

Levantamento de pistas para elaboração de um quadro de  
atributos necessários para novos fármacos no tratamento do  
doente VIH

Eduardo José Neves da Silva

Dissertação de Mestrado em Gestão

Orientador

Mestre Natacha Cabral, Docente Convidada  
do ISCTE-IUL

Outubro 2013

## **Agradecimentos**

À Mestre Natacha Cabral pela orientação que foi fundamental para a concretização deste trabalho.

Ao Miguel Ferreira Mendes por acreditar no meu valor e capacidades na concretização deste trabalho.

À empresa Merck Sharp & Dhome pelo incentivo e apoio financeiro.

Ao Professor Doutor Francisco Antunes, ao Dr. Fernando Maltez e à Dr.<sup>a</sup> Manuela Doroana pelo apoio científico ao trabalho, sugestões de melhoria do ponto de vista médico e pelo incentivo na concretização deste trabalho.

Ao meu amigo Carlos Búrcio pelo apoio que deu através da sua opinião sempre assertiva.

Ao grupo de docentes de excelência do Executive MBA do ISCTE Business School, que muito contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Dedico este trabalho à minha esposa  
e filhos pela compreensão, incentivo e apoio na  
concretização de uma importante meta da minha vida

# Índice Geral

Agradecimentos.....	i
Índice Geral.....	iii
Índice de Quadros .....	iv
Índice de Figuras .....	iv
Glossário .....	v
Resumo.....	vi
Abstract .....	vii
1 SUMÁRIO EXECUTIVO.....	1
2 REVISÃO DE LITERATURA .....	5
2.1 O Marketing .....	5
2.1.1 O Conceito.....	5
2.1.2 Segmentação de mercado .....	6
2.1.3 O comportamento do consumidor .....	8
2.1.3.1 Comportamento do Consumidor em Saúde.....	11
2.2 O VIH/SIDA .....	13
2.2.1 História do VIH/Sida.....	13
2.2.2 Biologia e patologia do VIH 1 e VIH 2.....	18
2.2.3 Epidemiologia .....	21
2.2.4 Tratamento .....	23
2.3 Atributos dos fármacos.....	31
3 QUADRO CONCEPTUAL DE REFERÊNCIA .....	34
3.1 Tratamento antirretroviral .....	37
3.2 Legislação vigente face à medicação .....	42
3.3 Objetivos do Governo (Português) face ao número de médicos existentes .....	43
4 METODOLOGIA .....	47
5 ANÁLISE DE DADOS.....	53
6 CONCLUSÕES.....	58
7 REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS .....	61
8 ANEXOS.....	69

8.1	CV's KOL's .....	69
8.2	Guiões de entrevista .....	76

## Índice de Quadros

Quadro 1 - Recomendações Portuguesas para o tratamento do VIH-1 e VIH-2.....	26
Quadro 2 - Regimes preferenciais de início da terapêutica anti retroviral combinada (TARc)	26
Quadro 3 - Lista de medicamentos antirretrovirais aprovados nos EUA e Europa.....	28
Quadro 4 - Efeitos secundários dos medicamentos anti-VIH, por categoria .....	29
Quadro 5 - Distribuição dos médicos que dão consulta para VIH .....	44
Quadro 6 - Guia de utilização de ARV para Adultos e Adolescentes infetados com o VIH-1 ...	49
Quadro 7 - Amostra de KOL's.....	51
Quadro 8 - Lista de atributos sugeridos tendo por base as <i>guidelines</i> (pontos fortes e fracos)...	54

## Índice de Figuras

Figura 1 - Número de novos casos de pessoas infetadas por VIH .....	21
Figura 2 - Casos de SIDA em Portugal nas 3 principais categorias de transmissão .....	23
Figura 3 - Ciclo de replicação do VIH com principais alvos da intervenção terapêutica .....	28
Figura 4 - Hierarquia de valor dos atributos.....	33
Figura 5 - Quadro do paciente VIH positivo.....	36
Figura 6 - Modelo conceptual .....	37
Figura 7 - Principais tendências na saúde e medicina contemporâneas. ....	38
Figura 8 - Características constituintes do Bem-estar.....	39
Figura 9 - Convergência das fontes do estudo .....	47

## **Glossário**

3TC – Lamivudina

ADSE – Direção Geral de Proteção Social aos Funcionários e Agentes da Administração pública

ARN VIH – ácido ribonucleico do Vírus da imunodeficiência humana

ARV – Anti retrovíricas

AUE – Autorização de Utilização Especial

AZT – Zidovudina

AZT/3TC – Zidovudina + Lamivudina

CD4+ – *Cluster of Differentiation 4 +*

CDC – *Centers for Disease Control and Prevention*

DGS – Direção Geral de Saúde

FTC – Emtricitabina

HAART – *Highly Active Antiretroviral Therapy*

INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e dos Produtos de Saúde I.P

KOL – *Key Opinion Leader*

OMS – Organização Mundial de Saúde

PN VIH/SIDA – Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA

RAL – Raltegravir

RPV – Rilpivirina

SIDA – Síndrome da imunodeficiência adquirida

SNC – Sistema Nervoso Central

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TARc – Terapêutica anti retrovírica combinada

TARV – Terapêuticas anti retrovíricas

VHB – Vírus de hepatite B

VHC – Vírus de hepatite C

VIH – Vírus da imunodeficiência humana

VIH-1 – vírus de imunodeficiência humana de tipo 1

VIH-2 – vírus de imunodeficiência humana de tipo 2

## Resumo

A investigação na área da indústria farmacêutica está em constante evolução, mas necessita de informação específica capaz de orientá-la no desenvolvimento de novos produtos a lançar no mercado. Esta informação garantirá o estabelecimento de estratégias mais eficazes, no combate às novas e antigas doenças, e contribuirá para cativar assim um maior número de potenciais clientes.

A SIDA é uma doença provocada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e constitui um importante problema de saúde pública. Vários esforços têm sido desenvolvidos pela comunidade científica e pela indústria farmacêutica no sentido da disponibilização de terapêuticas mais eficazes no combate a esta doença. Acreditando que o conhecimento do mercado é um dos grandes desafios que enfrentam as organizações para obtenção de sucesso no lançamento de qualquer produto, é objetivo deste documento levantar pistas de compreensão sobre quais os atributos considerados determinantes nos fármacos para tratamento do doente VIH, com vista ao lançamento, no futuro, de um fármaco diferenciado relativamente aos já existentes.

Para a consecução deste objetivo geral, definiu-se um estudo descritivo simples, com recurso ao método qualitativo, quer por via da recolha de bibliografia fidedigna, como também, pela realização de entrevistas.

Os resultados sugerem um grupo de atributos relevante no lançamento de um fármaco mas, no entanto, verifica-se também que é condição *sine qua non*, que os novos fármacos a serem lançados sejam capazes de ter um menor impacto na qualidade de vida do doente, uma vez que a cura para a doença parece ainda estar a anos de distância.

**Palavras-chave:** atributos, fármacos, VIH, SIDA, saúde

## **Abstract**

The research in the pharmaceutical industry is constantly evolving, but requires specific information that can guide it, in developing new products to bring to the market. This information will ensure the establishment of more effective strategies in fighting new and old diseases, and that will contribute to captivate a larger number of potential customers.

AIDS is a disease caused by the Human Immunodeficiency Virus (HIV) and is a major public health problem. Several efforts have been developed by the scientific community and the pharmaceutical industry towards the provision of more effective therapeutics to combat this disease. Believing that the knowledge of the market is one of the major challenges, that organizations face for achieving success in launching any product, the goal of this document is to take understanding clues about which attributes are considered determinant in drugs for treatment of HIV patients, with a view to release them in the future, from a drug differentiated from existing ones.

To achieve this overall objective, we defined a simple descriptive study, using a qualitative method, either by collecting reliable bibliography as well as for performing interviews.

The results suggest a set of attributes relevant to the release of a drug but, however, it also appears that it is a *sine qua non* condition, that the new drug to be released must be able to have the smallest impact on the quality of life of the patient, once the cure for the disease still seems to be still far years away.

**Keywords:** attributes, drugs, VIH, AIDS, health

# 1 SUMÁRIO EXECUTIVO

A epidemia do Vírus de Imunodeficiência Humana/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (VIH/SIDA) constitui um importante problema de saúde pública. Relativamente ao número de pessoas que vivem com VIH em todo mundo, este aumentou de cerca de 28,6 milhões em 2001 para 33,3 milhões em 2009, mas com uma redução percentual de mortalidade por SIDA. A prevalência mundial, em percentagem de adultos, é de 0,8 (UNAIDS,2010).

Quanto ao número de pessoas que vivem com VIH em Portugal o seu valor aumentou de cerca de 31 mil em 2001 para 42 mil em 2009. Portugal é um dos países desta região *Western and Central Europe* que apresenta piores resultados, sendo a sua taxa de incidência de 0.6 (UNAIDS, 2010: 194-195).

Apesar da descoberta do agente causador (VIH) e de todos os avanços biomédicos em relação às medicações, o portador do vírus ainda sofre com a discriminação e o preconceito ao revelar a sua condição sorológica à sociedade, levando com que, tendencialmente, guarde segredo sobre a infeção e a revele apenas às pessoas mais próximas do seu quotidiano (Parker e Aggleton, 2003).

Outros problemas que as pessoas infetadas pelo VIH enfrentam, referem-se às diversas dificuldades que podem surgir ao utilizar os medicamentos antirretrovirais, como os efeitos colaterais das medicações e a adaptação da terapia medicamentosa aos hábitos e costumes pessoais (Carvalho, 2008:13).

Antes mesmo do lançamento de um produto, a pesquisa de comportamento do consumidor pode determinar a sua aceitação no mercado, o seu valor agregado e até o seu ciclo de vida. Assim, entender os hábitos de consumo dos indivíduos torna a empresa capaz “*de prever a probabilidade com que os consumidores reagem a vários sinais informacionais e ambientais e, portanto, podem planear as suas estratégias de marketing coerentemente*” (Schiffman e Kanuk, 2000: 6).

As pesquisas sobre o comportamento do consumidor são essenciais, pois destacam a importância de se identificar os verdadeiros motivos, que levam o consumidor a optar pela compra de determinado produto e/ou serviço. Mowen e Minor (1998) reforçam esta ideia, revogando a necessidade de se conhecer o que realmente se passa na mente do consumidor, uma vez que os atributos podem assumir diferentes pesos na decisão de compra e recompra.

Para os profissionais de marketing torna-se fundamental conhecer os atributos que mais influenciam o julgamento do comprador/prescritor, para melhor posicionar o produto e/ou serviço no mercado. Apesar de coexistirem várias tipologias para classificar estes atributos selecionou-se a abordagem conceptual apresentada por Alpert (1971), e que faz referência aos atributos salientes, importantes e determinantes e a apresentada por Zeithaml (1988) que refere os atributos intrínsecos e extrínsecos.

Segundo a tipologia de Alpert (1971, cit. por Espinoza e Hirano 2003) os Atributos Salientes são aqueles que os consumidores conseguem perceber como presentes em determinado produto, marca, empresa ou instituição. Funcionam como um conjunto total de atributos percebido por determinado público consumidor sem que possuam qualquer grau de importância ou determinação no processo de compra do produto. Estes atributos apenas estão reconhecidamente presentes em determinado produto ou marca, para um grupo específico.

Os Atributos Importantes são os que determinado grupo de consumidores considera importantes no momento da escolha de um produto. Podem ser considerados como um subgrupo dos Atributos Salientes. Não são determinantes da compra, uma vez que os consumidores, muitas vezes, não os pesam por os considerarem presentes em todos os produtos de determinada categoria da qual se examina a possibilidade de comprar.

Já os Atributos Determinantes são aqueles situados entre os Atributos Importantes que o consumidor examina como capazes de influenciar positivamente a compra e cuja existência e percepção apresentam-se para o consumidor como a melhor possibilidade de

resposta da satisfação dos seus desejos em determinado produto ou marca. São aqueles que permitem discriminar as marcas.

A tipologia de Zeithaml (1988) defende que o potencial consumidor, durante o processo de compra, compara as diferentes opções de produtos (em termos de qualidade, preço, valor da marca, etc.) que suprimem as suas necessidades, integrando e avaliando os atributos percebidos em cada um. Estes atributos, segundo a autora, podem ser categorizados em intrínsecos ou extrínsecos.

Os primeiros incluem as componentes físicas e as características funcionais, designadamente o *design* e a durabilidade. Os atributos extrínsecos dizem respeito a componentes externas, tais como a marca e o preço. Em particular, a marca é um atributo de diferenciação que pode influenciar as preferências dos consumidores (Lambin, 2000), sendo definida como um conjunto específico de características do produto em si e de serviços suplementares. Por este motivo, a marca é também considerada um atributo determinante. De acordo com esta teoria, o consumidor tende a identificar a presença de benefícios ou a ausência destes em determinado produto, formando uma percepção geral em relação ao mesmo.

Há ainda a salientar que, quando se trata do mercado hospitalar, é importante ter consciência que o consumidor não é quem toma a decisão, sendo que quem decide é o médico, ou ainda que sendo o paciente a ter a decisão, é fortemente influenciado pelo profissional de saúde (Hermes, 2001). Contudo, quer os consumidores, quer os prescritores avaliam sempre as várias opções de pré-compra, olhando para os produtos como um pacote de atributos, que assumem vários graus de importância durante o processo de decisão.

Como já afirmado, o consumidor de serviços de saúde é normalmente influenciado e a compra de serviços de saúde está baseada em necessidades eminentes e/ou emergentes, pelo que torna-se premente neste sector trabalhar com as pessoas formadoras de opinião ou *Key Opinion Leaders (KOLs)*. Dever-se-á então, por um lado, realçar as mais-valias do produto/serviço a disponibilizar pela empresa e por outro lado, escutar sobre os

atributos determinantes para o processo de tomada de decisão de compra/prescrição de um produto/serviço.

Tendo por base esta primeira abordagem, o interesse deste trabalho prende-se com o levantamento de pistas para a elaboração de um quadro de atributos a considerar num lançamento de um novo fármaco no tratamento de doentes na área do VIH, e pretende ser um ponto de partida, de carácter exploratório, para a elaboração futura de novos trabalhos.

No que concerne à estrutura, este documento é composto por vários capítulos, sendo apresentado no primeiro, o estado da arte onde se faz referência a conceitos que são fundamentais para esta investigação como marketing, segmentação, comportamento do consumidor e comportamento do consumidor em saúde. É ainda realizada uma breve abordagem à história do VIH e ao seu tratamento e também aos atributos dos fármacos. Na metodologia esclarece-se a utilização de uma abordagem exploratória e o capítulo seguinte é dedicado à análise dos dados recolhidos nas entrevistas individuais realizadas. Finalmente, nas conclusões, apresenta-se a súmula de toda a investigação, fornecendo as pistas mais relevantes para o desenvolvimento posterior de um trabalho mais aprofundado acerca desta temática.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 O Marketing

#### 2.1.1 O Conceito

A palavra *Marketing* é uma expressão anglo-saxônica derivada do latim *mercare*, que definia o ato de comercializar produtos na antiga Roma. Enquanto tudo o que se produzia era vendido, ou melhor, era comprado, não havia a necessidade de um esforço adicional de vendas e, portanto, o *Marketing* era desnecessário Cobra (2002).

Segundo a *American Marketing Association* (2005), Marketing é uma função organizacional e um conjunto de processos que envolvem a criação, a comunicação e a entrega de valor para os clientes, bem como a administração do relacionamento com eles, de modo que beneficie a organização e o seu público interessado.

Pode ser definido também como um processo social por meio do qual pessoas e grupos de pessoas obtêm aquilo de que necessitam e o que desejam com a criação, oferta e livre negociação de produtos e serviços de valor com outros (Kotler e Keller, 2006), bem como a entrega de satisfação ao cliente em forma de benefício (Kotler e Armstrong, 1999), ou ainda, como o conjunto de estratégias e ações que visam o aumento da aceitação e o fortalecimento da imagem da pessoa, ideia, empresa, produto ou serviço pelo público em geral, ou por determinado segmento desse público. *Marketing* é o ato de conhecer o mercado de atuação de uma organização, para posteriormente oferecer, de forma inovadora e criativa, os produtos e serviços que esse mercado deseja (Kotler e Keller, 2006).

O Marketing teve então início com a gênese do comércio, e os consumidores ainda não tinham qualquer poder de negociação e a concorrência era praticamente inexistente. Durante Segunda Guerra Mundial, por volta de 1940, a teoria e o comportamento comercial de “*vender a qualquer preço*”, tornaram os administradores conscientes da necessidade de novos clientes. Em 1967, surge a primeira edição do livro

“Administração de *Marketing*”, onde Philip Kotler se propôs reunir, rever, testar e consolidar as bases daquilo que hoje formam os cânones do *Marketing*. Mais de quarenta anos depois, a opinião pública, a satisfação do consumidor e as causas sociais, entre outras, tornaram-se uma vantagem competitiva entre os administradores, pelo facto de os clientes terem amplo poder de escolha (tanto da marca como de preço, qualidade, serviço) e influenciar tanto o *Marketing* como a comunicação.

Contudo, na última parte do século XX o mercado alterou-se. Os clientes tornaram-se mais sofisticados e menos sensíveis às variáveis clássicas do *Marketing-mix* como resultado da globalização, da maior possibilidade de escolha de fornecedores, de novas fontes de competição e do uso crescente de tecnologias de informação e comunicação. Esta realidade conduziu à noção de que a finalidade do *Marketing* teria de ser alterada, no sentido de criar relacionamentos lucrativos e de longo prazo com clientes selecionados, visto que nem todos os clientes possuem o mesmo valor.

A evolução das relações entre as organizações e os seus mercados levou a que as empresas, cada vez mais se preocupem em aumentar a fidelização e o valor criado e entregue aos clientes, sendo certo que, e como refere Carvalho (2008: 3), todos os *stakeholders*<sup>1</sup> podem contribuir para essa criação de valor.

### **2.1.2 Segmentação de mercado**

Neste contexto de atribuição de valor para o consumidor, e a par da importância crescente do *Marketing* na sociedade, surgem novos conceitos como diferenciação, posicionamento e segmentação que passam a fazer parte integrante das estratégias das empresas num mercado cada vez mais competitivo.

---

<sup>1</sup> Entende-se por *stakeholders*, “os indivíduos ou grupos de indivíduos de quem a organização depende para atingir os seus objetivos, tal como eles próprios dependem da organização” (Johnson et al, 1999: 213). Os *stakeholders* são vistos como grupos totalmente distintos, que se revestem simultaneamente de diferentes papéis. Segundo a mais velha teoria de *stakeholders* (teoria da agência), os funcionários, clientes, fornecedores, e a comunidade, eram capazes de influenciar de modo mais ativo ou passivo a empresa, por assumirem diversos interesses e expectativas para com esta, e por operarem no mesmo espaço económico e ambiental (Johnson et al., 1999).

Assim, numa era em que o marketing se assume relacional, quando a empresa não identifica quem são os seus clientes, quantos são, onde estão e o que ela pode fazer para falar com eles, então não consegue obter respostas destes clientes aos seus esforços de divulgação e venda, e dificilmente conseguirá elaborar uma estratégia vencedora.

Ichers e Lima (1991) dizem que, segmentação de mercado é uma decisão estratégica da empresa e por isso mesmo é o empresário que determina qual é a fatia de mercado em que ele quer atuar. Podem ser levadas em considerações variáveis geográficas, como localização e distribuição, de comportamento (por que compra e como compra), de perfil do consumidor em sexo, faixa etária, nível de educação, classe socioeconómica, religião, etc. Mas antes de definir o composto que irá satisfazer as necessidades e desejos dos consumidores é preciso entendê-los. E este trabalho não é fácil, é um grande desafio para os profissionais de *Marketing*.

Para Churchill e Peter (2000), segmentar o mercado é dividir um mercado em grupos de compradores potenciais que tenham semelhantes necessidades e desejos, perceções de valores ou comportamentos de compra. Se uma empresa tem fichas de clientes atualizadas, esta terá informações recentes do perfil de cliente e as suas necessidades, ou até do seu comportamento recente de compra. Como o mercado é muito dinâmico e muda constantemente, esta é uma maneira segura de monitorar as mudanças e principalmente hábitos e necessidades dos clientes e porque estão a mudar. Churchill e Peter (2000) definem assim a segmentação de mercado como sendo a divisão de um mercado em grupos de compradores potenciais que tenham semelhantes necessidades e desejos, perceções de valores ou comportamento de compra.

Segundo Kotler e Keller (2006), os mercados diferenciam-se de várias formas, quanto aos desejos, recursos, localidades, atitudes de compra e práticas de compra, ou seja os mercados podem ser segmentados de várias maneiras. Quando uma empresa segmenta o mercado, torna-se mais fácil satisfazer as suas necessidades e desejos, pois o *Marketing Mix* será desenvolvido às necessidades específicas daquele segmento. Quando se trata de desenvolver um *Marketing Mix* dirigido a grandes mercados, formado por consumidores com diferentes necessidades, essa tarefa é mais difícil. É por essa razão

que a segmentação do mercado facilita da empresa a desenvolver e comercializar produtos que se aproximem mais à satisfação das necessidades dos seus consumidores.

A segmentação no mercado farmacêutico passa em primeiro lugar pela definição do mercado em dois segmentos essenciais, nomeadamente medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM) e medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM). O segmento dos MSRM é incomparavelmente mais interessante em termos económico-financeiros, mas é também mais complexo em termos de abordagem e mais específico face à média das atividades de *Marketing* de produtos. Após esta segmentação inicial uma série de outras segmentações são efetuadas no sentido de adequar as estratégias de *Marketing* do mercado. Estas segmentações vão desde segmentar classes e subclasses terapêuticas, tipologia de doentes (sexo, idade, entre outros), instituição da terapêutica (nomeadamente em doentes já medicados, em falência, novos doentes, etc), tipo de patologias (indicações terapêuticas ou fora da indicação), tipologia de médicos (*KOL*'s, especialistas, internos, etc).

