

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DAS IST, DO HIV/AIDS
E DAS HEPATITES VIRAIS

**PLANO PARA ELIMINAÇÃO DA HEPATITE C
NO BRASIL**

VERSÃO NACIONAL AGRAMADA

Brasília
2018

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Casos com marcador anti-HCV reagente e HCV-RNA reagente (número e taxa de detecção por 100.000 habitantes) segundo UF e região de residência por ano de notificação. Brasil, 1999-2017	5
Figura 2. Etapas da eliminação de uma doença	8

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Estimativa da prevalência hepatite C no Brasil	9
Quadro 2. Estimativa do número de pessoas na população geral que deverão ser testadas, diagnosticadas e tratadas em cada cenário	13
Quadro 3. Estimativa do número de pessoas que deverão ser testadas, diagnosticadas e tratadas em cada cenário, se as populações-chave forem as populações prioritárias para diagnóstico.....	14
Quadro 4. Grupo prioritário 1	14
Quadro 5. Grupo prioritário 2	15
Quadro 6. Caracterização da gravidade dos pacientes.....	16

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
2. ELIMINAÇÃO DA HEPATITE C	6
3. FASES DA ELIMINAÇÃO	7
4. AÇÕES DESENVOLVIDAS EM 2017	9
4.1. Atualização dos dados epidemiológicos relativos à epidemia pelo HCV no Brasil	9
4.2. Pactuação das ações na Comissão Intergestores Tripartite (CIT)	10
4.3. Atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções (PCDT)	10
5. PLANEJAMENTO DE AÇÕES PARA ELIMINAÇÃO DA HEPATITE C NO BRASIL	11
5.1. Prevenção	11
5.2. Diagnóstico	12
5.2.1. Mapeamento de populações prioritárias a serem testadas para o HCV	13
5.2.2. Estratégias para realização dos testes diagnósticos em diferentes populações	15
5.2.3. Vigilância de casos	17
5.3. Tratamento	18
5.4. Outros aspectos	18
5.4.1. Fortalecimento de linha de cuidado no atendimento às hepatites virais	19
6. REFERÊNCIAS	21
7. APÊNDICES	23

1. INTRODUÇÃO

As mudanças no perfil de morbimortalidade da população produzem implicações para os sistemas de saúde, requerendo novos arranjos organizacionais para o atendimento de condições crônicas como as hepatites virais, que estão entre as doenças que mais impactam a morbidade e a mortalidade em todo o mundo (STANAWAY et al., 2016).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, anualmente, ocorram cerca de 1,34 milhões de óbitos associados às hepatites virais – e que, entre eles, 96% dos casos estejam relacionados às hepatites virais B ou C (WHO, 2017). Estima-se que aproximadamente 57% dos casos de cirrose hepática e 78% dos casos de câncer primário do fígado estejam associados à infecção pelos vírus das hepatites B e C (WHO, 2010).

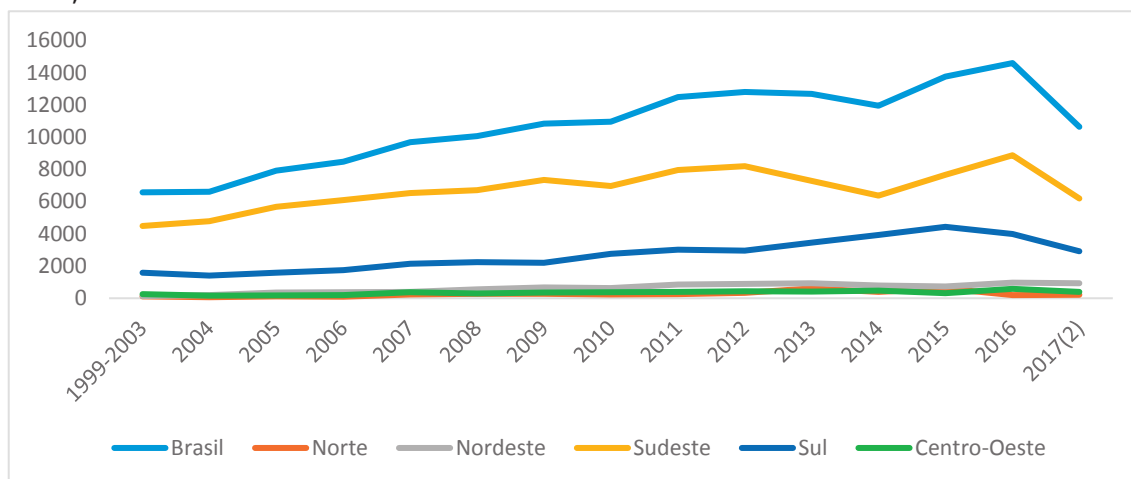
Além disso, calcula-se que 71 milhões de pessoas estejam infectadas pelo vírus da hepatite C (HCV) em todo o mundo e que cerca de 400 mil vão a óbito, anualmente, devido a complicações dessa doença, principalmente por cirrose e carcinoma hepatocelular (WHO, 2017).

