

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE
ESPECIALIZAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE**



**PARECER TÉCNICO CIENTÍFICO (PTC)
ESTRATÉGIAS DE PAGAMENTO DE PROCEDIMENTOS E INTERNAÇÕES
EM HIV/AIDS**

ANDRÉ LUIS ALVES DE QUEVEDO

PORTO ALEGRE/RS

JANEIRO, 2015

ANDRÉ LUIS ALVES DE QUEVEDO

**PARECER TÉCNICO CIENTÍFICO (PTC)
ESTRATÉGIAS DE PAGAMENTO DE PROCEDIMENTOS E INTERNAÇÕES
EM HIV/AIDS**

Trabalho de Conclusão de Curso,
Parecer Técnico Científico, apresentado
ao Instituto de Avaliação de Tecnologias
em Saúde (IATS/UFRGS) como requisito
para obtenção do título de Especialista
em Avaliação de Tecnologias em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo de Souza Kuchenbecker

Porto Alegre/RS

Janeiro, 2015

AUTORES

André Luis Alves de Quevedo

Mestrando do Programa de Pós Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Especialista em Saúde - Enfermeiro, da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, lotado na Assessoria Técnica e de Planejamento (ASSTEPLAN). Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas (2010), Residência em Atenção Básica em Saúde Coletiva - Enfermagem - pelo Programa de Residência Integrada em Saúde, da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, Brasil (2013), Especialização em Avaliação em Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz-RJ) (2014).

Ricardo de Souza Kuchenbecker (orientador)

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1993), mestrado em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas (1999) e doutorado em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2006). É professor adjunto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, onde leciona epidemiologia. É professor do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da UFRGS, onde orienta alunos de mestrado acadêmico, mestrado profissional e doutorado. É membro do Comitê de Investigação de Causas de Mortalidade Relacionada à Aids da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre. É membro do Comitê Assessor para Terapia Antirretroviral em Adultos infectados pelo HIV do Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde desde 2006. É membro da Comissão Nacional de Prevenção e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, que assessora a Agência Nacional de Vigilância Sanitária desde 2012. É membro do Comitê Técnico Assessor do Subsistema de Vigilância de Doenças Transmissíveis, com a finalidade de assessorar o Departamento de Vigilância das Doenças do Ministério da Saúde. É membro do Grupo de Trabalho de Monitoramento do Horizonte Tecnológico da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde. É membro do Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde e da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. É consultor do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids do Ministério da Saúde do Brasil para iniciativas de cooperação internacional em Aids desde 2002. Foi indicado pelo Ministério da Saúde, em 15/08/2013, para coordenar força-tarefa para intensificação das ações de prevenção e tratamento da Aids no estado do Rio Grande do Sul.

***Os autores declaram não ter conflitos de interesse.**

RESUMO EXECUTIVO

Introdução: O HIV é um agravo infeccioso que tem ganho destaque técnico, científico, epidemiológico, político, social, e de outros fins, nos últimos anos, devido sua magnitude, transcendência e vulnerabilidade. E, o financiamento não está desconexo desse contexto. Atualmente, existe um acúmulo de conhecimento considerável sobre o agravo, mecanismos do vírus do HIV, da história natural da doença Aids, bem como, formas de prevenção e tratamento. Nesse sentido, o **objetivo** desse Parecer Técnico Científico (PTC) é avaliar o pagamento de procedimentos e internações hospitalares no campo do HIV/Aids, considerando textos sobre os modos de pagamento por produção e por qualidade disponíveis na literatura científica indexada. **Metodologia:** para identificação dos estudos incluídos ou considerados para esta revisão, uma estratégia de busca foi desenvolvida para a base de dados *PubMed*, da *National Center for Biotechnology Information*, sendo replicada em outras bases como Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Lilacs, Scielo, e *The Cochrane Library*. Utilizando os *MeSH Terms Acquired Immunodeficiency Syndrome, HIV, Prospective Payment System, Reimbursement Mechanisms, e Hospitalization* foram identificados 31 trabalhos na base de dados *PubMed*, e 09 na BVS. Nas demais bases de dados não foram recuperados trabalhos com essa estratégia de busca. Foram excluídos da análise desenhos de estudos do tipo qualitativo, artigos de opinião, editoriais, e cartas ao editor ou carta resposta; e textos que não tiveram mensurado o objeto de estudo. **Resultados:** Dos 31 trabalhos encontrados na *PubMed* apenas 18 trabalhos estavam disponíveis na íntegra; e na Biblioteca Virtual em Saúde somente 03 de 09 das referências foram recuperadas na íntegra pela estratégia de busca. Após a leitura dos resumos dos trabalhos, e quando necessário do artigo, restaram 09 artigos. Pela leitura dos artigos percebe-se duas abordagens referente ao financiamento: uma abordagem que trata apenas sobre os custos das internações hospitalares, com ênfase no reembolso por grupos de diagnósticos relacionados; e outra que discute a importância de cuidados ambulatoriais e estratégias de cuidado para evitar internações, casos novos e mortes pelo HIV/Aids. **Recomendações:** A abordagem da tecnologia desse trabalho foi em programas e serviços em saúde, o que ainda é um desafio na área de ATS. Considerando as características do vírus HIV e da doença Aids se faz necessário continuar estudando estratégias para o pagamento da atenção despendida nesse campo.

Palavras-chaves: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, HIV, Sistemas de Pagamentos Prospectivos, Mecanismos de Reembolso, Hospitalização.

ABSTRACT

Introduction: HIV is an infectious condition that has gain prominence technically, scientifically, epidemiologically, politically, and socially, in recent years, because of its magnitude, transcendence and vulnerability. Funding isn't disconnected from that context. There is already a considerable accumulation of knowledge about the injury, virus mechanisms of HIV, the natural history of AIDS disease, as well as prevention and treatment strategies. In this sense, the **objective** of this Health Technology Assessment (HTA) report is to evaluate the funding procedures and hospital admissions in the field of HIV/AIDS given texts on forms of payment per production and quality available in the indexed scientific literature. **Methodology:** for the identification of studies included or considered for this review, a search strategy was developed for the database PubMed, the National Center for Biotechnology Information, being replicated in other bases as Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Lilacs, SciELO and The Cochrane Library. Using MeSH Terms Acquired Immunodeficiency Syndrome, HIV, Prospective Payment System, Reimbursement Mechanisms, and Hospitalization there were recovered 31 studies in PubMed database, and 09 in the BVS. In the other databases were not recovered texts with such strategy. In the analysis were excluded drawings of the qualitative studies, opinion articles, editorials, and letters to the editor or reply letter; and texts that had not measured the object of study. **Results:** Of the 31 studies found in PubMed only 18 papers were available in full; and the Biblioteca Virtual em Saúde only 03 of 09 references were retrieved fully by the search strategy. After reading the abstracts of the papers, and when necessary the article fully, remaining 09 articles. By reading the articles we can see two approaches on the financing: an approach that is just about the hospitalization costs, with emphasis on reimbursement for diagnosis related groups; and another that discusses the importance of ambulatory care and care strategies to prevent hospitalizations, new cases and deaths by HIV/AIDS. **Recommendations:** The approach to technology of this work was in health programs and services, which is still a challenge in the ATS area. Considering the characteristics of the HIV virus and AIDS disease it is still necessary continue studying strategies for payment carried out in this field.

MeSH Terms: Acquired Immunodeficiency Syndrome, HIV, Prospective Payment System, Reimbursement Mechanisms, and Hospitalization.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Avaliação de Tecnologias em Saúde	ATS
Biblioteca Virtual em Saúde	BVS
Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde	DATASUS
Doenças Sexualmente Transmissíveis	DST
Grupo de Diagnósticos Relacionados	DRG
Hospital de Clínicas de Porto Alegre	HCPA
<i>Health Technology Assessment</i>	HTA
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	IBGE
Instituto de Avaliação de Tecnologias em Saúde	IATS
Ministério da Saúde	MS
<i>National Center for Biotechnology Information</i>	NCBI
Organização Mundial da Saúde	OMS
Parecer Técnico Científico	PTC
Rede de Atenção à Saúde	RAS
Rio Grande do Sul	RS
Secretaria Estadual de Saúde	SES
Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS	SIGTAP
Síndrome da Imunodeficiência Adquirida	AIDS
Sistema Único de Saúde	SUS
Terapia Anti-Retroviral	ART
Universidade Federal do Rio Grande do Sul	UFRGS
Vírus da Imunodeficiência Humana	HIV

SUMÁRIO

1 CONTEXTO.....	07
2 PERGUNTA.....	10
3 INTRODUÇÃO.....	11
4 BASE DE DADOS E ESTRATÉGIA DE BUSCA.....	13
5 RESULTADOS DOS ESTUDOS SELECIONADOS.....	15
6 RECOMENDAÇÕES.....	22
REFERÊNCIAS.....	23
APÊNDICES E ANEXOS.....	27

1 CONTEXTO

Este trabalho parte de uma demanda do Curso de Especialização em Avaliação de Tecnologias em Saúde, do Instituto de Avaliação de Tecnologias em Saúde (IATS), da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil. A proposta é realizar um Parecer Técnico-Científico (PTC) sobre um tema elencado e que tenha relevância epidemiológica, para os serviços de saúde e/ou políticas de saúde, que verse sobre a fase de conhecimento da tecnologia, e tenha uma viabilidade operacional, ou seja, a relevância científica e social da tecnologia avaliada.

A Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) é um processo de investigação das consequências clínicas, econômicas e sociais da utilização das tecnologias em saúde. Entendem-se como tecnologias em saúde: *“medicamentos, materiais, equipamentos e procedimentos, sistemas organizacionais, educacionais, de informações e de suporte, e programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população.”* (BRASIL, 2013, p.63).