No que diz respeito ao segmento de mercado dos fármacos aqui em estudo estes inserem-se nos MSRM medicamentos sujeitos a receita médica, mercado terapêutico dos produtos antirretrovirais, sendo estes produtos exclusivos do mercado hospitalar. Segundo dados da UNAIDS (2010) em 2009, 33,3 milhões de pessoas viviam com o VIH em todo mundo dos quais, 42 mil em Portugal. A epidemia obriga assim a concentrar recursos humanos, financeiros, tecnológicos e científicos no sentido de minimizar as múltiplas crises que ela própria origina.

### ***2.1.3 O comportamento do consumidor***

O principal objetivo dos estudos do comportamento do consumidor é entender porque é que os consumidores tomam as suas decisões de compra, dando indicações aos profissionais de *Marketing* sobre aspetos como: quem compra, o que compra, quando compra, por que compra, onde compra e com que frequência compra.

Antes mesmo do lançamento de um produto, a pesquisa de comportamento pode determinar a sua aceitação no mercado, o seu valor agregado e até o seu ciclo de vida.

Entender os hábitos de consumo dos indivíduos torna a empresa capaz *“de prever a probabilidade de os consumidores reagirem a vários sinais informacionais e ambientais e portanto, podem planejar as suas estratégias de Marketing coerentemente”* (Schiffman e Kanuk, 2000: 6).

Engel *et al.* (2000: 34) definem o comportamento do consumidor *“como as atividades diretamente envolvidas em obter, consumir e dispor de produtos e serviços, incluindo os processos de decisão que antecedem e sucedem estas ações.”* Kotler (2000) acrescenta também que o comportamento de compra do consumidor é influenciado por fatores culturais, sociais, pessoais e psicológicos, sendo os fatores culturais o que mais influenciam. Cada compra possui então aspectos diferenciados em relação ao comportamento do consumidor.

Para Samara e Morsch (2005) existem dois fatores fundamentais relacionados com a decisão de compra do consumidor: a busca de informações e o envolvimento. O primeiro refere-se à quantidade de tempo e de energia que um indivíduo dedica ao processo da recolha de dados antes de tomar uma decisão. A intensidade da busca de informação varia de um indivíduo para outro e depende do tipo de produto considerado para compra e da orientação do comprador para o consumo.

O processo de decisão de compra passa por seis fases, sendo eles: reconhecimento da necessidade, busca de informação, avaliação das alternativas do produto, avaliação das alternativas de compra, decisão de compra e comportamento pós-compra (Samara e Morsch, 2005). O processo de decisão de compra inicia-se com o reconhecimento de uma necessidade (ou problema), sendo que Semenik e Baossy (1996 cit. por Samara e Morsch, 2005) identificam três tipos de reconhecimento de necessidade: de reposição (geralmente itens de baixo custo, comprados com frequência para reabastecimento); funcional (quando o consumidor está em busca de uma solução específica mais importante); emocional (busca da satisfação de necessidades emocionais).

Após o reconhecimento da necessidade vem a busca pela informação, em que o consumidor interessado procura mais informações a respeito do produto. Essas

informações podem ser internas, como experiências passadas, e externas, como a imprensa (meios de comunicação social), amigos, familiares, etc... A quantidade relativa e a influência dessas fontes de informação variam de acordo com a categoria de produtos e as características do comprador (Kotler, 2000).

A terceira fase é a avaliação de alternativas de produtos (bens ou serviços) conforme as suas proposições de valor e o seu encaixe mais adequado na solução específica das suas necessidades, assim *“de acordo com os tipos de satisfação procurados pelos consumidores, estes podem avaliar as alternativas de produto usando três critérios gerais: características funcionais do produto, satisfação emocional percebida em cada produto e benefícios que podem resultar de sua posse e uso”* (Semenik e Bamossy, 1996 cit. por Samara e Morsch 2005: 32).

Na quarta fase o consumidor avalia as alternativas de compra, considerando as vantagens e os benefícios de todos os meios de acesso para obtenção do produto. Em seguida ocorre à decisão de compra, fase em que ocorre a compra do produto. Nessa fase o consumidor incorpora o conhecimento obtido com a busca de informações, a avaliação do produto e a avaliação de compra, e faz a sua escolha. *“Uma decisão final é tomada para satisfazer uma necessidade, e essa decisão inclui a seleção do tipo de produto, a marca, a loja e a forma de pagamento”* (Samara e Morsch, 2005: 35).

A última fase, o pós-compra, tem a ver com identificar os comportamentos que o consumidor apresentará após a compra, ou seja, se ele ficou satisfeito ou insatisfeito, o que é muito importante para avaliar as expectativas do consumidor e o desempenho percebido do produto. Se o produto atender as expectativas, o cliente fica satisfeito; se não, fica insatisfeito, e, se exceder as expectativas, ele fica encantado. Esses sentimentos definem se o cliente voltará a comprar o produto, e o que ele falará sobre o produto a outras pessoas (Kotler, 2000).

### 2.1.3.1 *Comportamento do Consumidor em Saúde*

*“O campo do consumidor é interdisciplinar; é composto por pesquisadores de várias áreas diferentes que partilham o interesse no modo como as pessoas interagem no mercado”* (Solomon, 2002: 44).

O conceito de mercado, em sentido lato, refere-se ao conjunto de públicos suscetíveis de exercer influência no volume de consumo de um produto, e contempla diferentes públicos. O mercado da indústria farmacêutica é o exemplo de um mercado onde atuam diferentes *players*, e onde existe na maioria dos casos uma não coincidência entre quem prescreve (médicos), influencia (farmacêutico), toma (consome) (consumidor/doente) e paga o produto (estado). Assim, quando se trata do mercado hospitalar, é importante ter consciência que o consumidor não é quem toma a decisão, sendo que quem decide é o médico, ou ainda que seja o paciente a ter a decisão, é fortemente influenciado pelo profissional de saúde (Hermes, 2001).

No sector da saúde, e particularmente na indústria farmacêutica, um conjunto de fatores como a credibilidade da empresa, o *portfolio* de produtos, a capacidade de inovação, os investimentos em investigação e desenvolvimento, são alguns exemplos de fatores que também pesam no momento da decisão de compra do produto. É importante relembrar ainda que neste setor mais do que em qualquer outro, o consumo é determinado por um cliente bastante conhecedor do mercado e que na maioria das vezes não corresponde ao consumidor final.

Segundo Lindon, et al. (2011: 143) do ponto de vista da indústria farmacêutica é importante ter em atenção que: *“ Os fabricantes de produtos farmacêuticos definem para cada um dos seus medicamentos um alvo de consumidores, em termos de pacientes a tratar, e um alvo de prescritores, em termos de categoria de médicos a convencer.”*

Quando falamos dos prescritores como por exemplo, os médicos são estes que acabam por decidir, na prática, o que o é comprado pelo consumidor final, neste caso o paciente (Nunes, 2008: 171). Esta influência por parte do médico, tem a ver com o facto do

doente se encontrar fragilizado pela incerteza do seu futuro imediato e que necessita de alguém em que possa confiar, na busca da recuperação da saúde perdida (Gaviria, 1999). Contudo, a partir da década de 90 a indústria farmacêutica vê-se na necessidade de se envolver no mercado de forma mais ativa, pois a concorrência é cada vez mais forte, o próprio consumidor final está cada vez mais exigente e ciente do seu poder e os próprios mercados estão cada vez mais globalizados. Toffler (1990) afirma que o monopólio dos conhecimentos médicos já não é exclusivo do médico podendo o doente estar mais informado através dos meios de comunicação social diminuindo assim a influência do médico no processo de escolha. Contudo, e tratando-se de uma patologia como o VIH, é ao médico que cabe a decisão de compra/prescrição de um produto em detrimento de outro.

Segundo Cobra (2001 cit. por Silva, 2005: 132) o ponto de partida para estudar o comportamento do consumidor de um produto ou serviço de saúde deve ter em conta as seguintes premissas:

- A compra de serviços de saúde é racional, ou seja, está baseada em necessidades eminentes ou emergenciais;
- O consumidor de serviço de saúde normalmente é influenciado. Sendo assim, é importante trabalhar com as pessoas formadoras de opinião (*KOLs*) *Key Opinion Leaders*, como líderes de comunidade, representantes de religiões, associações ligadas à “terceira idade”, líderes científicos, etc., aconselhando sobre a qualidade técnica e o bom atendimento das pessoas do serviço. No âmbito do marketing, isso representa um importante incentivo para o marketing boca a boca;
- O comportamento de um consumidor de saúde faz parte de um processo interligado entre necessidade e possibilidade, ou seja, as necessidades de atendimento estão restritas às possibilidades oferecidas pelo mercado, pela capacidade dos utilizadores dos planos e seguros de saúde e dos utentes particulares.

A globalização acompanhada pela era das telecomunicações tecnologia da informação, tem desenvolvido transformações profundas em todas as camadas da sociedade, gerando mudanças no comportamento dos consumidores, gerando novos hábitos de consumo, novas necessidades, deixando-as mais criteriosas e exigentes em relação aos produtos. Assim, com estas mudanças e alterações, as organizações hospitalares também são forçadas a modificar o seu relacionamento com os clientes e com o ambiente competitivo de maneira geral. Para conquistar e manter o cliente, os hospitais terão que adotar uma nova visão de marketing, que vem atender às exigências deste ambiente mutável e competitivo.

Segundo Porter e Treiberg (2006) ” *Muitos Hospitais, vêm-se no negócio de “Hospitais” ou no negócio de “prestação de serviços de saúde” e competem com outros Hospitais com base na sua oferta geral de serviços”* Ambos os modos de definição de negócio que prevalecem entre os prestadores representam obstáculos à criação de valor. Eles estão centrados nos médicos, nos procedimentos ou na instituição, e não no paciente. Segundo Porter e Treiberg (2006), o negócio relevante na prestação de serviços de saúde é a assistência a uma condição de saúde<sup>2</sup> em todo o ciclo de atendimento. A indústria farmacêutica deve estar preparada para atuar junto aos Hospitais esclarecendo e dando informação específica acerca dos seus produtos e serviços e em simultâneo formar e informar o decisor/ prescritor, indo de encontro aquelas que são as necessidades mais relevantes e mais prementes no mercado onde estes atuam.

## **2.2 O VIH/SIDA**

### ***2.2.1 História do VIH/Sida***

Foi nos EUA que foram identificados os primeiros casos de SIDA numa comunidade jovem homossexual de Nova Iorque e Los Angeles.

---

<sup>2</sup> Uma condição de saúde (p. ex., doença renal, gravidez e diabetes) é o conjunto de circunstâncias na saúde do doente que beneficia de um tratamento cuidado e coordenado.

O Centro de Controlo e Prevenção de Doenças (CDC), em março de 1981, evidenciou a sua preocupação pelo crescente número de solicitações de pentamidina em Nova Iorque, fármaco utilizado por pacientes com pneumonia.

Alguns meses mais tarde, o CDC registou, em Los Angeles, os primeiros casos de uma pneumonia rara, em cinco sujeitos adultos homossexuais (CDC, 1981). Estas duas realidades de surto da pneumonia marcaram o início oficial do aparecimento da epidemia pelo vírus da imunodeficiência humana, síndrome da imunodeficiência adquirida (VIH/SIDA).

No entanto, a literatura revela que a história desta doença teve início muito antes (Raymond e Luc, 1994). De acordo com De Cock, Jaffe e Curran (2011: 4) o primeiro caso registado de infeção pelo VIH surgiu na República do Congo (Antigo Zaire), décadas antes do relatório da CDC, em 1959:

*“VIH type 1, group M (VIH-1), the predominant cause of the AIDS epidemic, evolved from a virus that crossed the species barrier from chimpanzees to humans. The earliest retrospective diagnosis of VIH-1 infection was made from a serum specimen collected in 1959 in Kinshasa, capital of what is now the Democratic Republic of Congo.”*

Segundo Zhu *et al.* (1998), tendo em conta a taxa de mutação do VIH e outros dados da amostra de 1959, o vírus já estaria presente e suscetível de contagiar humanos nos anos 40:

*“the major-group viruses that dominate the global AIDS pandemic at present shared a common ancestor in the 1940s or the early 1950s.”*

Existem várias teorias que explicam a origem e disseminação do vírus VIH, entre as quais se destacam:

i) teoria da vacina contra poliomielite;

- ii) teoria da agulha contaminada;
- iii) teoria do colonialismo ou “coração das trevas”;
- iv) teoria da conspiração
- v) Teoria dos caçadores.

Esta última foi a mais popularizada e a que teve maior aceitação na comunidade académica. Tal como Wolfe *et al.* (2004) explicam no seu artigo, na teoria dos caçadores uma espécie primata (provavelmente um chimpanzé africano) teria transferido o vírus para os humanos que se alimentaram da carne infetada ou através do contacto do sangue do animal com o do caçador (durante a caça).

Os primatas em África apresentam uma versão símia do VIH, conhecido como vírus da imunodeficiência símia (VIS), apesar deste facto eles não desenvolvem SIDA (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida). Contudo, sabe-se que primatas asiáticos desenvolveram SIDA quando inoculados com VIS, razão pela qual os cientistas acreditam na ocorrência de transferência virótica, ou seja, os caçadores em África foram infetados com VIS quando esquetejavam chimpanzés, capturados para sua alimentação (Wolfe *et al.*, 2004).

Aos poucos o vírus adaptou-se ao organismo humano, transformando-se no VIH -tipo 1. A teoria defende ainda que o movimento de pessoas de zonas rurais para localidades mais urbanas, caracterizadas de maior densidade populacional, originou a propagação do VIH a uma escala global.

Em Portugal, o primeiro caso de SIDA foi detetado em 1983, no Hospital Curry Cabral (INSA, IP, 2012) sendo comprovado mais tarde, através de exame, na Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa.

Em 1981, a SIDA era relatada como uma nova doença, sem um conceito clínico específico e com várias denominações, inteiramente relacionadas com a homossexualidade: Pneumonia Gay, Cancro Gay, Síndrome Gay ou, mesmo, *Gay*

*Related Immune Deficiency* (GRID) (Nascimento, 2005). Era rotulada como uma doença dos homossexuais jovens, que levava à morte (Nascimento, 2005). Por este motivo, o início da epidemia de VIH/SIDA passou largamente despercebida nos média, dado que eles se demonstravam relutantes a noticiar uma doença que se associava à homossexualidade.

A divulgação dos primeiros óbitos associados a pessoas infetadas pelo VIH/SIDA desencadeou na comunidade um ciclo de discriminação: os profissionais de saúde, por desconhecimento da doença e do seu modo de transmissão recusaram-se a tratar estes doentes; estes por sua vez foram despedidos e impedidos de frequentar as escolas.

Mais tarde, com as publicações do CDC, percebeu-se que esta doença não afetava apenas a comunidade homossexual. O CDC reconheceu a existência de mais três grupos de risco - haitianos, hemofílicos e toxicod dependentes – sendo o vírus denominado como a doença dos “4 H’s” (Castro e Lecour, 2007). Posteriormente, os profissionais do sexo (*hookers*) foram também considerados um grupo de risco, passando a doença a designar-se por “5H’s” (Neves, 2008).

Contudo, com a perceção de que toda a população encontrava-se vulnerável ao contágio da doença e que esta não era restrita a um grupo específico, surgiu o nome Síndrome da Imunodeficiência Adquirida ou SIDA (De Cock, Jaffe e Curran, 2011: 2):

*“The initial risk groups identified were men who have sex with men (MSM) and injection drug users (IDU). Field investigations and surveillance activities demonstrated sexually linked cases in MSM and in persons with hemophilia and transfusion recipients, implicating transmission by male-to-male sexual contact as well as through blood and blood products. Cases in heterosexual persons and infants indicated that transmission could also occur through heterosexual contact and from mother to child.*

*Within <2 years, the essential epidemiology of AIDS—groups at risk and modes of transmission—was established, although debate about transmission through*

*blood and blood products continued for several months after CDC believed the evidence was clear.”*

Considerando que a doença não era herdada mas sim “adquirida” e que não apresentava apenas um sintoma característico, mas sim um conjunto de sintomas (síndrome), em resultado de uma deficiência do sistema imunitário, a equipa do CDC considerou então o nome adequado. No entanto, os cientistas suspeitavam que o agente etiológico desta infeção poderia ser um vírus. Segundo Fauci (2003: 839), em 1984, investigadores dos EUA (liderados por Robert C. Gallo) e da França (liderados por Luc Montagnier) codescobriram o VIH, o vírus responsável pela SIDA.

Com esta descoberta, começou-se a trabalhar no desenvolvimento de testes de rastreio para detetar o VIH, tal como sublinham De Cock, Jaffe e Curran (2011: 3):

*“In 1983, VIH was discovered, an accomplishment for which French scientists received the Nobel Prize for Medicine in 2008. In 1985, a serologic test for VIH became commercially available.”*

Em 1985, a *Food and Drug Administration* (FDA) nos estados Unidos, aprovou o primeiro teste para a deteção de anticorpos para o VIH, alertando que quem possuir estes anticorpos não poderia doar sangue (De Cock, Jaffe e Curran, 2011: 3). Este avanço permitiu o controlo do sangue utilizado nos Hospitais, contudo originou alguma contestação na população, alguns recusavam-se a analisar o seu estado serológico, enquanto outros temiam que os seus resultados fossem divulgados junto das entidades empregadoras, agências de seguros e bancos.

Em 1986, a investigadora portuguesa Odete Ferreira e seus colegas de França isolam, pela primeira vez, um vírus que terá o nome VIH 2. A identificação deste segundo tipo de vírus da SIDA foi realizada a partir do sangue de doentes provenientes da Guiné-Bissau, internados na Unidade de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital Egas (Clavel e Ferreira *et al.*, 1986).

Várias personalidades nacionais e internacionais morreram devido à infecção por SIDA. Em 1985, a estrela de Hollywood Rock Hudson anunciou que tinha SIDA, morrendo nesse mesmo ano (BBC, 2006). Em Portugal, António Variações morre em 1984 na Clínica da Cruz Vermelha, vítima de uma broncopneumonia, provavelmente causada pela SIDA (Expresso, 2011).

Para o Nobel da Medicina David Baltimore a SIDA revelou-se um desafio para comunidade médica e científica, devido ao aparecimento de uma nova entidade nosológica sem precedentes, que se apodera das defesas imunitárias (Baltimore, 2006):

*“(...) We're fighting against an adversary that has taken advantage of a long evolutionary history to become the stealth agent, and it's that stealthiness that makes VIH so different than other viruses. Other viruses are somehow more overt. But VIH...gets in through holes in our immune defenses that no other virus has ever found.”*

### **2.2.2 *Biologia e patologia do VIH 1 e VIH 2***

Os vírus são responsáveis por muitas doenças. Alguns vírus causam doenças ligeiras, como a gripe, enquanto outros, como o VIH (é um retrovírus), causam doenças graves e até mesmo fatais. Em todo o mundo, as infeções virais, como gripe, hepatite e VIH são responsáveis por taxas de morbilidade e mortalidade significativas. Podem ser considerados minúsculos parasitas intracelulares, que têm uma dependência absoluta das células hospedeiras para a sua sobrevivência e reprodução.

Ao contrário das bactérias, os vírus não se podem reproduzir de forma independente. Estes são moléculas de ácido nucleico (ADN) que precisam de usar células hospedeiras para a reprodução. Os vírus infetam as células hospedeiras e replicam-se usando a sua maquinaria intracelular para fazer novas cópias de material genético viral e proteínas. Isto pode interferir com o funcionamento normal da célula hospedeira resultando na morte da mesma (Fauci *et al.*, 1996).

O VIH é um vírus linfotrópico, com afinidade preferencial para os linfócitos T CD4+ (têm um papel fundamental no controlo do sistema imunológico)<sup>3</sup>. Tal como refere Weiss (2001), o VIH é um parasita que se replica dentro das células hospedeiras, sendo que preexistem dois tipos de vírus, o VIH-1 (o mais comum) e o VIH-2. O VIH pertence à família dos retrovírus e ao género lentivírus.

O ciclo de replicação do VIH-1 divide-se em duas partes. A primeira parte inclui o acoplamento viral e fusão a células do nosso sistema imunitário (CD4+). Nesta fase inicial dá-se a ligação do vírus à célula até à integração do provírus (Simon *et al.*, 2006). A segunda parte começa com a expressão de novos genes virais, designados de viriões (Simon *et al.*, 2006). Este processo pode ocorrer a qualquer altura ciclo de vida da célula infetada. Posteriormente, estes viriões vão contagiar outras células do sistema imunitário (libertação da descendência viral madura) (Simon *et al.*, 2006). Segundo Nielsen, Pedersen e Kjems (2005) entre as duas partes ocorre um período de latência clínica, em que o vírus manifesta os seus genes a um nível basal.

Como o vírus durante a sua replicação comete erros, não produzindo vírus iguais, o sistema imunitário tem muita dificuldade em encontrar um padrão de vírus, que possa atacar e eliminar. É uma espécie de “*jogo do rato e do gato*” que leva à exaustão das defesas imunitárias, e ao, conseqüente, aparecimento de infeções oportunistas.

O VIH vírus apresenta uma forte capacidade adaptativa às pressões exercidas pela célula hospedeira. Como salientam McCutchan (2006) e Salminen (2000) a administração de terapias antirretrovirais pode conduzir ao aparecimento de mutações que oferecem resistência aos fármacos.

Todavia, o VIH é um vírus muito frágil, sendo que a sua transmissão só é viável desde que o seu invólucro permaneça intacto e o ambiente seja húmido (o VIH não suporta ambientes secos). Por estes motivos, a transmissão do VIH requer inoculação direta com sémen infetado fresco, fluidos vaginais, leite materno ou sangue.

---

<sup>3</sup> A contagem de CD4+ serve como indicador laboratorial mais importante relativamente à função imune nos pacientes que têm infeção por VIH.