A transmissão da hepatite C ocorre principalmente por via parenteral, por meio do contato com sangue contaminado. Outros mecanismos de transmissão são igualmente importantes – como o compartilhamento de agulhas e seringas entre pessoas que usam drogas injetáveis; a reutilização de equipamentos médicos, especialmente seringas e agulhas não esterilizadas; e o uso de sangue e derivados contaminados. De modo geral, a transmissão sexual do vírus é pouco eficiente e ocorre, sobretudo, entre indivíduos com múltiplas parcerias sexuais e práticas sexuais sem proteção. Há também a possibilidade, em menor proporção, de transmissão vertical do vírus (BRASIL, 2018a).

Entre 1999 a 2017, foram identificados e notificados no Brasil 331.855 casos de hepatite C; estes apresentaram apenas um marcador – anti-HCV ou HCV-RNA – reagente. Já considerando os casos que possuíam ambos os marcadores reagentes, foram detectados 160.105 casos. Na análise da distribuição dos casos com anti-HCV e HCV-RNA reagentes por região, 63,2%

ocorreram no Sudeste; 25,2% no Sul; 5,9% no Nordeste; 3,2% no Centro-Oeste; e 2,5% no Norte (BRASIL, 2018b). A Figura 1 apresenta a tendência da taxa de detecção por hepatite C segundo a região e o ano de notificação.

Figura 1. Casos com marcador anti-HCV reagente e HCV-RNA reagente (número e taxa de detecção por 100.000 habitantes) segundo UF e região de residência por ano de notificação. Brasil, 1999-2017



Fonte: Brasil, 2018b.

No que diz respeito ao enorme impacto das hepatites virais na saúde da população e suas implicações para os sistemas e serviços de saúde em todo o mundo, algumas ações foram tomadas pela OMS para o controle da hepatite C em todo o mundo.

Em 2015, a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou a Resolução A/RES/70/1: "Transformar nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável" (WHO, 2015).

No ano seguinte, a OMS lançou o documento "Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis 2016–2021: Towards Ending Viral Hepatitis" (WHO, 2016), que, em última análise, estabelece estratégias globais para alcançar a eliminação da hepatite C como problema de saúde pública até 2030.

2. ELIMINAÇÃO DA HEPATITE C

A proposta da OMS é reduzir as novas infecções pelos vírus hepatotrópicos e a mortalidade associada a elas em 90% e 65%, respectivamente, até 2030 (WHO, 2016); o Brasil iniciou uma linha de ação específica para atingir os objetivos propostos em 2017.

O objetivo geral do Plano para Eliminação da Hepatite C no Brasil é ampliar o acesso à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento da hepatite C, envolvendo as três esferas de governo, para a redução de novas infecções e de mortalidade. Foram ainda definidos os objetivos específicos a seguir:

- Desenvolver ações de comunicação e educação em saúde que promovam o diagnóstico da hepatite C na população acima de 40 anos de idade e grupos prioritários;
- Construir a linha de cuidado para as hepatites virais;
- Fortalecer a vigilância epidemiológica das hepatites virais.

3. FASES DA ELIMINAÇÃO

A eliminação de um agravo requer a compreensão das fases envolvidas – e sua viabilidade em determinado período de tempo. Pelo menos quatro etapas são descritas no processo de eliminação de uma doença: controle, pré-eliminação, eliminação e pós-eliminação, conforme demonstrado na Figura 2. Essas etapas levam em consideração o aspecto epidemiológico e a estruturação dos serviços de atenção à saúde voltados ao cuidado do agravo a ser eliminado.

Na etapa de pré-eliminação, deve-se efetuar um esforço de organização dos serviços para a detecção de casos e instituição de tratamento ou cuidado em tempo oportuno, visando a quebra da transmissão e a redução da endemicidade. Ao considerar o número de casos estimados (C) e o número de casos detectados (D), pode-se dizer que, nessa fase, $C/D > 1$, isto é, o número de casos pode ser ainda maior. Assim, a organização dos serviços deveria se concentrar no diagnóstico em tempo oportuno, reduzindo reservatórios e interferindo beneficemente na cadeia de transmissão.

Uma doença controlada – ou seja, com número de casos estimados próximo ao de casos detectados ($C/D = 1$) – é aquela em fase de pré-eliminação. A partir daí, o objetivo do sistema é prevenir surtos e evitar a reintrodução da transmissão endêmica. Nessa fase, esforços verticalizados e de detecção de bolsões de reservatórios em populações específicas e de difícil acesso são justificados.

Na etapa da eliminação, os casos detectados são considerados importados; o sistema de vigilância e detecção de casos é suficiente para dizer que $C/D < 1$. Nessa etapa, é preconizada grande ênfase na vigilância e prevenção de surtos isolados, para, assim, evitar a reintrodução de casos autóctones.