Com o advento de novas tecnologias em saúde, cada vez mais, tem sido difícil para os gestores e administradores de saúde fazer escolhas por produtos em saúde, considerando os poucos recursos e as variadas necessidades da população.

Nesse contexto vem a ATS, buscando apoiar aos gestores na tomada de decisão; contribuindo para fazer escolhas embasadas em evidências científicas, traduzindo para o contexto onde cada tecnologia está inserida ou em processo de inserção; visando em última análise a melhoria da oferta de cuidados em saúde, e o nível de desenvolvimento e saúde da população.

Na área do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) não é diferente. O HIV é um agravo infeccioso que tem ganho destaque técnico, científico, epidemiológico, político, social, e de outros fins, nos últimos anos, devido sua magnitude,

transcendência e vulnerabilidade. E, o financiamento não está descolado desse contexto.

O Vírus do HIV, com grande poder de infectividade, no início dos primeiros casos originou grande mobilização social na população pelas características de mortalidade da doença Aids. Muitas foram as terapias medicamentosas e estratégias de cuidado desenvolvidas para dar respostas à epidemia que se instalava; assim como o aporte financeiro para pesquisa, desenvolvimento de estratégias de cuidado, e serviços de saúde.

Atualmente, já existe um acúmulo de conhecimento considerável sobre o agravo, mecanismos do vírus do HIV, da história natural da doença Aids, bem como, formas de prevenção e tratamento. E, nesse sentido, se faz necessário avaliar aspectos da oferta de cuidados, visando um melhor emprego do recurso financeiro na seleção de tecnologias em saúde efetivas para essa área.

Retoma-se que, avaliar tecnologias em saúde é fortalecer o processo decisório, com base em literatura científica válida, e contribuir para o processo de tomada de decisão. Ação essa desenvolvida por políticos, agentes públicos e privados, gestores e administradores. E que, ainda, temos que considerar que a saúde é atravessada por muitos interesses econômicos, para além das necessidades em saúde da população (NITA, 2010). Nesse cenário temos que pensar as avaliações em ATS.

Assim, tem sido crescente as tecnologias pulverizadas no mercado para oferta de tratamentos, muitas das quais sem avaliação de eficácia, segurança, e custo-efetividade. E nessa direção a ATS pode contribuir para uma escolha bem direcionada e melhor emprego dos recursos em saúde (NOVAES, 2006).

Os casos de óbitos não relacionados à Aids (síndrome da imunodeficiência adquirida) têm aumentado entre as pessoas que vivem com Aids, desde a introdução da terapia anti-retroviral (ART). O diagnóstico precoce e acesso ao tratamento podem ser considerados abordagens estratégicas na redução da mortalidade por Aids.

Apesar dos esforços para reduzir a incidência e aumentar a oferta de acesso público à ART as taxas de mortalidade relacionada à Aids continuam a subir no Brasil, considerando o cenário mundial (UNAIDS, 2013). Nesse contexto, construir um entendimento sobre a literatura indexada de pagamento de procedimentos e internações hospitalares no campo do HIV/Aids pode levar a melhores medidas de gestão do cuidado dos pacientes que vivem com o agravo e na melhor utilização dos recursos financeiros.

Deve-se, ainda, considerar que, no cenário nacional, o Brasil tem conseguido um impacto positivo sobre a mortalidade da Aids desde o início da distribuição da terapia antirretroviral em 1996. Assim, como em outros lugares do mundo, se observa um aumento das causas de morte não relacionadas à Aids, em detrimento das causas relacionadas (PACHECO ET AL, 2009).

No entanto, a oferta de equipamentos e ações para promoção, prevenção e tratamento do HIV/Aids ainda é um desafio para o Estado Brasileiro. Municípios de grande porte concentram uma maior densidade tecnológica para o cuidado, ao passo que nos municípios de menor porte as ações ofertadas são de menor complexidade; sendo os pacientes, muitas vezes, referenciados para os grandes centros.

O aumento dos casos de Aids tem uma distribuição que abrange desde municípios de menor porte até municípios de grande porte com uma densidade tecnológica estruturada (GRANGEIRO ET AL, 2010). Assim, faz-se necessário produzir estratégias que contemplem os diferentes cenários existentes.

Nesse sentido, o objetivo desse Parecer Técnico Científico (PTC) é avaliar o pagamento de procedimentos e internações hospitalares no campo do HIV/Aids, considerando textos sobre os modos de pagamento por produção e por qualidade disponíveis na literatura científica indexada.

2 PERGUNTA

- Quais as estratégias de pagamento de procedimentos e internações hospitalares no campo do HIV/Aids disponíveis na literatura científica indexada?

3 INTRODUÇÃO

Globalmente, estima-se que, em 2012, 35,3 (32,2-38,8) milhões de pessoas viviam com o HIV. E que houve um aumento em relação aos anos anteriores de pessoas recebendo a terapia anti-retroviral. Ainda em 2012, ocorreu 2,3 (1,9-2,7) milhões de novas infecções pelo HIV em todo o mundo, mostrando um declínio de 33% no número de novas infecções de 3,4 (3,1-3,7) milhões em 2001. Ao mesmo tempo, o número de mortes por Aids também está em declínio, com 1,6 (1,4-1,9) milhão de mortes por Aids em 2012, quando comparado com 2005, quando havia 2,3 (2,1-2,6) milhões de mortes por esse agravo (UNAIDS, 2013, p.4).

De acordo com os dados do Boletim Epidemiológico - Aids e DST do Ministério da Saúde, existe *“aproximadamente 734 mil pessoas vivendo com HIV/aids no Brasil no ano de 2014, correspondendo a uma prevalência de 0,4%. Na população de 15 a 49 anos, a prevalência é de 0,6%, sendo 0,7% em homens e 0,4% em mulheres”* (BRASIL, 2014, p.9).

No Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro existe o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), no qual há 06 formas de pagamento de procedimentos relacionadas ao tratamento clínico do HIV/Aids - pacotes de reembolso, a saber: tratamento de afecções associadas ao HIV/Aids, tratamento de afecções do aparelho digestivo em HIV/Aids, tratamento de afecções do sistema nervoso em HIV/Aids, tratamento de afecções do sistema respiratório em HIV/Aids, tratamento de doenças disseminadas em aids, e tratamento de HIV/Aids. No entanto, essas formas de pagamento são associadas principalmente à produtividade e no âmbito hospitalar.

Na literatura científica, principalmente na internacional, o termo Diagnósticos de Grupos Relacionados (DGR) é muito utilizado. Cabe ressaltar que o DRG é,

[...] um sistema de classificação de pacientes internados em hospitais de agudos que foi desenvolvido pela Universidade de Yale, nos EUA. O grupo de pesquisadores de Yale começou a trabalhar nesta

classificação em meados da década de 60. Em 1983, após várias revisões, a classificação DRG foi incorporada pelo esquema governamental de seguro americano denominado Medicare, como base para um novo sistema de pagamento aos hospitais contratados. (VERAS ET AL, 1990, p.330).

Em análises recentes, no Brasil, China, Malawi e Vietnã, aparece que muitos indivíduos são perdidos em vários estágios do tratamento do HIV, reduzindo a proporção de pessoas que vivem com HIV com supressão viral e outros benefícios do tratamento. Assim, os planejadores nacionais e aqueles que implementam programas de HIV/Aids necessitam melhorar intervenções para atingir melhores resultados (UNAIDS, 2013, p.53).

Pensar em estratégias de pagamento de procedimentos e intenções em HIV/Aids pode servir, igualmente, como um meio de melhorar a assistência à saúde para as pessoas que vivem e convivem com o agravo. Pode contribuir ainda como um instrumento de vigilância epidemiológica, no sentido de propiciar a realização de ações de promoção e prevenção em saúde nessa área.

Em virtude desse contexto considera-se que as formas de pagamento e financiamento em HIV/Aids podem ser consideradas como tecnologias de saúde pertinentes para serem avaliadas.

4 BASE DE DADOS E ESTRATÉGIA DE BUSCA

Estratégia de busca dos estudos (busca eletrônica): para identificação dos estudos incluídos ou considerados para esta revisão, uma estratégia de busca foi desenvolvida para a base de dados *PubMed*, da *National Center for Biotechnology Information* (NCBI), apêndice 1, sendo replicada em outras bases como Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Lilacs, Scielo, e *The Cochrane Library*.

Inicialmente buscou-se, igualmente, *MeSH Terms* de desfecho, a saber: *Quality, Quality Assurance, Health Care, Methods [Subheading], Treatment Outcome, Health Care Costs, Costs and Cost Analysis, Comparative Effectiveness Research, Cost of Illness, Cost-Benefit Analysis, Quality-Adjusted Life Years*. No entanto foi recuperado apenas um artigo e sem relação direta com o tema, conforme anexos (figuras 1 e 1a).

Assim, a estratégia de busca final na *PubMed* foi a seguinte: *((("prospective payment system"[MeSH Terms] OR ("prospective"[All Fields] AND "payment"[All Fields] AND "system"[All Fields]) OR "prospective payment system"[All Fields]) OR ("reimbursement mechanisms"[MeSH Terms] OR ("reimbursement"[All Fields] AND "mechanisms"[All Fields]) OR "reimbursement mechanisms"[All Fields])) AND ("hospitalization"[MeSH Terms] OR "hospitalization"[All Fields])) AND (("acquired immunodeficiency syndrome"[MeSH Terms] OR ("acquired"[All Fields] AND "immunodeficiency"[All Fields] AND "syndrome"[All Fields]) OR "acquired immunodeficiency syndrome"[All Fields]) OR ("hiv"[MeSH Terms] OR "hiv"[All Fields]))*). Optou-se por uma busca mais sensível, considerando todos os campos, para ampliar o número de trabalhos recuperados.