O VIH 2 como o VIH1 é transmitido sexualmente quer ou através de exposição a sangue infetado ou produtos sanguíneos. O vírus é capaz de causar supressão imunológica e SIDA, no entanto, na maioria dos casos, a imunossupressão causada por VIH 2 leva mais tempo para desenvolver e é menos grave. Tal como referem Valadas *et al.* (2009: 1167), a infeção pelo VIH-2 é geograficamente restrita, sendo significativa em Portugal devido à sua relação socioeconómica (e.g. migração) com os países do Oeste-Africano, conhecidos por uma alta incidência da doença:

*“The occurrence of VIH-2 infection is geographically restricted, affecting West African countries, such as Guinea-Bissau and Cape Verde. The prevalence of VIH-2 infection is also high in European countries that have socioeconomic relations with this region, such as Portugal and France.....The high prevalence of VIH-2 infection found could be explained by the large West African community that lives in Portugal. More than one-half of all VIH-2–infected patients were born in Guinea-Bissau, which might reflect migration to Portugal”.*

A evolução da infeção pelo VIH no organismo tem início com uma fase aguda, que pode durar vários meses, seguida de um período de infeção assintomática, que pode prolongar-se ao longo de vários anos até surgir o colapso imunológico de SIDA e infeções oportunistas. Por este motivo, efetuar um diagnóstico precoce da SIDA é extremamente complicado, principalmente quando não há um grau elevado de suspeita clínica ou de riscos de exposição ao VIH (Fauci *et al.*, 1996).

A infeção aguda caracteriza-se por uma replicação viral de forma exponencial (por vezes superior a mais de 100 milhões de cópias de ARN VIH por ml de sangue). No caso particular da exposição sexual, o VIH entra no organismo através das mucosas expostas. As células dendríticas capturam os viriões e transportam-nos para os nódulos linfáticos. Os linfócitos CD4 + bem como viriões de VIH deixam os nódulos linfáticos e migram através da corrente sanguínea, intensificando a infeção no nosso organismo, espalhando-a para outras células no trato gastrointestinal, no baço, no cérebro, no trato urogenital e na medula óssea. O tecido linfoide é o local principal para a replicação do

VIH, é ele que contribui para a progressão da doença, nas várias fases da infecção por VIH (Fauci *et al.*, 1996).

O sintoma mais comum de infecção aguda pelo VIH é a febre, sendo esta acompanhada por outros não específicos, tais como: exantema, linfadenopatia, artralgia, mialgia, faringite e úlceras orais (doenças). Contudo, e como referido anteriormente, existe um período longo de assintomatologia, em média 11 anos em adultos, como salientam De Cock, Jaffe e Curran (2011: 3):

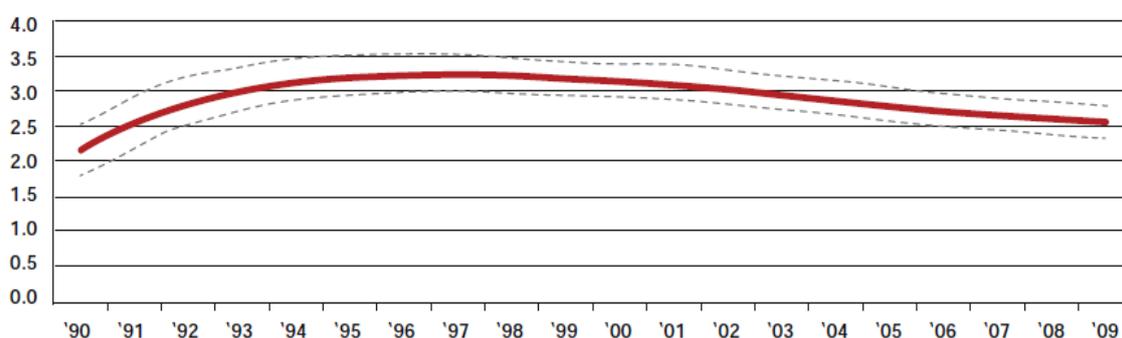
*“The prolonged period between VIH infection and symptomatic AIDS, ≈11 years in adults, allowed widespread VIH transmission before recognition of the epidemic and any prevention attempts.”*

Atualmente, as medidas de prevenção da transmissão do VIH consideradas mais eficazes, além da abstinência, são o uso de preservativos e a circuncisão masculina.

### 2.2.3 Epidemiologia

Segundo relatório da UNAIDS (2010), o crescimento global do nº de pessoas infetadas por VIH parece ter estabilizado (figura 1).

**Figura 1 - Número de novos casos de pessoas infetadas por VIH**



(Fonte: UNAIDS, 2010: 16).

O número anual de novas infeções tem vindo a diminuir, como demonstrado na figura 1. Desde o final de 1990 comprovaram-se, percentualmente, menos mortes por SIDA,

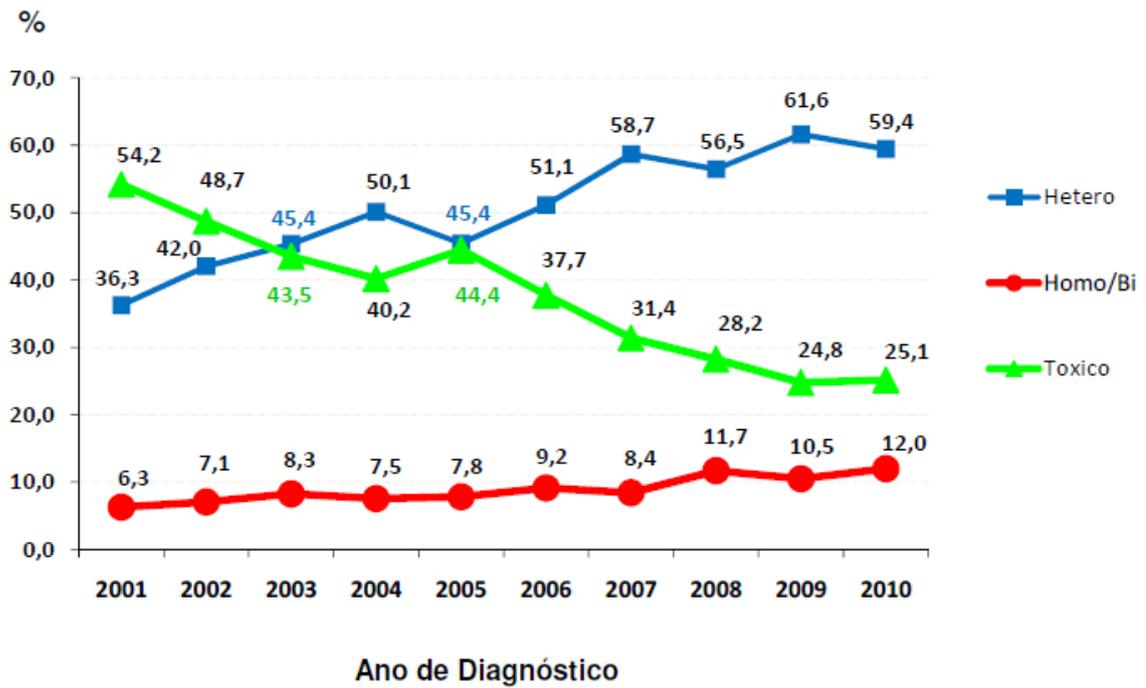
que segundo a UNAIDS (2010) deve-se a um maior acesso dos doentes a terapêuticas anti retrovíricas (ARV ou TARV).

A nível mundial, em 2009, havia cerca de 2,6 milhões que foram infetadas nesse ano com o VIH, 19% menos do que os cerca de 3,1 milhões de pessoas infetadas em 1999, e 21% a menos de que os cerca de 3,2 milhões em 1997, ano em que se atingiu o pico de novas infeções (UNAIDS, 2010: 18-21, cit. in tabelas 2.1 e 2.2 do respetivo relatório). Relativamente ao número de pessoas que vivem com VIH, este aumentou de cerca de 28,6 milhões em 2001 para 33,3 milhões em 2009, mas com uma redução percentual de mortalidade por SIDA. A prevalência mundial, em percentagem de adultos, é de 0,8 (UNAIDS, 2010).

Relativamente à região definida no relatório como *Western and Central Europe* ao qual Portugal pertence o número de pessoas que vivem com VIH, aumentou de cerca de 630 mil em 2001 para 820 mil em 2009, embora com uma redução percentual de mortalidade por SIDA (UNAIDS, 2010: 20-21, cit. in tabelas 2.2 do respetivo relatório). A prevalência nesta região, em percentagem em adultos, é de 0,2 (UNAIDS, 2010). Quanto ao número de pessoas que vivem com VIH em Portugal o seu valor aumentou de cerca de 31 mil em 2001 para 42 mil em 2009. Portugal é um dos países desta região *Western and Central Europe* que apresenta piores resultados, sendo a sua taxa de incidência de 0.6 (UNAIDS, 2010: 194-195).

Segundo o Relatório O Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge INSA, IP (2012), Portugal em 2010 notificou um total de 39.347 mil infetados VIH/SIDA, nos diversos estádios da doença, dos quais 42,1% são heterossexuais e 39,9% toxicodependentes. A tendência tem sido de crescimento dos heterossexuais e de descida dos toxicodependentes, como demonstra a figura 2:

**Figura 2 - Casos de SIDA em Portugal nas 3 principais categorias de transmissão**



(Fonte: INSA, IP, 2012: 9)

Quanto à distribuição por género e idade, a doença em Portugal afeta em 81,1% homens e 83% tem idades compreendidas entre 20 e 49 anos (INSA, IP, 2012). Comparando este relatório Português com o anterior elaborado pela (UNAIDS, 2010), o valor de prevalência é de 0,4 (nº da população residente 10.562.178 (dados INE 2011)) a dividir pelo total de notificações 39.347) e 0,6, respetivamente. Esta diferença, apresenta-se desfavorável para Portugal (0,6 UNAIDS (2010) vs 0,4, INSA (2012)). De acordo com Mauch (2009), a explicação para esta diferença de 0,4 para 0,6 é devida ao atraso no envio da informação relativa às notificações dos doentes VIH e a uma subnotificação para os organismos oficiais que recolhem estes dados. Neste caso os dados da UNAIDS, relativamente ao ano de 2010, parecem ser mais fidedignos (42.246 infetados em Portugal).

#### **2.2.4 Tratamento**

O tratamento do VIH começou em 1987, quase seis anos após o primeiro paciente apresentar sintomas de SIDA e menos de quatro anos depois de VIH ser identificado como o vírus que causa a SIDA (Fauci, 2003).

O VIH é tratado através da administração de medicamentos antirretrovirais, o que podem retardar as consequências graves desta infecção. Segundo Egger *et al.* (1997), a descoberta e disponibilização de terapias antirretrovirais conduziu a um declínio na mortalidade e morbidade. A zidovudina, mais conhecida como AZT, foi o primeiro medicamento antirretroviral. Constituiu um grande avanço, que proporcionou aos doentes uma melhor qualidade de vida, aumentando as taxas de sobrevivência, retardando a progressão da doença, reduzindo as infecções oportunistas, diminuindo a carga viral e aumentando a contagem de CD4+.

Em 1995, existiam cinco NRTIs disponíveis e o primeiro medicamento de uma nova classe de antirretrovirais estava prestes a ser aprovado. Os cientistas descobriram que TARV combinada com diferentes classes de antirretrovirais tinha vantagem em relação à monoterapia no tratamento da infecção pelo VIH. Esta combinação foi designada de “HAART” (*Highly Active Antiretroviral Therapy*) ou “TARVc” (Foster, 1998).

Atualmente existem 25 antirretrovirais, dos quais cinco podem estar em combinação fixa. Estes tratamentos atuam nas três fases distintas do ciclo de replicação do VIH. A indústria farmacêutica continua a investir na investigação para o tratamento do VIH, sendo que existem muitos medicamentos em ensaio clínico, com o objetivo duplo de atingir novos locais no processo de replicação do VIH ou de aperfeiçoar os produtos já existentes.

Apesar de todas as opções terapêuticas existentes, a cura ainda parece estar a anos de distância:

*“Despite the advances in VIH prevention and treatment, the challenges remain daunting. In 1984, the US Secretary of Health and Human Services famously predicted the availability of an VIH vaccine within 2 years. Now, >25 years later, an effective vaccine remains elusive.”* (De Cock, Jaffe and Curran, 2011: 5)

Segundo as *guidelines* (linhas de orientação) americanas “*Use of Antiretroviral Agents in VIH-1-Infected Adults and Adolescent*” (ASHM, 2012), os dados emergentes revelam

a eficácia e o benefício da TAR na prevenção secundária da transmissão de VIH. Contudo, ainda não está definido qual o tempo ótimo de duração do TAR, para que não haja o risco de novo síndrome retrovírico agudo após a suspensão do tratamento. Neste sentido, segundo as *guidelines* americanas – os EUA lideram a investigação nesta área - os objetivos primordiais de avançar com uma terapia antirretroviral (TAR) são:

- i) reduzir a morbilidade associada ao VIH, prolongar a taxa de sobrevivência e qualidade de vida do paciente;
- ii) restaurar e preservar a função imunológica;
- iii) prevenir a transmissão do VIH;
- iv) suprimir, de forma duradoura, a reprodução viral do VIH (ASHM, 2012).

Ao analisar as *guidelines* provenientes de vários países, incluindo as de Portugal, pode-se verificar que as diferenças existentes são mínimas.

Tal como relatado no documento, Recomendações Portuguesas para o tratamento da infeção por VIH-1 e VIH-2 (DGS, 2012) as *guidelines* traçadas " *são baseadas em evidência científica e opiniões publicadas de peritos. Cada recomendação é categorizada com as letras A, B e C que representam a força da recomendação, associadas à numeração romana I, II e III que representa a qualidade da evidência*" (Quadro 1).

De acordo com (DGS, 2012) "o início da TARc deve ser individualizado e a decisão sustentada através dos seguintes elementos: manifestações clínicas, número de linfócitos T CD4+, valor da carga vírica plasmática, presença de comorbilidades (AII) e nível de preparação do doente." Acrescenta ainda que "A TARc está recomendada a todos os doentes com infeção crónica por VIH-1 com uma contagem de linfócitos T CD4+ <350 células/ $\mu$ l (AI).".

**Quadro 1 - Recomendações Portuguesas para o tratamento do VIH-1 e VIH-2**

Força da recomendação	Qualidade de evidência da recomendação
<b>A - Recomendação Forte</b>	<b>I</b> - Sustentada em um ou mais ensaios clínicos aleatorizados com resultados clínicos e/ou critérios laboratoriais validados
<b>B - Recomendação Moderada</b>	<b>II</b> - Sustentada em um ou mais estudos bem concebidos, não aleatorizados ou estudos de observação de coortes com avaliação dos resultados durante um longo período.
<b>C - Recomendação Opcional</b>	<b>III</b> - Sustentada em opinião de peritos.

(Fonte: DGS, 2012)

No Quadro 2, são apresentados os regimes preferenciais de início da terapêutica anti retroviral combinada (TARc) em doentes adultos e adolescentes com infeção crónica por VIH-1.

**Quadro 2 - Regimes preferenciais de início da terapêutica anti retroviral combinada (TARc)**

A	B	Observações
<b>NNITR</b>	<b>N(t)ITR</b>	
<b>EFV</b>	<b>TDF/FTC ou ABC/3TC</b>	TDF/FTC coformulado em comprimido único. ABC/3TC coformulado em comprimido único. EFV/TDF/FTC coformulado em comprimido único.
<b>NVP</b>	<b>TDF/FTC</b>	TDF/FTC coformulado em comprimido único.
<b>IP potenciado com Ritonavir</b>	<b>TDF/FTC ou ABC/3TC</b>	
<b>ATV/r</b>		ATV/r: 300/100 mg <i>qd</i> .
<b>DRV/r</b>		DRV/r: 800/100 mg <i>qd</i> .
<b>ITI</b>		
<b>RAL</b>	<b>TDF/FTC</b>	

(Fonte: DGS, 2012)

Relativamente à medicação disponível, Clercq (2009) informa, no seu artigo, que em 2008 (25 anos após a descoberta do VIH) existiam 25 compostos anti-VIH aprovados para uso clínico no tratamento da SIDA. Estes compostos, segundo o autor, encontram-se subdivididos em seis classes, sendo elas:

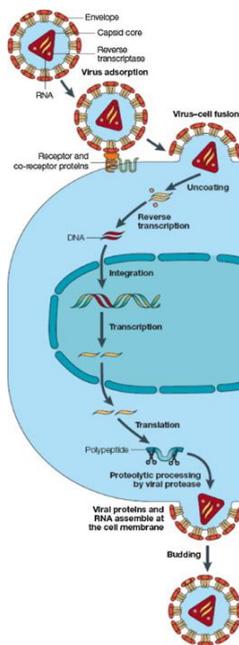
- i.** Inibidores da transcriptase reversa análogos dos nucleótidos (ITRNs);
- ii.** Inibidores da transcriptase reversa nucleotídeos (ITRNs);
- iii.** Inibidores da transcriptase reversa não nucleósidos (ITRNNs);
- iv.** Inibidores da protease (IPs)
- v.** Inibidores de fusão e entrada (IFs)
- vi.** Inibidores de integrase (ITIs)

Cada classe ataca o VIH de forma diferente, neste sentido, deve-se optar um tratamento de combinação de medicamentos, para se obter uma maior eficácia e diminuir o risco de resistência, tal como salienta Clercq (2009):

*“These compounds should be used in drug combination regimens to achieve the highest possible benefit, tolerability and compliance and to diminish the risk of resistance development”.*

A figura 3 representa o ciclo de replicação do vírus da imunodeficiência humana e as várias etapas que o compõe. Todo este processo ocorre dentro do linfócito CD4+, sendo que em cada fase é desenvolvida uma estratégia terapêutica (onde a TARV vai atuar).

**Figura 3 - Ciclo de replicação do VIH com principais alvos da intervenção terapêutica**



(Fonte: Clercq, 2009).

Os medicamentos descritos no Quadro que se segue são produtos comercializados em Portugal, confirmação obtida junto do INFARMED (2013).

**Quadro 3 - Lista de medicamentos antirretrovirais aprovados nos EUA e Europa.**

Generic name	Brand name	Manufacturer	Date of FDA approval
Zidovudine	Retrovir	GlaxoSmithKline	19 March 1987
Didanosine	Videx (tablet) Videx EC (capsule)	Bristol-Myers Squibb	9 October 1991 31 October 2000
Zalcitabine	Hivid	Hoffmann-La Roche	19 June 1992
Stavudine	Zerit	Bristol-Myers Squibb	24 June 1994
Lamivudine	Epivir	GlaxoSmithKline	17 November 1995
Saquinavir	Invirase (hard gel capsule) Fortovase (soft gel capsule)	Hoffmann-La Roche	6 December 1995 7 November 1997
Ritonavir	Norvir	Abbott Laboratories	1 March 1996
Indinavir	Crixivan	Merck	13 March 1996
Nevirapine	Viramune	Boehringer Ingelheim	21 June 1996
Nelfinavir	Viracept	Agouron Pharmaceuticals	14 March 1997
Delavirdine	Rescriptor	Pfizer	4 April 1997
Efavirenz	Sustiva (USA) Stocrin (Europe)	Bristol-Myers Squibb	17 September 1998 17 September 1998
Abacavir	Ziagen	GlaxoSmithKline	17 December 1998
Amprenavir	Agenerase	GlaxoSmithKline	15 April 1999
Lopinavir + ritonavir	Kaletra	Abbott Laboratories	15 September 2000
Tenofovir disoproxil fumarate (TDF)	Aluvia (developing world)	Abbott Laboratories	15 September 2000
Enfuvirtide	Viread	Gilead Sciences	26 October 2001
Atazanavir	Fuzeon	Hoffmann-La Roche & Trimeris	13 March 2003
Emtricitabine	Reyataz	Bristol-Myers Squibb	20 June 2003
Fosamprenavir	Emtriva	Gilead Sciences	2 July 2003
Tipranavir	Lexiva (USA) Telzir (Europe)	GlaxoSmithKline	20 October 2003 20 October 2003
Darunavir	Aptivus	Boehringer Ingelheim	22 June 2005
Maraviroc	Prezista	Tibotec, Inc.	23 June 2006
Raltegravir	Celsentri (Europe) Selzentry (USA)	Pfizer	18 September 2007 18 September 2007
Etravirine	Isentress	Merck & Co., Inc.	12 October 2007
	Intelence	Tibotec Therapeutics	18 January 2008
Fixed dose drug combinations			
Lamivudine and zidovudine	Combivir	GlaxoSmithKline	27 September 1997
Abacavir, zidovudine and lamivudine	Trizivir	GlaxoSmithKline	14 November 2000
Abacavir and lamivudine	Epzicom (USA) Kivexa (Europe)	GlaxoSmithKline	2 August 2004 2 August 2004
TDF and emtricitabine	Truvada	Gilead Sciences	2 August 2004
Efavirenz, emtricitabine and TDF	Atripla	Bristol-Myers Squibb & Gilead Sciences	12 July 2006

(Fonte: Clercq, 2009)

A apresentação deste Quadro vem reforçar a possibilidade de associação de medicamentos que atuem nas várias fases do ciclo de replicação, obtendo assim um maior controlo do vírus. A esta recomendação dá-se o nome de Terapêutica Antirretroviral Potente (HAART – *Highly Active Antiretroviral Therapy*). As terapias utilizadas no tratamento do VIH-1 não são tão eficazes contra o VIH-2. Segundo os especialistas, o facto de existirem em menor número de doentes faz com que as empresas farmacêuticas não invistam tanto neste nicho.

Os medicamentos anti-VIH têm como objetivo principal manter a competência do sistema imunitário, protegendo o organismo da doença, prolongando, deste modo, a vida do paciente (Carter, 2010). Tal como referido anteriormente, a decisão para iniciar uma terapêutica tem por base a contagem das células CD4+ e os sintomas do doente. De acordo com as *guidelines* recomenda-se que a terapêutica seja iniciada antes que o número das células CD4+ assumam valores abaixo das 350 células/mm<sup>3</sup> (Carter, 2010).

O tratamento com medicamentos antirretrovirais provoca, com alguma frequência, efeitos secundários, principalmente nas primeiras semanas de tratamento.

De seguida, apresenta-se um resumo dos principais efeitos secundários das cinco principais classes de medicamentos anti-VIH (Quadro 4).