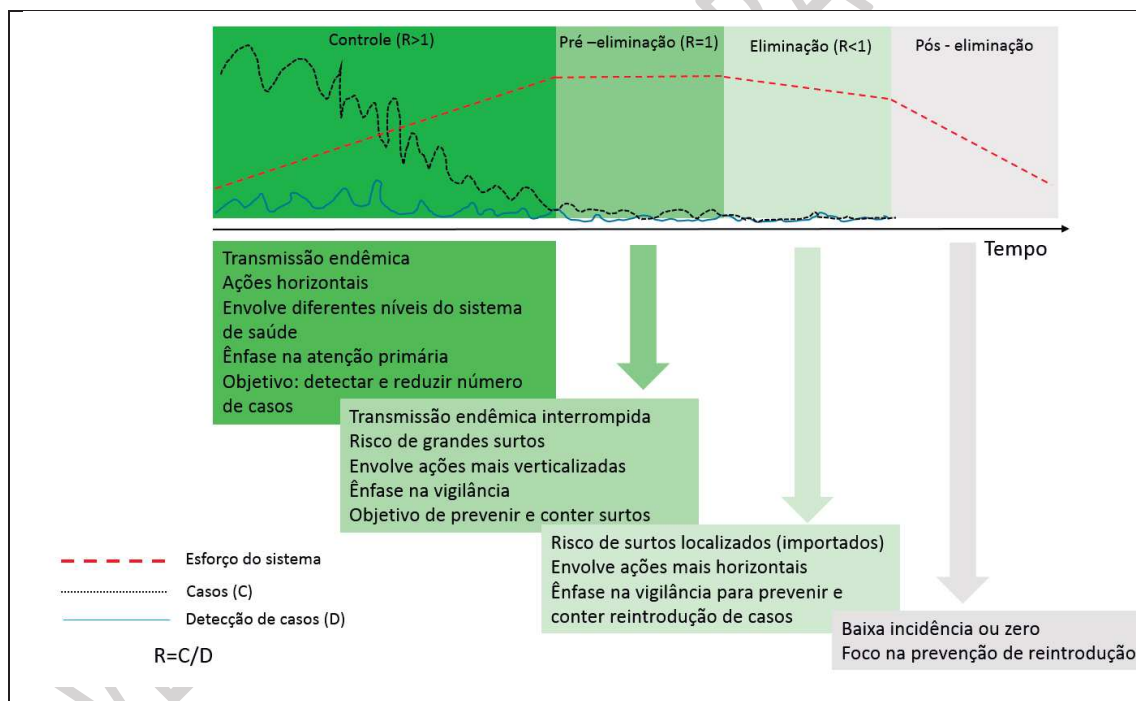
Vale ressaltar que as fases de pré-eliminação e eliminação envolvem grande esforço e soma de recursos do sistema de saúde; idealmente, é necessário adotar medidas precisas, eficientes e eficazes para a eliminação da

doença, reduzindo ao máximo a duração dessas etapas para evitar a fadiga do sistema.

Na etapa de pós-eliminação, o foco do sistema de saúde está na prevenção da reintrodução de casos, com vigilância de rotina e medidas que fortalecem a atenção – assim evitando novas infecções e a reintrodução do agravo no ambiente.

Além das etapas de eliminação, outros fatores devem ser considerados quanto à eliminação de uma doença, como a sua viabilidade biológica, logística, operacional, política e econômica (KLEPAC et al., 2015).

Figura 2. Etapas da eliminação de uma doença



Fonte: adaptado de Townsend et al., 2013; WHO, 2007.

4. AÇÕES DESENVOLVIDAS EM 2017

4.1. Atualização dos dados epidemiológicos relativos à epidemia pelo HCV no Brasil

O conhecimento atualizado dos dados relativos à epidemia pelo HCV no Brasil é dado fundamental no sentido de que se possam estabelecer as estratégias de ação necessárias para atingir a meta proposta. Nesse sentido, o DIAHV, em parceria com o *Center for Disease Analysis* (CDA), e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/Washington) desenvolveu um projeto colaborativo que, por meio de modelagem matemática, foi capaz de atualizar as informações epidemiológicas relativas à infecção pelo HCV em nosso país.

Em decorrência desse processo, foi possível atualizar a informação sobre o número de pacientes virêmicos e sua distribuição etária. Além disso, puderam-se analisar diferentes estratégias de ação, no que tange à necessidade anual, relativa ao número de testes diagnósticos, número de casos novos a serem diagnosticados e número de tratamentos necessários para que se atinja a meta proposta. O Quadro 1, a seguir, resume esses dados:

Quadro 1. Estimativa da prevalência hepatite C no Brasil

Casos de hepatite C no Brasil - 2017	Número	Prevalência
Anti-HCV reagente na faixa etária 15-69 anos	1.083.000	0,71%
HCV-RNA detectável (casos virêmicos)	657.000	60,7%

Fonte: Benzaken et al., 2018.

De acordo com essa estimativa, estabelece-se um cenário no qual ações específicas podem ser planejadas.

4.2. Pactuação das ações na Comissão Intergestores Tripartite (CIT)

Em outubro de 2017, o Plano para Eliminação da Hepatite C foi analisado e aprovado na CIT, pactuando-se a estratégia de eliminação da hepatite C entre as esferas de governo. Designou-se como encaminhamento a elaboração de um plano para execução da estratégia de eliminação da hepatite C por um grupo de trabalho conjunto, envolvendo a Vigilância em Saúde e a Atenção à Saúde.

4.3. Atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções (PCDT)

No ano de 2017 e início de 2018, importantes atualizações foram incorporadas ao PCDT que orienta o tratamento da hepatite C no Brasil. Destacam-se dentre todas as modificações alguns pontos específicos, a saber:

- Ampliação do tratamento para todos os pacientes com hepatite C crônica;
- Inclusão de esquemas de retratamento;
- Atualização do tratamento da hepatite C aguda;
- Atualização do tratamento da hepatite C em crianças;
- Incorporação de novos medicamentos.