Na base de dados da BSV foi utilizada a seguinte estratégia de busca, considerando os seguintes descritores: *(tw:(prospective payment system)) OR (tw:(reimbursement mechanisms)) AND (tw:(hospitalization)) OR (tw:(acquired immunodeficiency syndrome)) AND (tw:(hiv)) AND (instance:"regional")*.

As estratégias de busca foram rodadas em sua versão final na data de 17/12/2014. Foram identificados 31 trabalhos na base de dados *PubMed*, da *National Center for Biotechnology Information*, e 09 na Biblioteca Virtual em Saúde. Nas demais bases de dados não foram recuperados trabalhos com essa estratégia de busca, e nem quando adaptada e/ou traduzida para o português.

Extração e gerenciamento de dados (coleta e análise): a extração de dados foi conduzida por apenas um pesquisador, e a avaliação da validade dos estudos incluídos foi conduzida ao mesmo tempo em que a extração de dados. Inicialmente foi lido apenas o resumo dos artigos para a seleção dos trabalhos, e em caso de necessidade leu-se o texto na íntegra para uma seleção mais sensível da busca.

Os critérios para considerar estudos para esta revisão (tipos de estudos) foram: critérios de inclusão - estudos com dados descritivos e analíticos que versaram sobre a temática de pagamento de procedimentos e internações hospitalares no campo do HIV/Aids, considerando os modos de pagamento por produção e por qualidade, entre eles: estudos de custo-efetividade, estudos clínicos, estudos de coorte, estudos de caso controle, estudos de prevalência, e estudos de revisão sistemática.

Critério de exclusão: foram excluídos da análise desenhos de estudos do tipo qualitativo, artigos de opinião, editoriais, cartas ao editor ou carta resposta, e textos que não tiveram mensurado o objeto de estudo: sobre pagamento de procedimentos e internações hospitalares no campo do HIV/Aids.

Tamanho da amostra: a amostra foi de conveniência, sendo incluídos todos os estudos encontrados com a estratégia de busca e que preencheram os critérios de inclusão.

5 RESULTADOS DOS ESTUDOS SELECIONADOS

Dos 31 trabalhos encontrados na *PubMed* apenas 18 trabalhos estavam disponíveis na íntegra; e na Biblioteca Virtual em Saúde somente 03 de 09 das referências foram recuperadas na íntegra pela estratégia de busca. Após a leitura dos resumos dos trabalhos, e quando necessário do artigo, restaram 09 artigos (apêndice 2). No quadro 01 apresenta-se os estudos selecionados.

Quadro 1. Estudos selecionados a partir das bases de dados da PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde.

TÍTULO DO ESTUDO	TIPO DE ESTUDO	ANO DE PUBLICAÇÃO	POPULAÇÃO	DESFECHOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
1) DIAS, S.S.; ANDREOZZI, V.; MARTINS, R.O. Analysis of HIV/AIDS DRG in Portugal: a hierarchical finite mixture model. The European Journal of Health Economics , v14, n.5, pp.715-723, 2013.	Estudo de simulação (Modelo de Mistura Finita Hierárquica/ Hierarchical Finite Mixture Model)	2013	1.071 hospitalizações de HIV/Aids em hospitais públicos de Portugal, no ano de 2008.	Tempo médio de permanência (em dias), avaliando internações curtas e longas, considerando características dos pacientes e hospitais.	<ul style="list-style-type: none"> - O tipo de internação urgente em detrimento da planejada teve um maior tempo de internação nas duas modalidades. - O número de diagnósticos secundários e o número de procedimentos foram associados com o tempo de permanência. - Pacientes que moravam mais longe do hospital tiveram um maior tempo de permanência dos que moravam mais perto.
2) KITCHIN, O.P.; WESSELS, F.; MASEKELA, R.; BECKER, P.; GREEN, R.J. Costs of admission for paediatric pneumonia in a setting of human immunodeficiency virus infection. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease , v.15, n.12, pp.1702-1707, 2011.	Estudo transversal retrospectivo observacional	2011	8.014 internações de crianças diagnosticadas com pneumonia no Hospital Acadêmico Steve Biko, na enfermaria de pneumologia pediátrica e UTI pediátrica, durante o período de 01 Janeiro de 2007 a 31 de Dezembro de	Mortalidade hospitalar (em porcentagem); Custos comparativos de internação (em dólares - US\$).	<ul style="list-style-type: none"> - A mortalidade total foi, respectivamente, de 25% no setor público e de 0,04% no setor privado. - O custo médio para pacientes infectados pelo HIV foi de, respectivamente, US\$ 639,06 e US\$ 10.540,04 no setor público e privado. Para pacientes não infectados pelo HIV, o custo foi de, respectivamente, US\$ 399,45 e US\$ 3.936,87 no setor público e privado. - O tempo de permanência para pacientes infectados pelo HIV foi maior no setor público: 1,8 dias na enfermaria pediátrica, e

			<p>2007, em Pretória, na África do Sul. Foram 132 internações no setor público (67% das crianças infectadas pelo HIV), e 7.882 no setor privado (1,2% das crianças infectadas pelo HIV).</p>	<p>5,7 dias na unidade de terapia intensiva pediátrica.</p> <p>- Quando os custos de estratégias de prevenção de pneumonia são comparados com os custos de internação e tratamento de pneumonia, esse cálculo sugere que para cada 1 dólar gasto em prevenção uma economia de 1,70 e 17,10 dólares pode ser realizada para as crianças não-infectadas pelo HIV nos setores público e privados, respectivamente. Para as crianças infectadas pelo HIV 1,90 e 30,90 dólares seriam economizados para crianças classificadas no melhor cenário (HIV materno, mas com alta contagem de células CD4) nos setores público e privado, respectivamente. No entanto, quando os custos de prevenção consideram o tratamento de crianças infectadas pelo HIV cujas mães também exigem HAART durante a gravidez (pior cenário), então a economia ocorreria apenas em crianças sujeitas a intervenções preventivas no setor de privado (7,60 dólares). No setor público este equilíbrio se traduziria em uma perda de 50 cents para cada dólar gasto em prevenção. Nesse contexto, para as estratégias de prevenção de pneumonia serem rentáveis, uma barreira significativa é a AIDS materna. A prevenção da pneumonia em crianças, a partir desta perspectiva, exigiria um elemento adicional de rastreamento e tratamento da AIDS nas mães para os resultados pediátricos serem custo-efetivos.</p>
--	--	--	--	---

<p>3) DIAS, S.S.; ANDREOZZI, V.; MARTINS, M.O.; TORRAL, J. Predictors of mortality in HIV-associated hospitalizations in Portugal: a hierarchical survival model. BMC Health Services Research, n.9, pp.125, 2009.</p>	<p>Modelo Hierárquico de Sobrevivência</p>	<p>2009</p>	<p>12.078 internações de pacientes adultos com diagnóstico de infecção pelo HIV atendidos em hospitais portugueses nos anos de 2005-2007.</p>	<p>Tempo médio de permanência (em dias); Tempo até a ocorrência do óbito (em dias).</p>	<p>- Homens têm um risco aumentado de 27%, em comparação com as mulheres. Cada ano adicional de idade existe um aumento no risco de 1.3%. Admissão urgente aumenta o risco em 60% em comparação com a admissão programada. DRG cirúrgica reduz o risco de morte em 44%. Cada diagnóstico adicional aumenta o risco de mortalidade hospitalar em 2%. A pneumonia é a complicação relacionada com infecção por HIV mais grave, aumentando o risco em 43%; enquanto a tuberculose apresenta um efeito protetor, reduzindo o risco em 22%. - O modelo sugere que há fatores não medidos que afetam a mortalidade nas hospitalizações associadas ao HIV. Consequentemente, para fins de política de saúde, os hospitais não devem ser tratados de forma igual.</p>
<p>4) HELLINGER, F.J.; FLEISHMAN, J.A. Location, race, and hospital care for AIDS patients: an analysis of 10 states. Inquiry: a journal of medical care organization, provision and financing, v.38, n3, pp.319-30, 2001.</p>	<p>Estudo transversal, com a construção de modelo estatístico</p>	<p>2001</p>	<p>Dados de 120.772 internações relacionadas à Aids em 10 estados dos Estados Unidos (Califórnia, Colorado, Flórida, Iowa, Kansas, Maryland, Nova Jersey, Nova York, Pensilvânia e Carolina do Sul), em 1996.</p>	<p>Estimativas populacionais do uso de serviços hospitalares em Aids e das taxas de mortalidade de internação em cada estado estudado.</p>	<p>- As taxas de utilização hospitalar e taxas de mortalidade na internação para as pessoas com AIDS variam substancialmente entre os estados e entre os grupos raciais e étnicos no interior dos estados, mesmo após o ajuste para a gravidade da doença. - As quatro formas de pagamento das internações nos 10 estados avaliados foram: Medicare, Medicaid, Private, e Self-pay, e a categoria outros. - Negros e hispânicos tiveram maior tempo de internação e foram mais propensos a morrer no hospital do que os brancos. - Políticas no nível do estado, tais como casa e programas de isenção de base</p>