**Quadro 4 - Efeitos secundários dos medicamentos anti-VIH, por categoria**

<b>Inibidores da Transcriptase Reversa Nucleósidos</b>	
<b>Atripla®</b>	<b>Comuns</b> (tornam-se mais ligeiros ou desaparecem após as primeiras semanas): náusea e diarreia, distúrbios de humor e de sono, dores de cabeça. <b>Raros:</b> alterações no metabolismo do osso e da função renal.
<b>Combivir®</b>	<b>Comuns:</b> náusea e diarreia, dores de cabeça e lipoatrofia. <b>Raros:</b> dano nos nervos dos pés, parte inferior das pernas e mãos.
<b>Kivexa®</b>	<b>Comuns:</b> reações graves de hipersensibilidade (devido à presença de um gene específico – deve-se fazer o teste genético ao HLA B*5701), febre, dores de cabeça, náuseas, dores de cabeça, fadiga e diarreia. <b>Raros:</b> provável aumento do risco de ataque do coração (não é consensual)
<b>Trizivir®</b>	<b>Comuns:</b> reações de hipersensibilidade (devido à presença de um gene específico – deve-se fazer o teste genético ao HLA B*5701)
<b>3TC</b>	<b>Comuns:</b> náuseas, dores de cabeça, cansaço, diarreia, dor abdominal e <i>rash</i> (comichão, pele inchada e entumecida, endurecimento da pele ou quistos).
<b>Abacavir</b>	<b>Comuns:</b> náuseas, vómitos, diarreia e dores de cabeça.
<b>AZT</b>	<b>Comuns:</b> náuseas, tonturas, vómitos, diarreia, dores musculares e dores de cabeça, lipoatrofia (perda de gordura, que pode ser um efeito a longo prazo)

<b>d4T</b>	<b>Comuns:</b> neuropatia periférica, dores de cabeça, náusea, diarreia ou obstrução intestinal, lipodistrofia, fadiga, depressão e <i>rash</i> , lipoatrofia.
<b>Ddl em comprimido</b>	<b>Comuns:</b> diarreia, neuropatia periférica, <i>rash</i> , fadiga, náusea, vômitos, dor abdominal e pancreatite.
<b>Ddl em cápsulas</b>	<b>Comuns:</b> iguais ao Ddl em comprimidos <b>Raros:</b> pancreatite e problemas hepáticos, especialmente quando o uso é prolongado.
<b>FTC</b>	<b>Comuns:</b> Dores de cabeça, diarreia, náusea e <i>rash</i> .
<b>Inibidores da Transcriptase Reversa Não Nucleósidos</b>	
<b>Efavirenze</b>	<b>Comuns:</b> tonturas, dores de cabeça, distúrbios do sono, diarreia, náusea, vômitos, <i>rash</i> , efeitos psicológicos (primeiras quatro semanas de tratamento - mal-estar, confusão mental, distúrbios da atenção e depressão) <b>Raros:</b> síndrome <i>Stevens-johnson</i> (alergia muito grave), distúrbios na função hepática, dores e sintomas psicológicos graves (paranóia e pensamentos suicidas).
<b>Etravirina</b>	<b>Comuns:</b> <i>rash</i> (primeiras duas semanas)
<b>Nevirapina</b>	<b>Comuns:</b> dor de cabeça, <i>rash</i> (primeiras semanas de tratamento), fadiga, problemas hepáticos (primeiras semanas de tratamento), dores musculares, náusea. <b>Raros:</b> síndrome <i>Stevens-johnson</i> .
<b>Inibidores da Protease</b>	
<b>Atazanavir</b>	<b>Comuns:</b> alterações da função hepática, pedras nos rins e pancreatite.
<b>Fosamprenavir</b>	<b>Comuns:</b> diarreia, aumento de gorduras no sangue, náuseas, vômitos, dores no estômago, dejeções moles, <i>rash</i> , dores de cabeça, tonturas, cansaço, alterações da função hepática e pancreática. <b>Raros:</b> síndrome de <i>Stevens-johnson</i> .
<b>Indinavir</b>	<b>Comuns:</b> dor de cabeça, náuseas, tonturas, vômitos, diarreia, <i>rash</i> , pedras no rim, fadiga, boca seca e paladares estranhos, dor abdominal, distúrbios de sono, flatulência, regurgitação ácida, unhas encravadas, pele seca e dores musculares <b>Raros:</b> diabetes e problemas hepáticos
<b>Lopinavir/ritonavir (Kaletra)</b>	<b>Comuns:</b> dores de cabeça, náuseas, vômitos, diarreia, <i>rash</i> , fezes alteradas, gorduras no sangue e açúcares, dor abdominal, flatulência, fraqueza. <b>Raros:</b> alterações na função função renal e hepática.
<b>Nelfinavir</b>	<b>Comuns:</b> diarreia náusea, flatulência, <i>rash</i> e alterações metabólicas. <b>Raros:</b> icterícia e diabetes.
<b>Ritonavir</b>	<b>Comuns:</b> dores de estômago, diarreia, náusea, vômitos, fraqueza, alterações do paladar, perda de apetite, dormência na boca e alterações metabólicas.
<b>Saquinavir</b>	<b>Comuns:</b> fadiga, anemia, náusea, diabetes, vômitos e perturbações metabólicas <b>Raros:</b> diabetes e síndrome <i>Stevens-johnson</i>
<b>Tripanavir</b>	<b>Comuns:</b> diarreia, náusea, vômitos, dor abdominal, flatulência, cansaço, dores de cabeça, gorduras no sangue, alterações hepáticas e <i>rash</i> . <b>Raros:</b> diabetes e problemas renais.
<b>Inibidores de Fusão e de Entrada</b>	
<b>T-20</b>	<b>Comuns:</b> reações cutâneas no local de injeção, <i>rash</i> diarreia, náusea, sinusite, gripe, infecção auricular, perda de apetite, anorexia, ansiedade, pesadelos, irritação, neuropatia periférica, conjuntivite, vertigens, congestão nasal, pancreatite, refluxo gastroesofágico, dores musculares. <b>Raros:</b> reações raras de hipersensibilidade (respiração, febre, arrepios, <i>rash</i>

	cutâneo e baixa tensão)
<b>Maraviroc</b>	<b>Comuns:</b> toxicidade hepática, dores abdominais, tosse, infecções no trato respiratório superior, dores musculares.
<b>Inibidores da Integrase</b>	
<b>Raltegravir</b>	<b>Comuns:</b> diarreia náusea e dores de cabeça

(Fonte: Adaptado de Carter, 2010; McNicholl, 2012)

Pela análise do Quadro 4, pode-se verificar muitos efeitos secundários mas os relatados mais vezes são: dores de cabeça, náuseas, diarreia e fadiga.

### 2.3 Atributos dos fármacos

O conceito contemporâneo de *Marketing* engloba a construção de um relacionamento a longo prazo do tipo ganha-ganha no qual indivíduos e grupos obtêm aquilo que desejam e necessitam. Deste modo trata-se de uma filosofia empresarial e deve ser praticada não apenas pelos departamentos de *Marketing*. Deve fazer parte de todas as ações desenvolvidas pelas empresas.

Na indústria farmacêutica, a abordagem da comunicação dá-se de forma diferente de uma comunicação interpessoal ou de produto tradicional, pois trata-se de uma atitude planeada com objetivos distintos, dando enfoque à *Corporate affairs* - termo usado na vertente do mundo dos negócios, “*é uma função da administração e foi concebida para ajudar a empresa a obter e manter uma reputação favorável no processo de comunicação com os seus públicos*” além de procurar oportunidades onde a empresa pode dirigir a sua comunicação e verificar as ameaças que o setor apresenta, encontrando a melhor solução (Neto, 2010: 1-2).

Neste contexto à que ter em conta que o produto divide-se normalmente em três níveis, a saber:

- 1º nível: o produto em si e a sua utilidade física (características);
- 2º nível: o que “embrulha” o produto (marca, embalagem, a loja, o design);
- 3º nível: preço, garantia, descontos.

Como refere Peter e Olson (1999) quando o consumidor está a processar informações em relação à compra, os atributos do produto são o principal estímulo que irá influenciar este processo. Estes atributos avaliados em função das crenças, dos valores e das experiências passadas do consumidor. Assim, quanto mais atributos forem percebidos antes de se realizar a compra maior será a hipótese do consumidor fazer uma avaliação cognitiva positiva da qualidade do produto (Zeithaml, 1988).

A confiança na marca é fundamental pois sem ela, dificilmente o consumidor repete a compra. A lealdade pode ser a consequência da satisfação do consumidor. Em estudos recentes existe uma correlação positiva entre a satisfação e a compra repetida.

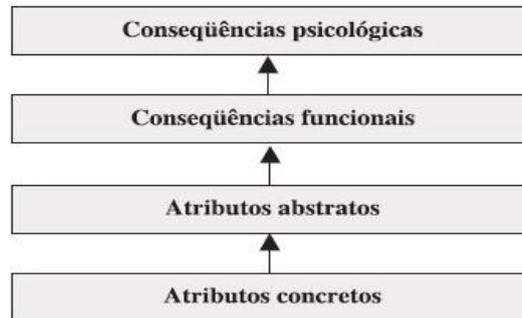
*“Os atributos podem ainda ser vistos como propriedade ou características intrínsecas do produto, podendo ser concretos, observáveis, mensuráveis e de importância relevante quando da escolha entre as alternativas disponíveis. (...) concluindo; ao passo que os atributos representam as características físicas e concretas dos produtos, os benefícios, por sua vez, são funções ou utilidades frutos da posse ou do consumo deste produto. Enquanto as informações relativas aos atributos formam a preferência do consumidor com relação a marcas, as informações relativas aos benefícios se encarregam de formar a avaliação da performance do produto” (Joas, 2002:32-33).*

Em muitos casos definir não é suficiente com eficiência a gestão do *Marketing mix*, ou seja, ter um bom produto, um bom preço, uma boa distribuição e uma comunicação eficaz para incrementar as vendas se a empresa não tiver em conta o desempenho no ponto de venda.

Para Valette-Florence e Rapacchi (1991) os atributos produzem consequências no produto real. As consequências são os resultados, positivos ou negativos, percebidos pelo consumidor relativamente ao uso de determinado produto Woodruff and Gardial, (1996). As consequências podem ser funcionais – resultados tangíveis da experiência de consumo – ou psicológicas – resultados intangíveis da experiência de consumo Peter e Olson (1999).

Tendo em conta esta fundamentação, Woodruff e Gardial (1996) desenvolveram uma hierarquia dos atributos, onde é estabelecida uma associação entre as características do produto e as características psicológicas do consumidor (Figura 4). Segundo este modelo hierárquico, primeiros os consumidores percebem os atributos concretos, seguidos dos atributos abstratos e das consequências funcionais e psicológicas.

**Figura 4 - Hierarquia de valor dos atributos**



(Fonte: Woodruff e Gardial, 1996)

Os consumidores avaliam as várias opções de pré-compra, olhando para os produtos como um pacote de atributos, que assume vários graus de importância durante o processo de julgamento. Como se pode verificar, existem várias teorias que explicam o processo decisório de compra, através da classificação e hierarquização dos atributos.

### 3 QUADRO CONCEPTUAL DE REFERÊNCIA

No campo específico da saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou que *“a saúde é um estado completo de bem-estar físico, psíquico e social e não a mera ausência de doença ou deficiência”* (WHO, 1948, cit. por Vázquez e Hervás, 2009).

Esta definição de alguma forma contempla a possibilidade de diferenciação entre saúde no sentido positivo e negativo e a sua abordagem convida a uma reflexão que ainda é necessária. Os mesmos autores afirmam que a Federação Mundial para Saúde Mental, em 1962, definiu a saúde como o melhor estado possível dentro das condições existentes. Em 1986, em *Ottawa*, na primeira reunião oficial da OMS em promoção da saúde concluiu-se que a *“saúde é um recurso para a vida quotidiana, não é o objetivo da vida. É um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como a capacidades físicas”* (OMS, 1986, carta de *Ottawa* para a promoção da saúde, cit. por Vázquez e Hervás, 2009).

Vivemos numa época onde cada vez mais temos informação à nossa disposição – a partir fontes muito variadas – a qual nos permite fazer escolhas acerca das nossas vidas. Os cuidados de saúde não constituem exceção. As pessoas estão cada vez mais a tornarem-se *“consumidores de saúde”* - adotando uma postura mais ativa em relação à sua própria saúde e bem-estar. Não só temos a capacidade de escolher o tipo de clínicos que queremos consultar, como somos também mais exigentes em relação ao nosso próprio tratamento e cuidados de saúde. As pessoas estão hoje mais dispostas a tomar o controlo das suas vidas e a reconfigurá-las ativamente, em vez de dependerem das instruções ou opiniões de terceiros.

No caso da descoberta da infeção pelo VIH verificou-se que ocorre em situações diversas: está relacionado com internamentos hospitalares e procura de auxílio médico devido a problemas de saúde (provenientes da própria Sida, condição ainda desconhecida pela pessoa naquele momento), realização de testes pré-nupciais,

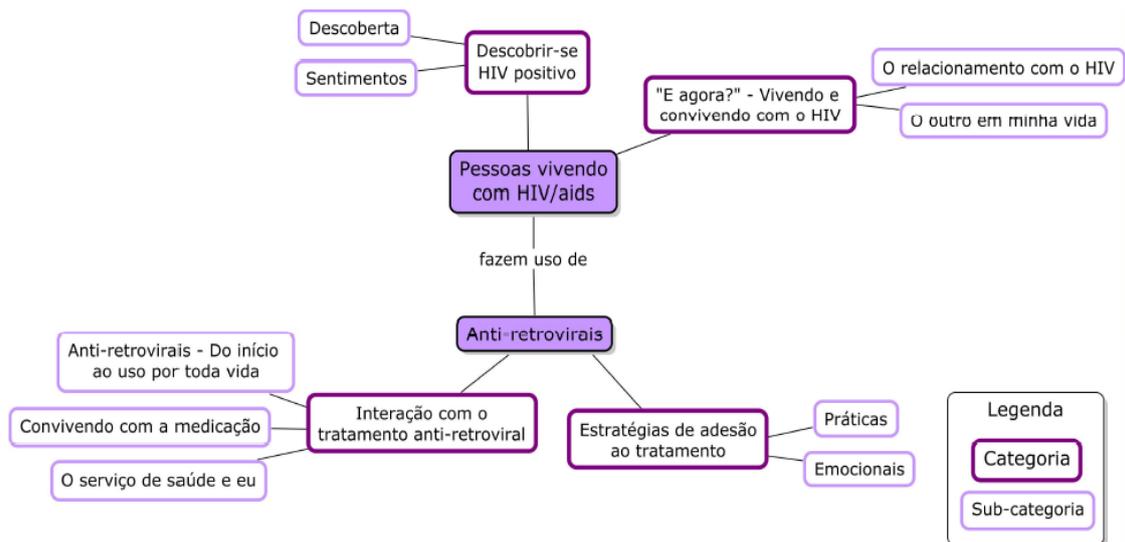
resultados dos testes feitos após doação de sangue e casos de suspeita de contágio pelo VIH por envolvimento sexual com parceiros infetados pelo vírus (Carvalho, 2008: 42).

Para Kübler-Ross (1996, cit. por Carvalho, 2008), quando um paciente recebe uma notícia dolorosa sobre o seu estado de saúde, o que mais lhe conforta é o sentimento de empatia do interlocutor, suscitando esperança, até mesmo nos casos mais graves. O consultório médico foi várias vezes citado como local onde foi dada a notícia, mas isso ocorreu até mesmo em corredores de hospital.

*“O profissional de saúde precisa ter consciência de que, além da sua responsabilidade técnica para com seus pacientes, existe um código ético que rege a sua profissão e é preciso ter sensibilidade ao lidar com questões delicadas, pois a forma de dar o diagnóstico pode influenciar na maneira como essa pessoa irá lidar com a sua doença – muitas vezes, até ao fim da sua vida. O recebimento de uma notícia de doença incurável pode ocasionar um período em que a pessoa se sente fragilizada, sendo o papel da equipa de saúde oferecer atenção integral às necessidades de cada paciente”*  
(Carvalho, 2008:42).

De facto, através do reconhecimento de que um dos principais objetivos dos cuidados de saúde é melhorar a qualidade de vida dos doentes, advém daí a importância do conceito e da avaliação da qualidade de vida no contexto da saúde. Associado a este reconhecimento, surge um movimento subjacente que visa a transição de contextos orientados por parâmetros tradicionais de avaliação da doença que têm em conta as avaliações epidemiológicas ou fisiológicas para uma abordagem mais abrangente que tenha em conta a vida nas suas múltiplas dimensões (Pinto e Ribeiro, 2000, cit. por Catarino, 2010: 36).

**Figura 5 - Quadro do paciente VIH positivo**



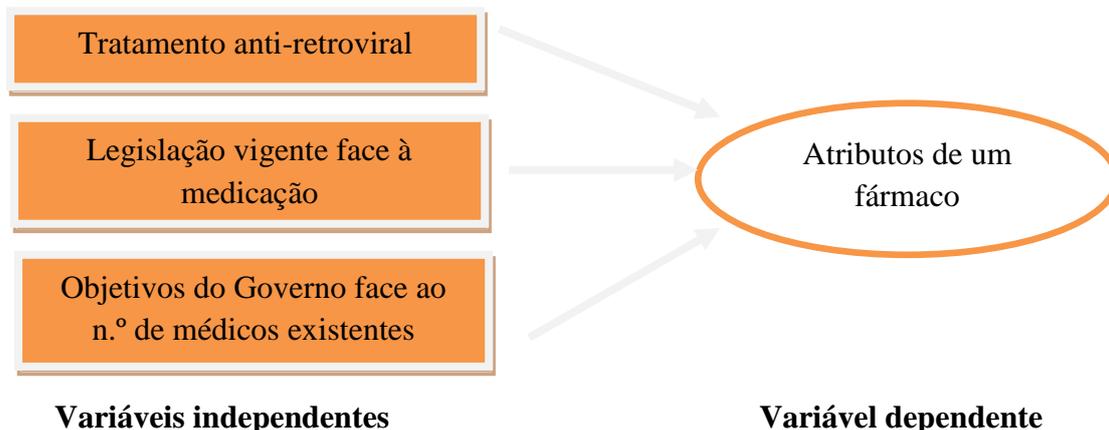
(Fonte: Carvalho, 2008:42)

A figura 5 descreve todos os passos que o doente normalmente vivencia desde à descoberta que é VIH positivo até à complexidade que é estar em terapêutica. Viver bem depende da saúde física e mental, da continuidade da atividade e do envolvimento social. A habilidade para o afastamento, a satisfação com a vida e a maturidade ou integração da personalidade como elementos centrais à vivência do dia-a-dia deve ser bem-sucedida. As investigações sobre as condições que permitem essas experiências são numerosas e são referidas de vários modos na literatura: felicidade, ajustamento, estado de espírito, estado de ânimo, satisfação, saúde, bem-estar psicológico, sobrevivência, bem-estar subjetivo e equilíbrio entre aspirações e realizações (Ryff, 1989).

Depois da fase de descoberta, seguem-se as estratégias de adesão ao tratamento. Cumaquela (2011: 14-16) afirma que *“o melhor é que o paciente inicie o tratamento somente quando estiver fortemente motivado para o fazer. É importante que os pacientes estejam incluídos na escolha do regime de tratamento e que os cronogramas para tomar a medicação sejam adaptados à sua vida diária”*.

Entretanto coloca-se as questões de pesquisa: Que medicamento escolherá o médico para o paciente portador do vírus? Que fatores e/ou atributos o ajudarão na sua escolha? Apresenta-se de seguida o modelo conceptual de apoio ao estudo.

**Figura 6 - Modelo conceptual**



(Fonte: O autor)

Para atingir o objetivo proposto – desenvolver um estudo sobre atributos necessários para novos fármacos no tratamento dos doentes VIH, com vista ao lançamento, no futuro, de um novo fármaco nessa área terapêutica que deverá ter determinadas características base – há que analisar de forma aprofundada os dados obtidos, através da revisão de literatura, sobre o tratamento e a sua aplicação aos doentes do VIH, analisar a legislação vigente face à medicação do VIH e analisar os objetivos do governo face ao numero de médicos existentes.

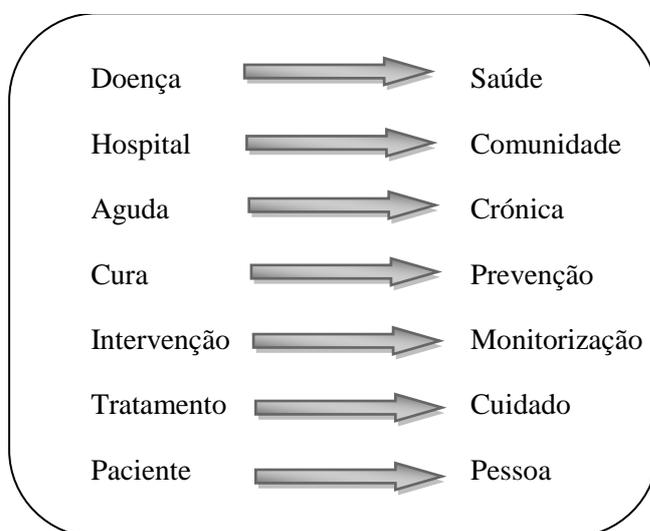
### **3.1 Tratamento antirretroviral**

Para melhor enquadramento apresenta-se primeiramente o conceito de bem-estar. A pandemia da infeção pelo VIH, com a conseqüente progressão para SIDA, permanece, nos dias de hoje, como uma doença que não tem cura, fortemente estigmatizante e com grande impacto na qualidade de vida dos indivíduos infetados. Os indivíduos infetados pelo VIH enfrentam fortes limitações, quer sejam de índole física, quer psicológicas e/ou sociais, que são devidas à condição de viver com uma doença que permanece sem cura (Vieira, 2008, cit. por Catarino, 2010: 38).

Neste sentido, Emoto (2001) afirma que se conseguirmos apagar a causa das emoções, teremos uma capacidade inata para recuperarmos da doença. A importância de sermos positivos não pode ser subestimada. O pensamento positivo reforça o sistema imunitário e ajuda-o a encaminhar-se no sentido da recuperação – um facto para o qual a comunidade médica está a começar a despertar.