Essas medidas foram estabelecidas para ampliar o acesso ao tratamento a todos os brasileiros acometidos por HCV, e visam, em última análise, atingir as metas propostas no Plano para Eliminação da Hepatite C brasileiro.

5. PLANEJAMENTO DE AÇÕES PARA ELIMINAÇÃO DA HEPATITE C NO BRASIL

O Plano para Eliminação da Hepatite C no Brasil é uma estratégia do Ministério da Saúde (MS) para fortalecer a gestão e a rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). A estratégia do presente plano está estruturada em quatro eixos de ação, propostos abaixo, no sentido de se atingir as metas:

- Prevenção
- Diagnóstico
- Tratamento
- Outros aspectos

As especificidades de cada eixo estão descritas nos itens correspondentes a seguir.

5.1. Prevenção

O Brasil adotou em 2017 o conceito de “Prevenção Combinada” (BRASIL, 2017a), que visa guiar todas as intervenções relacionadas à prevenção e ao cuidado referentes a infecções sexualmente transmissíveis (IST), HIV/aids e hepatites virais. O termo “Prevenção Combinada” remete à ideia de conjunto de diferentes ações de prevenção, incluindo fatores associados à melhoria da qualidade de vida e redução de vulnerabilidades, de morbidade e de coinfeções. Nesse sentido, a denominação pressupõe a combinação das três abordagens possíveis na formulação de estratégias de prevenção das hepatites virais: a abordagem biomédica, a comportamental e a estrutural.

As orientações de prevenção às hepatites virais devem ser compartilhadas com os contatos domiciliares e parceiros(as) sexuais. A prevenção requer atitudes e práticas mais seguras – como o uso adequado do preservativo e o não compartilhamento de instrumentos perfurocortantes e objetos de higiene

peçoal, como escovas de dente, alicates de unha e lâminas de barbear ou depilar, entre outras. Essas orientações devem permear todos os momentos do atendimento, sobretudo, por não existir uma vacina contra o HCV.

Nesse contexto, a estratégia estabelecida no presente Plano foi de desenvolver ações de comunicação e educação sobre a hepatite C, propondo ações como:

- Elaboração de estratégias e materiais educativos para sensibilizar a população de maior vulnerabilidade para a infecção por hepatite C;
- Capacitação de profissionais de saúde em hepatite C;
- Capacitação de agentes de endemias e de saneamento sobre prevenção e redução de danos em hepatites virais;
- Capacitação de agentes de saúde do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para atenção e efetivação da política de redução de danos;
- Estabelecimento de metodologia para capacitação permanente de profissionais de saúde e representantes das Organizações da Sociedade Civil (OSC) sobre hepatites virais e coinfeções, para alinhar e compartilhar as responsabilidades de intervenção.

Em sua dimensão preventiva, a redução de danos é realizada por meio de estratégias pragmáticas que visam a vinculação aos serviços e a oferta de diversas alternativas de prevenção – como a oferta de informações, vacinação e insumos de prevenção para evitar a transmissão (BRASIL, 2017b). Mediante abordagem individualizada, a equipe de saúde deve estabelecer uma relação de confiança com o usuário, para a promoção da saúde e o cuidado integral.

5.2. Diagnóstico

Para padronizar e ampliar as possibilidades do diagnóstico de HCV, o MS disponibilizou o “Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais” (BRASIL, 2018c), com fluxogramas para diferentes configurações de testes e perfis de pacientes.

De acordo com a segunda revisão do Manual Técnico, a atual estratégia brasileira para o diagnóstico de hepatite C contempla duas etapas investigativas, a saber: um teste inicial, realizado por pesquisa de anticorpos em teste laboratorial ou teste rápido; se reagente, o teste é confirmado por detecção direta do vírus por biologia molecular.

O uso de testes rápidos é recomendado, pois o resultado imediato agiliza a condução – ou não – do caso aos serviços adequados.

5.2.1. Mapeamento de populações prioritárias a serem testadas para o HCV

O modelo matemático levou à estimativa do número de pacientes virêmicos no Brasil e o número de pacientes que deverão ser diagnosticados e tratados, para que se atinja a meta de eliminação de hepatite C até 2030. Dos aproximadamente 700 mil pacientes virêmicos, estima-se que mais de 100 mil foram diagnosticados. Os demais devem ser localizados e encaminhados para seguimento e tratamento.

Os Quadros 2 e 3 reúnem as informações relativas ao número de testes que deverão ser realizados até 2030 para que se atinja a meta proposta. Os números foram estratificados por unidade federativa (Apêndice I) para auxiliar o planejamento local.

Quadro 2. Estimativa do número de pessoas na população geral que deverão ser testadas, diagnosticadas e tratadas em cada cenário

		2016	2017	2018	2019	2020	2025
Cenário atual	Tratamento	36.600	23.000	19.000	12.900	12.500	12.500
	Novos diagnósticos	18.800	30.000	30.000	30.000	30.000	30.000
	Número de pessoas testadas (população geral)	3.889.000	9.000.000	9.573.000	10.219.000	10.945.000	16.498.000
Plano de Eliminação	Tratamento	36.600	23.000	19.000	50.000	50.000	32.000
	Novos diagnósticos	18.800	30.000	30.000	40.000	40.000	40.000
	Número de pessoas testadas (população geral)	3.889.000	9.000.000	9.586.000	13.931.000	15.384.000	30.098.000

Fonte: Benzaken et al., 2018.