					comunitária, e a melhora das taxas de reembolso HIV, afetaram significativamente o uso da internação hospitalar.
5) GILMAN, B.H. Hospital response to DRG refinements: the impact of multiple reimbursement incentives on inpatient length of stay. Health Economics , v.9, n.4, pp.277-294, 2000.	Modelo estatístico	2000	Os dados para o estudo foram obtidos principalmente a partir dos arquivos de alta hospitalar do estado de Nova Iorque para o período de 01 de janeiro de 1992 a 31 dezembro de 1995, 02 anos de observações de mudança de políticas pré e pós. O número de observações foi de 48.459 para o Medicaid/PPS, de 41.465 para o Medicaid/PPS-isentos, 5.954 para o Medicare/PPS e 3.909 para o comercial/PPS.	Tempo médio de permanência (em dias); custos por grupos de diagnósticos relacionados.	- Mudanças nas políticas de tratamento e de admissão foram analisadas por meio de um experimento quase-natural de cuidados agudos de altas hospitalares para o vírus da imunodeficiência humana (HIV) no estado de Nova York, de 1992 a 1995. - Em 1994, o New York Medicaid mudou de um sistema DRG de pagamento que se baseava totalmente nas características do paciente para um baseado em um conjunto refinado de diagnósticos e procedimentos. O objetivo da nova política foi reembolsar hospitais para as diferenças de custo sistemáticas não captadas pelo sistema anterior, a maioria dos quais foram associados com os procedimentos. - O modelo sugere que o efeito positivo antecipado dos incentivos de reembolso marginal sobre o uso do recurso total hospitalar pode ser compensado por vários fatores, mas principalmente pelos baixos incentivos de pagamento médios de DRG's (grupos de diagnósticos relacionados) não-processuais.
6) BECK, E.J.; KUPEK, E.J.; WADSWORTH, J.; MILLER, D.L.; PINCHING, A.J.; HARRIS, J.R. The use and cost of hospital services by London AIDS patients with different AIDS defining conditions.	Análise retrospectiva de case-note (prontuário)	1996	335 pacientes com Aids tratados no Hospital St Mary, em Londres, Inglaterra, entre 01 de Janeiro de 1983 e 30 de setembro de 1989.	Unidade média de uso de serviço por paciente-ano (em libras esterlinas - £).	- Utilização de serviços variou, assim como os custos associados - de 8.163 libras esterlinas por paciente-ano para pacientes com doença constitucional a 42.124 libras esterlinas para aqueles com doença por citomegalovírus. - Os custos ambulatoriais para a maioria dos grupos de doenças aumentaram, e as

<p>Journal of Public Health Medicine, v.8, n.4, pp.457-464, 1996.</p>					<p>despesas de internação diminuíram.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Os custos médios por dia de internação variaram de 334 a 433 libras esterlinas, e os custos médios por visita ambulatorial variaram de 99 a 411 libras esterlinas para as diferentes condições definidoras de AIDS. - Diferentes doenças oportunistas da doença de HIV sintomática têm diferentes implicações no tratamento e nos recursos e isso precisa ser levado em consideração na contratação dos serviços de HIV.
<p>7) BUCHANAN RJ, KIRCHER FG. Medicaid policies for AIDS-related hospital care. Health Care Financing Review, v.15, n.4, pp.33-41, 1994.</p>	<p>Estudo de prevalência</p>	<p>1994</p>	<p>Administradores de hospitais de 43 estados dos Estados Unidos da América, em 1993.</p>	<p>Cobertura de utilização de programas médicos; e políticas de pagamento de cuidados hospitalares.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Alguns métodos de pagamento foram: Statewide Prospective per Diem, Hospital-Specific Prospective per Diem, Cost Report Retrospective per Diem, Diagnosis-Related Group (DRG), entre outros. - Para melhorar o acesso do paciente e aliviar o peso financeiro sobre os hospitais, os programas de Medicaid devem considerar pagamentos baseados em diagnóstico e a eliminação de limites de utilização de serviços.
<p>8) KOURI, Y.H.; SHEPARD, D.S.; BORRAS, F.; SOTOMAYOR, J.; GELLERT, G.A. Improving the cost-effectiveness of AIDS health care in San Juan, Puerto Rico. Lancet, v.337, n.8754, pp.1397-1399, 1991.</p>	<p>Estudo de Prevalência</p>	<p>1991</p>	<p>95 internações de pacientes com Aids em 1987, e 100 internações de pacientes com Aids em 1988 no Hospital Municipal de San Juan, Porto Rico.</p>	<p>Tempo médio de permanência na internação (em dias); Média anual do custo de internação por paciente (em dólares - US\$).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - As estratégias empregadas foram de prevenção, educação, vigilância, detecção precoce, e cuidado ambulatorial para reduzir cuidados hospitalares. - O tempo médio de permanência dos pacientes internados com AIDS foi reduzido de 22.3 dias em 1987 para 11.3 dias, em 1988, uma redução de 46.8% (p = 0.001). - A média anual do custo de internação por paciente com AIDS caiu de US\$ 15.118 (1699) em 1987, para 3.869 dólares (659) em 1988.

					- A economia foi usada para melhorar os serviços não hospitalares, incluindo a educação, cuidados de emergência e ambulatorial, laboratório e serviços de epidemiologia e pesquisa, e para introduzir um esquema de incentivo financeiro.
9) LAFFERTY, W.E.; HOPKINS, S.G.; HONEY, J.; HARWELL, J.D.; SHOEMAKER, P.C.; KOBAYASHI, J.M. Hospital charges for people with AIDS in Washington State: utilization of a statewide hospital discharge data base. American Journal of Public Health , v.78, n.8, pp.949-952, 1988.	Estudo de Prevalência	1988	165 casos de AIDS com 344 internações no período de julho 1984 a dezembro 1985 no estado de Washington, Estados Unidos.	Taxa Média por Hospitalização (em dólares - US\$); Média de Permanência (em dias).	- As taxas médias por internação foram de 9.166 dólares e a média de permanência foi de 13,3 dias. - A avaliação de dois Grupos de Diagnósticos (GDH-079 e 398) comumente utilizados para internações de AIDS mostrou que internações foram substancialmente mais caras nesse grupo do que as internações de pacientes dentro do mesmo grupo relacionado, mas sem AIDS. - Os autores apontam que Grupos de Diagnósticos específicos para AIDS podem ser necessários para alcançar um equilíbrio entre as taxas de internação e reembolsos.

A avaliação da qualidade da evidência do PTC pode ser considerada baixa, com evidências indiretas: já que a questão abordada não foi respondida diretamente pelos estudos disponíveis, seja por diferenças na população, nas intervenções, comparadores ou nos desfechos (BRASIL, 2001, p.55).

Sobre o método empregado nos artigos observa-se desde modelos matemáticos com simulação até estudos clínicos clássicos como os experimentais e observacionais. A busca identificou um grupo de estudos heterogêneo, com um período de publicação que variou desde 1988 a 2013; sendo 04 dos 09 artigos sobre o sistema de saúde dos Estados Unidos das Américas. Os demais avaliaram os sistemas de saúde dos seguintes países: 02 de Portugal, 01 da África do Sul, 01 da Inglaterra, e 01 de Porto Rico.

Pela leitura dos artigos percebe-se duas abordagens referente ao financiamento: uma abordagem que trata apenas sobre os custos das internações hospitalares, com ênfase no reembolso por grupos de diagnósticos relacionados; e outra que discute a importância de cuidados ambulatoriais e estratégias de cuidado para evitar internações, casos novos e mortes pelo HIV/Aids.

Segundo o estudo de Kouri *et al* (1991), em San Juan, Porto Rico, já na década de 1990 havia uma preocupação em tensionar a forma de pagamento das internações e procedimentos em HIV/Aids naquele local. Apesar de não ficar bem específicas as ações realizadas e as análises referirem-se ao período de 01 ano após a implantação, estratégias como essa merecem ser melhor investigadas.

O entendimento global dos artigos avaliados permite pensar que estratégias de cuidados que utilizam cuidados ambulatoriais podem ter resultados mais efetivos do que apenas o pagamento de internações hospitalares. Dessa forma, é preciso pensar outros modelos de financiamentos, especialmente para o caso do Brasil, integrando os diversos dispositivos que tratam pessoas com HIV/Aids, nos três níveis de atenção à saúde.

Os resultados desse PTC apontam que ainda existe a necessidade de que estudos sobre custos e efetividade, custo-efetividade, sejam realizados sobre experiências de pagamentos de estratégias e pagamento por HIV/Aids. Estudos que comparativos foquem sobre a viabilidade dessas estratégias de financiamento para apoiar o gestor na tomada de decisão.

6 RECOMENDAÇÕES

Este parecer técnico-científico buscou avaliar estratégias de pagamento de procedimentos e internações hospitalares no campo do HIV/Aids disponíveis na literatura científica indexada.

A abordagem da tecnologia desse trabalho foi em programas e serviços de saúde, o que ainda é um desafio na área de Avaliação de Tecnologias em Saúde; uma vez que a maioria dos estudos, especialmente de custo-efetividade, focam em medicamentos, equipamentos, entre outras tecnologias com maior número de avaliações disponíveis.

Não houve uma recomendação final do PTC a favor ou contra em relação à tecnologia avaliada, devido à ausência de estudos na literatura indexada que versassem especificamente acerca do tema.

Considerando as características do vírus HIV e da doença Aids se faz necessário continuar estudando estratégias para pagamento da atenção despendida nesse campo. A incidência, prevalência, magnitude, anos potenciais de vida perdidos, mortalidade, potencial de disseminação, transcendência, e vulnerabilidade justificam esse fato.

Assim, a Avaliação de Tecnologias em Saúde pode contribuir nesse contexto, ao passo que pode auxiliar aos gestores e tomadores de decisão fazer escolhas adequadas e melhor orientadas sobre tecnologias na área do HIV/Aids a serem investidas.