Há uma consciência cada vez maior de que não são apenas os médicos que detêm saber e compreensão sobre a saúde e a doença. Todos estamos em posição de interpretar e configurar o nosso bem-estar através do entendimento do nosso corpo, e através das escolhas que fazemos na vida quotidiana em termos de dieta alimentar, exercício físico, padrões de consumos e estilos de vida em geral. Estes novos caminhos do senso comum à medicina científica atrás referidos estão a contribuir para algumas transformações profundas nos sistemas de prestação de cuidados de saúde nas sociedades modernas como se pode ver abaixo.

**Figura 7 - Principais tendências na saúde e medicina contemporâneas.**



(Fonte: Nettleton, 1995)

Na verdade, não se deve abdicar da compreensão racional da realidade que nos rodeia, enaltecendo o conhecimento científico e muito menos devemos desistir de “*dar razão à nossa esperança*”.

Como refere Pessini (2007), temos uma sabedoria milenar que nos foi deixada pelas diferentes culturas e religiões, enquanto o conhecimento científico, comparativamente, é ainda bastante jovem, com pouco mais de cinco séculos. No entanto, ter qualidade de vida e saúde não completa a dimensão biopsicossocial do bem-estar no ser humano. O bem-estar integral vai mais longe, criando interdependência entre os critérios citados e a dimensão espiritual/existencial.

É o bem-estar físico, psicológico, emocional e mental que devem formar parte do entendimento integral do ser humano e da avaliação dos processos de saúde e qualidade de vida.

O bem-estar é o resultado de uma avaliação subjetiva, cognitiva e emocional e o seu nível determina-se com base na satisfação do indivíduo com a vida, na satisfação com as práticas (de lazer, profissional, etc.), de satisfação com os outros e nas vivências quotidiana de afetos positivos. O bem-estar resulta do exercício de um papel ativo na sociedade, de interações apropriadas com os outros, de ultrapassar dificuldades sem significativas perturbações ou *stress*, no fundo, de realizar o seu projeto de vida.

O conceito de bem-estar envolve várias dimensões: *emocional, intelectual, física, ocupacional, social e espiritual* ( Levin and Chatters, 1998).

**Figura 8 - Características constituintes do Bem-estar.**



(Fonte: O autor)

O bem-estar psicológico envolve a saúde mental e o desenvolvimento da satisfação com a vida e/ou a felicidade. Assim, o Bem-estar psicológico, não se trata apenas de remediar *deficits* ou de intervir na saúde mental, trata-se de, ainda, que exista saúde física e mental, alcançar níveis mais elevados de bem-estar psicológico, a satisfação com a vida e a felicidade (Biddle, Fox e Boutcher, 2000).

*“Outro dos aspetos com forte impacto na qualidade de vida dos indivíduos infetados pelo VIH é o próprio tratamento que se encontra disponível para a infeção, o qual apresenta repercussões essencialmente positivas, mas em que as negativas também geram forte impacto na qualidade de vida, como se descreve de seguida. Assim, com o lançamento da terapêutica anti retrovírica, nomeadamente a HAART, os doentes infetados pelo VIH viram o seu tempo de vida prolongado e, como consequência, as suas preocupações não se centram somente num tratamento que lhes prolongue a vida, mas também com a qualidade de vida que este lhes pode proporcionar. Paralelamente, as autoridades reguladoras começam a prestar uma maior atenção à utilização de medidas de qualidade de vida relacionada com a saúde em ensaios clínicos e nas reivindicações que são feitas com base nos seus resultados”* (Catarino, 2010: 38-39).

A autora Cumaquela (2011: 14-16) afirma que o desenvolvimento de um programa personalizado é uma das estratégias mais simples e eficaz. O sucesso do tratamento antirretroviral está associado aos hábitos diários dos pacientes. Assim:

- *“A escolha deve ser o esquema mais simples possível. Mais comprimidos por dose é preferível, que menos comprimidos com intervalos mais frequentes. Também é desejável evitar, se possível, medicações concomitantes, tais como tomar medicamentos profiláticos sem necessidade quando o paciente tiver recuperado a sua imunidade;*
- *Um elemento fundamental é dar aos pacientes as informações precisas e específicas sobre como eles devem assumir o tratamento. Proporcionar*

*linguagem oral, escrita, gráfica e informação para ajudar os pacientes a alcançar uma boa administração:*

*- É importante ter em conta aspetos tais como: a identidade e o número de comprimidos (é útil para mostrar uma foto ou amostra de cada comprimido), o número de doses diárias e a frequência (detalhando os intervalos de administração para tomar cada dose), as condições de administração (por exemplo, as refeições e tipo de refeições, horas antes ou após as refeições, e assim por diante), como e onde obter os medicamentos, e como conservá-los, os efeitos adversos mais comuns (quando são prováveis de ocorrer, e o que fazer para melhorá-los), quando e como entrar em contacto com pessoal da saúde, a duração do tratamento, o alto risco de desenvolvimento de resistência aos fármacos e a falência terapêutica;*

*- É útil perguntar aos pacientes o que eles já sabem e acreditam sobre a medicação antes e depois de explicar estes pontos acima indicados. Isto pode revelar os obstáculos à adesão e aspetos que não foram assimilados. Podemos ajudar os pacientes a adquirir habilidades para lidar com o tratamento, explicando o que fazer em caso de falta de dose ou mudanças na sua programação de toma diária;*

*- Uma das ferramentas para melhorar a adesão ao tratamento antirretroviral é a monitorização dos medicamentos pelo paciente, mas as estratégias baseadas em informações e treinamento de habilidades parecem ser mais eficazes. Desde que “simplesmente esquecer” é um dos mais frequentes motivos citados para a falta de doses, alguns pacientes podem se beneficiar a partir da utilização de sistemas de aviso, conforme reportado na literatura”*

Em suma, segundo Alberoni (2000: 19) “A vida é um processo de adaptação a novas situações, imprevistas e imprevisíveis. Para sobreviver temos de ser capazes de nos aventurarmos por caminhos desconhecidos”. Alberoni (2000: 85) vai mais longe, ao afirmar que “Só indo ao encontro da realidade, aceitando até ao fim o difícil exame, nós podemos reduzir o risco do futuro”.

Neste sentido, Alberoni (2000: 103) verifica que *“Para ser bem-sucedido numa dificuldade é preciso uma extraordinária motivação e uma enorme tenacidade. Porque é preciso ter a atenção fixa na meta durante meses ou anos, sem fraquezas, sem descanso, continuamente atentos e vigilantes”*. Como podemos observar no quadro 4 a lista de efeitos secundários indesejáveis é extensa e terá impacto na qualidade de vida do doente no seu dia-a-dia, portanto não é fácil tomar estes medicamentos, e como foi descrito atrás tem que se criar diferentes estratégias no sentido de manter a aderência à terapêutica, porque se o doente não conseguir tomar os medicamentos, não terá possibilidade de controlar o VIH no seu corpo e os produtos deixam de ser uteis nesta situação.

### **3.2 Legislação vigente face à medicação**

A legislação portuguesa em vigor esclarece que os doentes com SIDA estão isentos do pagamento de taxas moderadoras<sup>4</sup>, assim como o fornecimento de medicamentos anti retrovíricos é gratuito<sup>5</sup>. A prescrição dos medicamentos antirretrovirais só pode ser feita por um médico especialista e o seu fornecimento só pode ser efetuado através da farmácia hospitalar gratuito<sup>6</sup>.

Relativamente à comparticipação de medicamentos pelo estado, a lei estabelece o seguinte (Decreto-lei n.º 118/92, de 25 de junho):

*“1 - O titular da autorização de introdução no mercado de um medicamento, após a obtenção do preço, pode requerer a comparticipação, mediante requerimento dirigido ao Ministro da Saúde.*

*2 - O requerimento deve ser acompanhado de fotocópia da autorização de introdução no mercado, indicações terapêuticas, preço autorizado e outros elementos considerados úteis à apreciação do processo, nomeadamente*

---

<sup>4</sup> Artigo 2<sup>a</sup>, alínea m) do artigo 2<sup>a</sup> – Isenção - do decreto-lei nº173/2003, de 1 de Agosto, DR – I Série A, p. 4537, Ministério da Saúde

<sup>5</sup> Despacho nº 6778/97, DR 199 Série II de 1997-08-29, Ministério da Saúde.

<sup>6</sup> Despacho nº 6778/97, DR 199 Série II de 1997-08-29, Ministério da Saúde.

*informação de natureza técnico-científica sobre o medicamento que evidencie a sua eficácia e efetividade para as indicações terapêuticas reclamadas.*

*3 - Sempre que tal se revele necessário para a avaliação do pedido de comparticipação, deverá ser apresentado pelo requerente um estudo de avaliação fármaco-económica.*

*4 - A comparticipação do medicamento caduca, em todas as apresentações com a mesma dosagem e forma farmacêutica, se, no prazo de um ano a contar da notificação da decisão, o requerente não o comercializar no âmbito do SNS e ADSE, ou se, após a comercialização, o medicamento não estiver disponível no mercado por prazo superior a 90 dias.”*

O processo de comparticipação passa pelo envio de documentação solicitada pelo INFARMED, aos laboratórios para a introdução do produto no mercado, mas no caso dos medicamentos para a área do VIH é sempre solicitado, previamente, uma avaliação económica, devido ao impacto financeiro que estes medicamentos podem ter. Como ainda não é conhecida uma cura para a SIDA, estes medicamentos são administrados a longo prazo. Normalmente este processo de aprovação pode levar em média 1 ano, mas os doentes em risco de vida poderão obter o medicamento durante este período, sobre a forma de AUE (Autorização de Utilização Especial), sendo avaliada, caso a caso, a sua autorização e compra pelo INFARMED.

### **3.3 Objetivos do Governo (Português) face ao número de médicos existentes**

Com base em dados estatísticos pode afirmar-se que existem em Portugal 42 796 médicos, sendo que 41 514 estão no continente, 576 na Região Autónoma dos Açores e 706 na Região Autónoma da Madeira (INE, 2011). Como podemos observar no Quadro seguinte, a especialidade com mais médicos no nosso país é Medicina Geral e familiar, com 5410 médicos.

As especialidades com menor número de médicos, segundo a Ordem dos Médicos, em 2009, eram Hepatologia, Nefrologia Pediátrica, Cuidados Intensivos Pediátricos, Eletrofisiologia Cardíaca, Neonatologia e Medicina da Dor.

A escolha das especialidades recai sobre o interesse humanístico (72%), a motivação (62-68%) e a autossatisfação relacionada com expectativas profissionais (52-68%) (Gaspar, 2010).

Relativamente à distribuição dos médicos que dão consulta para o VIH, esta está representada no quadro 5.

**Quadro 5 - Distribuição dos médicos que dão consulta para VIH**

<b>Zona</b>	<b>Medicina Interna</b>	<b>Doenças Infecciosas</b>
Norte	47	47
Centro	9	33
Sul	69	71
<b>Total Nacional</b>	<b>125</b>	<b>151</b>

(Fonte: adaptado Cegedim, 2012)

A densidade populacional é maior em Lisboa e no Porto, e, neste sentido, é maior, também o número de médicos nestes locais. Nestas zonas estão 234 médicos, do total de 276 profissionais que existem no país.

Segundo o Relatório Infecção VIH/SIDA (INSA, IP, 2012), em 2010 no país foi notificada a existência de um total de 39.347 mil infetados VIH/SIDA, nos diversos estádios da doença, dos quais 42,1% são heterossexuais e 39,9% toxicodependentes. Estes doentes são acompanhados em 31 unidades ou hospitais de tratamento.

As unidades de tratamento são, de acordo com a Rede de referenciação Hospitalar de infeciologia (DGS, 2001): Hospital de Santa Maria, Hospital de S. João, Hospitais da Universidade Coimbra, Hospital de Joaquim Urbano, Centro Hospitalar de Coimbra, Hospital Distrital de Aveiro, Hospital Distrital de Faro, Hospital Distrital de Guimarães, Hospital Distrital de Setúbal, Hospital Distrital de Torres Vedras, Hospital Distrital de Vila Real, Hospital de Matosinhos, Hospital de Almada, Hospital Amadora-Sintra, Hospital Egas Moniz, Hospital de Curry Cabral, Hospital Cascais, Hospital do Barro, Hospital de Viseu, Hospital de Braga, Hospital de Viana do Castelo, Hospital de Santo António, Hospital de Vila Nova de Gaia, Hospital de Santarém, Hospital de S. José, Hospital de Capuchos, Hospital de Desterro, Hospital do Barreiro, Hospital de Évora, Hospital de Beja, Hospital Pulido Valente.

De facto, este é um problema nacional porque não se sabe ao certo quantos são os doentes com VIH utilizadores de consultas. Os dados do Instituto Ricardo Jorge referem que há uma acumulação das notificações até 2010 de doentes com infeção VIH/Sida.

À data de 31 de dezembro de 2010, o *Global Report Unaided Report On The Global Aids Epidemic* (2010) revela uma incidência maior das consultas sobre estes doentes com VIH, o que indica que deveriam estar mais doentes notificados e/ou a frequentar consultas de infeciologia. No entanto, Mauch (2009) ao referir que as notificações de doentes com VIH estão com muito atraso e falta de notificação por parte do médico, sugere que o relatório internacional estará mais próximo da realidade.

Segundo o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção VIH e SIDA de 2011-2015, do Ministério da saúde, pretende-se alcançar os seguintes resultados:

- *“Reduzir em Portugal o número de novas infeções por VIH em 25%;*
- *Diminuir em 50% o número de novos casos e as mortes por sida;*
- *Aumentar para 95% a proporção dos indivíduos que dizem usar preservativo em relações sexuais ocasionais;*
- *Aumentar em 50% o número de utilizadores de drogas que realizam anualmente o teste para a infeção VIH;*
- *Eliminar a transmissão da infeção pelo VIH de mãe para filho;*
- *Diminuir de 60% para 20% os diagnósticos tardios de infeção pelo VIH (menos de 350 linfócitos CD4).”*

Para tal foram definidas oito áreas de intervenção prioritária, sendo elas:

- “1. Sistemas de Informação e Conhecimento Epidemiológico;*
- 2. Prevenir a Infeção: um compromisso global;*
- 3. Populações Vulneráveis: um desafio especial à sociedade civil;*

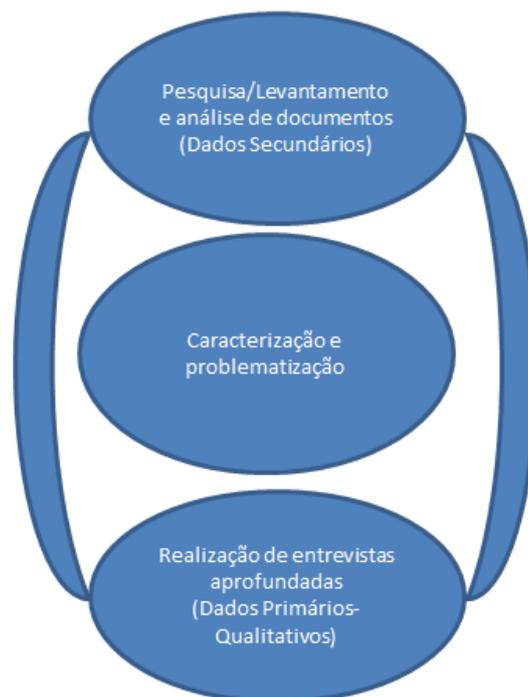
4. *Diagnóstico da Infecção: não perder oportunidades;*
5. *Garantir o Melhor Tratamento, Apoio e Cuidados;*
6. *Estigma, Discriminação e Direitos Humanos;*
7. *Investigação para melhor conhecer e responder à infecção;*
8. *Cooperação e Relações Internacionais”.*

O governo através deste programa tem como objetivo após a sua implementação no “campo” ajudar a melhorar a nossa taxa de incidência de doentes com VIH/SIDA, considerada das mais altas da nossa região.

## 4 METODOLOGIA

Para a condução e concretização deste estudo, e tendo por base o seu carácter exploratório, recorreu-se a dados secundários com o objetivo de contextualizar e preparar da pesquisa, eliminando hipóteses menos adequadas e estabelecendo as bases para a seleção dos atributos mais relevantes. A par do levantamento dos dados secundários, recorreremos também a dados primários de natureza qualitativa, utilizando as entrevistas individuais aprofundadas o que nos permitiu, tendo por base uma pequena amostra de três *KOL*'s, levantar pistas, ideias, crenças e esquemas de pensamento para compreender o problema subjacente a este trabalho.

**Figura 9 - Convergência das fontes do estudo**



(Fonte: o autor)

Considera-se que além da identificação e classificação dos atributos, é importante em termos de inovação de produto aferir a importância dos mesmos para os prescritores, percebendo quais são os atributos capazes de influenciar positivamente a compra/prescrição, como forma de alcançar o sucesso desejado.

Neste sentido, o objetivo deste trabalho passa por levantar pistas sobre os atributos necessários para o lançamento de novos fármacos no tratamento de doentes VIH identificando quais são os atributos que na ótica dos *KOLs* são os mais determinantes para satisfazer as necessidades do mercado.

De salientar que no quadro apresentado aos *KOLs* apenas foram considerados os atributos intrínsecos aos fármacos, ou seja, incluiu-se no quadro as componentes físicas e as características funcionais dos produtos. Dado que não é pretendido efetuar uma avaliação externa, ou dos tributos extrínsecos, iremo-nos concentrar apenas na análise dos atributos ideais dos produtos com base nas forças e fraquezas das suas características intrínsecas e o levantamento das oportunidades (O) e das ameaças (T) não será considerado. O quadro 6 é uma análise *SWOT* operacional dos ARV's, enumerando as vantagens (forças - *S*) e desvantagens (fraquezas - *W*) de todos os produtos que hoje existem para o tratamento do VIH.

Para a criação do quadro 6 recorreu-se à bibliografia existente acerca desta temática, e após uma primeira abordagem decidiu-se utilizar a tabela 6 presente no documento das *guidelines* americanas (*Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents* Aidsinfo, 2013). A opção por esta tabela prende-se com o fato destas conterem informação sobre as vantagens e desvantagens de todos os produtos dentro das classes a que pertencem. São Também as mais representativas a nível mundial e seguidas em Portugal devido à sua atualização permanente. Todas as outras que existem são anuais e no caso português sem periodicidade.

Essa tabela 6 presente no documento das *guidelines* americanas apresenta o resumo das características estudadas do ponto de vista farmacológico e das implicações clínicas de todos os fármacos. Uma vez que existiam atributos comuns aos diferentes produtos optou-se por manter os atributos comuns e acrescentar os específicos de cada fármaco, criando assim uma única lista de atributos, que não respeitam qualquer ordem de importância. Estes atributos foram posteriormente traduzidos e culminaram no quadro abaixo (quadro 6).

**Quadro 6 - Guia de utilização de ARV para Adultos e Adolescentes infetados com o VIH-1**

<b>Vantagens (Forças - S)</b>	<b>Desvantagens (Fraquezas - W)</b>
Produz uma supressão vírica prolongada e sustentada	Potencial para resistências cruzadas
É um regime de utilização conveniente ou fácil	Tem uma baixa barreira genética
Não produz transtornos gastrointestinais	Exantema (erupção cutânea)
Possui dados científicos de longo prazo	Potencial interação com o Citocromo P450 local no fígado onde normalmente todos o medicamentos são metabolizados
Tem uma alta barreira genética	Alteração lipídica/colesterol
Tem baixa incidência de efeitos a nível do SNC (efeitos secundários neuropsiquiátricos)	Nefrolitíase, colelitíase
Tem muito poucas interações medicamentosas	Potencial para redução da Densidade Mineral Óssea
Pode ser usado em doentes co-infetados com VIH/VHC/TB	Alguns estudos de coorte observacionais mostram maior potencial para eventos cardiovasculares, especialmente em pacientes com fatores com risco cardiovascular
Proporciona uma boa adesão	Imunossupressão da medula óssea, especialmente com anemia e neutropenia
Reduzida toxicidade renal	Intolerância gastrointestinal, dor de cabeça
Tem um excelente perfil de tolerabilidade global	Toxicidade mitocondrial, incluindo lipoatrofia, acidose láctica, esteatose hepática
Início rápido de redução da carga viral	
Baixa incidência de efeitos lipídicos	
Baixa incidência de efeitos colaterais no SNC	
Uma boa opção para população de pacientes especiais	
Tem um novo mecanismo de ação	
Útil para pacientes que desenvolveram resistência	
Reduzida toxicidade Hepática	
Reduzida toxicidade	
Co-formulado	
Tem semi-vida prolongada	
Dose única diária	
Subida acentuada dos valores de CD4	
Não atua no músculo cardíaco	
Não necessita de potenciador	
Poucos comprimidos	
Eficácia virológica potente	
Pode ser dado com ou sem comida	
Pode ser administrado durante a gravidez	

(Adaptado Aidsinfo, 2013)

Com o objetivo de perceber quais os atributos considerados determinantes pelos *KOL's* e tendo como ponto de referência os atributos apresentados no quadro 6, elaborou-se um guião de entrevista semiestruturado, composto por questões abertas para possibilitar ao entrevistado falar livremente acerca do tema, ainda que de forma estruturada face aos objetivos do estudo, no sentido de se garantir que os aspetos mais relevantes a levantar eram efetivamente abordados pelos entrevistados.

Dado que este trabalho tem por objetivo levantar pistas de reflexão para a indústria farmacêutica, pretendendo ser um ponto de partida para investigações futuras, optou-se pela utilização de uma metodologia qualitativa de carácter exploratório com o objetivo de compreender as motivações, necessidades e expectativas dos prescritores (*KOL's*) face aos atributos considerados relevantes no aparecimento de um novo fármaco. As entrevistas foram realizadas em contexto de conversa, havendo também flexibilidade para se descobrir novos atributos relevantes que deverão ser considerados pela indústria farmacêutica.