Quadro 3. Estimativa do número de pessoas que deverão ser testadas, diagnosticadas e tratadas em cada cenário, se as populações-chave forem as populações prioritárias para diagnóstico

	2016	2017	2018	2019	2020	2025
Cenário atual	778.000	1.800.000	1.915.000	2.044.000	2.189.000	3.300.000
Plano de Eliminação	778.000	1.800.000	1.917.000	2.786.000	3.077.000	6.020.000

Fonte: Benzaken et al., 2018.

Para atingir a meta desejada, o Ministério da Saúde propõe um aumento no número de pessoas testadas, priorizando o grupo de pessoas mais vulneráveis, conforme os Quadros 4 e 5.

No grupo 1, a frequência de testagem anti-HCV será definida a critério médico, pelo menos uma vez ao ano. Para pessoas em Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) contra o HIV, recomenda-se testagem anti-HCV a cada três meses.

Quadro 4. Grupo prioritário 1

- **Pessoas vivendo com HIV/aids**
- **Pessoas em uso de PrEP**
- **Pessoas privadas de liberdade**
- **Pessoas com múltiplos parceiros sexuais ou IST**
- **Pessoas transexuais**
- **Gays e homens que fazem com homens**
- **Trabalhadores(as) do sexo**
- **Pessoas que usam álcool e outras drogas**
- **Pessoas em terapia renal substitutiva**

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

No grupo 2, recomenda-se pelo menos uma testagem ao longo da vida. Esse grupo é composto por pessoas com os seguintes antecedentes ou diagnósticos:

Quadro 5. Grupo prioritário 2

- **Pessoas com idade igual ou superior a 40 anos**
- **Pessoas com diabetes**
- **Pessoas com antecedentes psiquiátricos; de doença renal ou imunodepressão; de transfusão de sangue, de hemoderivados ou de órgãos antes de 1992; de exposição a material biológico contaminado; de uso de álcool ou outras drogas**
- **Pessoas com tatuagem ou piercing realizado em ambiente não regulamentado**
- **Pessoas com patologia hepática sem diagnóstico, elevação de ALT e/ou AST**
- **Pessoas comunicantes de indivíduos com HCV**
- **Pessoas que tiveram parceiros(as) sexual de pessoas portadoras de hepatite C**
- **Pessoas nascidas de mães que vivem com o HCV**

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

5.2.2. Estratégias para realização dos testes diagnósticos em diferentes populações

Ações estratégicas para o diagnóstico de diferentes grupos populacionais são etapa importante do processo do controle dessa doença em todo o mundo.

Para atuar de forma incisiva nos grupos de maior exposição e potencial de transmissibilidade, propõem-se ações específicas voltadas ao diagnóstico prioritário nas populações do grupo 1:

- Mapeamento e identificação dos principais serviços envolvidos no atendimento a esses pacientes, para estabelecer estratégias diferenciadas;

- Após a identificação dos serviços que atendem a essas populações, fornecimento de testes diagnósticos e orientação sobre notificação e uso de sistema nacional de registro dos casos identificados;
- Capacitação de equipes das diferentes áreas da saúde envolvidas no atendimento dessa população, no sentido de reforço às ações de prevenção;
- Capacitação da equipe de saúde local, no sentido de tratar e acompanhar os pacientes identificados com formas leves de doença no próprio local, sem necessidade de encaminhamento para serviços especializados;
- Encaminhamento dos casos para unidades de atendimento médico especializadas nos seguintes casos: presença de doença hepática avançada, presença de comorbidades, carcinoma hepatocelular (HCC) e falhados a DAA (ver Quadro 6, a seguir).

Quadro 6. Caracterização da gravidade dos pacientes

Categoria de pacientes	Tipo de orientação	Local de atendimento	Tipo de profissional envolvido
Paciente clinicamente bem e estável (F0-F3)	Aconselhamento relativo a doença e à adesão, início de tratamento e acompanhamento	Atenção primária ou local de diagnóstico	Médico generalista ou infectologista ou hepatologista
Doença avançada, comorbidades, HCC, falhados a DAA	Cuidado especializado e específico	Unidades de atendimento secundário ou terciário	Médico infectologista ou hepatologista
Coinfecção HIV, hemodiálise, pacientes com doença mental	Cuidado especializado e específico	Unidades de atendimento especializadas	Médico especialista

Fonte: Brasil, 2018a.

5.2.3. Vigilância de casos

A perda de indivíduos após o diagnóstico de infecção pelo HCV é um dos maiores desafios enfrentados por diferentes sistemas de saúde em todo o mundo. No Brasil, no modelo matemático realizado em 2018, estimou-se que 657.000 pessoas apresentam infecção por HCV e viremia, tornando-as elegíveis ao tratamento. Dentre estas, estima-se que 104.240 tenham tido acesso a diagnóstico. Os demais 552.760 indivíduos necessitam ser localizados e encaminhados para seguimento e tratamento.

É possível que parte significativa deles já tenha sido vinculada a serviço especializado de atendimento e esteja aguardando a distribuição de medicamentos. No entanto, é também possível que parte desses indivíduos esteja desvinculada desses serviços.