REFERÊNCIAS

BECK, E.J.; KUPEK, E.J.; WADSWORTH, J.; MILLER, D.L.; PINCHING, A.J.; HARRIS, J.R. The use and cost of hospital services by London AIDS patients with different AIDS defining conditions. **Journal of Public Health Medicine**, v.8, n.4, pp.457-464, 1996. Disponível em:

<<http://jpubhealth.oxfordjournals.org/content/18/4/457.long>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Usuário: público. Consultar Procedimentos. Pesquisar procedimentos por: Grupo: 03 - Procedimentos clínicos. Sub-Grupo: 03 - Tratamentos clínicos (outras especialidade). Forma de Organização: 18 - Tratamento HIV/Aids. Disponível: <<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes metodológicas**: elaboração de pareceres técnico-científicos / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. 3. ed., revisada e atualizada – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 80 p. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_3ed.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 48 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_gestao_tecnologias_saude.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST**. Ano III - nº 1 - 27^a à 52^a semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2013. Ano III - nº 1 - 01^a à 26^a semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2014. Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim_2014_1_pdf_60254.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. **Avaliação de tecnologias em saúde**: ferramentas para a gestão do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 110 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_tecnologias_saude_ferramentas_gestao.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. **Glossário temático**:

economia da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. 3. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 92 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/06_1236_M.pdf>.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011**. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm>.

BUCHANAN, RJ; KIRCHER, F.G. Medicaid policies for AIDS-related hospital care. **Health Care Financing Review**, v.15, n.4, pp.33-41, 1994. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4193444/pdf/hcfr-15-4-33.pdf>>.

DIAS, S.S.; ANDREOZZI, V.; MARTINS, R.O. Analysis of HIV/AIDS DRG in Portugal: a hierarchical finite mixture model. **The European Journal of Health Economics**, v14, n.5, pp.715-723, 2013. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10198-012-0416-5>>.

DIAS, S.S.; ANDREOZZI, V.; MARTINS, M.O.; TORRAL, J. Predictors of mortality in HIV-associated hospitalizations in Portugal: a hierarchical survival model. **BMC Health Services Research**, n.9, pp.125, 2009. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/125>>.

DOURADO, Inês; VERAS, Maria Amélia de S. M.; BARREIRA, Dráurio; BRITO, Ana Maria de. Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. **Revista de Saúde Pública**, v.40, suppl., pp. 9-17, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v40s0/03.pdf>>.

FERRAZ, Marcos Bosi; SOÁREZ, Patricia Coelho de; ZUCCHI, Paola. Health technology assessment in Brazil what do healthcare system players think about it? **Sao Paulo Medical Journal**, v.129, n.4, pp.198-205, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spmj/v129n4/02.pdf>>.

GILMAN, B.H. Hospital response to DRG refinements: the impact of multiple reimbursement incentives on inpatient length of stay. **Health Economics**, v.9, n.4, pp.277-294, 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10862073>>.

GRANGEIRO, Alexandre; ESCUDER, Maria Mercedes Loureiro; CASTILHO, Euclides Ayres de. A epidemia de AIDS no Brasil e as desigualdades regionais e de oferta de serviço. **Cadernos de Saúde Pública**, v.26, n.12, pp.2355-2367, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n12/14.pdf>>.

GRANGEIRO, Alexandre; ESCUDER, Maria Mercedes Loureiro; CASTILHO, Euclides Ayres de. Evaluation of strategies by the Brazilian Ministry of Health to stimulate the municipal response to AIDS. **Cadernos de Saúde Pública**, v.27,

suppl.1, pp. s114-s128, 2011. Disponível em:
<<http://www.scielo.org/pdf/csp/v27s1/12.pdf>>.

HELLINGER, F.J.; FLEISHMAN, J.A. Location, race, and hospital care for AIDS patients: an analysis of 10 states. **Inquiry: a journal of medical care organization, provision and financing**, v.38, n3, pp.319-30, 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11761360>>.

IATS. Instituto de Avaliação de Tecnologias em Saúde. Página inicial. Cursos. Avaliação de Tecnologia em Saúde 2014 – Especialização. s.d. Disponível em: <<http://www.iats.com.br/ead/course/index.php?categoryid=8>>.

KITCHIN, O.P.; WESSELS, F.; MASEKELA, R.; BECKER, P.; GREEN, R.J. Costs of admission for paediatric pneumonia in a setting of human immunodeficiency virus infection. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v.15, n.12, pp.1702-1707, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22118183>>.

KOURI, Y.H.; SHEPARD, D.S.; BORRAS, F.; SOTOMAYOR, J.; GELLERT, G.A. Improving the cost-effectiveness of AIDS health care in San Juan, Puerto Rico. **Lancet**, v.337, n.8754, pp.1397-1399, 1991. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1674773>>.

LAFFERTY, W.E.; HOPKINS, S.G.; HONEY, J.; HARWELL, J.D.; SHOEMAKER, P.C.; KOBAYASHI, J.M. Hospital charges for people with AIDS in Washington State: utilization of a statewide hospital discharge data base. **American Journal of Public Health**, v.78, n.8, pp.949-952, 1988. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1349858/pdf/amjph00247-0071.pdf>>.

LUCE, Bryan R; *et al.* EBM, HTA, and CER: clearing the confusion. **The Milbank Quarterly**, v.88, n.2, pp.:256-76, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2980346/pdf/milq0088-0256.pdf>>.

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. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, suppl.3, pp. S402-S413, 2007. <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23s3/08.pdf>>.

MINISTERIO DA SAUDE. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos. Avaliação de Tecnologias em Saúde: institucionalização das ações no Ministério da Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.40, n.4, pp. 743-747, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/29.pdf>>.

MINISTERIO DA SAUDE. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Consolidação da área de avaliação de tecnologias em saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.44,

n.2, pp. 381-383, 2010. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n2/22.pdf>>.

NITA, Marcelo Eidi (org.). **Avaliação de tecnologias em saúde**: evidência clínica, análise econômica e análise de decisão. Porto Alegre: Artmed, 2010.

NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.34, n.5, pp. 547-549, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n5/3227.pdf>>.

NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh. Da produção à avaliação de tecnologias dos sistemas de saúde: desafios do século XXI. **Revista de Saúde Pública**, v.40, n.spe, pp. 133-140, 2006. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30632.pdf>>.

NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh; CARVALHEIRO, José da Rocha. Ciência, tecnologia e inovação em saúde e desenvolvimento social e qualidade de vida: teses para debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, suppl., pp.S1841-S1849, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12s0/07.pdf>>.

PACHECO, Antonio Guilherme Fonseca; et al. Temporal changes in causes of death among HIV-infected patients in the HAART era in Rio de Janeiro, Brazil. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v.51, n.5, pp.624-630, 2009. Disponível em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2748737/pdf/nihms126966.pdf>>.

POLANCZYK, Carisi Anne; VANNI, Tazio; KUCHENBECKER, Ricardo de Souza. Avaliação de Tecnologias em Saúde no Brasil e no contexto internacional. In: NITA, Marcelo Eidi (org.). **Avaliação de tecnologias em saúde**: evidência clínica, análise econômica e análise de decisão. Porto Alegre: Artmed, 2010. pp.433-449.

REBRATS. Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde. Disponível em: <<http://200.214.130.94/rebrats/>>.

SILVA, Letícia Krauss. Avaliação tecnológica e análise custo-efetividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de diretrizes clínicas para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n.2, pp. 501-520, 2003. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a14v08n2.pdf>>.

VERAS, Cláudia Maria Travassos; et al. Diagnosis related groups- DRG's: avaliação do uso de uma metodologia de mensuração do produto hospitalar com utilização de base de dados do SAMHPS/AIH na cidade do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v.6, n.3, pp.330-337, 1990. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a14v08n2.pdf>>.

UNAIDS. **Report on The Global Aids Epidemic 2013**. Disponível em:
<http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf>.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE 1 - Estratégia de busca desenvolvida para a base de dados PubMed, da National Center for Biotechnology Information (NCBI)

MeSH Terms

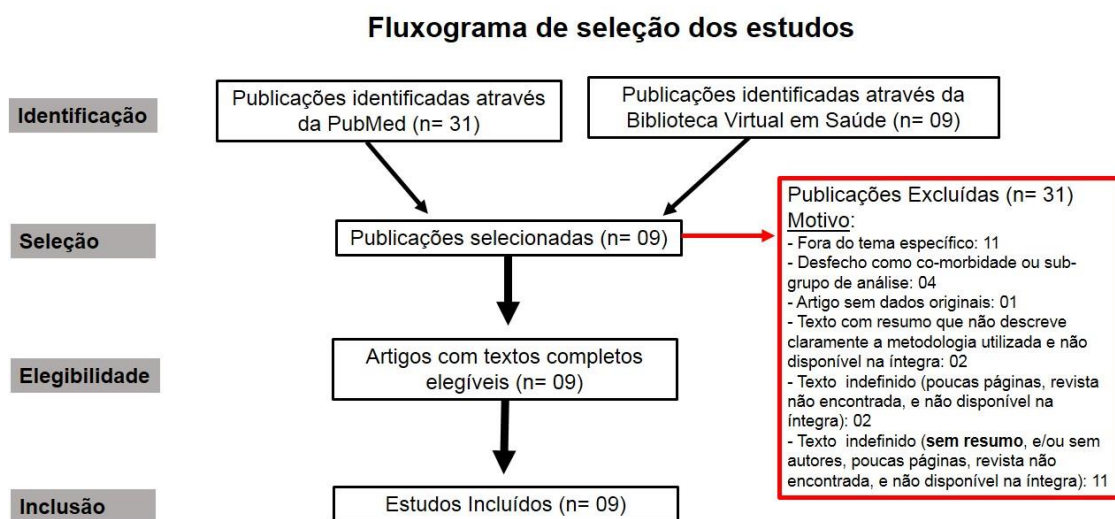
- P:** - *Acquired Immunodeficiency Syndrome*
- *HIV*
I: - *Prospective Payment System*
- *Reimbursement Mechanisms*
- *Hospitalization*

Proposta de estratégia de busca inicial (não realizada pois ficava apenas 01 artigo sem relação direta com o tema - Anexos: Figuras 1 e 1a).