Segundo Churchill (1999), a pesquisa exploratória é um meio de gerar ideias, aumentar a familiaridade do pesquisador com o tema em investigação e esclarecer conceitos, e foi neste sentido, e com vista a atingir os objetivos propostos, que se considerou que um estudo qualitativo de carácter exploratório seria o mais adequado para responder aos nossos propósitos.

Assim, e suportados por toda a pesquisa bibliográfica efetuada realizou-se três entrevistas em profundidade a médicos *KOL* (*Key Opinion Leader*) com funções de direção de serviço e com inúmeras publicações e participação em ensaios clínicos na área do VIH. Os *KOL's* foram selecionados por conveniência, primeiro pelo seu *Curriculum* (*CV*) e depois por proximidade geográfica.

A seleção pelo *CV* garante que, dada a especificidade e riqueza do mesmo e o consequente conhecimento do médico nesta patologia, o máximo de informação é retirada e validada pela influência do médico neste meio científico.

A seleção por proximidade geográfica justifica-se com o fato do nosso objetivo não passar pela representatividade estatística, mas sim pelo levantamento de pistas e dado que as entrevistas foram realizadas pessoalmente, optou-se por uma questão de conveniência por contactar com os clínicos mais próximos geograficamente.

Contudo é importante referir que os médicos escolhidos têm em base de dados cerca de 10% dos doentes tratados em Portugal e que pertencem aos dois Hospitais com maior número de doentes com esta patologia, Hospital Sta. Maria e Hospital de Curry Cabral. Assim a amostra final que serviu de base ao estudo foi a representada no quadro abaixo:

**Quadro 7 - Amostra de KOL's**

<i>Entrevista</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>Nome do clínico</i>	Francisco Antunes	Fernando Maltez	Manuela Doroana
<i>Anos de prática clínica</i>	42	33	32
<i>Hospital</i>	Santa Maria (Lisboa)	Curry Cabral (Lisboa)	Santa Maria (Lisboa)
<i>Especialidade</i>	Infeciologista	Infeciologista	Infeciologista
<i>Publicações</i>	Cerca de 200 artigos na área VIH Editor do Manual sobre Sida (4ª Edição) e do Manual de Doenças Infecciosas	Cerca de 300 apresentações entre palestras, conferências, aulas, publicações, comunicações e posters	89 papers como 1º autor 132 lectures em conferências e simpósios 99 Comunicações científicas 3 Monografias publicadas em 2001, 2002 e 2006
<i>Outros elementos relevantes</i>	Regente da cadeira de infeciologia da faculdade de Medicina de Lisboa Membro de vários <i>Advisory Boards</i> para o VIH Director de serviço de doenças infecciosas do Hospital Santa Maria Coordenador nacional de mais de 30 ensaios clínicos na área do tratamento do VIH	Assistente convidado da faculdade de Medicina de Lisboa Membro de vários <i>Advisory Boards</i> para o VIH Director de serviço de doenças infecciosas do Hospital Currry Cabral Participação em 10 ensaios clínicos maioritariamente na área do VIH	Consultora da coordenação nacional para SIDA Membro de vários <i>Advisory Boards</i> para o VIH 1999 recebeu o prémio Pfizer por trabalho na área do VIH Coordenadora da consulta do VIH no Hospital de Sta.Maria. Participação em 72 ensaios clínicos maioritariamente na área do VIH

(Adaptado dos CVs dos KOLs)

A análise das entrevistas, foi feita tendo por base os atributos já levantados e as respectivas vantagens e desvantagens atribuídas pelos *KOL's* aos ARVs disponíveis no mercado, e de acordo com o número de citações comuns e individuais de cada um dos *KOL* procedeu-se à criação de uma listagem dos atributos que segundo os mesmos são os determinantes para o lançamento de um novo fármaco nesta área no mercado. A *expertise* reconhecida aos clínicos entrevistados como especialistas nesta área do tratamento do VIH, permitiu criar a lista final de atributos que se apresentará posteriormente no Quadro 8.

## 5 ANÁLISE DE DADOS

As entrevistas efetuadas permitem-nos aferir quais os atributos considerados indispensáveis e ainda conhecer as preocupações mais relevantes no *mind set* dos *KOL's*, acerca desta temática tendo por base o quadro anterior apresentado.

O tempo de entrevista com todos os clínicos foi cerca de uma hora o que possibilitou um aprofundamento da temática com cada um deles. Com base na prática clínica do entrevistado e pensando em novas terapêuticas a serem utilizadas na área do tratamento do VIH, questionou-se em primeiro lugar quais os atributos ou as características, que na ótica dos *KOLs* são determinantes para um fármaco nesta área. Para discussão desta temática os clínicos tiveram como ponto de partida o quadro 6 que resume os atributos apresentado nas *guidelines* americanas.

Uma análise aprofundada aos pontos fortes e fracos dos fármacos já existentes permitiu definir quais são para os *KOLs* os atributos considerados determinantes para um fármaco nesta área, tendo sempre por base as *guidelines* existentes.

O conjunto das respostas apresentadas permitiu-nos elaborar um novo quadro que tem por base o seguinte critério: Atributos que foram apresentados de forma idêntica aquela que se apresentam nas *guidelines* e que não sofreram qualquer ajuste pelo clínico, os atributos que foram modificados no sentido da agregação da informação de forma a serem mais específicos no que é pretendido com cada um e os atributos que são novos, uma vez que não constavam das *guidelines* e que para os clínicos são também relevantes.

**Quadro 8 - Lista de atributos sugeridos tendo por base as *guidelines* (pontos fortes e fracos)**

<b>ATRIBUTOS IDÊNTICOS</b>	<b>ATRIBUTOS AGREGADOS</b>	<b>ATRIBUTOS NOVOS</b>
Capacidade de supressão vírica prolongada e sustentada	Sem interações medicamentosas o que significa que pode ser utilizado em doentes confeitados com VIH/VHC/TB	Novo mecanismo de ação
Não produz transtornos gastrointestinais	Sem efeitos colaterais a longo prazo nomeadamente dislipidémias (ex. colesterol elevado), lipodistrofia (ex.distribuição anormal da gordura no corpo), mielotoxicidade (toxicidade medular) e redução da densidade mineral óssea (ex. osteoporose).	Semivida longa (posologia 1 vez por semana)
Alta barreira genética	Sem efeitos colaterais a curto prazo, nomeadamente gastrointestinais, renais, hepáticos, sobre o Sistema Nervoso Central (SNC), sobre o coração e toxidermia.	Preço
Co-formulado	Uma boa opção para a população de pacientes especiais, são eles as mulheres, os idosos e os co- infetados.	
Dose única diária	Pode ser dado com ou sem comida sem interferência com os alimentos	
Subida acentuada dos valores de CD4+	Redução rápida da carga vírica, mantendo a capacidade de supressão vírica prolongada e sustentada	
Não necessita potenciador	Boa penetração e atuação nos santuários (SNC e líquido seminal) juntamente com baixa incidência de efeitos colaterais no SNC e efeitos lipídicos	
	Eficácia virológica potente nomeadamente sendo eficaz sobre vírus resistentes e tendo uma barreira genética elevada	

(Fonte: elaborado pelo autor)

O quadro acima pretende refletir os atributos determinantes no lançamento de um novo fármaco para o VIH contemplando os novos atributos acrescentados pelos *KOL's*. Foram então acrescentados pelos clínicos três novos atributos que dizem respeito a: Novo Mecanismo de Ação, Semivida longa que permita por ex: posologia uma vez por semana e preço. De salientar aqui que o preço, sendo considerado por Zeithaml (1988) um atributo extrínseco ao produto, aparece neste estudo como um atributo determinante para o lançamento de um novo fármaco.

Não obstante a importância atribuída à maioria dos atributos analisados, verificou-se com a análise aprofundada das entrevistas que os mesmos deverão ter sempre presente a importância de um menor impacto na qualidade de vida do doente. Em relação a esta questão acrescenta um dos entrevistados:

*“Temos que ter produtos que não interfiram com o bem-estar do doente e com a sua qualidade de vida porque se corre o risco de não conseguirem fazer as terapêuticas perdendo a oportunidade de controlar este vírus mortal.”* (Dra. Manuela Doroana)

No mesmo sentido a erradicação do vírus no plasma e nos reservatórios e a capacidade de erradicar o vírus com terapêutica menos prolongada são algumas das preocupações apresentadas pelos clínicos, uma vez que impactam consideravelmente no doente e na sua qualidade de vida. Daí que a semivida longa e um novo mecanismo de Ação pudessem contribuir para uma menor influência na qualidade de vida do doente. Os tratamentos para estes doentes para além de “severos” são realizados por norma diariamente e durante toda a vida do paciente, o que justifica a relevância de todos os atributos que contribuam para uma menor interferência na qualidade de vida do doente e que os torna determinantes no surgimento de um novo fármaco no mercado.

Esta ideia da qualidade de vida que é transmitida pelos clínicos encontra-se também presente na literatura tendo sido afirmado por Catarino, (2010: 38-39) que: *“Outro dos aspetos com forte impacto na qualidade de vida dos indivíduos infetados pelo VIH é o próprio tratamento que se encontra disponível para a infeção, o qual apresenta repercussões essencialmente positivas, mas em que as negativas também geram forte impacto na qualidade de vida, como se descreve de seguida. Assim, com o lançamento da terapêutica anti retrovírica, nomeadamente a HAART, os doentes infetados pelo VIH viram o seu tempo de vida prolongado e, como consequência, as suas preocupações não se centram somente num tratamento que lhes prolongue a vida, mas também com a qualidade de vida que este lhes pode proporcionar. Paralelamente, as autoridades reguladoras começam a prestar uma maior atenção à utilização de medidas de qualidade de vida relacionada com a saúde em ensaios clínicos e nas reivindicações que são feitas com base nos seus resultados”*.

Os clínicos quando questionados sobre os três atributos mais relevantes, e seguindo a lógica das principais preocupações apresentadas sugerem o fato dos medicamentos poderem ser usados uma vez por semana, o aumento da adesão do doente à terapêutica, bem como uma terapêutica menos prolongada. Também a possibilidade de aparecer uma vacina para esta área e a capacidade de erradicação do vírus, são elementos que se apresentam como solução ideal para o problema embora os avanços nesta matéria ainda estejam distantes.

Contudo e conscientes que uma solução ideal para o problema não é fácil de alcançar, mas acreditando que as decisões a tomar em termos investigação futura e as ações que se desenvolvem para o estabelecimento de relações duráveis com os intermediários e com o consumidor final devem ser o mais adequadas possíveis às necessidades e expectativas dos prescritores e consumidores, pensou-se num estratégia de negócio, que nos fez chegar a uma lista final de atributos presentes no quadro 8, e que refere os atributos determinantes que os fármacos no tratamento do VIH devem ter.

Neste quadro, e apesar de o mesmo não ter sido construído com base em nenhuma ordem de importância, podemos ainda verificar que o primeiro atributo vem de encontro ao atributo que mais vezes é referenciado pelos clínicos e que tem a ver com a capacidade de supressão vírica prolongada e sustentada, e que o preço ainda que não seja um atributo a que os clínicos dão particular importância em primeira instância, não deixa de ser considerado relevante e que como tal deve ser tido em atenção pela indústria farmacêutica.

De facto, dada a atual conjuntura de crise económica, a decisão de lançar um novo produto tem que ser bastante ponderada, dado que os custos associados ao insucesso da entrada do novo produto no mercado são extremamente elevados. Neste sentido, no processo de lançamento de um novo produto para o mercado ou da otimização de um produto já existente, é fundamental apoiar as decisões com dados de *Marketing Research* (Oliveira, 2012: 27).

E porque este estudo pretende ser um ponto de partida para uma posterior investigação mais aprofundada na área, nomeadamente com um caracter quantitativo e representativo estatisticamente, consideramos relevante incluir uma questão no nosso guião de entrevista com vista a aferir quem serão na ótica dos *KOL's* os interlocutores privilegiados a contactar para a realização de um estudo de lançamento de produto.

Neste sentido, são estas as linhas que deverão orientar a amostra a realizar num futuro projeto:

- Médicos da especialidade de Infeciologia são essenciais uma vez que são eles os principais *players* no tratamento e investigação da doença
- Médicos de Medicina Interna, dado que também tratam esta doença e têm um conhecimento aprofundado do mercado.
- Cada médico deverá ter em ficheiro de consulta mais de 100 doentes, no sentido de garantir que estão a ser aplicados diferentes terapêuticas e que se consegue conhecer diferentes “*estadios*” da doença.
- Ter pelo menos 3 anos de experiência a tratar estes doentes, uma vez que vem reforçar o conhecimento na área terapêutica e na forma como os doentes reagem aos diferentes tratamentos.

Considera-se que ficam aqui expressas as principais pistas de atuação para o lançamento de um novo fármaco no mercado, tendo por base os atributos determinantes para o mesmo, bem como as bases em que deve assentar uma eventual pesquisa mais aprofundada a considerar.

## 6 CONCLUSÕES

Em Portugal, no ano 2012, os gastos públicos com fármacos nos Hospitais públicos, rondaram os 950 milhões de euros, sendo que 226 milhões foram gastos em antivíricos. Deste mercado dos antivíricos, 94.4% foi direcionado para o tratamento do VIH/SIDA (213.3 milhões) segundo dados do INFARMED (2012).

Nos últimos anos têm sido feitos alguns estudos que incidem sobre o VIH e os fármacos a serem utilizados, contudo, não têm sido muito comuns estudos que se centrem no lançamento de um novo fármaco e nos seus atributos, donde decorre a pertinência e o interesse desta investigação.

Vive-se numa sociedade cada vez mais competitiva onde as empresas se preocupam em garantir um lugar de destaque e de diferenciação, tendo por base os produtos ou serviços que oferecem. O sector da saúde não é imune a esta competitividade do mercado e a indústria farmacêutica, tendo em primeira instância a preocupação ética da saúde do e dos interesses do doente, apresenta também a necessidade de se diferenciar dos demais concorrentes.

Assim, como os atributos determinantes para um fármaco no tratamento do VIH são o tema central desta investigação, pode-se concluir, com base nas pistas levantadas, que qualquer empresa que seja responsável por um novo lançamento nesta área, deverá identificar os verdadeiros motivos que levam o consumidor/prescritor, a optar pela compra de um determinado produto, tendo por base os atributos que determinam esta mesma compra/prescrição.

Assim, torna-se claro no final deste trabalho e com base nos medicamentos existentes, que os seus atributos estão relacionados com:

- Ausência de interações medicamentosas, o que significa que pode ser utilizado em doentes coinfetados com VIH/VHC/TB;

- Sem efeitos colaterais a longo prazo nomeadamente dislipidémias, lipodistrofia, mielotoxicidade e redução da densidade mineral óssea;
- Sem efeitos colaterais a curto prazo, nomeadamente gastrointestinais, renais, hepáticos, sobre o Sistema Nervoso Central (SNC), sobre o coração e toxidermia;
- Poder ser opção para a população de pacientes especiais (mulheres, os idosos e os co- infetados);
- Poder ser administrado com ou sem comida, ou seja, sem interferência com os alimentos;
- Reduzir rapidamente a carga vírica, mantendo a capacidade de supressão vírica prolongada e sustentada de preferência co-formulado e de dose única diária;
- Ter uma boa penetração e atuação nos santuários (SNC e líquido seminal) juntamente com baixa incidência de efeitos colaterais no SNC e efeitos lipídicos;
- Ter uma eficácia virológica potente nomeadamente sendo eficaz sobre vírus resistentes e tendo uma barreira genética elevada.

No entanto, apesar dos atributos atrás descritos os KOLs entrevistados sugeriram novos atributos que não constavam das *guidelines* americanas e que para estes clínicos são também relevantes, tais como:

- Novo mecanismo de ação diferente dos já existentes;
- Semivida longa (posologia = uma vez por semana);
- Considerar o fator preço desde o desenvolvimento do produto, para que a sua entrada no mercado não seja dificultada.

Outro ponto relevante tendo por base o levantamento efetuado, é que as investigações comprovam que viver bem depende da saúde física e mental, da continuidade da atividade e do envolvimento social - essas experiências são numerosas e são referidas de vários modos na literatura: felicidade, ajustamento, estado de espírito, estado de ânimo,

satisfação, saúde, bem-estar psicológico, sobrevivência, bem-estar subjetivo e equilíbrio entre aspirações e realizações.

Vázquez e Hervás (2009), concluem que o bem-estar pode eficazmente reduzir problemas clínicos ou sintomas, mas envolve necessariamente uma melhoria significativa da sua vida. Não se pode fugir à necessidade do recurso aos fármacos em doentes com VIH mas comprova-se que a atitude positiva e manter um nível bom de qualidade de vida é uma mais-valia nos casos de doença.

Desta forma, e tal como referido na análise de dados, não obstante a importância da maioria dos atributos analisados, verifica-se que estes deverão ser estudados em função do menor impacto na qualidade de vida do doente. Não só contribuem para uma atitude mais positiva por parte deste, mas também, conseguem ser diferenciadores e inovadores num mercado cada vez mais exigente.

Relativamente às limitações afetas a este projeto pode-se considerar que esta investigação resultou de uma grande entrega e dedicação, sendo que a maior limitação foi o tempo de realização do trabalho e de investigação.

Poderá considerar-se, que outro tipo de metodologia poderia ter sido escolhido, ainda assim, conseguiu-se uma recolha fidedigna dos dados. Considera-se que o objetivo foi cumprido e que as questões lançadas poderão ajudar a orientar futuros estudos de índole mais quantitativa.

## 7 REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

AidsInfo 2013. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents

<http://aidsinfo.nih.gov/guidelines> 16/02/2013

Alberoni, F. 2000. *O optimismo*, (5th ed.). Bertrand Editora: Portugal.

Alpert, M. 1971. Identification of determinant attributes: a comparison of methods. *Journal of Marketing Research*, 8 (2): 184-189.

AMA 2001. American Marketing Association. Marketing Educator

<http://www.marketingpower.com/Community/ARC/Pages/Teaching/MEO/Fall2001/default.aspx> 06/02/2012

Baltimore, D. 2006. Entrevista com o prémio Nobel da Medicina

<http://www.pbs.org/wgbh/pages/frontline/aids/interviews/baltimore.htm> 04/12/2012

BBC NEWS 2006. Notícia da morte de rock Hudson

<http://news.bbc.co.uk/2/hi/entertainment/4605204.stm> 15/12 2012

Biddle, S. Fox K. e Boutcher S. H. 2000. *Physical activity and psychological well-being*. London: Routledge.

Carter, M. 2010. Medicamentos-VIH. Tradução realizada pelo Grupo Português sobre tratamento VIH/SIDA.

[http://www.aidsmap.com/v634746748190000000/file/1004326/Anti\\_HIV\\_drugs\\_Portuguese.pdf](http://www.aidsmap.com/v634746748190000000/file/1004326/Anti_HIV_drugs_Portuguese.pdf) 10/06/2012

Carvalho, G. S. 2008. *Pessoas vivendo com VIH/Sida: vivências do tratamento anti-retroviral*. Tese de Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina.

Castro R. e H. Lecour 2007. 25 Anos de Sida: história de uma pandemia: em memória de José Luís Champalimaud. *Revista Portuguesa de Doenças Infecciosas*. ISSN 1646-3633, 3 (2), 63-70.

Catarino, J. M. 2010. *Qualidade de Vida Relacionada com o VIH*. Tese de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, Universidade de Coimbra.

CDC 1981. (MMWR) Morbidity and Mortality Weekly Report Pneumocystis Pneumonia—Los Angeles, June 5, 30 (21): 1-3.

[http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/june\\_5.htm](http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/june_5.htm) 05/01/2012

CDC, Centers for Disease Control & Prevention

<http://www.cdc.gov/eid/content/17/6/1044.htm> 05/01/2012

Cegedim 2012. base dados de ficheiro médico utilizada por algumas empresas da indústria farmacêutica

Churchill J. e J. Peter 2000. *Marketing: criando valor para o cliente*. São Paulo: Saraiva.

Clavel F., Ferreira M.O., et al. 1986. Isolation of a new human retrovirus from West African patients with AIDS. *Science*. 233(4761):343-6.

Clavel F., Guétard D., Brun-Vézinet F. et al. 1986. Isolation of a new human retrovirus from West African patients with AIDS. *Science*, 18, 233 (4761):343-346.

Clercq, E. D. 2009. Anti-VIH drugs: 25 compounds approved within 25 years after the discovery of VIH. *International Journal of Antimicrobial Agents*, 33: 307– 320.

CNCS (Conselho Nacional Combate VIH/SIDA) em Moçambique,

<http://www.cncs.org.mz/index.php/por/VIH-SIDA-em-Mocambique/Incidencia-e-impacto-demografico-do-VIH> 16.04.2013

Cobra, M. 2002. *Administração de Marketing*. São Paulo: Atlas.

Cumaquela, F. P. 2011. *Terapêutica anti-retroviral (TARV): Experiência dos Serviços Farmacêuticos do Hospital Central de Maputo*. Tese de Mestrado em Saúde Pública. Faculdade de Medicina, Universidade Eduardo Mondlane.

De Cock, K. M., Jaffe H. W. e Curran J. W. 2011. Reflections on 30 Years of AIDS. *Emerging Infectious Diseases*, 17 (6), 1-11.

Decreto-lei nº173/2003, de 1 de Agosto, Artigo 2<sup>a</sup>, alínea m) do artigo 2<sup>a</sup> – Isenção - DR – I Série A, p. 4537, Ministério da Saúde.

Despacho nº 6778/97, DR 199 Série II de 1997-08-29, Ministério da Saúde.

Despacho nº 6778/97, DR 199 Série II de 1997-08-29, Ministério da Saúde.

DGS 2001. Direção Geral de Saúde Rede Referenciação Hospitalar de Infeciologia, Lisboa.

<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005658.pdf> 15/06/2013

DGS 2012. Recomendações portuguesas para o tratamento da infeção por VIH-1 e VIH-2.

[http://www.aidsportugal.com/Modules/WebC\\_Docs/GetDocument.aspx?DocumentId=2828](http://www.aidsportugal.com/Modules/WebC_Docs/GetDocument.aspx?DocumentId=2828) 15/12/2012

Egger, M. et al. 1997. Impact of new antiretroviral combination therapies in VIH infected patients in Switzerland: prospective multicentre study. *British Medical Journal*, 315, 1194-1199.