Nesse contexto, ressalta-se a importância de ações de vigilância, destacando:

- Aprimorar a notificação das hepatites virais e implantar a notificação de crianças expostas ao HCV;
- Realizar análise situacional dos pacientes em hemodiálise;
- Identificar os casos anti-HCV reagentes nas bases de dados;
- Identificar os usuários que não realizaram a carga viral (HCV-RNA) no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan);
- Desenvolver ação vinculada ao serviço de vigilância epidemiológica dos diferentes estados e municípios, no sentido de localizar os indivíduos identificados em bancos de sangue e laboratórios públicos e privados, por meio de busca ativa, e posterior encaminhamento para seguimento e tratamento.

5.3. Tratamento

O resultado esperado do tratamento é a resposta virológica sustentada (RVS), a partir da 12^a semana ou a 24^a semana após o término do tratamento (BRASIL, 2018a). O paciente infectado por HCV pode ser classificado de acordo com a resposta que obteve no tratamento: uma pequena parcela dos pacientes não apresentarão resposta, mantendo a carga viral detectável após o tratamento.

O advento da terapia para hepatite C resultou na oferta de novas opções terapêuticas, que demonstram maior eficácia e segurança, bem como menos efeitos colaterais, quando comparados aos esquemas terapêuticos que possuem na sua composição o IFN- α . Essas novas opções, chamadas antivirais de ação direta, revolucionaram o tratamento da hepatite C, possibilitando regimes de curta duração, mais seguros e melhor tolerados, com RVS superiores a 90% (WHO, 2016).

A atual política brasileira para o enfrentamento de hepatite C no país assegura o tratamento para todos os pacientes, nas suas formas aguda ou crônica, independentemente do estadiamento de fibrose hepática.

5.4. Outros aspectos

O planejamento de ações de prevenção, diagnóstico e tratamento exige que informações de fácil acesso, atualizadas e de simples compreensão estejam disponíveis à população em geral e aos profissionais de saúde. Nesse sentido, definiu-se a incorporação de temas transversais neste Plano, compreendendo conteúdos de gestão, educação permanente e comunicação em saúde, a saber:

- Informações estratégicas: subsídios à tomada de decisões por gestores;
- Construção da linha do cuidado: estabelecimento de sistema com referência e contrarreferência;
- Sistema de informação: registro da vinculação entre os indivíduos identificados com infecção pelo HCV e seu atendimento em unidades de

saúde, de forma a garantir a rastreabilidade e o seguimento clínico apropriado;

- Ações educativas para qualificação da gestão: sensibilização de gestores locais para o planejamento de uma resposta focada e a implementação eficiente de programas;
- Ações de comunicação sobre hepatites virais: utilização de ferramentas que possam auxiliar o processo de divulgação da importância desse agravo em termos de saúde pública, tais como a criação de ferramenta tecnológica no site que avalie o risco individual; desenvolvimento de ações educativas específicas em escolas, comunidades de bairro e igrejas, por exemplo.

Antes de estabelecer as ações, recomenda-se realizar o diagnóstico situacional local, para identificar a necessidade de reestruturação e ampliação da rede de atenção à pessoa vivendo com HCV. Paralelamente, é necessário estabelecer a linha de cuidado e elaborar um plano local de educação permanente em saúde. Por fim, com as estratégias estruturadas, submete-se a proposta à aprovação dos conselhos de saúde.

5.4.1. Fortalecimento de linha de cuidado no atendimento às hepatites virais

Os recursos disponíveis nas redes de atenção à saúde devem estar integrados por fluxos capazes de garantir o acesso às tecnologias necessárias à assistência. O estabelecimento da linha de cuidado permite a atenção ao usuário na rede básica ou qualquer outra porta de entrada do sistema, para os diversos níveis assistenciais. A linha de cuidado resulta de um pacto entre os atores envolvidos no controle de serviços e recursos assistenciais (FRANCO; FRANCO, 2011):

- Prevenção: fortalecimento de atividades para a identificação de todos os indivíduos em risco de infecção pelo HCV;
- Diagnóstico: disponibilização de teste rápido em locais estratégicos da atenção básica, como em programas voltados à saúde do idoso, saúde do homem e da mulher (acima de 40 anos). O teste rápido deve ser realizado por um profissional de saúde; se possível, sugere-se que o(a) enfermeiro(a) solicite a carga viral para todos os casos reagentes e os notifique no sistema de notificação apropriado;
- Vinculação ao serviço: o acompanhamento do paciente será realizado em serviço especializado e/ou em local articulado com a atenção básica;
- Tratamento: a análise de RVS será realizada de acordo com o PCDT de Hepatite C;
- Acompanhamento: após o tratamento e com o resultado de RVS, o usuário continuará em acompanhamento, de acordo com o PCDT de Hepatite C.

VERSÃO NÃO DIAGRAMADA

6. REFERÊNCIAS

BENZAKEN, A.; CATAPAN, E.; GIRADE, R. et al. Hepatitis C elimination by 2030 is feasible in Brazil: a mathematical modelling approach. **Journal of Hepatology**, [S.l.], v. 68, p. S193, abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Prevenção Combinada do HIV: bases conceituais para trabalhadores e gestores de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Diretrizes para organização do CTA no âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018c.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas de Cuidado Integral**: uma proposta de organização da rede de saúde. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense, 2011.

