pacientes de HIV dos dois Hospitais de Referência (Hospital Geral Giselda Trigueiro e Hospital Rafael Fernandes) para as unidades de atendimento.	Meta não executada, fragilidade na equipe técnica
Apoiar o LACEN na estruturação de 100% da	Meta não executada, fragilidade na equipe técnica

rede laboratorial para HIV no RN.	
Implantar/implementar 100% do diagnóstico da Clamídia Tracomatis por captura híbrida em parceria com o LACEN.	Meta não executada, fragilidade na equipe técnica
Apoiar a implantação de sete Serviços de Assistência Especializada (SAE) Municipais (Caicó, Macaíba, Pau dos Ferros, São José de Mipibu, São Gonçalo do Amarante, Parnamirim e Santa Cruz) no RN.	Meta não cumprida na sua totalidade, apenas implantado o SAE de Macaíba, ficando como prioridade para 2010.
Celebrar convênios com sete municípios sede do serviço de assistência especializado (SAE) - Caicó – Macaíba – Pau dos Ferros – São José de Mipibu – São Gonçalo do Amarante – Parnamirim e Santa Cruz – no RN, mediante a comprovação de funcionamento dos serviços	Meta não cumprida, iniciado interesse da SMS de Macaíba, mas sem prosseguimento.
Implantar o Teste Rápido para Diagnóstico de HIV em quatro maternidades (Natal, Mossoró, Apodi e Santa Cruz) cadastradas no programa de prevenção a transmissão vertical e outras DST no RN.	Meta não cumprida, fragilidade na equipe técnica
Adquirir 100% dos insumos (PMMA e material para procedimento do preenchimento facial dos pacientes que vivem com HIV/AIDS e sofrem com lipodistrofia no RN).	Meta cumprida na sua totalidade
Realizar duas capacitações para Adesão ao Tratamento voltadas para as Equipes dos SAE (HGGT, HRF, HIVS) e novos SAEs Municipais no RN.	Meta não cumprida, fragilidade na equipe técnica
Solicitar aos dois serviços de referência para PVHA do Estado o preenchimento do Instrumento do QUALIAIDS do PN-DST/HIV/AIDS no RN.	Meta cumprida na sua totalidade, apoio técnico do NESC
Adquirir 100% da medicação pactuada para Infecções Oportunistas (IO) do RN.	Meta cumprida, aguardando relatório da UNICAT para comprovação
Adquirir 100% da medicação pactuada para DST do RN.	Meta cumprida, aguardando relatório da UNICAT para comprovação
Executar em parceria com a SEJUC 100% da atenção (diagnóstico, assistência e tratamento) às pessoas portadoras do HIV/AIDS que estão privadas de liberdade no RN.	Meta cumprida na sua totalidade
Implantar o SIS-CTA em dois serviços de diagnóstico – Natal (CTA Estadual - CSRLM) e Mossoró (CTA-Policlinica Municipal) no RN.	Meta cumprida parcialmente, realizada capacitação no sistema com a participação da equipe do CTA de Natal, ficando como prioridade para 2010.
Estratégia: Gestão e Desenvolvimento Humano e Institucional	
METAS	EXECUÇÃO
Constituir em Parceria com a Secretaria de Estado do Trabalho, Habitação e Ação Social 100% da Rede de Referência de Assistência Social aos portadores de HIV/AIDS no RN.	Meta não cumprida, fragilidade na equipe técnica
Realizar dois eventos para profissionais de saúde voltados para Aconselhamento, Abordagem Síndromica das DST e Prevenção da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis no RN.	Meta não cumprida, fragilidade na equipe técnica
Realizar em parceria com programas de Tuberculose, Hepatites Virais e Leishmaniose três eventos que favoreçam a discussão na Atenção Básica acerca das co-infecções com HIV/AIDS no RN.	Meta não cumprida, fragilidade na equipe técnica
Realizar em parceria com o CEREST e Sociedade de Infectologia seis eventos de atualização em	Meta não cumprida, fragilidade na equipe técnica

Normas de Biossegurança e Protocolo para Acidentes Ocupacionais no RN em 2009.	
Fortalecer o PE-DST/AIDS do RN com aquisição de 100% dos insumos, equipamentos e serviços necessários para o ano.	Meta cumprida parcialmente, iniciado processo para aquisição de equipamentos
Realizar duas capacitações (Natal e Mossoró) voltadas para as Ações de Prevenção às DST/HIVAIDS e Hepatites Virais em parceria com os CAPS e NASF do RN.	Meta não cumprida, fragilidade na equipe técnica
Realizar uma capacitação (Natal) em parceria com o Programa de Saúde Mental (SESAP), voltada para Ações de Prevenção às DST/HIVAIDS e Hepatites Virais pessoas institucionalizadas em Casas de Saúde Mental e atendidas no CRI no RN.	Meta não cumprida
Fortalecer os Serviços de Referência para Assistência às Pessoas que vivem com HIV/AIDS e Outras DST com a aquisição de 100% dos equipamentos e materiais necessários no RN.	Meta cumprida parcialmente, iniciado processo de aquisição de equipamentos
Realizar um Seminário de Controle Social no SUS, como preparatório para a construção do PAM 2010, visando à participação da Sociedade Civil e Parceiros Locais do enfrentamento da Epidemia da AIDS no RN.	Meta não cumprida, realizado oficina específica para construção do PAM 2010
Realizar duas capacitações para ONG visando Gestão e Sustentabilidade das ações em 2009.	Meta não cumprida, ficando como prioridade para 2010
Realizar seis fóruns de discussão sobre Diversidade Sexual em parceria com OSC para profissionais de várias áreas de atuação (saúde, educação, trabalho, segurança e religião), visando o Enfrentamento de Epidemia do HIV/AIDS entre Gays, HSH, Travestis e Lésbicas no RN.	Meta não cumprida
Realizar dois eventos em parceria com PN-DST/HIV/AIDS e ONG voltados para Gays, Lésbicas, HSH, Travestis, Trans-sexuais e Profissionais da Saúde no RN.	Realizado a oficina para construção do plano HSH, Gays e travestis, ficando como prioridade retomar no PAM 2010
Estratégia: Parceria com OSC	
METAS	EXECUÇÃO
Celebrar Convênio ou Contrato de Gestão com as duas Casas de Apoio visando repasse de recurso específico para acolhimento de pessoas que vivem com HIV/AIDS e se deslocam para tratamento em Natal e Mossoró.	Iniciado o processo para Casa de Apoio de Mossoró
Constituir em parceria com as OSC um edital para celebração de convênios com a SESAP visando o repasse de incentivo às ONG/RN.	Meta em andamento, fase para celebração de convênios
Constituir em parceria com as OSC um edital para Realização de Eventos das ONG celebrando convênio com a SESAP.	Meta não cumprida, prioridade para 2010
Constituir em parceria com as OSC uma Portaria de Apoio a Eventos para ONGs AIDS que não celebraram convênios com a SESAP no RN.	Meta não cumprida
Apoiar a realização de um Encontro de Grupos Homossexuais Organizados do Nordeste que ocorrerá em Natal.	Meta cumprida na sua totalidade

Obs.: Dentre as metas cumpridas ou parcialmente cumpridas acima citadas, apenas as relacionadas à compra de **preservativos, PMMA e medicamentos oportunistas** estão incluídas na apuração dos custos estimados por portador/ano nesse trabalho, pois não há controle individualizado por SAE das demais metas por parte do programa.