Emoto, M. 2001. *As mensagens escondidas na água*. Lisboa: Oficina do Livro.

Engel, J. F. , Blackwell, R. D. e Miniard, W. P. 2000. *Comportamento do consumidor*. (8th ed.) Rio de Janeiro: LTC.

Espinoza, F. S., e Hirano, A. S. 2003. As dimensões de avaliação dos atributos importantes na compra de condicionadores de ar: um estudo aplicado. *RAC Revista de Administração contemporânea*, 27: 97-117.

Expresso 2011. António Variações morreu há 27 anos.

<http://expresso.sapo.pt/antonio-variacoes-morreu-ha-27-anos=f655285> 17/03/2012

Fauci, A. S. 2003. VIH and AIDS: 20 years of science. *Nature Medicine* 9: 839 – 843.

Fauci, A. S., Pantaleo G., Stanley S. e Weissman D. 1996. Immunopathogenic mechanisms of HIV infection. *Annals of Internal Medicine*, 124 (7): 654-663.

Foster, C. 1998. The Changing Face of AIDS. *Quantum: Research & Scholarship*, 15 (2): 22-23.

Gaspar, D. 2010. Escolher a especialidade de medicina geral e familiar. Opção inicial ou uma alternativa? *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26: 354-368.

Gaviria N. 1999. C. A. Bioética y salud. Bogotá: *Editorial Médica Internacional*, p. 82-128.

Hermes, G. C. 2001. *Avaliação do Grau de Satisfação do Médico na Utilização dos Recursos que lhe Disponibiliza o Hospital mão de Deus*. Dissertação de Mestrado em Administração, Universidade Federal de Rio Grande Sul.

Ichers, R. e C. Lima 1991. *Segmentação*. São Paulo: Nobel.

INE 2011. Médicos por local de residência.

[http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0000890&contexto=bd&selTab=tab2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0000890&contexto=bd&selTab=tab2) 18/07/2013

INE 2011. Nº da população residente

<http://www.ine.pt/bddXplorer/htdocs/bddXplorer04.jsp?indOcorrCod=0001119andcontexto=bdanduserLoadSave=andlang=PT#1> 18/07/2013

INFARMED 2012. Relatório Mensal - Consumo de Medicamentos em Meio Hospitalar Relatório Mensal. Ministério da Saúde. Observatório do medicamento e produtos de saúde - direção de avaliação económica e observação do mercado: 1-12.

<http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED> 17/06/2012

INFARMED 2013.

<http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED> 17/06/2012

INSA, IP 2012. Infecção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2011, 143, 1-77.

<http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/984/3/relatorio%20VIH%20SIDA%202011%20versao%20web.pdf> 18/09/2013

Joas, L. 2002. *Atributos determinantes para compra de medicamentos via internet*. Dissertação de Mestrado em Administração. UFRGS: Escola de Administração.

Johnson, G. e K. Scholes 1999. *Exploring Corporate Strategy*, (5th ed.), Harlow Essex: Prentice Hall Europe.

Kotler, P. 2000. *Administração de Marketing: a edição do novo milénio* (10.<sup>a</sup> Ed). São Paulo: Pearson Prentice Hall.

Kotler, P. e Armstrong, G. 1999. *Princípios de Marketing* (7.<sup>a</sup> Ed). Rio de Janeiro: LTC Livros Técnicos e Científicos.

Kotler, P. e Keller, K. L. 2006. *Administração de Marketing* (12.<sup>a</sup> Ed.). São Paulo: Pearson Prentice Hall.

Kubler-Ross, E. 1996. *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes têm para ensinaraos médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. (7th ed.) São Paulo: Martins Fontes,

Lambin, J. 2000. *Marketing Estratégico* (4. ed.) São Paulo: Ernesto Reichmann.

Levin, J. S. e L. M. Chatters 1998. Religion, health, and psychological well-being in older adults: findings from three national surveys. *Journal of aging and health*, 10: 504- 531.

Lindon, P., Lendravie, J., Lévy, J., Dionísio, P. e Rodrigues, J. 2011. *Mercator XXI- Teoria E Prática do Marketing* (14.<sup>a</sup> Ed). Alfragide: Dom Quixote.

Mauch, S. 2009. Situational Assessment of the VIH/AIDS: Notification System a Portuguese Experience. Lisboa: Coordenação Nacional para infeção de VIH/SIDA. 2009.

<http://www.sida.pt/> 15/09/2013

McCutchan, F. E. 2006. Global epidemiology of VIH. *Journal of Medical Virology*, 78:7-12.

McNicholl, I. 2012. Adverse Effects of Antiretroviral Agents.

<http://VIHinsite.ucsf.edu/insite?page=ar-05-01> 10/05/2013

Ministério da Saúde, Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA 2011.

[http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/479CC5CE-F1CD-42C4-81CB-92D4642D695A/0/PROGRAMA\\_NACIONAL\\_20112015.pdf](http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/479CC5CE-F1CD-42C4-81CB-92D4642D695A/0/PROGRAMA_NACIONAL_20112015.pdf) 20/06/2013

Mowen, J. C. e M. Minor 1998. *Consumer behavior*. (5 th ed.) New York: Prentice-Hall.

Nascimento, D. R. 2005. *As pestes do século XX: tuberculose e Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Neto, B. 2010. Comunicação Corporativa e a Reputação Empresarial. *GV Executivo* 12(1): 22-27.

Nettleton, S. 1995. *The Sociology of Health and Illness*. Cambridge: Polity.

Neves, M. 2008. *Adolescentes infectados por transmissão vertical: percepções sobre o exercício da sexualidade*. Tese de Mestrado em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília.

Nielsen, M., F. Pedersen e J. Kjemis 2005. Molecular strategies to inhibit VIH-1 replication. *Retrovirology*, 2:10.

Nunes, J. e Cavique, L. 2008. *Plano de Marketing Estratégia em Acção* (2.<sup>a</sup> Ed). Alfragide: Dom Quixote.

Oliveira, J. 2012. *Marketing Research – investigação em marketing*. Lisboa: Edições Sílabo.

Ordem dos Médicos 2009. Distribuição por Especialidade, Idade e Sexo. [https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=stats\\_medicos&type=1&ano=2009](https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=stats_medicos&type=1&ano=2009) 22/08/2013

Parker, R. e Aggleton, P. 2003. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine*, 57: 13-24.

Pessini, L. 2007. A Espiritualidade interpretada pelas ciências e pela saúde. *O Mundo da Saúde*. São Paulo: abr/jun 31 (2):187-195.

Peter, J. P. e J. C. Olson 2009. *Comportamento do consumidor e estratégia de marketing*. São Paulo: McGraw Hill.

Pinto, C. e Ribeiro, J.L.P. 2000. A qualidade de vida de jovens/adultos submetidos a transplante renal na infância. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*, Vol. 18, nº 1.

Porter, M. E. e Treiberg, E. O. 2006. *Repensando a Saúde- Estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos*. São Paulo: Artemed Editora S.A..

Raymond, D. e M. Luc 1994. *A SIDA*, Lisboa: Instituto Piaget.

Ryff, C. D. 1989. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.

Salminen, M. 2000. VIH Inter-subtype Recombination - Consequences for the Epidemic. *AIDS Reviews*; 2:178-189.

Samara, B. S. e Morsch M. A. 2005. *Comportamento do consumidor: conceitos e casos*. São Paulo: Prentice Hall.

Schiffman, L. G. e L. L. Kanuk 2000. *Comportamento do Consumidor*. Rio de Janeiro: Editora LTC.

Semenik, R. J. e Bamossy G. J. 1996. *Princípios de marketing*. São Paulo: Makron Books.

Silva, S. F. 2005. *Marketing de Serviço: fundamentos, análises e prática no setor de saúde*. Maceió: EdUfal.

Simon V., Ho D. e Karim A. 2006. VIH/AIDS epidemiology, pathogenesis, prevention, and treatment. *Lancet*, 368:489-504.

Solomon, M. R. 2002. *O comportamento do consumidor*. Porto Alegre: Bookman.

Toffler, A. 1990. *El cambio del poder*. Barcelona: Plaza y Janés.

UNAIDS 2010. Report on the global aids epidemic. WHO, 1-364.

[http://www.unaids.org/documents/20101123\\_globalreport\\_em.pdf](http://www.unaids.org/documents/20101123_globalreport_em.pdf) 17/05/2013

Valadas E. *et al.* 2009. 20 Years of VIH-2 Infection in Portugal: Trends and Changes in Epidemiology. *Clinical Infectious Diseases*, 48 (8): 1166-1167.

Valette-Florence, P. e B. Rapacchi 1991. Improvements in means-end chains analysis: using graph theory and correspondence analysis. *Journal of Advertising Research*. 31(1): 30-46.

Vázquez, C. e C. Hervás 2009. *La Ciencia del Bienestar - Fundamentos de una Psicología Positiva*. Madrid: Alianza Editorial.

Vieira, F.M.A. 2008. *Qualidade de vida de pessoas com aids em uma regioa portuaria do sul do Brasil*, Florianopolis (SC): UFSC/PEN.

Weiss, R. A. 2001. Gulliver's travels in VIH land. *Nature*, 410, 936-937.

Wolfe, N.D., W.M. Switzer, J. K. Carr, *et al.* 2004. Naturally acquired simian retrovirus infections in central African hunters, *Lancet*, 363, 932-937.

Woodruff, R. B. e S. F. Gardial 1996. *Know your customer: new approaches to understanding customer value and satisfaction*. Malden: Blackwell Business.

Zeithaml, V. A. 1988. Consumer perceptions of price, quality, and value: a means-end model and synthesis of evidence. *Journal of Marketing*, 52 (2): 2-22.

Zhu T., Korber B. T., Nahmias A. J., Hooper E., Sharp P. M. e Ho D. D. 1998. An African VIH-1 sequence from 1959 and implications for the origin of the epidemic. *Nature*, 391(Feb. 5), 594-597.

## **8 ANEXOS**

### **8.1 CV's KOL's**

***CURRICULUM VITAE***  
(BRIEF)

Francisco Antunes was born in Mozambique (East Africa) and is specialist on Infectious Diseases and Tropical Medicine. He served as officer medical doctor for the Portuguese army in Angola (West Africa) during the colonial war (1971-1974), was invited Full Professor in the Instituto de Medicina Tropical in Lisbon (1974-2006), and at present is the Director of the Department of Infectious Diseases of Santa Maria Hospital, and Full Professor of Internal Medicine, and Infectious Diseases of the School of Medicine (University of Lisbon).

He has more than 200 articles published in peer reviewers journals, and is the editor for Manual sobre Sida (4<sup>a</sup> edição), and Manual sobre Doenças Infecciosas (2<sup>a</sup> edição).

He was the national coordinator for more than 30 clinical trials for antiretroviral therapy, supported by the Industry and by the Universities (for instance INITIO, ESPRIT and STALWART), and currently for NEAT, START and EuroSIDA. He was invited for several HIV's Advisory Boards from Pharmaceutical Companies.

On 1984 he was working for WHO in Guinea Bissau (West Africa) on the field of sleeping sickness, and at present (since 2005) coordinate a programme of cooperation signed between Central Hospitals of African Portuguese Speaking Countries (Praia – Cabo Verde, São Tomé – São Tomé e Príncipe and Luanda – Angola) with the School of Medicine of Lisbon, and also between Universidade Eduardo Mondlane in Maputo (Mozambique), and the School of Medicine of Lisbon. The aim of this programme is to provide with training on Infectious Diseases, mainly on HIV and AIDS for technicians of those African Countries, to organize local courses on HIV, TB and Hepatitis, to exchange medical students from the School of Medicine of Lisbon with local students, to carry out scholarships for masters and PhD African students, and to give advice on the monitoring and the treatment of HIV and Opportunistic Infections.

Lisbon, 7<sup>th</sup> January 2013

**Fernando Maltez**  
Médico

#### CURRICULUM VITAE

Morada : Tapada das Mercês  
Praceta Lima de Freitas, N°1 - 9º B  
2725 Mem Martins, Sintra

Contacto Telefónico : 963 690 677

Correio Electrónico : fmaltez@hccabral.min-saude.pt

#### INFORMAÇÕES PESSOAIS

Apelido : Maltez  
Nome Completo : Fernando  
Nº Bilhete de Identidade : 4650366  
Data de Nascimento : 07 de Fevereiro de 1955  
Estado Civil : Casado  
Nacionalidade : Portuguesa  
Línguas Estrangeiras : Inglês e Francês (Lido, Falado, Escrito)

#### HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

Licenciatura em Medicina : Faculdade de Medicina de Lisboa  
(1981)

Cédula Profissional : Nº 24663  
(Ordem dos Médicos)

#### EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Instituição : Hospital de Curry Cabral

Morada : Rua da Beneficência, 8  
1069-166 Lisboa  
Portugal

Funções Exercidas : Director do Serviço de Doenças Infecciosas.  
(desde Janeiro 2004)

: Chefe de Serviço de Medicina Interna.  
(desde 2002)

: Assistente graduado de Doenças Infecciosas.  
(desde 2001)

: Chefe de equipa do Serviço de Urgência do Hospital de Curry  
Cabral (de 1999 a 2009).

1.

**Fernando Maltez**  
Médico

- : Membro da equipa multidisciplinar do Centro Hepato-bilio-pancreático e de Transplantação do Hospital de Curry Cabral (desde 2005).
- Presidente do Colégio da especialidade de Doenças infecciosas (desde 2012)

**Ensino**  
**Outras Actividades**  
**Cursos**

**Formação pós-graduada**

- : Assistente convidado da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa. (de 1997 até 2007).
- Professor convidado da Faculdade de Medicina de Lisboa (desde 2007).
- : Membro da Comissão de Ética do Hospital de Curry Cabral. (de 2002 até 2004)
- : Membro da Comissão de Farmácia e Terapêutica do Hospital de Curry Cabral. (de 2004 a 2012)
- : Membro da Comissão de Infecção hospitalar do Hospital de Curry Cabral. (desde 2004)
- : Sócio efectivo da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.
- : Sócio efectivo de Sociedade Portuguesa de Doenças Infecciosas com vários cargos desempenhados nos seus órgãos sociais (actualmente secretário da Direcção).
- : Sócio fundador de Associação Portuguesa para o Estudo Clínico de Sida (APECS) com vários cargos desempenhados nos seus órgãos sociais (actualmente secretário da Assembleia Geral)
- : Sócio fundador da Sociedade Portuguesa de Hepatologia (actualmente Presidente do Conselho Fiscal).
- : Sócio fundador da Sociedade Ibero-Americana de Infeciologia.
- : Membro de International Society of Infectious Diseases.
- : Membro de European Aids Clinical Society.
- : Membro de European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases.
- : Membro do Conselho Científico e Redactorial de várias revistas científicas de Infeciologia.
- : Membro activo em diversos grupos de trabalho da Direcção Geral de Saúde (Plano de Contingência Regional da Gripe, Grupo de Trabalho para a área da Tuberculose multirresistente).
- : Sócio fundador e membro do Grupo Português para o Estudo da Co-infecção VIH/VHB e VHC.
- : Assessor da Ministra da Saúde para a pandemia de gripe (2009).

**Fernando Maltez**  
Médico

- Ensaio Clínicos e Estudos : Projecto EuroAids  
Caesar Trial - NUCB 3007  
Pro AB 3001 e Pro AB 3007 (Glaxo)  
AI 155099 (BMS)  
T20305/NV16391 (Roche)  
Spread Study Protocol  
Protocolo 032-MK0518- Switchmrk study (MSD)-The Lancet  
Estudo prospectivo das hepatites da Roche  
NEAT study  
START study
- Publicações : Cerca de 300 apresentações (palestras, conferências, aulas,  
publicações, comunicações, posters)
- : Publicações internacionais (exemplos):
- Investigation and control of a large outbreak of multi-drug resistant tuberculosis at a central Lisbon Hospital.  
*Journal of Hospital Infection (2000) 00: 1-7.*
- Papulonecrotic tuberculide in an HIV patient with multi-drug resistant tuberculosis.*  
*European Academy of Dermatology and Venereology (2004) 18, 369-394.*
- Envelope-specific antibody response in HIV-2 infection: C2V3C3-specific IgG response is associated with disease progression.*  
*Aids 2008,22:2257-65.*
- The role of the humoral immune response in the molecular evolution of the envelope C2, V3 and C3 regions in chronically HIV-2 infected patients.*  
*Retrovirology 2008,5,78:1-12.*
- Severe proctitis due to Lymphogranuloma venereum*  
*European Journal of Dermatology 2009, 19(3):178-179.*
- Hansen's disease in an HIV patient complicated by deep vein thrombosis: a rare complication of thalidomide therapy*  
*European Journal of Dermatology 2009, 19(3): 272-273.*
- Atypical case of Mediterranean spotted fever*  
*Braz J. Infect.Dis. 2010;14(3):213-6.*
- Coreceptor usage by HIV 1 and HIV 2 primary isolates: the relevance of CCR8 chemokine receptor as an alternative coreceptor*  
*Virology 2010 (108):174-82.*
- Baseline susceptibility of primary HIV-2 to entry inhibitors*  
*Antiviral Therapy: in press (doi: 10.3851/IMP 1996).*
- Resistance to antibody neutralization in HIV2 infection occurs in late stage disease and is associated with X4 tropism*  
*Aids 2012,26:2275-84*  
(Prémio Pfizer de investigação clínica em 2012)

## CURRICULUM VITAE

**MARIA MANUELA DA SILVA DOROANA**

Medical license nº 23131

Department of Infectious Diseases  
Hospital de Santa Maria – CHLN, EPE  
Av. Prof. Egas Moniz  
1649-035 Lisbon  
Portugal

### EDUCATION:

- 1974 – 1980 Medical School (FCML)
- 1980 – MD University Lisbon
- 1985 – 1986 Tropical diseases and public health course (IHMT)
- 1990 – Workshop of World Health Organization (WHO) for Health Professional AIDS Care (TURIM)
- 1990 – Training at Saint Pierre Hospital (Clinical trials) AIDS Clinic (Brussels) – Prof. Nathan Clumeck

### PROFESSIONAL EXPERIENCE AND RESEARCH:

- 1980 – 1985 HSM
- 1985 – 1990 Training in Infectious Diseases Department (Hospital de Santa Maria)
- 1989 – 2009 Research on AIDS: Opportunistic Infections and Treatment
- 1990 – Infectious Diseases Specialization
- 1990 – 1995 Assistant
- 1992 – 2000 Infectious Diseases teacher on Nursing School (CALOUSTE GULBENKIAN)
- 1994 – 2009 Assistant of Infectious Diseases on Medical School (Faculdade de Medicina de Lisboa)
- 1996 Assistant Hospitalar
- 1997 – Assistant Graduate in Consultant
- 1997 – 2009 Consultant of Infectious Diseases Department
- 1999 – 2009 Assistant of clinical investigation Introduction (Faculdade de Medicina de Lisboa)
- 1999 – 2006 Member of editorial advisory of medicine news: VIH VISÃO; Boletim da Associação para o Estudo Clínico da SIDA
- 2006 – 04/2010 Head of Immunodepression Consultation and outpatients clinic of the Infectious Diseases Department (Hospital de Santa Maria)
- 05/2011 – Responsible for the Research Unit and Integrated Management of HIV Infection/AIDS and Hepatitis
- 05/2011 – Head of Immunodepression Consultation and outpatients clinic of the Infectious Diseases Department (Hospital de Santa Maria)

### CO- INVESTIGATOR OF SEVERAL TRIALS:

1. 1989-1991 – ENTA 04 - EUROPEAN NETWORK FOR TREATMENT OF AIDS. OPEN RANDOMIZED COMPARATIVE TRIAL OF PIRIMETAMINE-SULFADIAZINE VERSUS PRIMETAMINE-CLINDAMICIN IN THE TREATMENT OF CEREBRAL TOXOPLASMOSIS IN AIDS. ACUTE TREATMENT AND MAINTENANCE THERAPY - 10 PATIENTS
2. 1989-1991 – ENTA 05 - EUROPEAN NETWORK FOR TREATMENT OF AIDS. TUBERCULOSIS TRIAL. ACUTE THERAPY AND MAINTENANCE THERAPY - 65 PATIENTS
3. 1990 – ORAL CANDIDOSIS: A DOUBLE -BLIND STUDY TO COMPARE THE EFFICACY AND SAFETY OF ITRACONAZOLE ORAL SOLUTION WITH FLUCONAZOL CAPSULES IN HIV PATIENTS - 20 PATIENTS

(...)

(...)

73. 2011 – AN OPEN-LABEL RANDOMISED TWO-YEAR TRIAL COMPARING TWO FIRST-LINE REGIMENS IN HIV-INFECTED ANTIRETROVIRAL NAÏVE SUBJECTS: DARUNAVIR/R + TENOFOVIR/EMTRICITABINE VS DARUNAVIR/R + RALTEGRAVIR (NEAT 001/ANRS 143) – 9 PATIENTS
74. 2011 – A PHASE IIIB, RANDOMIZED, OPEN-LABEL STUDY TO EVALUATE THE SAFETY AND EFFICACY OF A SINGLE-PILL REGIMEN OF EMTRICITABINE/RILPIVIRINE/TENOFOVIR COMPARED WITH A SINGLE-PILL REGIMEN OF EFAVIRENZ/EMTRICITABINE/TENOFOVIR (ATRIPLA) IN HIV-POSITIVE ADULTS WITH NO PRIOR ART (GS-US-264-0110) – 8 PATIENTS (Principal Investigator and National Coordinator)

**AFFILIATIONS ON SOCIETIES:**

INFECTIONS DISEASES SOCIETY (SINCE 1990)

APECS (SINCE 1992) - Vice president in 2000-2002, in 2005-2006 and 2007

EACS (EUROPEAN AIDS CLINICAL SOCIETY) SINCE 1983

**OTHER ACTIVITIES:**

89 – PAPERS (1<sup>st</sup> author in 30)

132 – LECTURES on conferences and symposium

99 – SCIENTIFIC COMMUNICATIONS (posters or oral) (1<sup>st</sup> author in 34)

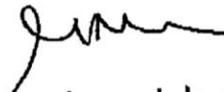
Pfizer reward from a work reporting HIV infection and immunology in 1999

Responsible for three monographies related to protease inhibitors and reverse transcriptase inhibitors and entry inhibitors – Permanyer publications (2001, 2002 and 2006)

Responsible for coordination about formation in HIV infection related to prationer clinic (2002-2003-2004-2006)

Member of several HIV adviser board (Schering-Plough; Roche; Gilead; BMS)

Consultant in AIDS National Coordination since 2006

  
23/3/2012

## 8.2 Guiões de entrevista

# **Guião de entrevista para KOLs**

Professor Doutor Francisco Antunes  
Em Anexo C.V.