MeSH Terms

- P:** - *Acquired Immunodeficiency Syndrome*
- *HIV*
I: - *Payment for productivity* (não é MeSH Terms)
- *Payment for quality* (não é MeSH Terms)
- *Reimbursement, Incentive*
- *Hospitalization*
O: - *Quality*
- *Quality Assurance, Health Care*
- *Methods [Subheading]*
- *Treatment Outcome*
- *Health Care Costs*
- *Costs and Cost Analysis*
- *Comparative Effectiveness Research*
- *Cost of Illness*
- *Cost-Benefit Analysis*
- *Quality-Adjusted Life Years*

APÊNDICE 2 - Fluxograma de Seleção dos Estudos



APÊNDICE 3 - Quadro Resumo: estratégias de pagamento identificadas

Quadro Resumo

O objetivo deste Parecer Técnico Científico (PTC) foi avaliar o pagamento de procedimentos e internações hospitalares no campo do HIV/Aids, disponíveis na literatura científica indexada. Dos 09 trabalhos identificados na *PubMed*, da *National Center for Biotechnology Information* e na Biblioteca Virtual em Saúde os países e as estratégias de pagamento foram as seguintes:

Artigo 1 - País: Portugal. **Estratégia de Pagamento identificada:** Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRG).

Artigo 2 - País: Pretória, África do Sul. **Estratégia de Pagamento identificada:** Avaliações no sistema público e privado, relacionando a Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRG).

Artigo 3 - País: Portugal. **Estratégia de Pagamento identificada:** Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRG).

Artigo 4 - País: Estados Unidos da América. **Estratégia de Pagamento identificada:** As quatro formas de pagamento das internações nos 10 estados avaliados foram: Medicare, Medicaid, Private, e Self-pay.

Artigo 5 - País: Estados Unidos da América. **Estratégia de Pagamento identificada:** Sistema Prospectivo de Pagamento por Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRG).

Artigo 6 - País: Inglaterra. **Estratégia de Pagamento identificada:** Análise de Custos por condições específicas (categorias de diagnósticos) associadas à Aids.

Artigo 7 - País: Estados Unidos da América. **Estratégia de Pagamento identificada:** Alguns métodos de pagamento foram: Statewide Prospective per Diem, Hospital-Specific Prospective per Diem, Cost Report, Retrospective per Diem, Diagnosis-Related Group (DRG), e outros.

Artigo 8 - País: Porto Rico. **Estratégia de Pagamento identificada:** Modelo compreensivo enfatizando prevenção, educação, vigilância, detecção precoce, e cuidados ambulatoriais para diminuir cuidados hospitalares *versus* serviços baseados em hospitais tradicionais; usando, também, na análise Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRG).

Artigo 9 - País: Estados Unidos da América. **Estratégia de Pagamento identificada:** Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRG).

Aponta-se que a busca identificou um grupo de estudos heterogêneo, com um período de publicação que variou desde 1988 a 2013. Sobre o método empregado nos artigos observa-se desde modelos matemáticos com simulação até estudos clínicos clássicos como os experimentais e observacionais. A avaliação da qualidade da evidência do PTC pode ser considerada baixa, com evidências indiretas: já que a questão abordada não foi respondida diretamente pelos estudos disponíveis, seja por diferenças na população, nas intervenções, comparadores ou nos desfechos. Considerando as características do vírus HIV e da doença Aids, ainda, se faz necessário continuar estudando estratégias para pagamento da atenção dispêndida nesse campo.

APÊNDICE 4 - Ficha de Coleta e Extração de dados dos artigos incluídos na análise

- 1) ID do estudo:**
- 2) ID da publicação (doi):**
- 3) Título:**
- 4) Autores/Instituição:**
- 5) Revista:**
- 6) Ano:**
- 7) Data da extração:**
- 8) País do sistema de saúde avaliado:**
- 9) Objetivo do estudo:**
- 10) Intervenção:**
- 11) Método (delineamento):**
- 12) População:**
- 13) Critérios de Inclusão e exclusão**
- 14) Desfecho (sistema de reembolso identificado):**
- 15) Riscos de vieses:**
- 16) Tempo de seguimento:**
- 17) Medidas estatísticas dos resultados (Intervalo de Confiança, Desvio Padrão ou Erro Padrão, medida resumo), se houver:**
- 18) Espaço para notas (principais resultados/desfechos relevantes)**

APÊNDICE 5 - Quadros de artigos incluídos e excluídos na etapa de análise da revisão sistemática

Quadro 2. Artigos elegíveis e excluídos encontrados na busca eletrônica.

ID do estudo	Incluído/Excluído	Disponível na íntegra
<i>PubMed, National Center for Biotechnology Information</i>		
1. Dias SS, Andreozzi V, Martins RO. Analysis of HIV/AIDS DRG in Portugal: a hierarchical finite mixture model. <i>Eur J Health Econ.</i> 2013 Oct;14(5):715-23.	Incluído	Sim
2. Kitchin OP, Wessels F, Masekela R, Becker P, Green RJ. Costs of admission for paediatric pneumonia in a setting of human immunodeficiency virus infection. <i>Int J Tuberc Lung Dis.</i> 2011 Dec;15(12):1702-7.	Incluído	Sim
3. Dias SS, Andreozzi V, Martins MO, Torgal J. Predictors of mortality in HIV-associated hospitalizations in Portugal: a hierarchical survival model. <i>BMC Health Serv Res.</i> 2009 Jul 23;9:125.	Incluído	Sim
4. Tong KB, Lau CJ, Murtagh K, Layton AJ, Seifeldin R. The economic impact of aspergillosis: analysis of hospital expenditures across patient subgroups. <i>Int J Infect Dis.</i> 2009 Jan;13(1):24-36.	Excluído	Sim
5. Sabbatani S, Baldi E, Manfredi R. Time trends in health care needs of non-EU citizens from developing countries, admitted to a general hospital in northern Italy. <i>Infez Med.</i> 2007 Dec;15(4):242-9.	Excluído	Sim
6. Tong KB, Murtagh KN, Lau C, Seifeldin R. The impact of esophageal candidiasis on hospital charges and costs across patient subgroups. <i>Curr Med Res Opin.</i> 2008 Jan;24(1):167-74.	Excluído	Sim
7. Sabbatani S, Baldi E, Manfredi R, Chiodo F. Admission of foreign citizens to the general teaching hospital of Bologna, northeastern Italy: an epidemiological and clinical survey. <i>Braz J Infect Dis.</i> 2006 Apr;10(2):66-77.	Excluído	Sim
8. Kanter RK, Moran JR. Recent trends in pediatric hospitalization in New York state. <i>J Pediatr.</i> 2006 May;148(5):637-641.	Excluído	Sim
9. Rodríguez-Vidigal FF, Habernau A. [Cause of hospitalization in patients with human immunodeficiency virus infection in a rural area. Role of chronic liver disease]. <i>Enferm Infecc Microbiol Clin.</i> 2004 Mar;22(3):138-41.	Excluído	Sim
10. Torti C, Casari S, Palvarini L, Quiros-Roldan E, Moretti F, Leone L, Patroni A, Castelli F, Ripamonti D, Tramarin A, Carosi G. Modifications of health resource-use in Italy after the introduction of highly active antiretroviral therapy (HAART) for human immunodeficiency virus (HIV) infection. Pharmacoeconomic implications in a population-based setting. <i>Health Policy.</i> 2003 Sep;65(3):261-7.	Excluído	Sim
11. Hellinger FJ, Fleishman JA. Location, race, and hospital care for AIDS patients: an analysis of 10 states. <i>Inquiry.</i> 2001 Fall;38(3):319-30.	Incluído	Sim
12. Pola MD, Navarrete-Navarro P, Rivera R, Fernández-Mondejar E, Hurtado B, Vázquez-Mata G. Acute respiratory distress syndrome: resource use and outcomes in 1985 and 1995, trends in mortality and comorbidities. <i>J Crit Care.</i> 2000 Sep;15(3):91-6.	Excluído	Sim
13. Gilman BH. Hospital response to DRG refinements: the impact of multiple reimbursement incentives on inpatient	Incluído	Sim