KLEPAC, P.; FUNK, S.; HOLLINGSWORTH, T. D. et al. Six challenges in the eradication of infectious diseases. **Epidemics**, [S.l.], v. 10, p. 97-101, 2015.

STANAWAY, J. D.; FLAXMAN, A. D.; NAGHAVI, M., et al. The global burden of viral hepatitis from 1990 to 2013: findings from the Global Burden of Disease Study 2013. **Lancet**, [S.l.], v. 388, n. 10049, p. 1081-1088. 2016.

TOWNSEND, S. E.; LEMBO, T.; CLEVELAND, S. et al. Surveillance guidelines for disease elimination: a case study of canine rabies. **Comp. Immunol. Microbiol. Infect. Dis.**, [S.l.], v. 36, p. 249-261, 2013.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Malaria Elimination**: A Field Manual for Low and Moderate Endemic Countries. Geneva: WHO, 2007.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Sixty-Third World Health Assembly**: Resolutions and Decisions, 17-21 May 2010. Geneva: WHO, 2010.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Transforming our world**: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. Geneva: WHO, 2015.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis 2016-2021**: Towards Ending Viral Hepatitis. Geneva: WHO, 2016.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Global Hepatitis Report 2017**. Geneva: WHO, 2017.

7. APÊNDICES

APÊNDICE I

Estimativa do número de pessoas na população geral que deverão ser testadas, diagnosticadas e tratadas, por UF

UF de residência	META												
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Brasil	9.448.000	13.628.000	16.447.000	19.213.000	23.003.000	28.530.000	37.370.000	21.116.000	25.943.000	33.522.000	47.251.000	37.817.000	1.066.000
Norte	435.187	610.786	737.129	861.097	1.030.959	1.278.670	1.674.865	946.386	1.162.725	1.502.404	2.117.716	1.694.899	47.776
Rondônia	84.661	118.821	143.400	167.517	200.561	248.751	325.826	184.109	226.195	292.276	411.978	329.723	9.294
Acre	91.082	127.834	154.277	180.223	215.774	267.619	350.540	198.073	243.352	314.445	443.226	354.733	9.999
Amazonas	130.423	183.049	220.914	258.066	308.973	383.211	501.948	283.627	348.462	450.262	634.668	507.952	14.318
Roraima	25.686	36.050	43.508	50.825	60.850	75.471	98.856	55.859	68.628	88.676	124.994	100.038	2.820
Pará	76.246	107.012	129.148	150.867	180.628	224.028	293.442	165.810	203.713	263.226	371.031	296.952	8.371
Amapá	10.703	15.021	18.128	21.177	25.354	31.446	41.190	23.274	28.595	36.949	52.081	41.683	1.175
Tocantins	16.386	22.998	27.755	32.423	38.818	48.145	63.063	35.634	43.780	56.569	79.738	63.817	1.799
Nordeste	652.411	915.661	1.105.068	1.290.915	1.545.564	1.916.921	2.510.877	1.418.777	1.743.101	2.252.331	3.174.778	2.540.911	71.624
Maranhão	57.794	81.113	97.892	114.355	136.913	169.810	222.425	125.682	154.412	199.522	281.237	225.086	6.345
Piauí	18.969	26.623	32.131	37.534	44.938	55.736	73.005	41.252	50.682	65.488	92.309	73.879	2.083
Ceará	90.787	127.420	153.777	179.639	215.074	266.751	349.404	197.431	242.563	313.425	441.789	353.583	9.967
Rio Grande do Norte	32.550	45.685	55.135	64.407	77.112	95.640	125.274	70.786	86.968	112.374	158.398	126.772	3.574
Paraíba	37.348	52.418	63.261	73.900	88.478	109.737	143.738	81.220	99.786	128.938	181.744	145.458	4.100
Pernambuco	111.675	156.737	189.158	220.970	264.559	328.125	429.795	242.857	298.372	385.539	543.437	434.936	12.260
Alagoas	29.819	41.852	50.509	59.003	70.642	87.616	114.763	64.847	79.671	102.946	145.108	116.136	3.274
Sergipe	30.410	42.680	51.509	60.172	72.041	89.351	117.036	66.131	81.249	104.985	147.982	118.436	3.339
Bahia	243.058	341.133	411.697	480.935	575.805	714.155	935.436	528.570	649.398	839.114	1.182.775	946.625	26.684