Tempo de entrevista: 1:15  
27 Fevereiro, 2013

Confidencial

## **Introdução:**

**O objetivo desta entrevista é falar sobre os atributos ou características relativas às terapêuticas utilizadas na área do tratamento da infecção por VIH, tentando perceber quais os atributos ou características necessárias para novas terapêuticas na área do tratamento da infecção por VIH.**

**As suas respostas são extremamente importantes para a investigação em curso, sendo que as mesmas têm a finalidade de serem utilizadas em âmbito académico, com vista à realização do mestrado.**

**Gostaria de saber qual a sua opinião acerca dos seguintes pontos que lhe vou apresentar:**

1. Tendo por base a sua prática Clínica e pensando em novas terapêuticas a serem utilizadas na área do tratamento do VIH, que atributos ou características considera que estas deveriam ter?

*(esta questão deve ser aprofundada com as seguintes questões abaixo, caso o clínico não as apresente espontaneamente)*

1.2. E porquê? Porque estes atributos?

1.3. O que é que os torna importantes?

1.4. Os que os diferencia dos já existentes?

- Administração oral.
- Eficácia.
- Toma única diária.
- Tolerabilidade gastrointestinal.
- Sem interferência com os alimentos.
- Sem interações medicamentosas.
- Sem toxicidade

Estes são os atributos que não existem num só produto. Se existissem, seria o produto ideal, visto que ainda não se vislumbra uma vacina para a infecção pelo vírus do VIH.

2. De todos os atributos que referiu quais considera mesmo imprescindíveis – indique pelo menos 3 importantes e porquê?

*(Utilizar caso o clínico refira muitos atributos, no sentido de perceber a quais dá mais importância e porquê)*

- Administração oral.
- Eficácia.
- Toma única diária.

Estes atributos são sempre a base para que nesta área os produtos tenham sucesso.

3. Sr(a). Dr(a). Observando o Quadro 1 relativo aos atributos já recolhidos da tabela 6 das Guidelines Americanas (vantagens e desvantagens dos produtos para o VIH), gostaria de acrescentar, retirar ou melhorar esta lista de atributos, se considerar importante?

*(O clínico deverá acrescentar, retirar ou melhorar esta lista de atributos, se considerar importante?)*

## Quadro 1- Atributos

Resumo de Atributos retirados da tabela 6 Vantagens e Desvantagens da utilização de ARVs das "Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents" <a href="http://aidsinfo.nih.gov/guidelines">http://aidsinfo.nih.gov/guidelines</a>	
Vantagens	Desvantagens
<del>Capacidade de Produz</del> uma supressão vírica prolongada e sustentada	Potencial para resistências cruzadas
<del>É um</del> Regime de utilização conveniente ou fácil	<del>Tem uma</del> Baixa barreira <del>genetic</del> genética
<del>Não produz</del> transtornos <del>Sem</del> efeitos Gastrointestinais	<del>Exantema</del> (erupção cutânea) <del>Toxidermia</del>
<del>Possui d</del> Dados científicos de longo prazo	Potencial interação com o Citocromo P450 <del>local no</del> fígado <del>aonde normalmente todos o</del> medicamentos <del>são</del> metabolizados <del>hepático</del>
<del>Tem uma a</del> Alta barreira genética	<del>Alteração</del> lipídica/colesterol <del>Dislipidémias</del>
<del>Tem b</del> Baixa incidência de efeitos <del>a nível de sobre</del> o SNC/efeitos <del>secundários</del> neuropsiquiátricos	Nefrolitíase, colelitíase
<del>Tem</del> muito poucas <del>Sem</del> interações medicamentosas	Potencial para redução da <del>D</del> densidade <del>M</del> ineral <del>Ossea</del> óssea
<del>Sem</del> interações medicamentosas. Pode ser usado em doentes co-infetados com VIH/VHC/TB	Alguns estudos de coorte observacionais mostram maior potencial para <del>eventos</del> cardiovasculares, especialmente em <del>pacientes doentes</del> com fatores com risco cardiovascular
Propicia boa adesão <del>A adesão à</del> <del>terapêutica tem a</del> <del>ver com a</del> <del>conveniência,</del> <del>simplificação e,</del> <del>principalmente</del> <del>tolerabilidade</del> <del>(sem</del> <del>efeitos</del> <del>secundários a</del> <del>curto</del> <del>prazo</del> <del>e</del> <del>longo</del> <del>prazo</del>	<del>(a)</del> <del>Imunossupressão</del> <del>da</del> <del>medula</del> <del>óssea,</del> <del>especialmente</del> <del>com</del> <del>Toxicidade</del> <del>medular</del> (anemia e neutropenia)
Reduzida toxicidade renal	Intolerância <del>gastrintestinal</del> <del>Gastrointestinal,</del> <del>dor</del> <del>de</del> <del>cabeça</del>
<del>Tem um</del> Excelente perfil de tolerabilidade global	Toxicidade mitocondrial, <del>incluindo</del> lipoatrofia, acidose láctica, esteatose hepática ( <del>incluir a</del> <del>mielotoxicidade</del> = <del>Toxicidade</del> <del>medular</del> (anemia e neutropenia) (a)
<del>Início rápido de r</del> Redução <del>rápida</del> da carga viral <del>vírica</del>	
Baixa incidência de efeitos lipídicos = <del>dislipidémia</del>	
Baixa incidência de efeitos colaterais no SNC	
<del>Uma b</del> Boa opção para população de <del>pacientes</del> <del>doentes</del> especiais	
<del>Tem um a</del> Novo mecanismo de ação	
Útil para <del>pacientes doentes</del> que desenvolveram resistência	
<del>Sem</del> toxicidade <del>renal e</del> <del>H</del> epática	
Co-formulado	
<del>tem s</del> Semi-vida <del>longa</del> <del>prolongada</del> <del>que</del> <del>permita</del> <del>por</del> <del>ex:</del> <del>ter</del> <del>posologia</del> <del>1x</del> <del>semana</del> <del>ou</del> <del>mais.</del>	
<del>dose</del> <del>Toma</del> única diária	
<del>Subida</del> <del>acentuada</del> <del>Aumento</del> <del>significativo</del> dos valores de CD4	
<del>Não</del> <del>actuar</del> <del>no</del> <del>musculo</del> <del>cardiace</del>	
<del>Não</del> <del>necessita</del> <del>potenciador</del> <del>Sem</del> <del>necessidade</del> <del>de</del> <del>potenciação</del>	
Poucos comprimidos	
Eficácia virológica potente	

<u>Sem interferência com os alimentos</u> <del>Pode ser dado com ou sem comida</del>	
<u>Sem efeitos teratogênicos</u> <del>Pode ser dado durante a gravidez</del>	

Sugestão:

Boa penetração nos santuários (SNC e líquido seminal)

Efeitos colaterais a curto prazo=gastrintestinais, renais, hepáticos, sobre o SNC, sobre o coração e toxidermia.

Efeitos colaterais a longo prazo=dislipídemias, lipodistrofia e redução da densidade mineral óssea.

4. Em relação a este tema dos atributos fundamentais a serem contemplados numa nova terapêutica na área do VIH, quer acrescentar mais alguma coisa? Tem alguma sugestão? Alguma outra ideia que queira partilhar?

- Uma capacidade de erradicação do vírus, com terapêutica menos prolongada,

Como sabe os doentes têm hoje de fazer todos os dias a terapêutica e durante toda a sua vida.

5. Finalmente na sua opinião que critérios devem de existir para a seleção de médicos, que possam ser elegíveis para responderem a um questionário sobre os atributos de novas terapêuticas a serem utilizadas na área do tratamento da infeção pelo VIH?

(Ajudar se necessário como por exemplo: médicos com x anos experiência)

- Médicos bem preparados cientificamente.
- Ficheiro médico com mais de 300 doentes na sua consulta.
- Mais de 5 anos de experiência.
- Médicos de infeciologia e Medicina Interna.
- Ter experiencia em ensaios clínicos.
- Médicos com rigor na prática clínica.
- Conhecedores dos efeitos colaterais dos medicamentos.

- Com doentes com uma diversidade de características.

Obrigada pela sua colaboração

# **Guião de entrevista para KOLs**

Dr. Fernando Maltez  
Em Anexo C.V.

Tempo de entrevista: 1:05  
26 Fevereiro, 2013

Confidencial

## **Introdução:**

**O objetivo desta entrevista é falar sobre os atributos ou características relativas às terapêuticas utilizadas na área do tratamento da infecção por VIH, tentando perceber quais os atributos ou características necessárias para novas terapêuticas na área do tratamento da infecção por VIH.**

**As suas respostas são extremamente importantes para a investigação em curso, sendo que as mesmas têm a finalidade de serem utilizadas em âmbito académico, com vista à realização do mestrado.**

**Gostaria de saber qual a sua opinião acerca dos seguintes pontos que lhe vou apresentar:**

1. Tendo por base a sua prática Clínica e pensando em novas terapêuticas a serem utilizadas na área do tratamento do VIH, que atributos ou características considera que estas deveriam ter?

*(esta questão deve ser aprofundada com as seguintes questões abaixo, caso o clínico não as apresente espontaneamente)*

1.2. E porquê? Porque estes atributos?

1.3. O que é que os torna importantes?

1.4. Os que os diferencia dos já existentes?

- Seja administrado em comprimido único.
- Numa toma única.
- Preferencialmente sem efeitos adversos (sem grande toxicidade).
- Reduzida toxicidade.
- Idealmente 1 vez por mês, semana, ano.
- Fármaco que aniquile o vírus no plasma e nos reservatórios (órgãos alvos cérebro, glândulas, etc.), este atributo seria muito diferente relativamente aos produtos que existem, e é por isto que estamos perante uma infecção crónica e não se consegue matar o vírus.
- Ter características de uma vacina, mas nos próximos anos será quase impossível, devido à forma de atuar do vírus.
- Não ter preço elevado

2. De todos os atributos que referiu quais considera mesmo imprescindíveis – indique pelo menos 3 importantes e porquê?

*(Utilizar caso o clínico refira muitos atributos, no sentido de perceber a quais dá mais importância e porquê)*

- Fármaco que aniquile o vírus no plasma e nos reservatórios (órgãos alvos cérebro, glândulas, etc.), este atributo seria muito diferente relativamente aos produtos que existem porque podíamos erradicar totalmente a doença (vírus) curando o indivíduo infetado.

3. Sr(a). Dr(a). Observando o Quadro 1 relativo aos atributos já recolhidos da tabela 6 das Guidelines Americanas (vantagens e desvantagens dos produtos para o VIH), gostaria de acrescentar, retirar ou melhorar esta lista de atributos, se considerar importante?

*(O clínico deverá acrescentar, retirar ou melhorar esta lista de atributos, se considerar importante?)*

## Quadro 1- Atributos

Resumo de Atributos retirados da tabela 6 Vantagens e Desvantagens da utilização de ARVs das "Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents" <a href="http://aidsinfo.nih.gov/guidelines">http://aidsinfo.nih.gov/guidelines</a>	
Vantagens	Desvantagens
<del>Produz uma supressão vírica</del> <u>Eficácia virológica imediata</u> , prolongada e sustentada	Potencial para resistências cruzadas <u>e baixa barreira genética</u>
<del>Posologia cômoda</del> <u>É um regime de utilização conveniente ou fácil</u>	<del>Tem uma baixa barreira genética</del>
<del>Não produz transtornos Gastrointestinais</del>	Exantema (erupção cutânea)
<del>Comprimido único</del> <u>Possui dados científicos de longo prazo</u>	Potencial interação com o Citocromo P450 <del>local no fígado aonde normalmente todos o medicamentos são metabolizados</del> <u>condicionador de interações medicamentosas</u>
<del>Tem uma alta barreira genética</del>	<del>Alteração lipídica/colesterol</del> <u>Dislipidemia</u>
Tem baixa incidência de efeitos a nível do SNC/efeitos secundários neuropsiquiátricos	Nefrolitíase, colelitíase
<del>Tem muito poucas interações medicamentosas</del>	Potencial para redução da Densidade Mineral Óssea
<u>Boa opção para populações especiais</u> . Pode ser usado em doentes co-infetados com VIH/VHC/TB	Alguns estudos de coorte observacionais mostram maior potencial para eventos cardiovasculares, especialmente em pacientes com fatores com risco cardiovascular <del>toxicidade cardiovascular</del>
<del>Propicia boa adesão</del>	Imunossupressão da medula óssea, especialmente com anemia e neutropenia <del>toxicidade medular</del>
<del>Reduzida toxicidade renal</del>	Intolerância Gastrointestinal, dor de cabeça
<del>Tem um excelente perfil de</del> <u>Boa tolerabilidade global</u>	Toxicidade mitocondrial, incluindo lipoatrofia, acidose láctica, esteatose hepática, <u>miopatia</u>
<del>Início rápido de redução da carga viral</del>	Preço elevado
Baixa incidência de efeitos lipídicos	
<del>Baixa incidência de efeitos colaterais no SNC</del> <u>Boa penetração nos reservatórios e no SNC</u>	
<del>Uma boa opção para população de pacientes especiais</del>	
<del>Tem um novo mecanismo de acção</del>	
<del>Útil para pacientes que desenvolveram resistência</del> <u>Eficaz sobre vírus resistentes</u>	
<del>Reduzida toxicidade Hepática</del>	
Reduzida toxicidade <u>(Juntar todas as toxicidades da lista</u>	
Co-formulado	
Tem semivida prolongada	
Dose única diária <u>e semanal</u>	
<del>Subida acentuada dos valores de CD4</del> <u>Recuperação imunitária</u>	
<del>Não actuar no musculo cardiaco</del>	
<del>Não necessita potenciador</del>	
<del>Poucos comprimidos</del>	
<del>Eficacia virológica potente</del>	
Pode ser dado com ou sem comida	
Pode ser dado durante a gravidez	

4. Em relação a este tema dos atributos fundamentais a serem contemplados numa nova terapêutica na área do VIH, quer acrescentar mais alguma coisa? Tem alguma sugestão? Alguma outra ideia que queira partilhar?

- Como coloquei na tabela deve juntar todas as toxicidades para simplificar o questionário, em suma aglutinar alguns atributos

5. Finalmente, na sua opinião, que critérios devem existir para a seleção de médicos, que possam ser elegíveis para responderem a um questionário sobre os atributos de novas terapêuticas, a serem utilizadas na área do tratamento da infeção pelo VIH?

(Ajudar se necessário como por exemplo: médicos com x anos experiência)

- Médicos com grande experiência, que tratem estes doentes.
- 50% dos doentes em ambulatório sejam com infeção por VIH.
- Acompanhar pelo menos 200 doentes na sua consulta.
- Ter pelo menos 5 anos de experiência nesta área, de modo a ter experimentado todos os ARVs.

Obrigada pela sua colaboração

# **Guião de entrevista para KOLs**

Dra. Manuela Doroana  
Em Anexo C.V.

Tempo de entrevista: 0:55  
21 Fevereiro, 2013

Confidencial

## **Introdução:**

**O objetivo desta entrevista é falar sobre os atributos ou características relativas às terapêuticas utilizadas na área do tratamento da infecção por VIH, tentando perceber quais os atributos ou características necessárias para novas terapêuticas na área do tratamento da infecção por VIH.**

**As suas respostas são extremamente importantes para a investigação em curso, sendo que as mesmas têm a finalidade de serem utilizadas em âmbito académico, com vista à realização do mestrado.**

**Gostaria de saber qual a sua opinião acerca dos seguintes pontos que lhe vou apresentar:**

1. Tendo por base a sua prática Clínica e pensando em novas terapêuticas a serem utilizadas na área do tratamento do VIH, que atributos ou características considera que estas deveriam ter?

*(esta questão deve ser aprofundada com as seguintes questões abaixo, caso o clínico não as apresente espontaneamente)*

1.2. E porquê? Porque estes atributos?

1.3. O que é que os torna importantes?

1.4. Os que os diferencia dos já existentes?

- Quero atributos com menos influência na qualidade de vida do doente, no seu dia-a-dia, que tenha o mínimo de interferência com a vida diária do doente, tais como:

1. Melhorar a tolerância – não provocar efeitos adversos.

2. Reduzida toxicidade.

3. Menor número de comprimidos e doses.

4. Não ter interações medicamentosas com medicamentos para as comorbilidades (outras doenças como por exemplo: Hipertensão, Dislipidémia e Diabetes). A idade traz este tipo de doenças que também têm que ser tratadas sem interações nem toxicidades.

5. Não ter interações medicamentosas com medicamentos para as co-infecções (outras infeções pelos vírus B, C e bacilo da Tuberculose).

2. De todos os atributos que referiu quais considera mesmo imprescindíveis – indique pelo menos 3 importantes e porquê?

*(Utilizar caso o clínico refira muitos atributos, no sentido de perceber a quais dá mais importância e porquê)*

- Melhorar a tolerância – não provocar efeitos adversos.
- Reduzida toxicidade.
- Menor número de comprimidos e doses.
- Não ter interações medicamentosas

Porque como lhe disse temos que ter produtos que não interfiram com o bem-estar do doente e a sua qualidade de vida porque se corre o risco de não conseguirem fazer as terapêuticas perdendo a oportunidade de controlar este vírus mortal.

3. Sr(a). Dr(a). Observando o Quadro 1 relativo aos atributos já recolhidos da tabela 6 das Guidelines Americanas (vantagens e desvantagens dos produtos para o VIH), gostaria de acrescentar, retirar ou melhorar esta lista de atributos, se considerar importante?

*(O clínico deverá acrescentar, retirar ou melhorar esta lista de atributos, se considerar importante?)*

## Quadro 1 - Atributos

Resumo de Atributos retirados da tabela 6 Vantagens e Desvantagens da utilização de ARVs das "Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents" <a href="http://aidsinfo.nih.gov/guidelines">http://aidsinfo.nih.gov/guidelines</a>	
Vantagens	Desvantagens
Produz uma supressão vírica prolongada e sustentada	Potencial para resistências cruzadas
É um regime de utilização conveniente ou fácil	Tem uma baixa barreira genética
Não produz transtornos Gastrointestinais	Exantema (erupção cutânea)
<del>Possui dados científicos de longo prazo</del>	Potencial interação com o Citocromo P450 local no fígado aonde normalmente todos o medicamentos são metabolizados => <u>diminuição da eficácia do medicamento</u>
Tem uma alta barreira genética	Alteração lipídica/colesterol
Tem baixa incidência de efeitos a nível do SNC/efeitos secundários neuropsiquiátricos	Nefrolitíase, colelitíase = <u>efeitos adversos</u>
Tem muito poucas interações medicamentosas = <u>Potencial interação com o Citocromo P450 local no fígado aonde normalmente todos o medicamentos são metabolizados=&gt;diminuição da eficácia do medicamento</u>	Potencial para redução da Densidade Mineral Óssea
Pode ser usado em doentes co-infectados com VIH/VHC/TB	Alguns estudos de coorte observacionais mostram maior potencial para eventos cardiovasculares, especialmente em pacientes com fatores com risco cardiovascular
<del>Propicia</del> <u>Induz uma</u> boa adesão	<del>Imunosupressão da medula óssea, especialmente com anemia e neutropenia</del>
Reduzida toxicidade renal	Intolerância Gastrointestinal, <u>diarreia, vômitos (Separar)</u> dor de cabeça
Tem um excelente perfil de tolerabilidade global	Toxicidade mitocondrial, incluindo lipoatrofia, acidose láctica, esteatose hepática
Início rápido de redução da carga viral	
Baixa incidência de efeitos lipídicos	
Baixa incidência de efeitos colaterais no SNC	
Uma boa opção para população de pacientes especiais- <u>mulheres, idosos e co-infectados (separar)</u>	
Tem um novo mecanismo de ação	
Útil para pacientes que desenvolveram resistência	
<del>Reduzida toxicidade Hepática</del> <u>repetido</u>	
Reduzida toxicidade	
Co-formulado	
Tem semi-vida prolongada	
Dose única diária	
<del>Subida acentuada dos valores de CD4 todos produtos têm</del>	
<del>Não actuar no musculo cardiaco</del>	
Não necessita potenciador	
Poucos comprimidos	
Eficácia virológica potente	
Pode ser dado com ou sem comida	
Pode ser dado durante a gravidez	

4. Em relação a este tema dos atributos fundamentais a serem contemplados numa nova terapêutica na área do VIH, quer acrescentar mais alguma coisa? Tem alguma sugestão? Alguma outra ideia que queira partilhar?

- Medicamentos que possam ser usados 1x por semana.
- Infelizmente a vacina seria a solução ideal mas estamos a avançar pouco nesta matéria.
- Concentre-se em atributos que aumentem a adesão do doente tais como os que referi na primeira pergunta.

5. Finalmente na sua opinião que critérios devem existir para a seleção de médicos, que possam ser elegíveis para responderem a um questionário sobre os atributos de novas terapêuticas a serem utilizadas na área do tratamento da infeção pelo VIH?

(Ajudar se necessário como por exemplo: médicos com x anos experiência)

- Médicos da especialidade de Infeciologia e alguns poucos de Medicina Interna que também tratam esta doença.
- Ter cada médico em ficheiro de consulta mais de 100 doentes.
- Ter pelo menos 3 anos de experiência a tratar estes doentes.
- Portanto neste estudo não deve entrevistar internos da especialidade.
- Não faça diferença entre médicos e médicas.

Obrigada pela sua colaboração