length of stay. Health Econ. 2000 Jun;9(4):277-94.		
14. [No authors listed]. Coordinated system of care cuts costs, maintains quality for persons with AIDS. Health Care Cost Reengineering Rep. 1998 Aug;3(8):123-5.	Excluído	Não
15. Serrais J, Mallolas J, Ribas J. [Direct pharmaceutical costs, diagnostic related groups and CD4 cell count in hospitalized HIV-infected patients]. Med Clin (Barc). 1997 Sep 27;109(10):361-3.	Excluído	Não
16. [No authors listed]. Specialists drive success of AIDS disease management. Health c Demand Dis Manag. 1997 Jun;3(6):81-5.	Excluído	Não
17. [No authors listed]. After long delays, Hopkins offers AIDS managed care. AIDS Alert. 1997 May;12(5):57-9.	Excluído	Não
18. Beck EJ, Kupek EJ, Wadsworth J, Miller DL, Pinching AJ, Harris JR. The use and cost of hospital services by London AIDS patients with different AIDS defining conditions. J Public Health Med. 1996 Dec;18(4):457-64.	Incluído	Sim
19. Lazard T, Retel O, Guidet B, Maury E, Valleron AJ, Offenstadt G. AIDS in a medical intensive care unit: immediate prognosis and long-term survival. JAMA. 1996 Oct 16;276(15):1240-5. Erratum in: JAMA 1997 Nov 26;278(20):1662.	Excluído	Não
20. [No authors listed]. Medicaid AIDS coverage unfair; not likely to change. AIDS Alert. 1995 Aug;10(8):103-5.	Excluído	Não
21. Graves EJ. National Hospital Discharge Survey: annual summary, 1993. Vital Health Stat 13. 1995 Aug;(121):1-63.	Excluído	Sim
22. Buchanan RJ, Kircher FG. Medicaid policies for AIDS-related hospital care. Health Care Financ Rev. 1994 Summer;15(4):33-41.	Incluído	Sim
23. Gutiérrez A, Suárez MD, Ortiz de Luna I, Varona M, Ugalde F, Cisterna R, Marínez M. [Utilization of an emergency service by patients with HIV infection]. Enferm Infecc Microbiol Clin. 1993 Jan;11(1):14-8.	Excluído	Não
24. Allen SM, Fleishman J. Problems encountered in home health service delivery to persons with AIDS. Home Health Care Serv Q. 1992;13(1-2):129-59.	Excluído	Não
25. Kouri YH, Shepard DS, Borrás F, Sotomayor J, Gellert GA. Improving the cost-effectiveness of AIDS health care in San Juan, Puerto Rico. Lancet. 1991 Jun 8;337(8754):1397-9.	Incluído	Sim
26. Friedland LR, Bell LM, Rutstein R. Utilization and clinical manifestations of human immunodeficiency virus type 1-infected children presenting to a pediatric emergency department. Pediatr Emerg Care. 1991 Apr;7(2):72-5.	Excluído	Não
27. Reynolds JJ. Clinical dimensions of discharge planning with the person with AIDS. Soc Work. 1991 Jan;36(1):93.	Excluído	Não
28. Campanella N, Tarantini F. [Health care organization and health in a region of Zaire]. Ann Ig. 1989 Nov-Dec;1(6):1389-417.	Excluído	Não
29. Tresnowski B. Guiding the Blues through tough times. Interview by Janice C. Simmons. Mich Hosp. 1989 Oct;25(10):25-7, 29, 31.	Excluído	Não
30. Lafferty WE, Hopkins SG, Honey J, Harwell JD, Shoemaker PC, Kobayashi JM. Hospital charges for people with AIDS in Washington State: utilization of a statewide hospital discharge data base. Am J Public Health. 1988 Aug;78(8):949-52.	Incluído	Sim
31. Berger R. Cost analysis of AIDS cases in Maryland. Md Med J. 1985 Dec;34(12):1173-5.	Excluído	Não

Biblioteca Virtual em Saúde		
1. Fakhraei SH; Kaelin JJ; Conviser R. Comorbidity-based payment methodology for Medicaid enrollees with HIV/AIDS. <i>Health Care Financ Rev</i> ; 23(2): 53-68, 2001.	Excluído	Sim
2. Balinsky W. Pediatric home care: reimbursement and cost benefit analysis. <i>J Pediatr Health Care</i> ; 13(6 Pt 1): 288-94, 1999 Nov-Dec.	Excluído	Sim
3. Rotheram-Borus MJ; Klosinski LE; Etzel MA. Differences between proof-of-concept studies and effective implementation: routine, opt-out HIV testing in emergency departments. <i>J Acquir Immune Defic Syndr</i> ; 46(4): 381-3, 2007 Dec 1.	Excluído	Sim
4. Graham MJ; Morton M. Caring for people who have AIDS. <i>Provider</i> ; 22(6): 53-4, 1996 Jun.	Excluído	Não
5. HIV/AIDS. DoH details payments for HIV-transfer cases. <i>Nurs Stand</i> ; 6(33): 11, 1992 May 6-12.	Excluído	Não
6. Acklin JD. The dollars and sense of HIV reporting. <i>J Ark Med Soc</i> ; 87(3): 127-30, 1990 Aug.	Excluído	Não
7. Salsberry PJ; Nickel JT; O'Connell M; Reynolds NR; Brady DL; Bentz PR. Home health care services for AIDS patients: one community's response. <i>J Community Health Nurs</i> ; 10(1): 39-51, 1993.	Excluído	Não
8. Specialists drive success of AIDS disease management. <i>Healthc Demand Dis Manag</i> ; 3(6): 81-5, 1997 Jun.	Excluído	Não
9. Designated care programs for patients with AIDS and HIV related illnesses in designated care centers. <i>N Y State J Med</i> ; 89(9): 542-3, 1989 Sep.	Excluído	Sim

Quadro 3. Motivos da exclusão de artigos no estudo.

ID do estudo	Motivo da Exclusão Notas
PubMed, National Center for Biotechnology Information	
4. Tong KB, Lau CJ, Murtagh K, Layton AJ, Seifeldin R. The economic impact of aspergillosis: analysis of hospital expenditures across patient subgroups. <i>Int J Infect Dis</i> . 2009 Jan;13(1):24-36.	Excluído, pois trata-se de um estudo de análise do impacto econômico de aspergilose, e pacientes com Aids aparecem como um subgrupo de análise.
5. Sabbatani S, Baldi E, Manfredi R. Time trends in health care needs of non-EU citizens from developing countries, admitted to a general hospital in northern Italy. <i>Infez Med</i> . 2007 Dec;15(4):242-9.	Excluído, pois trata-se de um estudo italiano sobre avaliação de internações de pacientes estrangeiros de países em desenvolvimento, países fora da União Européia. Foram analisadas as causas de internação para o período 1999-2004, com foco nas doenças infecciosas e gravidez. O HIV/Aids aparece apenas como categoria.
6. Tong KB, Murtagh KN, Lau C, Seifeldin R. The impact of esophageal candidiasis on hospital charges and costs across patient subgroups. <i>Curr Med Res Opin</i> . 2008 Jan;24(1):167-74.	Excluído, pois trata-se de um estudo de análise do impacto da candidíase de esôfago nas internações hospitalares dos Estados Unidos, considerando tempo de permanência (LOS) e custos. Pacientes com HIV/Aids aparecem como um subgrupo de análise.
7. Sabbatani S, Baldi E, Manfredi R, Chiodo F. Admission of foreign citizens to the general teaching hospital of Bologna, northeastern Italy: an epidemiological and clinical survey. <i>Braz J Infect Dis</i> . 2006 Apr;10(2):66-77.	Excluído, pois trata-se de um estudo italiano sobre avaliação de internações de pacientes estrangeiros. Foram analisadas as causas de internação para o período 1999-2004, com foco nas doenças infecciosas. O HIV/Aids aparece apenas como categoria.
8. Kanter RK, Moran JR. Recent trends in pediatric hospitalization in New York state. <i>J Pediatr</i> . 2006	Excluído, pois o objetivo do artigo foi descrever a mudança nas taxas de transtornos associados à

May;148(5):637-641.	hospitalização da criança no estado de New York, EUA. O HIV/Aids aparece apenas como categoria.
9. Rodríguez-Vidigal FF, Habernau A. [Cause of hospitalization in patients with human immunodeficiency virus infection in a rural area. Role of chronic liver disease]. <i>Enferm Infecc Microbiol Clin.</i> 2004 Mar;22(3):138-41.	Excluído, pois trata apenas das causas de hospitalização de pacientes com HIV em uma área rural da Ctra. Badajoz-Granada, Espanha.
10. Torti C, Casari S, Palvarini L, Quiros-Roldan E, Moretti F, Leone L, Patroni A, Castelli F, Ripamonti D, Tamarin A, Carosi G. Modifications of health resource-use in Italy after the introduction of highly active antiretroviral therapy (HAART) for human immunodeficiency virus (HIV) infection. <i>Pharmacoeconomic implications in a population-based setting. Health Policy.</i> 2003 Sep;65(3):261-7.	Excluído, pois trata-se de uma análise de custos após a introdução da Terapia Antirretroviral Altamente Ativa, no Instituto de Doenças Infecciosas e Tropicais da Universidade da Brescia (Norte da Itália).
12. Pola MD, Navarrete-Navarro P, Rivera R, Fernández-Mondejar E, Hurtado B, Vázquez-Mata G. Acute respiratory distress syndrome: resource use and outcomes in 1985 and 1995, trends in mortality and comorbidities. <i>J Crit Care.</i> 2000 Sep;15(3):91-6.	Excluído, pois o objetivo do estudo foi comparar consumo de recursos e mortalidade entre pacientes com síndrome de dificuldade respiratória do adulto internados em 1985 e aqueles tratados em 1995. O HIV/Aids aparece apenas como categoria.
14. [No authors listed]. Coordinated system of care cuts costs, maintains quality for persons with AIDS. <i>Health Care Cost Reengineering Rep.</i> 1998 Aug;3(8):123-5.	Excluído, pois a Revista não foi encontrada . O resumo traz que na Universidade de Boston descobriram que um sistema global de assistência gerenciada pode fazer um trabalho melhor de evitar a hospitalização, reduzindo mais os custos de cuidados de saúde do que os tradicionais planos de taxa de serviço, sem afetar negativamente a satisfação do paciente, estado de saúde, ou o nível de função do paciente. Artigo de 03 páginas; não apresenta autores.
15. Serrais J, Mallolas J, Ribas J. [Direct pharmaceutical costs, diagnostic related groups and CD4 cell count in hospitalized HIV-infected patients]. <i>Med Clin (Barc).</i> 1997 Sep 27;109(10):361-3.	Excluído, pois a Revista não foi encontrada . O objetivo do estudo foi estimar os custos farmacêuticos diretos dos pacientes infectados pelo HIV internados no hospital, a variabilidade e a relação da contagem de células CD4. Artigo de 03 páginas.
16. [No authors listed]. Specialists drive success of AIDS disease management. <i>Health c Demand Dis Manag.</i> 1997 Jun;3(6):81-5.	Excluído, pois não apresenta resumo e nem autores. A Revista não foi encontrada .
17. [No authors listed]. After long delays, Hopkins offers AIDS managed care. <i>AIDS Alert.</i> 1997 May;12(5):57-9.	Excluído, pois não apresenta resumo e nem autores. A Revista não foi encontrada . Artigo de 03 páginas.
19. Lazard T, Retel O, Guidet B, Maury E, Valleron AJ, Offenstadt G. AIDS in a medical intensive care unit: immediate prognosis and long-term survival. <i>JAMA.</i> 1996 Oct 16;276(15):1240-5. Erratum in: <i>JAMA</i> 1997 Nov 26;278(20):1662.	Excluído, pois trata apenas de fatores preditivos de mortalidade durante e após internação em unidade de terapia intensiva médica (MICU).
20. [No authors listed]. Medicaid AIDS coverage unfair; not likely to change. <i>AIDS Alert.</i> 1995 Aug;10(8):103-5.	Excluído, pois não apresenta resumo e nem autores. A Revista não foi encontrada . Artigo de 03 páginas.
21. Graves EJ. National Hospital Discharge Survey: annual summary, 1993. <i>Vital Health Stat</i> 13. 1995 Aug;(121):1-63.	Excluído, pois trata-se de uma análise de internações de curta duração em hospitais não-federais americanos, com base em dados recolhidos através da pesquisa nacional de internações hospitalares, realizada pelo Public Health Service, do Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. Tem uma parte que fala sobre as internações em HIV (p.12, 13, e 19), mas não se refere a pagamento.