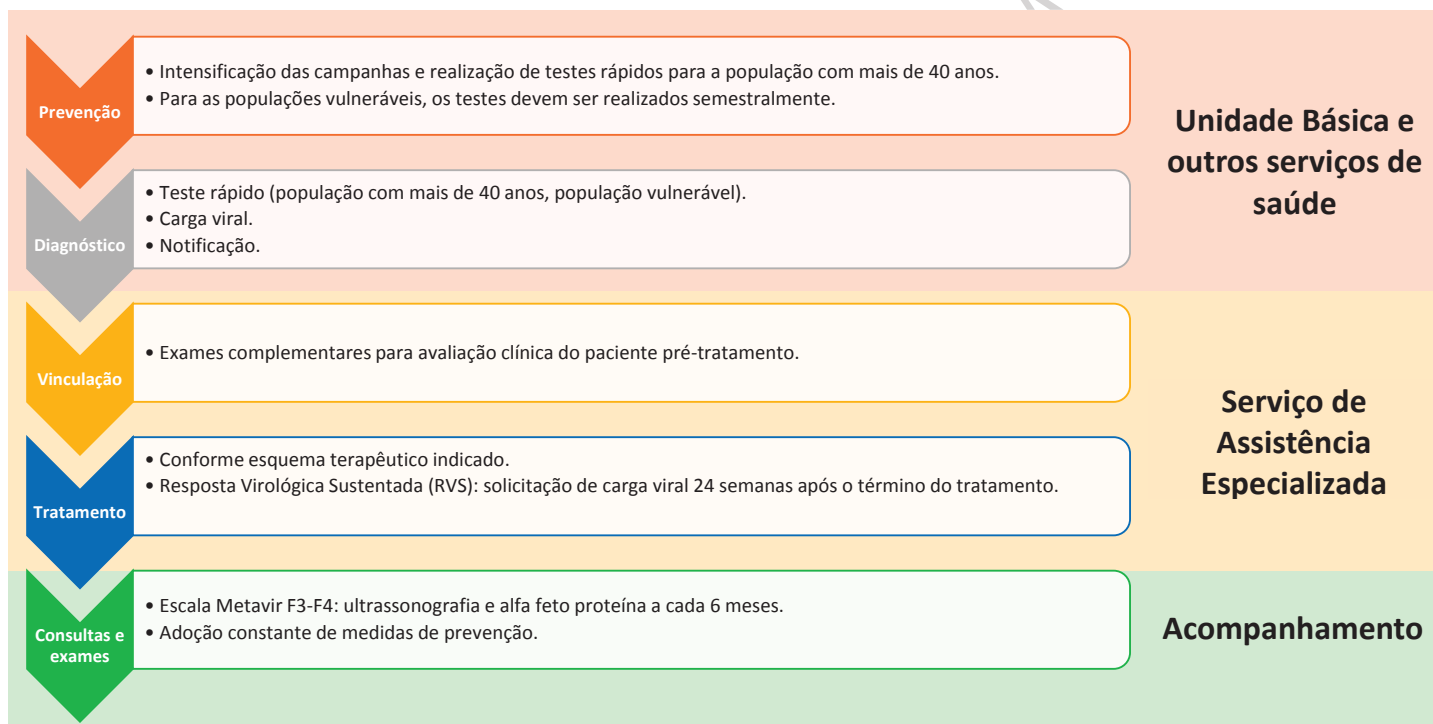
Sudeste	5.323.070	7.470.936	9.016.326	10.532.661	12.610.357	15.640.286	20.486.417	11.575.895	14.222.080	18.376.925	25.903.230	20.731.465	584.386
Minas Gerais	506.340	710.650	857.650	1.001.887	1.199.521	1.487.733	1.948.707	1.101.121	1.352.831	1.748.048	2.463.964	1.972.016	55.588
Espírito Santo	97.651	137.054	165.404	193.221	231.336	286.920	375.822	212.359	260.903	337.123	475.193	380.317	10.721
Rio de Janeiro	771.173	1.082.342	1.306.228	1.525.905	1.826.909	2.265.866	2.967.943	1.677.042	2.060.405	2.662.333	3.752.696	3.003.444	84.662
São Paulo	3.947.905	5.540.891	6.687.044	7.811.648	9.352.591	11.599.767	15.193.946	8.585.372	10.547.941	13.629.421	19.211.377	15.375.688	433.416
Sul	2.914.262	4.090.171	4.936.238	5.766.397	6.903.890	8.562.708	11.215.858	6.337.545	7.786.272	10.060.957	14.181.442	11.350.016	319.939
Paraná	572.327	803.262	969.419	1.132.453	1.355.843	1.681.616	2.202.663	1.244.620	1.529.133	1.975.855	2.785.070	2.229.010	62.832
Santa Catarina	489.438	686.927	829.020	968.442	1.159.479	1.438.070	1.883.655	1.064.363	1.307.671	1.689.695	2.381.712	1.906.186	53.732
Rio Grande do Sul	1.852.497	2.599.983	3.137.798	3.665.503	4.388.568	5.443.023	7.129.539	4.028.562	4.949.468	6.395.408	9.014.660	7.214.819	203.374
Centro-Oeste	384.405	539.514	651.114	760.616	910.657	1.129.463	1.479.426	835.953	1.027.047	1.327.089	1.870.601	1.497.122	42.201
Mato Grosso do Sul	72.113	101.211	122.146	142.689	170.836	211.883	277.534	156.821	192.670	248.957	350.917	280.854	7.917
Mato Grosso	91.008	127.730	154.152	180.077	215.599	267.402	350.256	197.913	243.155	314.190	442.867	354.445	9.991
Goiás	138.838	194.859	235.166	274.716	328.907	407.934	534.332	301.925	370.944	479.312	675.615	540.723	15.242
Distrito Federal	82.446	115.714	139.649	163.135	195.316	242.245	317.304	179.293	220.279	284.631	401.202	321.099	9.051

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

VERSÃO NÃO D

APÊNDICE II

Linha de cuidado



Fonte: DIAHV/SVS/MS.