<p>23. Gutiérrez A, Suárez MD, Ortiz de Luna I, Varona M, Ugalde F, Cisterna R, Marínez M. [Utilization of an emergency service by patients with HIV infection]. <i>Enferm Infecc Microbiol Clin</i>. 1993 Jan;11(1):14-8.</p>	<p>Excluído, pois trata-se de uma análise das consultas de pacientes com HIV em um departamento de emergência hospitalar. Artigo não disponível <i>on line</i>.</p>
<p>24. Allen SM, Fleishman J. Problems encountered in home health service delivery to persons with AIDS. <i>Home Health Care Serv Q</i>. 1992;13(1-2):129-59.</p>	<p>Excluído, pois a Revista não foi encontrada e a descrição do estudo não está clara.</p>
<p>26. Friedland LR, Bell LM, Rutstein R. Utilization and clinical manifestations of human immunodeficiency virus type 1-infected children presenting to a pediatric emergency department. <i>Pediatr Emerg Care</i>. 1991 Apr;7(2):72-5.</p>	<p>Excluído, pois o artigo foi realizado para avaliar as manifestações clínicas da doença e utilização de serviços de 22 crianças com menos de 13 anos de idade infectadas pelo vírus de imunodeficiência humana tipo 1 (HIV-1) em um departamento de emergência pediátrica. Artigo pago, de 04 páginas.</p>
<p>27. Reynolds JJ. Clinical dimensions of discharge planning with the person with AIDS. <i>Soc Work</i>. 1991 Jan;36(1):93.</p>	<p>Excluído, pois não tem resumo. A Revista não foi encontrada.</p>
<p>28. Campanella N, Tarantini F. [Health care organization and health in a region of Zaire]. <i>Ann Ig</i>. 1989 Nov-Dec;1(6):1389-417.</p>	<p>Excluído, pois não entra na proposta do PTC. O resumo diz que o objetivo do artigo é avaliar a utilização de enfermarias e de ambulatório de um hospital de Zaire, Angola.</p>
<p>29. Tresnowski B. Guiding the Blues through tough times. Interview by Janice C. Simmons. <i>Mich Hosp</i>. 1989 Oct;25(10):25-7, 29, 31.</p>	<p>Excluído, pois não tem resumo. A Revista não foi encontrada. Artigo de 03 páginas.</p>
<p>31. Berger R. Cost analysis of AIDS cases in Maryland. <i>Md Med J</i>. 1985 Dec;34(12):1173-5</p>	<p>Excluído, pois não tem resumo. A Revista não foi encontrada. Artigo de 03 páginas.</p>
Biblioteca Virtual em Saúde	
<p>1. Fakhraei SH; Kaelin JJ; Conviser R. Comorbidity-based payment methodology for Medicaid enrollees with HIV/AIDS. <i>Health Care Financ Rev</i>; 23(2): 53-68, 2001.</p>	<p>Excluído, pois o texto trata da construção de um Modelo estatístico preditor de custos de um plano privado de saúde.</p>
<p>2. Balinsky W. Pediatric home care: reimbursement and cost benefit analysis. <i>J Pediatr Health Care</i>; 13(6 Pt 1): 288-94, 1999 Nov-Dec.</p>	<p>Excluído, pois trata-se de um artigo de discussão, e não traz dados específicos relacionados diretamente com o tema do PTC.</p>
<p>3. Rotheram-Borus MJ; Klosinski LE; Etzel MA. Differences between proof-of-concept studies and effective implementation: routine, opt-out HIV testing in emergency departments. <i>J Acquir Immune Defic Syndr</i>; 46(4): 381-3, 2007 Dec 1.</p>	<p>Excluído, pois não entra na proposta do PTC. Comentário sobre rotina de triagem de HIV no departamento de emergência utilizando a nova diretriz de prevenção do Controle de Doenças Centros dos EUA: resultados de uma área de alta prevalência. 03 páginas.</p>
<p>4. Graham MJ; Morton M. Caring for people who have AIDS. <i>Provider</i>; 22(6): 53-4, 1996 Jun.</p>	<p>Excluído, pois não tem resumo. A Revista não foi encontrada. 02 páginas.</p>
<p>5. HIV/AIDS. DoH details payments for HIV-transfer cases. <i>Nurs Stand</i>; 6(33): 11, 1992 May 6-12.</p>	<p>Excluído, pois não tem resumo, e nem autores. A Revista não foi encontrada. 01 página.</p>
<p>6. Acklin JD. The dollars and sense of HIV reporting. <i>J Ark Med Soc</i>; 87(3): 127-30, 1990 Aug.</p>	<p>Excluído, pois não tem resumo. A Revista não foi encontrada. 04 páginas.</p>
<p>7. Salsberry PJ; Nickel JT; O'Connell M; Reynolds NR; Brady DL; Bentz PR. Home health care services for AIDS patients: one community's response. <i>J Community Health Nurs</i>; 10(1): 39-51, 1993.</p>	<p>Excluído, pois não entra na proposta do PTC; e a descrição da metodologia do estudo não está clara no resumo. Artigo não disponível gratuitamente na íntegra.</p>
<p>8. Specialists drive success of AIDS disease management. <i>Healthc Demand Dis Manag</i>; 3(6): 81-5, 1997 Jun.</p>	<p>Excluído, pois não tem resumo, e nem autores. A Revista não foi encontrada.</p>
<p>9. Designated care programs for patients with AIDS and HIV related illnesses in designated care centers. <i>N Y State J Med</i>; 89(9): 542-3, 1989 Sep.</p>	<p>Excluído, pois não tem resumo, e nem autores. A Revista não foi encontrada. 02 páginas.</p>

ANEXOS

Figura 1. Tela de busca na base de dados *PubMed* com *MeSH Terms* de desfechos, em 15/01/2014.

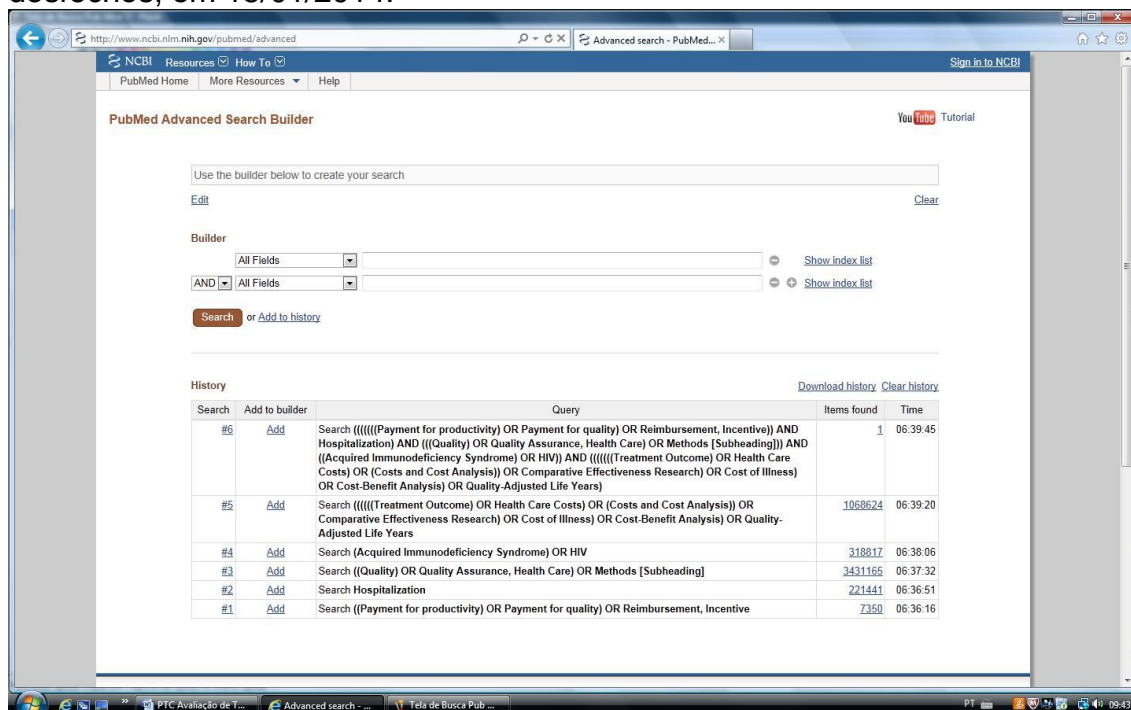


Figura 1a. Tela de busca na base de dados *PubMed* com *MeSH Terms* de desfechos e o texto resgatado, em 15/01/2014.

